

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A
SAÚDE-DOENÇA NA VELHICE: UM
DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL NA REDE BÁSICA
DE SAÚDE**

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

**Florianópolis, Santa Catarina,
Dezembro de 1999**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A
SAÚDE-DOENÇA NA VELHICE: UM
DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL NA REDE BÁSICA
DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Filosofia da Saúde

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Orientador: Dra. Clélia Maria Nascimento-Schulze

Florianópolis, Santa Catarina,

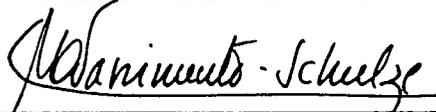
Dezembro de 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

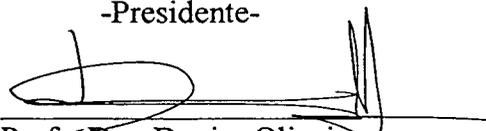
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A SAÚDE-DOENÇA NA VELHICE: UM
DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem; área de Concentração: Filosofia em Saúde. Foi aprovada na sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em 22 de Dezembro de 1999.

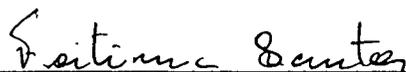
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Clélia Maria Nascimento-Schulze
-Presidente-



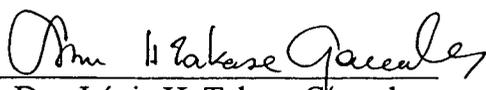
Profª. Dra. Denise Oliveira
-Membro-



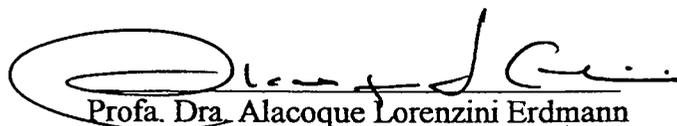
Profª. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos
-Membro-



Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo
-Membro-



Profª. Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
-Membro-



Profª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
-Membro-

A meu pai, in memoriam

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Profa. Clélia pela sua sensibilidade, dedicação, disponibilidade e capacidade para me orientar nos meus estudos de pós-graduação no Brasil.

A meu esposo, não só pela sua dedicação para eu poder realizar minha tese, mas também pelo seu amor e apoio que nunca me faltaram.

À Pós-graduação em Enfermagem que tornou possível minha formação em Pós-graduação, em especial às professoras Lúcia, Alacoque e aos funcionários Helena, Cecília, Sandro e Danilo.

A minha mãe que com tanto amor fez parte desta tese apoiando-me incondicionalmente em tudo o que necessitei.

A um amigo muito especial, Brígido, que além de se dispor a ser membro de minha Banca, ajudou-me sempre que eu necessitei.

A minha filha Sabine que está por nascer, ela também fez parte deste trabalho.

A meus colegas e amigos de Doutorado que também me ajudaram neste trabalho, embora longe de mim: Clara, Marta, Carin, Mauro e Geney.

A todas as pessoas que voluntariamente se dispuseram para colaborar como sujeitos de pesquisas para este trabalho.

A todos eles, muito obrigada

RESUMO

O presente estudo concentrou-se ao redor de duas temáticas: a representação social da saúde-doença na velhice e as necessidades de saúde de dois grupos de pessoas idosas. O objeto de estudo desta pesquisa (saúde-doença na velhice) está intimamente relacionado às práticas de saúde de pessoas idosas e de trabalhadores da saúde. A saúde-doença constitui um assunto que continuamente tenta ser explicado pelos indivíduos. Ao redor desse saber, os grupos de pessoas tecem todo um conjunto de conhecimentos de senso comum no intuito de compreendê-lo. Perante a ausência de um conhecimento acabado sobre o que significa ser saudável ou doente na velhice, as pessoas idosas tentam construir teorias de senso comum que expliquem os aspectos que não compreendem e que são tão importantes para suas vidas. Dessas teorias de senso comum dependem muitas vezes as práticas que eles terão em relação à sua saúde ou à sua doença. Os idosos não são as únicas pessoas interessadas na temática saúde-doença na velhice. Os indivíduos cujas práticas sociais se direcionam ao idoso, também constroem representações sociais acerca do fenômeno saúde-doença na velhice. Dentre esses indivíduos podemos citar os trabalhadores dos centros de saúde da rede básica de saúde ou as pessoas que se dedicam a cuidar de pessoas idosas. Um dos problemas mais frequentes do planejamento de programas sanitários na população idosa é, muitas vezes, a falta de correspondência entre os objetivos dos serviços de saúde e as necessidades reais desse grupo etário. A representação social pode agir como uma expressão fenomenológica de necessidades sentidas de saúde dos idosos. A problemática deste trabalho centrou nos seguintes questionamentos: - como, em nível de senso comum, pessoas idosas, cuidadores de idosos e os próprios trabalhadores da saúde, tornam familiar o conceito saúde-doença na velhice?; - existirão atritos e conflitos nos três modos de representar esse assunto?; - como a teoria das representações sociais pode contribuir para a expressão fenomenológica de necessidades sentidas em matéria de saúde? Nosso interesse em explorar os conteúdos representacionais da saúde e da doença do idoso em três dos principais gestores do atendimento (o trabalhador, o cuidador de pessoas idosas e o cliente idoso), estabeleceu-se a partir do seguinte juízo: cada uma das representações permite analisar qual é a relação que existe entre as representações dos idosos acerca da sua saúde e de sua doença, a dos cuidadores, e a de quem está oferecendo o serviço de saúde. Os participantes do estudo foram distribuídos em quatro grupos. Um grupo de quarenta (40) idosos que procuravam serviços de atendimento por problemas de saúde, quer dizer, diziam sentir-se doentes no momento da coleta de dados. Um outro grupo de quarenta (40) idosos que eram atendidos na Policlínica, não por sentirem-se doentes, e sim para receber orientações sobre cuidados preventivos de saúde. Um grupo de quarenta (40) trabalhadores de um Centro de Saúde da rede municipal do Sistema Único de Saúde de Florianópolis (Policlínica II do Bairro de Estreito). Por último, um grupo de vinte (20) pessoas, que cuidavam de idosos hospitalizados na Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, ou que acompanhavam idosos doentes que eram atendidos nas consultas ambulatoriais do mesmo hospital. As técnicas de coleta de dados foram duas: uma Técnica de Evocação Livre de Palavras e uma Técnica de Entrevista Padronizada. Os resultados obtidos nos grupos de idosos (fundamentalmente, o grupo de idosos doentes) mostram que, de acordo com o que tem sido normatizado na Política Nacional do Idoso, há problemas de saúde que não deveriam existir. Não existe a esperada correspondência entre os programas de saúde e as necessidades sentidas de saúde dos grupos entrevistados. O problema está nos serviços de atendimento do Centro de Saúde pesquisado. Ao que parece, esse centro não consegue implementar todos os programas necessários para resolver os problemas de saúde da população idosa que atende. Os resultados obtidos mostram que as representações sociais podem ser uma ferramenta muito importante para a exploração de necessidades sentidas de saúde dos idosos participantes. O diagnóstico psicossocial de representações sociais da saúde-doença na velhice que foi obtido, refletiu como o indivíduo leigo (neste caso os grupos de idosos e de cuidadores de pessoas idosas), têm consciência do que é a saúde de um idoso e do porquê de sua doença. Acredita-se que o trabalho mostra que as necessidades de saúde de um idoso não devem ser deduzidas somente de pessoas doentes. Encontraram-se vários conteúdos de representações da saúde-doença que foram compartilhados entre os diferentes grupos de pesquisa. Isso indica que os achados deste trabalho podem contribuir com a eficácia daquelas ações de saúde, direcionadas ao idoso, que a Policlínica pretenda desenvolver.

ABSTRACT

The present study was concentrated around two thematics: the social representation of the health-illness in the old age and the health necessities of two groups of elderly people. The study object of this research (health-illness in the old age) is intimately related to elderly people health practices and workers of the health. The health-illness forms a subject that tries continuously to be explained by individuals. Around this learning, the group of people weave a joint of knowledges of common sense with the purpose of comprehend it. Before the absence of an unfinished knowledge about what means to be health or ill in the old age, elderly people try to build theories of common sense that explain the aspects that they don't understand and are so important for their lives. Many times the practices that they will have, related to health or illness, depends on these theories of common sense. Elderly people are not the only ones interested in the health-illness in the old age thematic. The individuals whose social practices are directed to the elderly people also build social representations about the health-illness in the old age phenomenon. Among these individuals we can quote the health centers workers of the basic health network or the people who dedicate themselves to elderly people care. One of the most frequent problems of the sanitary programs planning in the elderly population is, many times, the lack of correspondence between the health services aims and the real necessities of this age group. The social representation can act as an phenomenological expression of health felt necessities of the elderly people. The problematic of this work was concentrated in the following questionings: - how do the elderly people, people that take care of them and the workers of health themselves become familiar with the concept of health-illness in the old age in the level of common sense?; - there will be disagreements and conflicts among the three ways of represent this subject?; - how can the theory of the social representations contribute to the phenomenological expression of felt necessities talking about health? Our interest in exploit the representational contents of health and illness of the elderly in three of the principal service managers (the worker, the one who takes care of elderly people and the elderly client) was established from the following sense: each of the representations allows us to analyze what is the relation among the elderly people representations around health and illness, the ones who take care of them and the one who is offering the health service. The participants of this study were divided in four groups. One group of forty (40) elderly people that were looking for service programs because of health problems, it means, they said they were feeling ill in the moment of the data collection. Another group of forty (40) elderly people who were being attended in "Policlínica", not for feeling ill but to receive orientations about health preventive cares. One group of forty (40) workers of a Health Center of the municipal network of the Unique Health System of Florianópolis (Policlínica II of Estreito Neighborhood). Finally, a group of twenty (20) people who took care of hospitalized elderly people in the Medical Clinic of the University Hospital of Universidade Federal of Santa Catarina, Florianópolis or accompanied ill elderly people who were attended in the out-patient clinic consultation in he same hospital. There were two data collection techniques: a Free Word Call To Mind Technique and a Standardized Interview Technique. The obtained results with the elderly group (fundamentally, the ill elderly group) show that, according to what has been standardized in the Elderly National Politics, there are health problems that should not exist. There isn't the hoped correspondence among the health programs and the health felt necessities of the interviewed groups. The problem is in the service programs of the Health Center that was researched. We can see that this center can not establish all the necessary programs to solve the elderly population health problems that it attends. The obtained results show that the social representations can be a very important tool to the exploitation of health felt necessities of the elderly people participant. The psychosocial diagnoses of social representations of the health-illness in the old age that was obtained reflects how the lay individual (in this case the group of elderly people and the ones who take care of them) has the conscious of what is health of an elderly person and the why of his/her illness. It's believed that the work shows that the health necessities of an elderly person can not be deducted only as ill people. Many health-illness representation contents that were shared among the different research groups were found. This indicates that the things found with this work can contribute to the effectiveness of those health actions directed to the elderly people that "Policlínica" intends to develop.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1. ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	10
2.2. PLANEJAMENTO DE SAÚDE E NECESSIDADES DE SAÚDE.....	28
2.3. POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE AO IDOSO NO BRASIL ...	37
2.3.1. A primeira república (1889-1930)	37
2.3.2. O período populista (1930-1950).....	38
2.3.3. Período de desenvolvimento (1950-1960)	40
2.3.4. Período do Estado Militarista e o Milagre Brasileiro (1964-1984)....	41
2.3.5. O período da Nova República: a Reforma Sanitária e a Saúde nos anos 80-90	45
2.4. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	51
2.4.1. O conceito de representação social	51
2.4.2. Análise estrutural das representações sociais.....	65
2.4.3. Os processos de elaboração e funcionamento da representação social: a ancoragem e a objetivação	68
2.5. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E NECESSIDADES DE SAÚDE.....	74
3. METODOLOGIA.....	84
3.1. MODELO DO ESTUDO E PARTICIPANTES.....	84
3.2. MÉTODOS	88
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	93
4.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS GRUPOS PESQUISADOS.....	93
4.1.1. Idosos doentes	93 ✕
4.1.2. Idosos saudáveis.....	94 ✕
4.1.3. Trabalhadores do Centro de Saúde II do Bairro de Estreito	94
4.1.4. Grupo de Cuidadores de Pessoas Idosas:.....	95
4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS DA TÉCNICA DE EVOCÇÃO LIVRE	95

4.2.1. Resultados da Técnica de Evocação Livre (termo saúde na velhice).	97
4.2.2. Resultados da Técnica de Evocação Livre (termo doença na velhice).	115
4.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS DA TÉCNICA DE ENTREVISTA:	141
4.3.1. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de idosos (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).	142
4.3.2. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de trabalhadores da saúde (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).	153
4.3.3. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de cuidadores de pessoas idosas (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).	164
4.3.4. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de idosos (pergunta: como você percebe um idoso doente?).	170
4.3.5. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de trabalhadores da saúde (pergunta: como você percebe um idoso doente?).	183
4.3.6. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de cuidadores de pessoas idosas (pergunta: como você percebe um idoso doente?).	195
5. <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	201
6. <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	213
7. <i>ANEXOS</i>	223
ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	224
ANEXO 2: EXEMPLO DE PLANILHA DE CÁLCULOS DA TÉCNICA DE EVOCÇÃO LIVRE	226
ANEXO 3: EXEMPLO DE SAÍDA DE DADOS DO SOFTWARE ALCESTE	228

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Saúde na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pela amostra total. Florianópolis, 1999.	98
TABELA 2: Saúde na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos doentes. Florianópolis, 1999.	101
TABELA 3: Saúde na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos saudáveis. Florianópolis, 1999.	102
TABELA 4: Saúde na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Trabalhadores da saúde. Florianópolis, 1999.	103
TABELA 5: Saúde na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Cuidadores de pessoas idosas. Florianópolis, 1999.	105
TABELA 6: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pela amostra total. Florianópolis, 1999.	117
TABELA 7: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos doentes. Florianópolis, 1999.	119
TABELA 8: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos saudáveis. Florianópolis, 1999.	121
TABELA 9: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Trabalhadores da saúde. Florianópolis, 1999.	123
TABELA 10: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Cuidadores de pessoas idosas. Florianópolis, 1999.	124

LISTA DE DENDOGRAMAS

DENDOGRAMA 1: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de idosos (n=80). Florianópolis, 1999.	144
DENDOGRAMA 2: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de trabalhadores da saúde (n=40). Florianópolis, 1999.	154
DENDOGRAMA 3: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de cuidadores de pessoas idosas (n=20). Florianópolis, 1999.	165
DENDOGRAMA 4: Distribuição das classes na representação de um idoso doente- Grupo de idosos (n=80). Florianópolis, 1999.	171
DENDOGRAMA 5: Distribuição das classes na representação de um idoso doente- Grupo de trabalhadores da saúde (n=40). Florianópolis, 1999.	185
DENDOGRAMA 6: Distribuição das classes na representação de um idoso doente - Grupo de cuidadores (n=20). Florianópolis, 1999.	196

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui nossa Tese de conclusão do Curso de Doutorado em Filosofia e Saúde do Departamento de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O seu tema concentrou-se ao redor de dois aspectos fundamentais: a representação social da saúde-doença na velhice e as necessidades de saúde de dois grupos de pessoas idosas.

Assim como o analfabetismo, as doenças transmissíveis e a pobreza, para citar somente alguns exemplos, a saúde-doença constitui um dos problemas sociais de maior incidência na América Latina de hoje. Especialmente no Brasil, a problemática da saúde-doença na velhice tem alcançado uma relevância muito especial. Brasil, Argentina, Uruguai e Cuba são os países latino-americanos mais envelhecidos demograficamente. O envelhecimento de uma população é um triunfo, seja qual for o país; no entanto devem ser tomadas medidas preventivas para que esse envelhecimento populacional não se torne um envelhecimento ocioso e incapaz.

Para garantir um mínimo de independência na realização das atividades da vida diária a todas as pessoas idosas, a intervenção da saúde pública é fundamental. Os programas de saúde devem satisfazer as necessidades de saúde desses idosos e, ao mesmo tempo, promover que eles próprios participem na gestão de sua própria saúde. Uma intervenção em saúde de tipo participativa torna-se mais eficaz quando os idosos compreendem o porquê de sua doença e de sua saúde, da mesma forma que os trabalhadores da saúde devem conhecer o que um idoso pode expressar em termos de necessidades sentidas de saúde.

O tema saúde-doença na velhice tem suscitado diversas pesquisas nas Ciências da Saúde, algumas das quais têm sido executadas em parceria com a Psicologia. Este trabalho, por exemplo localiza-se num ponto de cruzamento da Psicologia Social com as Ciências da Saúde. Para atingir esse ponto de cruzamento, o presente estudo utilizou uma

teoria, cujo valor heurístico nos últimos 10 anos tem sido cada vez mais produtivo: a Teoria das Representações Sociais.

Justo na introdução deste trabalho, não gostaríamos de ter que recorrer a citações, entretanto achamos pertinente ressaltar um aspecto que foi assinalado pelo próprio Moscovici na Quarta Escola de Verão sobre Representações Sociais e Comunicação, realizada em São Sebastian, Espanha, em 1998 e da qual participamos. Moscovici referiu um aspecto que concerne a nós, psicólogos sociais, e que acho de vital importância: um psicólogo social não deve separar os fenômenos psíquicos dos fenômenos sociais e deve pesquisar os fenômenos que são de relevância social. A saúde-doença é, na nossa opinião, um fenômeno social extremamente importante e problemático, dadas as condições sociais pelas quais o Brasil passa na atualidade.

Uma das justificativas que faz com que a Teoria das Representações Sociais mantenha seu valor heurístico deve-se ao fato de que ela consegue resgatar a relação que existe entre o indivíduo e os objetos que fazem parte de seu mundo. Em outras palavras, a teoria permite refletir sobre como o sujeito e o grupo constroem o mundo e a si próprios. Só que não se trata de um mundo qualquer, e sim do mundo que faz parte de sua vida cotidiana, que age como foco de suas conversas. É por essas razões que a Teoria das Representações Sociais conseguiu atingir o cruzamento da Psicologia Social com as Ciências Sociais.

A representação social constitui um universo consensual de conhecimentos que é produzido pelo indivíduo para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar. Essa última afirmação evidencia o seguinte: qualquer assunto não se torna um objeto de representação social para os grupos, e em consequência, nem todos os fenômenos do mundo que rodeiam o indivíduo são tributários de converterem-se em problemas de pesquisa científica da representação social. Daí a importância da tomada de decisões sobre qual será o objeto de estudo de uma representação social.

No caso de nosso objeto de estudo (a saúde e a doença na velhice), salientamos que não é a primeira vez que o mesmo faz parte da pesquisa em representação social, seja, como diz Sá (1998), pelo caráter extremamente ameaçador que a saúde e a doença têm para o indivíduo, ou pela atualidade que a temática apresenta não só para os que

constroem teorias científicas, mas também para os amadores que tentam entender o porquê da sua saúde e de sua doença.

Gostaríamos de salientar que, apesar do grande número de pesquisas feitas no Brasil ao redor do conceito de representação social, nosso trabalho não é o resultado de uma simples euforia investigativa a mais. Na identificação da problemática deste estudo intervieram alguns fatos que, no nosso modo de ver, justificaram o trabalho, assim como a relevância social que ele pretendeu atingir.

O objeto de estudo desta pesquisa (saúde- doença na velhice) está intimamente relacionado às práticas de saúde de pessoas idosas e de trabalhadores da saúde. A saúde-doença constitui um assunto que continuamente tenta ser explicado pelos indivíduos. Ao redor desse saber, os grupos de pessoas tecem todo um conjunto de conhecimentos de senso comum no intuito de compreendê-lo.

Perante a ausência de um conhecimento acabado sobre o que significa ser saudável ou doente na velhice, as pessoas idosas tentam construir teorias de senso comum que expliquem os aspectos que não compreendem e que são tão importantes para suas vidas. Dessas teorias de senso comum dependem muitas vezes as práticas que eles terão em relação à sua saúde ou à sua doença.

Os idosos não são as únicas pessoas interessadas na temática saúde-doença na velhice. Os indivíduos cujas práticas sociais se direcionam ao idoso, também constroem representações sociais acerca do fenômeno saúde-doença na velhice. Dentre esses indivíduos podemos citar os trabalhadores dos centros de saúde da rede básica de saúde ou as pessoas que se dedicam a cuidar de pessoas idosas.

Pressupomos, que dentro das práticas e dentro dos universos representacionais de conhecimentos de idosos, de trabalhadores da saúde e de cuidadores, o fenômeno saúde-doença na velhice poderia atingir diversos pontos de confronto. A partir desse elemento surgiu um primeiro questionamento que nos fez pensar na possibilidade de execução desta pesquisa. Contudo, essa questão que em princípio inquietou-nos, somente se tornou um ponto de partida para investigar outros fatos que objetivamente pudessem justificar o problema de pesquisa. A seguir, expomos esses fatos e suas interpretações.

Um primeiro fato está relacionado a fatores de ordem sociodemográfica. Em 1900, no Brasil, a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos. No entanto, com o

decorrer do século XX, essas cifras dobraram-se, até atingir, nos anos 80, 63,5 anos (Berquó, 1996). Hoje, o país se encontra numa fase de transição epidemiológica, embora essa não se comporte uniformemente em todo o território nacional. As regiões de maior migração populacional, menores taxas de mortalidade infantil, baixos índices de fecundidade e melhores condições socioeconômicas, parecem ser as mais privilegiadas para esse envelhecimento demográfico.

Essa transição demográfica do Brasil se reflete no aumento dos números totais e relativos de idosos no país. Para o ano 2000, o crescimento das proporções de pessoas acima de 65 anos em relação ao número total da população será de 4,36 para os homens, e 5,86 para as mulheres. Para 2020, essas cifras aumentarão, no sexo feminino, para 8,80, e no masculino, para 6,37 (Berquó, 1996).

Segundo os Anais do I Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional para o ano 2020, realizado em Brasília em 1996, o Brasil será, em 2020, o quinto país em população de idosos em nível mundial, com 33 milhões de pessoas, o que seria quase três vezes mais do que há hoje. Os principais problemas associados a esse envelhecimento são a velocidade com que o mesmo geralmente ocorre e a quantidade de idosos com dependência funcional e doenças crônicas com sérios efeitos incapacitantes (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996). Nesse seminário, o Diretor do Programa de Saúde e de Envelhecimento da Organização Mundial da Saúde assinalou o seguinte:

“Envelhecer é um triunfo, mas para gozar da velhice é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam” (Kalache, 1996, p.14).

A partir dessa nova situação demográfica, o governo desenhou uma política nacional de atenção ao idoso que inclui, dentro de suas ações prioritárias, as questões relacionadas à saúde.

O crescimento do número de pessoas maiores de 60 anos requer que, do ponto de vista social, sejam levadas em consideração múltiplos fatores que já foram colocados na Primeira Assembléia Mundial do Envelhecimento, em Viena, que reuniu representações de 98 países (OMS, 1984). Um desses fatores está relacionado aos cuidados em saúde. Segundo algumas das conclusões dessa assembléia, as práticas sanitárias em relação ao idoso exigem, mais do que em qualquer outra idade, uma série de medidas. Por exemplo:

evitar ou retardar o desenvolvimento de incapacidades funcionais (que tanto afetam a vida útil de pessoas idosas), e avaliar o processo saúde-doença conforme critérios de autonomia e não como tem sido tradicionalmente (mensuração da saúde em termos de morbidade ou número de doenças). Nós perguntamos se todas as práticas sanitárias, as crenças e as representações que norteiam essas práticas, orientam-se para a avaliação da saúde do idoso em termos de autonomia.

Um segundo fato refere-se às políticas de saúde e ao planejamento de programas na base de necessidades normatizadas. Por exemplo, em Janeiro de 1994 o Congresso Nacional decretou a lei 8.842 referente à Política Nacional do Idoso (Diário Oficial, 1994). 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. No artigo 10 da área de saúde, a lei estabelece o que é competência dos órgãos e entidades públicas: “prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas especiais e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996). No entanto, apesar dessas diretrizes, nos Centros de Saúde de Florianópolis, o atendimento a pessoas idosas é realizado basicamente por especialistas em Clínica Geral. Nem todos esses recursos humanos ainda têm toda a preparação necessária em Gerontologia e Geriatria.

Um terceiro elemento associa-se à necessidade de estudos que aprofundem as questões da representação da saúde do idoso a partir dele próprio, a partir dos trabalhadores da saúde e a partir de pessoas que estão diretamente envolvidas com o cuidado de pessoas idosas. Embora não sejam na perspectiva da noção de representação social, em Florianópolis já existem alguns trabalhos que exploraram alguns elementos em relação ao significado da velhice, do idoso e da saúde deste (Elsen, 1988/89; Gonçalves et al., 1992).

Um quarto elemento diz respeito a alguns dos resultados obtidos na nossa dissertação de mestrado, realizada em 1997, com pessoas idosas. Nesse estudo, foram exploradas as representações sociais do idoso, da velhice e do envelhecimento em três grupos de idosos de Florianópolis. No trabalho, encontraram-se os campos das representações sociais da velhice e do envelhecimento centrados, majoritariamente, na

questão das perdas em detrimento dos ganhos. Alguns conteúdos remeteram a doenças, a incapacidades, à velhice como paralisia da vida, ao sofrimento do corpo e à morte, entre outros (Guimarães, 1997; 1998).

Um último fato diz respeito ao seguinte: na rede básica de saúde de Florianópolis, não existem estudos da compreensão do processo saúde-doença na perspectiva da noção da representação social, no que se refere ao próprio idoso, ao cuidador da pessoa idosa e ao trabalhador que oferece seus serviços.

Associado a esse fato, existe o seguinte pressuposto básico: um planejamento de programas de saúde que pretenda satisfazer as necessidades de saúde de sua população precisa compreender os problemas que a atingem. Em várias ocasiões, os trabalhadores de saúde não conhecem com profundidade esses problemas e, na maioria das vezes, nem se interessam pelas teorias de senso comum que a população que atendem tem da saúde e da doença.

Um dos problemas mais frequentes do planejamento de programas sanitários na população idosa é, muitas vezes, a falta de correspondência entre os objetivos dos serviços de saúde e as necessidades reais desse grupo etário. Existe uma certa descontinuidade entre a história da sociedade, dos grupos, e classes que a compõem, e os planos normativos de saúde. Um processo de planejamento deve-se iniciar com a procura de problemas advindos da própria comunidade. Não negamos a importância que têm os métodos normativos de planejar programas de saúde. No entanto, existem outros métodos que também ajudam a planejar programas de saúde. Trata-se aqui daqueles métodos participativos que podem diagnosticar as necessidades de saúde a partir das referências diretas da comunidade.

Sabe-se que um diagnóstico de necessidades está precedido da identificação de problemas de saúde. Cabe nos perguntar se os próprios idosos não saberiam compreender, representar e expressar quais são seus principais problemas de saúde. Justamente, é ao redor deste fato que se encontra a contribuição deste trabalho de pesquisa.

A interpretação desses cinco fatos conduziu-nos à seguinte questão: as práticas de saúde devem negar os conhecimentos leigos dos idosos que atendem? Parece-nos que não. Junto ao reconhecimento dessa realidade, é requerida uma explicação para ela. Uma

representação social sobre saúde na velhice centrada na ausência de doenças pode determinar práticas de saúde que não valorizem as peculiaridades do processo saúde-doença na velhice. Desde que um idoso tenha mais de três doenças crônicas que não interfiram em suas capacidades sociais, funcionais ou emocionais para ser independente, ele deve ser considerado uma pessoa saudável.

A partir da interpretação feita desses fatos, pressupõe-se que alguns trabalhadores da rede básica de saúde podem ter uma falta de conhecimentos acerca das necessidades sentidas de saúde da população idosa. Caso os trabalhadores da saúde tenham uma representação da saúde na velhice na base da morbidade, deduzimos que a passagem dessa representação para uma outra que esteja sustentada na funcionalidade pode constituir tanto um problema quanto uma necessidade sentida de saúde.

A representação social pode agir como uma expressão fenomenológica de necessidades sentidas de saúde dos idosos. Na perspectiva teórica do planejamento de programas de saúde sabe-se que a vivência de problemas de saúde não resolvidos pode ser um indicador de necessidades, que ao serem exploradas em termos representacionais, poderiam contribuir para a avaliação dos efeitos que estão tendo os programas de saúde.

A problemática deste trabalho centrou nos seguintes questionamentos:

- Como, em senso comum, pessoas idosas, cuidadores de idosos e os próprios trabalhadores da saúde, tornam familiar o conceito saúde-doença na velhice?
- Existirão atritos e conflitos nos três modos de representar esse assunto?
- Como a teoria das representações sociais pode contribuir para a expressão fenomenológica de necessidades sentidas em matéria de saúde?

Tendo como base essas problemáticas, o trabalho foi desenvolvido em torno da seguinte questão geral:

Problema: Quais as representações sociais que idosos, cuidadores de pessoas idosas, e trabalhadores de um Centro de Saúde têm em relação à saúde-doença na velhice?

Nosso interesse em explorar os conteúdos representacionais da saúde e da doença do idoso em três dos principais gestores do atendimento (o trabalhador, o cuidador de pessoas idosas e o cliente idoso), estabeleceu-se a partir do seguinte juízo: cada uma das representações permite analisar qual é a relação que existe entre as representações dos

idosos acerca da sua saúde e de sua doença, a dos cuidadores, e a de quem está oferecendo o serviço de saúde.

Os objetivos do estudo foram os seguintes:

Objetivo Geral: explorar as representações sociais da saúde-doença que têm vários grupos de indivíduos (idosos, cuidadores de pessoas idosas e trabalhadores de um centro de saúde).

Objetivo Específico 1: delimitar os conteúdos e as informações das representações sociais sobre a saúde e sobre a doença na velhice que têm diferentes idosos, cuidadores de pessoas idosas, e trabalhadores de um centro de saúde.

Objetivo Específico 2: organizar a saliência dos conteúdos dessas representações sociais da saúde e da doença na velhice.

A partir desses objetivos, esperou-se que, dentre os benefícios deste estudo, estivesse a possibilidade de que o programa de atendimento ao idoso da Policlínica II do Bairro de Estreito, em Florianópolis e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina incluam no seu atendimento alguns dos resultados obtidos neste trabalho. Em última instância, esses resultados oferecem elementos sobre a compreensão que idosos, cuidadores e trabalhadores da saúde têm acerca do que é a saúde e do porquê da doença na velhice.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: após a introdução da tese segue um capítulo que contém o referencial teórico relacionado ao problema de pesquisa deste estudo. Nesse referencial teórico foram desenvolvidos os seguintes temas:

- Algumas concepções sobre o processo saúde-doença;
- Planejamento de saúde e necessidades de saúde;
- Políticas e programas de saúde ao idoso no Brasil (desde a Primeira República em 1889 até o período da Reforma Sanitária nos anos 80-90);
- Teoria das Representações Sociais (conceito de representação social, análise estrutural das representações sociais e a ancoragem e a objetivação como processos de elaboração e funcionamento da representação social);
- Representações sociais e necessidades de saúde.

No terceiro capítulo, referente à metodologia, aparece um plano sobre os critérios que determinaram a seleção da amostra deste estudo, assim como das técnicas e métodos utilizados para a coleta e a interpretação dos dados.

Um quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados de pesquisa obtidos com este trabalho. Posteriormente, no capítulo cinco, expõem-se as considerações finais do estudo. A seguir apresenta-se o capítulo das referências bibliográficas. Por último, aparecem três anexos: um deles apresenta o parecer de nosso trabalho feito pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina; os outros dois mostram um exemplo do processamento de dados das duas técnicas de pesquisa utilizadas (a técnica de evocação livre e a entrevista).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As crenças leigas sobre a saúde e a doença remontam a uma longa história, que quase coincide com o próprio desenvolvimento do homem. Comparando-as com as concepções científicas da temática, porém, percebe-se que essas últimas são bem mais recentes.

É muito variável a ótica do observador tanto na saúde quanto na doença. Concordamos com Berlinguer (1988), quando diz que essa ótica será diferente se for julgada pela própria pessoa, por parentes, por amigos, por quem as avaliaria para um emprego, ou até pelo médico ao tratá-las.

É difícil abordar aqui todas as definições científicas e leigas que foram desenvolvidas no Oriente, na África, na América e na Civilização Ocidental. Por essa razão, nosso interesse com este capítulo é apresentar uma síntese sobre algumas definições da saúde e da doença. A escrita dessa síntese justifica-se por duas razões: a sustentação teórica de nosso objeto de pesquisa (a representação social da saúde-doença na velhice), e a mudança das investigações na área das Ciências Saúde, devido a diversos fatos, nos últimos 20 anos, no sentido de um aumento considerável de trabalhos teóricos e práticos dedicados ao estudo do fenômeno saúde-doença. Dos fatos mencionados acima, quatro dos mais importantes têm sido os seguintes:

- A Assembléia Mundial da Saúde de 1977: nela, diferentes representantes dos governos participantes, concordaram que a principal meta social dos governos e da Organização Mundial da Saúde deveria ser alcançar, no ano 2000, para todos os cidadãos, um nível de saúde tal que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente ativa (WHO, 1977);

- A Declaração de Alma Ata, em 1978, na extinta União de Repúblicas Socialistas Soviéticas- URSS: em, que quase todos os países do mundo estabeleceram o compromisso de que, para alcançar os objetivos de saúde para o ano 2000, propostos em 1977, era necessário um desenvolvimento da Atenção Primária (Organización Panamericana de la Salud, 1992);
- A grave crise econômica e dívida externa pela qual passam quase todos os países latino-americanos e que está provocando um nível razoável de precariedade na vida de muitos grupos populacionais, ao mesmo tempo em que os governos estão reduzindo os gastos públicos com a saúde e com os projetos sociais. Essa impossibilidade de atingir saúde para todos no ano 2000 foi denominada por alguns autores como Dívida Sanitária (Castellanos, 1989).
- O questionamento, cada vez mais freqüente, do planejamento normativo em saúde, que foi, também, um dos fatos que levaram à execução deste trabalho. Na maior parte das vezes, esse planejamento é feito somente a partir da opinião dos Ministérios de Saúde e das Instituições da Previdência Social. Isso está sendo questionado e substituído por novos pensamentos estratégicos de tipo situacional, que consideram as crenças leigas que os grupos populacionais envolvidos têm sobre a saúde e a doença.

De qualquer maneira, esses fatos servem para introduzir o presente capítulo em que, além de apresentarmos alguns enfoques que a temática saúde-doença tem tido ao longo dos anos, delineamos nosso enfoque acerca da mesma.

As primeiras concepções leigas da saúde e da doença remetem a representações mágicas estreitamente ligadas às práticas sociais do dia a dia. Nas mesmas, a doença era vista como o resultado da influência de forças sobrenaturais perante as quais o homem nada podia fazer. Parece que, até então, os únicos meios de defesa contra as doenças físicas e mentais eram o isolamento, a destruição e o abandono dos doentes. Naqueles tempos, segundo Sevalho (1993), as pessoas acreditavam na existência de um princípio que, aderido à matéria fecal, podia chegar ao sangue, coagulando-o e levando ao apodrecimento do corpo (doença). Cabe salientar aqui que eles sustentavam a crença de que, na velhice, existia uma absorção cada vez maior dessa matéria fecal, daí a explicação

que davam ao fato de que, na última fase da vida, existia maior probabilidade de se ficar doente.

Já na Grécia Clássica, iniciou-se uma nova fase na história da medicina sustentada no empirismo em que se procuravam estabelecer alguns princípios racionais de observação para a interpretação da saúde e da doença. Conforme Ferreira (1978), existiram duas grandes descobertas naquela época que mudaram as concepções mágicas. Uma, dizia que as doenças não eram caprichos dos deuses nem fruto da magia, e sim de processos naturais que têm suas próprias leis, assim como a natureza tem as suas. A outra, afirmava que o corpo humano tem seus poderes naturais de cura que não deviam ser contrariados em estado de doença. Uma vez que a Grécia foi decaindo, a medicina perdeu dois grandes avanços: seu humanitarismo, que só se restaurou durante o cristianismo, e seu caráter racional, que foi reconquistado muito tempo depois, após as primeiras descobertas científicas na segunda metade do século XIX.

Em geral, toda aquela medicina antiga e medieval explicava a origem das doenças e da saúde a partir da teoria dos fluidos corporais, advinda da perspectiva humoral de Hipócrates e seus seguidores. Outra das idéias para explicar a doença era pensar que umas substâncias, chamadas miasmas, provenientes dos cheiros da putrefação, eram as causas principais de muitos males.

A concepção humoral dos gregos a respeito da temática e sua ênfase na higiene foi continuada por Galeno na Roma antiga. Segundo ele, a saúde deveria ser avaliada por critérios de equilíbrio. Para Galeno, a saúde era o equilíbrio íntegro da natureza, e dos humores que existem no homem na forma de uma cômoda harmonia de seus elementos. A doença era, para ele, uma afecção, uma disposição, uma mutação do estado natural para o antinatural. Nessas definições não existe uma concepção relacional entre o homem e a natureza, ou seja, predomina uma visão parcial de equilíbrio que não pressupõe a atividade do sujeito. De alguma maneira, são conceituações estáticas que demonstram passividade no indivíduo, e não questionam nitidamente sobre aquilo que é natural no ser vivo e o que não o é (Berlinguer, 1988; Sevalho, 1993).

Já durante toda a Idade Média, as representações da saúde e da doença mantiveram um profundo caráter religioso. De uma parte, as noções de saúde individual e saúde da comunidade estiveram muito limitadas pelos conceitos teológicos do pecado. De

outra, as doenças e epidemias eram interpretadas em termos de ações sobrenaturais. A Idade Média foi a época dos isolamentos para o tratamento de doentes que representavam um perigo para as comunidades. Os recursos terapêuticos reduziam-se a casas de assistência a pobres e peregrinos que, quando doentes, eram isolados do resto da população para garantir a purificação social dos corpos. A partir da Idade Média, começou a ser desenvolvida a idéia da separação mente-corpo ou carne-espírito, salientando a prioridade que se lhe dava ao espírito como uma via para a manutenção pura do corpo. Não existia nenhum serviço de proteção à saúde que viesse das autoridades, determinado, sobretudo, pela ignorância acerca dos mecanismos das doenças e pela própria religiosidade daquele momento histórico.

Chamou nossa atenção um fato que Berlinguer (1988) comenta sobre esse período no seu minucioso estudo sobre a origem do conceito doença. Ele diz que, inclusive antes da própria Idade Média, já os estudiosos caíam na armadilha de precisar falar da saúde para explicar a doença e *vice-versa*.

No mundo ocidental daquela época, um organismo doente era visto como alguém que não gozava de saúde, algo assim como um estado de imperfeição e como se o estar sadio significasse a perfeição. Isso demonstra a estreita relação que existe entre um e outro: ambos formam parte de um mesmo processo que é o desenvolvimento da vida, ou seja, são formas diferentes, contrárias e ao mesmo complementares em que se manifesta a vida dos corpos organizados.

Conforme Berlinguer (1988), nas contribuições bíblico-teológicas da Idade Média, era freqüente especificar que uma pessoa estaria bem quando a mesma era capaz de ter uma vida *normal*, utilizando todas as suas faculdades e energias para cumprir sua missão, mesmo que essa fosse difícil e dolorosa, ou quando oferecia ao máximo seu amor a Deus. O estado do mal de um ser humano estaria associado à impossibilidade de cumprir essa missão na terra. Chama a atenção que ainda hoje, uma pessoa é considerada saudável, se ela consegue ter um desempenho normal na vida cotidiana, independentemente das doenças que padeça. O mal seria a privação do bem, podendo ser um mal físico ou moral. Berlinguer (1988) acrescenta, também, que no Novo Testamento parece, às vezes, que Jesus liga a palavra doença ao sinal da presença demoníaca e do pecado. No presente parágrafo grifamos a palavra *normal* porque se trata de um outro

conceito estreitamente relacionado aos de saúde e de doença, e que, também, é extremamente controvertido em termos de conceituação. Mais adiante serão indicados alguns elementos da explicação de Canguilhem (1978) em relação a esse termo.

Essas concepções cristãs explicitam claramente dois tipos de crenças: uma, em relação ao convite para suportar a doença como sacrifício e como purificação, e outra, associada, na época, ao estímulo da época para cuidar dos doentes. Hoje, de forma mais avançada e até positivamente integrados, muitos religiosos estão profundamente envolvidos em projetos assistenciais sanitários, tentando modificar os múltiplos fatores que agem sobre o processo humano de saúde-doença, sejam esses fatores de tipo social, físico ou até econômico.

Com o final da Idade Média, nos séculos XIII e XIV, o aspecto da morte nas representações da saúde-doença adquiriu um caráter inestimável. Com o final do feudalismo, o paganismo da época manifestou-se através uma valorização da racionalidade humanística e individualista. Aquele ambiente caracterizou-se por novas tendências na maneira de pensar e de viver, determinado, entre outros fatores, pelo surgimento de uma incipiente industrialização, de um comércio e de uma nova classe social, a burguesia. A época também contribuiu para um novo desenvolvimento da racionalidade científica, que alcançou sua máxima expressão na figura de René Descartes. Foram tempos em que as práticas intervencionistas reforçavam a idéia de um homem reigente e mecânico. Nascimento-Schulze (1995) assinala algumas das características do paradigma representacional da saúde e da doença durante aqueles anos, a saber: o antagonismo mente-corpo; o corpo do homem visto sob o prisma de uma máquina animal, onde a mente era simplesmente um fator secundário do corpo, e a cura era centrada isoladamente no sintoma.

Segundo assinala Ferreira (1978), foram tempos em que indivíduos mais esclarecidos da Europa começavam a se preocupar com a melhoria da saúde da raça humana, dentre eles More e Leibnitz.

No âmbito da saúde, ainda as ações predominantes eram as de combater as epidemias, pestilências (como muitos as chamavam) e outras doenças novas, como a sífilis, que apareceu no final do século XV. Paulatinamente descobriram-se alguns conhecimentos acerca da forma de cura e de propagação de doenças como a própria sífilis

e o escorbuto. Com isso, assentavam-se as bases para uma futura saúde pública, que trataria dos problemas de saúde de pobres e de trabalhadores dos meios urbanos mais desfavorecidos. No entanto, a humanidade teve que esperar até o século XVIII para o nascimento de uma medicina clínica mais social. Conforme Foulcault (1979), foi somente no século XVIII que, especialmente na França e na Alemanha, ampliaram-se as intervenções médicas, penetrando o domínio do ambiente social. Aconteceu o tão esperado advento de uma medicina social.

Durante a primeira metade do século XIX, países como a Inglaterra já apontavam a existência de um círculo vicioso entre o adoecer e a pobreza. Defendia-se a idéia de que os homens e mulheres adoeciam porque eram pobres e, ao mesmo tempo, o fato de serem pobres piorava o seu estado de saúde. O século XIX ainda foi cenário de muitas discussões acerca das origens miasmáticas das doenças e do contágio das mesmas. Era uma medicina social, que ainda admitia que os miasmas e gases pútridos emanados do apodrecimento de matérias eram os responsáveis pela doença.

A propósito da teoria dos miasmas, é interessante destacar que a mesma, também, refletiu-se em Florianópolis em fins do século XVII. O historiador Cabral (1979, p. 471), em seu livro sobre Nossa Senhora do Desterro, relata ao seu respeito o seguinte:

“A Câmara determinou logo as sempre lembradas medidas de asseio que, a não ser em tais circunstâncias e apertos, nunca eram tomadas, exigindo a limpeza dos quintais e dos logradouros, enquanto distribuía pelas esquinas barris de alcatrão, aos quais se ateava fogo, para que a sua fétida fumaça afugentasse os miasmas[...], e, visando o que pensava ser o agente propagador da febre amarela, os tais miasmas”.

Segundo Sevalho (1993), o clima da medicina social teve graves conseqüências sobre as populações pobres, no sentido de serem elas as portadoras da imundície social. Isso provocou fortes debates acerca do chamado cheiro de rico e cheiro de pobre.

No decurso do século XIX, aconteceram alguns fatos que mudaram o rumo das crenças que os pesquisadores daqueles tempos tinham sobre a saúde e a doença.

Um desses fatos deve-se às descobertas da era bacteriológica, iniciada em 1870 por Pasteur, Koch e Lister, que contribuíram com um modelo unicausal para a compreensão da saúde e da doença. Para esses pesquisadores, tanto a saúde quanto a

doença eram respostas à presença ativa de agentes externos de tipo biológico. Outro fato relevante deveu-se a um conjunto de questionamentos feito por vários estudiosos, ao pesquisarem a origem de muitas epidemias naturais e artificiais que, nos séculos XVIII e XIX, desenvolveram-se na Europa, estudo da influência de fatores como a pobreza e as profissões sobre o estado de saúde. Muitas das causas da maioria das epidemias deviam-se ao efeito de condições econômicas e sociais desfavoráveis sobre a saúde e sobre a doença.

Nas décadas de 40 e 50 do século passado, na medicina, surgiu um movimento reivindicatório que estabelecia alguns dos princípios da nova Medicina Social. Um desses princípios estabelecia que a saúde do povo era um objeto de inequívoca responsabilidade social do Estado. Outro dizia respeito às condições econômicas e sociais como fatores que têm efeitos importantes na saúde e na doença. Um último princípio relevante estabelecia que deviam ser tomadas providências, tanto sociais quanto médicas, para promover a saúde e combater as doenças. Esses princípios ficaram organizados num projeto de lei de Saúde Pública, que foi submetido à aprovação na Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões, em Março de 1849 (Rosen, 1980).

A partir de 1848, essa Medicina Social desenvolveu-se como uma empresa de intervenção sobre as condições de vida, o meio ambiente e até sobre a própria revolução industrial. Durante todo o século passado, os poderes públicos começaram a se interessar por assegurar alguns serviços de saúde que não eram garantidos pelas iniciativas privadas. Progressivamente, ia-se gerando todo um pensamento de prevenção em saúde, que alargaria o espaço da medicina curativa.

Além de todo o exposto anteriormente, nós concordamos com Rosen (1980) quando afirma que, no desenvolvimento da medicina social, existiram dois pilares fundamentais: os avanços da própria medicina da época e o desenvolvimento das ciências sociais (antropologia, psicologia social, sociologia e economia).

Depois da Primeira Guerra Mundial, diferentes serviços organizados de saúde pública foram se estendendo rapidamente por todo o mundo. Muitos países assumiram diversos projetos para o controle de doenças, problemas de saúde escolar, rural e urbana, problemas de saneamento, de bacteriologia, de epidemiologia, higiene industrial, higiene dos alimentos e protecção materno-infantil, entre outros. Ainda, na perspectiva de saúde

pública desses anos, a concepção de saúde-doença reduzia-se a um plano fenomênico e individualizado de causas predominantemente biológicas. As principais ações sanitárias centralizavam-se no estado, razão pela qual muitas das mudanças obtidas tiveram um caráter limitado, porque o embate estado-sociedade estava ausente.

No ano de 1945 aconteceu um fato que parecia mudar as concepções sobre a saúde-doença: a proposta, pelas Nações Unidas, da criação de uma Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta somente começou a funcionar em 1948, quando diversos países membros chamaram a atenção para a necessidade de organizar seus próprios serviços sanitários e lutar contra as grandes doenças (Ferreira, 1978). A partir desse fato, a saúde passou a ser vista como um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas, condição social e econômica. Em 1946, a OMS conceitua a saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (OMS, 1946).

Embora a ação da OMS tenha sido, durante todos esses anos de orientação, de ajuda técnica e de pesquisas altamente complexas, o conceito fornecido por eles, em 1946, não era operacional e não refletia a realidade do processo social humano. Este último não é um processo perfeito, pelo contrário, é variável, instável e constantemente estão-se produzindo riscos biológicos e sociais no mesmo. Esse conceito da OMS (1946) parece-nos que responde ao modo flexneriano de entender saúde como ausência de doenças. A partir dele, toda a organização dos serviços e o fundamento das práticas sanitárias foram reduzidos a critérios médicos curativos. O conceito da OMS expressa a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, porém a realidade é outra. É, como diz San Martín (1984), um conceito nobre, mas muito carregado de subjetivismo e de utopia. Não serve como objetivo num planejamento racional de saúde. O processo de saúde começa sendo social e coletivo, e termina por ser individual, físico-orgânico e mental.

É um conceito que não permite pensar em nenhum desvio ou anomalia, mesmo que os mesmos não sejam sinais clínicos de doença. Perguntam-nos, então: como fica o conceito de saúde em termos de equilíbrio?

A explosão das doenças crônicas não transmissíveis produziu uma valorização do ambiente social na compreensão do processo saúde-doença. Isso foi discutido, pelo

menos no continente americano, em algumas conferências relevantes, como por exemplo, durante a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986. Na mesma, elaborou-se um dos documentos mais importantes da Saúde Pública Moderna: a Carta de Ottawa para a promoção de saúde, direcionada à consecução do objetivo de saúde para todos no ano 2000, e subscrita por 38 países. A carta estabelecia o seguinte:

“a promoção de saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar e adaptar-se ao meio ambiente. A saúde percebe-se, pois, não como um objetivo, e sim como a fonte de riqueza da vida quotidiana” (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p.367).

A definição de saúde contida nessa carta conseguiu esclarecer que, para levar uma vida sadia, existem requisitos que devem ser respeitados, como alimentação, moradia, educação, renda financeira, paz e justiça social, entre outros. No entanto, a carta levou ao risco de pensar que somente se poderia obter uma saúde total instituindo uma sociedade completamente diferente da que existia, o que, de certa maneira, fazia com que ela caísse no mesmo equívoco da definição de saúde da OMS (1946), ou seja, no erro de constituir um objetivo utópico.

Depois da primeira metade do século XX, quando a expectativa de vida começou a aumentar e as doenças crônicas substituíram as doenças transmissíveis, desenvolveram-se outras concepções do processo saúde-doença que tentavam articular quatro dimensões do processo: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente, estrutura socioeconômica e serviços de saúde. Nesse sentido, a primeira declaração teórica de saúde pública que surgiu dos achados da epidemiologia e das doenças não infecciosas foi o Informe de Lalonde, decretado pelo governo do Canadá em 1974 (Organización Panamericana de la Salud, 1992). Alguns dos decretos do Informe de Lalonde trazem uma nítida orientação preventiva da Saúde Pública, ao declarar que muitas das doenças do Canadá daquela época eram causadas, não pela estrutura dos serviços de saúde mas sim pelos estilos de vida da população e do meio ambiente, ou por outros fatores.

Posteriormente, em 1986, a Associação Canadense de Saúde Pública e outras organizações realizaram uma Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa, em que prevaleceu, também, um enfoque bem nítido de promoção de saúde (Organización Panamericana de la Salud, 1992). O documento resultante dessa conferência foi a Carta de Ottawa que esclarecia que, para garantir a saúde da população eram indispensáveis a educação, a moradia, a alimentação, a renda familiar, a paz, a justiça social e a equidade, entre outros (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Na América, aconteceram outras conferências Internacionais sob o auspício da Organização Pan-americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, que também deram novos enfoques à compreensão da saúde-doença nessa parte do mundo. Por exemplo, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Bogotá em 1992 e a Conferência do Caribe para a Promoção da Saúde em Trinidad e Tobago em 1993 (Organización Panamericana de la Salud, 1992). Em ambas, o enfoque estava centrado no seguinte: a promoção da saúde dependerá das ações realizadas pelas pessoas e pelas comunidades, com o objetivo de modificar os fatores ecológicos, do comportamento, criar sistemas eficientes de atenção de saúde e impulsionar uma cultura da saúde, modificando valores, crenças e atitudes das populações.

A seguir serão apresentadas outras concepções da saúde e da doença de pesquisadores que têm contribuído de maneira importante com uma perspectiva histórico-social do processo saúde-doença. Na medida em que são expostas essas concepções, apresentamos, também, nosso ponto de vista a respeito da temática.

Nenhuma sociedade, por muito desenvolvida que esteja, pode dar-se satisfeita com o nível de saúde de sua população. Diversos pesquisadores da atualidade refletem sobre os problemas de saúde, sobre suas origens, sobre os serviços sanitários, e especialmente sobre como definir doença e saúde. Junto a essas reflexões científicas existe um outro campo, um campo leigo e não profissional, que também reconhece e redefine constantemente a doença e a saúde. Provavelmente, esse último reflita sobre o fenômeno tanto quanto o campo especializado-profissional da sociedade. O homem comum dificilmente fica pensando por que está sadio, mas quando está doente, ele tem consciência da doença e até consegue explicá-la. Geralmente, as pessoas leigas consideram que o estar doente explica-se quando elas não podem fazer aquilo que

desejariam. Vejamos, na continuação, o que alguns pesquisadores científicos da área dizem a respeito.

San Martin & Pastor (1989), definem a saúde-doença como um resultado das relações sociais, do risco do homem que vive em sociedades estruturadas historicamente, sem ter em consideração as necessidades e as limitações da espécie. Julga-se que esta definição de saúde-doença depende da dialética do homem com a realidade social em que vive. San Martin & Pastor (1989) adotam o termo saúde-doença em detrimento de algum deles isoladamente porque, para os autores, existe uma relação de identidade causal e, ao mesmo tempo, de antagonismo entre ambos os termos. Os autores afirmam:

“Na equação vital da espécie humana, o chamado "normal" acontece no homem, incluindo a saúde como possibilidade fisiológica, e a doença, como probabilidade social. Daí que, estar com saúde implica, dialeticamente, aceitar a probabilidade de perder tal situação e transformar-se em doente” (San Martin & Pastor, 1989, p.45).

Segundo esses mesmos autores, tanto a saúde quanto a doença constituem processos dinâmicos, evolutivos e históricos. Saúde não tem que ser considerada como o oposto irreconciliável da doença, nem *vice-versa*. Cada um representa um processo ecológico, só que em direções contrárias. Por essa razão, San Martin (1984) denomina saúde e doença como complexo saúde-doença e ainda salienta que é um erro considerar a palavra "normal" como sinônimo de saúde. Ele, da mesma forma que Canguilhem (1978) afirma que, se existe uma norma, esta é uma norma individual. Quer dizer, tanto para um autor quanto para o outro, a opinião dos médicos, a apreciação dos pacientes e as idéias dominantes do meio social são as que determinam aquilo que se chama estar saudável ou doente.

Uma outra idéia de que San Martin (1984) e Canguilhem (1978) compartilham, e que nós também defendemos é que a definição estatística de normalidade, tal como tem sido desenvolvida na maior parte da literatura médica, não se ajusta à realidade. Nesse sentido, como diz Canguilhem (1978), é a vida em si mesma e não um conceito de realidade estatística a que faz, do normal biológico, social ou psicológico, um conceito de valor.

A partir de todas essas reflexões, como eles definem saúde? Canguilhem (1978) a define pela capacidade de tolerância que o indivíduo tem com as infidelidades do meio. Portanto, pode-se falar de saúde quando temos os meios para enfrentar as nossas dificuldades e os nossos compromissos, sendo que a conquista e a ampliação desses meios são tarefas individuais e coletivas. Todavia, o autor explicita o seguinte, a respeito dos conceitos normal e saudável:

“O homem se sente normal, quando se adapta ao meio e a suas exigências, se sente normativo, quando pode seguir suas normas de vida” (Canguilhem, 1978, p.161).

Parece-nos que, mais do que em qualquer outra idade, ser sadio na velhice representa possuir uma margem maior de tolerância às infidelidades do meio social humano. Já a doença pode aparecer quando acontece uma redução dessa margem de tolerância.

San Martín (1984) apresenta uma concepção muito semelhante à anterior. Para ele:

“saúde é uma noção relativa que repousa sobre critérios objetivos e subjetivos (adaptação biológica, mental e social), e que aparece como um estado de tolerância e compensação física, psicológica, mental e social fora da qual, qualquer outro estado percebe-se pelo indivíduo e\ou pelo grupo, como uma manifestação de doença” (p.80-1).

Observa-se, no conceito anterior, que o autor deixa claro que a saúde não é privativa só do médico, mas relaciona-se com o ambiente de vida da população e do indivíduo, com sua cultura e educação, com os comportamentos sociais e com o nível de desenvolvimento social.

A propósito da referência que San Martín (1984) fornece sobre a relação que existe entre o complexo saúde-doença e cultura, não se pode desprezar que uma das qualidades que distingue o homem, é ser o criador e o transmissor de sua cultura. Como tal, os múltiplos aspectos da cultura estão relacionados, direta ou indiretamente, aos problemas de saúde e de doença do indivíduo ou do grupo. E ainda mais, a saúde e a doença são valores sociais que se desenvolvem como resultado de condições de

alimentação, moradia, educação, emprego, lazer, serviços de saúde e até da própria cultura dominante.

Conforme Kaplan e Manners (1975); San Martin (1984) e Berlinguer (1988), cada sociedade tem um modo peculiar de atuar e de se comportar que não pode ser explicado por conceitos psicobiológicos. Cada cultura exprime as suas definições para a saúde e para a doença. Os indivíduos desenvolvem seus comportamentos, valores, crenças e hábitos em contextos grupais com características culturais específicas. O homem é um produto da cultura à qual pertence. Dessa generalização depreende-se que, quando uma doença é tratada, ela não pode ser encarada, simplesmente, como uma responsabilidade unicamente individual de quem está doente. Pelo contrário, saúde e doença têm muito a ver com os comportamentos da população e com a cultura que essa população tem. San Martin (1984, p. 286), oferece um exemplo muito ilustrativo:

“As campanhas para eliminar o alcoolismo, muitas vezes, não encontram outra saída que não seja a repressão, vale dizer, na proibição do álcool ou na punição dos que bebem, porém sem tocar na lucrativa indústria do álcool[...] Ninguém se preocupa em saber por que os alcoólatras bebem álcool e por que a grande maioria da população em países com cultura alcoólica, não vira alcoólatra”

Está implícito nessa afirmação que, obviamente, o indivíduo tem que ter um mínimo aceitável de conhecimentos e de consciência do valor saúde, assim como uma certa responsabilidade na sua manutenção, melhora, prevenção e até na cura de doenças. Só que, pretender dar a ele toda a responsabilidade de um fenômeno que é mais social do que individual, significa negar a influência do socioeconômico e do cultural no processo saúde-doença. No entanto, a grande variabilidade de nossos comportamentos responde a pautas socioculturais adquiridas. É essa variabilidade e a possibilidade individual de mudar os comportamentos que refletem as relações que existem entre a conduta, a saúde e a doença. Associando essa colocação com o objeto de nosso estudo, poderíamos pensar que uma maneira de mudar comportamentos sobre determinado assunto é agir sobre as representações sociais que temos no grupo. E ainda, o conceito de necessidade de saúde gerado nas diferentes culturas é uma peça vital para o sentido que a saúde-doença tem nos grupos.

E como poderíamos definir a doença?

Partimos do critério de que a doença não faz sentido se não é em função do homem enquanto unidade biopsicossocial. Para San Martin (1984), a doença representa um desequilíbrio biológico, ecológico e social. É uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo, e uma falta de reação aos estímulos a que está exposto. Sendo assim, esse processo termina produzindo uma perturbação da fisiologia, da anatomia ou da função do indivíduo. Esse conceito reflete a perspectiva ecológica do processo saúde-doença que o autor defende. O conceito é muito objetivo e útil para o planejamento racional de serviços sanitários que levem em consideração a maior parte dos fatores que intervêm na determinação e na variabilidade da saúde e da doença.

De outra maneira, Canguilhem (1978) define a doença a partir de sua relação com os conceitos normal e anomalia. Esse autor pressupõe que diversidade não é doença e que o anormal não é patológico, porque o patológico implica em sofrimento e em impotência. Por outro lado, o patológico sempre é anormal. O autor comenta que, distinguindo a anomalia do estado patológico, e a variabilidade biológica do valor negativo, torna-se mais simples identificar em que ponto começa a doença.

“A doença é o abalo e a ameaça à existência. Por conseguinte, a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual” (Canguilhem, 1978, p.148).

Na definição de Canguilhem (1978), também existe uma certa perspectiva ecológica. Quando ele diz que a doença representa uma ameaça à existência, compartilha com San Martin (1984) da idéia de que o indivíduo pode, de fato, enfrentar riscos, tensões, e até infidelidades. No entanto, a passagem para o estado de doença acontece no momento em que essa pessoa já não pode viver mais em conformidade com seu meio, ou seja, quando perde a capacidade de instituir novas normas: daí o sentimento de impotência. O indivíduo começa a ser anormal em relação a uma situação determinada. Por essa mesma razão, o homem sente-se normal quando se adapta ao meio e às suas exigências. Provavelmente, essa é a causa pela qual um idoso, embora tenha um diabetes ou uma artrose, continua se sentindo normal. Obviamente, se os mesmos não atrapalham sua adaptação ao meio e ele consegue executar suas atividades do dia a dia, nada mais lógico que o idoso se sinta normativo, quer dizer, ele pode seguir suas normas de vida.

A partir de todas as explicações anteriores, concluímos que o estar sadio ou estar doente se constituem numa relação de lados extremos contraditórios. Tanto um estado quanto o outro apresentam características diferentes, e sob essas condições é que eles se excluem mutuamente. Entretanto, não acontece o mesmo com a análise do processo saúde-doença da perspectiva latente ou não percebida, isto é, aquelas manifestações silenciosas de tipo fisiológico ou anatômico, com as quais podemos viver a vida toda sem perceber. Nesse sentido, há pesquisas na área mostrando como a grande maioria das populações passam sua vida individual oscilando ao redor do estado de saúde e de doença, e mais perto deste último (San Martin, 1984). Como um exemplo ilustrativo podemos considerar a grande quantidade de pessoas que, ao morrer, são submetidas a estudos de autópsia, com constatações de lesões atero-escleróticas e, no entanto, nunca desenvolveram sintomas clínicos.

Tentando definir a saúde e a doença, percebe-se que não há uma linha divisória absoluta entre os dois conceitos. Em termos filosóficos, ambos agem na forma de um contínuo, isto é, o fenômeno saúde-doença representa duas categorias que são opostas por contrariedade numa mesma linha contínua. O estar saudável pressupõe a possibilidade de ficar doente e *vice-versa*. Se o indivíduo doente consegue superar as infidelidades do meio de que Canguilhem (1978) fala, existe uma possibilidade de que ele se sinta novamente normal, quer dizer, em equilíbrio. No caso de uma deterioração irreversível da capacidade de recuperação, espera-se um final que conduzirá à morte.

A propósito da morte, é justamente esse termo um dos aspectos que mais está presente no significado que é atribuído à doença na velhice. De maneira não muito pessimista sabemos que, grande parte das vezes, muitas das doenças que afetam o idoso podem levar à morte. Enquanto a pessoa idosa é auto-suficiente para realizar as atividades de seu dia a dia, não há nenhum problema, embora ela possa ter mais de uma doença crônica. O problema de muitos idosos é que, quando eles ficam doentes e incapacitados, requerem muitos cuidados ou grandes somas de dinheiro para uma manutenção pelo menos digna. Mesmo assim, como aponta Klüber-Ross (1977), nem sempre o sacrifício financeiro consegue uma melhora na sua saúde e o final é a morte.

Na maior parte das vezes, os idosos não temem o fato da morte como fim da vida, e sim, o processo de morrer lentamente, isto é, eles temem aquelas situações de

dependências prolongadas, produzidas por estados irreversíveis de incapacidades. A pessoa idosa pode sentir vergonha e até sentimento de culpa, pelo fato de fazer com que seus familiares, amigos ou conhecidos tenham que limitar suas vidas para cuidar deles. Daí que as representações de medo à doença, que muitos idosos desenvolvem, estejam associadas às vivências negativas, resultantes do processo de morrer, ou seja, às dependências do cuidado dos outros. No caso dos idosos, a crise do conhecimento da morte gera muito mais ansiedade não pela morte em si mesma, mas sim pelo sentimento de incerteza de ter que receber cuidado por muito tempo.

Todo ser humano sabe que, com maior probabilidade, a última fase da vida é a que se aproxima da morte. Perante isso, nada há para fazer: é uma morte certa num prazo desconhecido. Só que, embora esse prazo seja desconhecido, algumas pessoas idosas preferem correr o risco de morrer sozinhas do que aceitar ajuda dos familiares. Já outros idosos compreendem que, durante a vida, existem mudanças naturais do equilíbrio que fazem com que os seres humanos necessitem novamente do cuidado dos outros. Para estes últimos, o morrer e a morte não se apresentam como tão ameaçadores, e podem ser representados de maneira natural.

Diferente dos termos saúde e doença, os conceitos de “sadio” e de “doente” são opostos por um outro tipo de contradição: ou o ser humano está sadio, ou está doente. No entanto, para relacionar os conceitos “sadio” e “doente”, é necessária a consideração de um termo intermediário: o equilíbrio. Esse equilíbrio, no caso dos idosos, pode ser representado através do conceito “autonomia”.

É ampla a referência de estudos que a OMS (1984) tem realizado, mostrando como a autonomia consegue representar razoavelmente a condição de saúde num idoso. No entanto, a influência que exercem os fatores culturais sobre a condição de ser autônomo na velhice, dificultam ostensivamente o uso do termo “autonomia” como um indicador direto de estar sadio.

Num dos Informes Técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) são fornecidos três conceitos que, de maneira interrelacionada, permitem operacionalizar o termo autonomia. São eles a deficiência, a incapacidade e a invalidez. A deficiência define-se como a perda ou anormalidade de estrutura ou de função psicológica, fisiológica ou anatômica. A incapacidade (resultante de uma deficiência) é toda aquela

restrição ou falta de capacidade para executar uma atividade dentro dos padrões chamados normais. Por último, a invalidez é a desvantagem que um indivíduo apresenta como consequência de uma deficiência e de uma incapacidade. A representação dessa desvantagem como anormal dependerá da idade, do sexo e, principalmente, de fatores socioculturais que o próprio indivíduo avalia.

O traço fundamental dos estados de invalidez é seu caráter socializado. Para o indivíduo, esses estados representam as consequências sociais e ambientais derivadas da presença de deficiências e de incapacidades (OMS, 1984). Vejamos, como se manifestam essas consequências sociais.

Qualquer estado de invalidez constitui um fenômeno social e individual. O grau de autonomia de um idoso e, em consequência, sua condição de sadio ou doente está em função das relações que possam existir entre a deficiência, a incapacidade e a invalidez que ele sente diante das demandas do meio. Nesse sentido, é muito ilustrativo o exemplo fornecido pelo Informe Técnico antes mencionado. A Artrite é uma deficiência com a qual uma pessoa pode viver muito tempo. Uma pessoa que tenha uma Artrite Moderada nos joelhos, pode ter alguma incapacidade e sentir-se uma inválida se morar num segundo andar, por exemplo, e tiver que subir escadas, ou fazer algum trabalho físico para viver. Entretanto, outra pessoa com a mesma incapacidade, mas que more no térreo e que não precise trabalhar por ter uma renda financeira boa, sentir-se-á muito menos inválida que a primeira (OMS, 1984).

A relatividade implícita no conceito de saúde foi discutida até pelo próprio Durkheim (1963) dentro do campo da filosofia e da sociologia. Ele refletia e assinalava que a saúde do idoso não é a do adulto, assim como a do adulto não é a da criança.

Na relação “ser sadio / ser doente” na velhice poderíamos dizer, também, que a noção de estar saudável remete-nos à idéia de estado compensado ou de equilíbrio dinâmico, no qual é retardada a transição da deficiência à invalidez. Nesse estado, o indivíduo pode receber agressões do meio e conseguir tolerá-las sem chegar ao desequilíbrio. Já o estar doente reflete uma descompensação, uma intolerância, uma invalidez e um desequilíbrio que termina numa falta de adaptação social.

O próprio Durkheim (1963) oferece interessantes avaliações no que diz respeito às regras de distinção entre o normal e o patológico na velhice. Num de seus escritos clássicos acerca das regras do método sociológico o autor disse o seguinte:

“Não há dúvida de que, com efeito, a doença tem em geral e realmente, por consequência, um enfraquecimento do organismo. No entanto, ela não é a única em produzir tal resultado. As funções de reprodução em certas espécies inferiores, resultam fatalmente na morte e, mesmo nas espécies mais elevadas, acarretam riscos; constituem, no entanto, funções normais. A velhice e a infância produzem os mesmos efeitos; pois velho e criança são mais acessíveis às causas da destruição. Teremos então de considerá-los como doentes e não admitiremos como tipo saudável senão o adulto? Isto restringiria singularmente o domínio da fisiologia! Por outro lado, se a velhice é em si mesma uma doença, como distinguir o velho sã do velho doente?” (Durkheim, 1963, p.46-7)

O processo saúde-doença na velhice é dinâmico e está altamente influenciado por diferentes fatores de risco importantes como: a estrutura socioeconômica, o apoio social, as condições de vida dos idosos, o ambiente em que vivem, as próprias deficiências que os mesmos possam ter, o estilo de vida, e as atitudes que a sociedade manifesta para com os idosos, entre outros.

Deduz-se das reflexões anteriores que, embora seja difícil definir em termos gerais o processo saúde e doença, existem formas de operacionalizá-lo, utilizando conceitos mais objetivos. O sucesso de um programa de saúde dependerá dessa adequação objetiva da medida de saúde utilizada. A afirmação anterior torna-se particularmente útil e importante quando um planejador tenta implementar programas de saúde para idosos. Justamente, essa é a temática que será abordada no próximo capítulo.

O elemento central que está implícito em todas essas reflexões é que, uma concepção errônea da saúde-doença pode levar a utopias irrealizáveis. Isso porque não se tem em conta o princípio da natureza sócio-histórica do processo saúde-doença. Quando se tem em consideração esse princípio, as necessidades sentidas de saúde dos indivíduos, dos grupos e das comunidades humanas começam a ser levadas em consideração nos programas de saúde. Sendo assim, propomos, com este estudo, utilizar as representações

sociais que os idosos têm do processo saúde-doença como uma forma de interpretar suas necessidades de saúde.

2.2. PLANEJAMENTO DE SAÚDE E NECESSIDADES DE SAÚDE.

A base de qualquer planejamento sanitário é a saúde, seja este um planejamento de políticas, de programas, ou de serviços. Em consequência disso, aqueles especialistas que planejam os programas, ou até os próprios fornecedores dos serviços, precisam compreender o que é a saúde, e o que é um problema de saúde.

No capítulo anterior comentou-se a respeito daquelas definições de saúde e de doença que não são operativas, e que aparecem para o planejador como muito pouco práticas. Assinalou-se também que, em detrimento dos índices tradicionais de morbidade, parece que a autonomia, operacionalizada através dos conceitos de deficiência, incapacidade e invalidez, é, até a atualidade, uma das formas mais objetivas de mensurar saúde no idoso. Não quer dizer que em outras idades os indicadores de morbidade ou de mortalidade não sejam úteis ou objetivos para mensurar problemas de saúde, ou que na velhice, a morbidade não possa ser de interesse epidemiológico. O que acontece é que, na velhice, diferente das outras idades, um dos indicadores mais adequados para avaliar a condição de sadio ou de doente é a capacidade de desempenho que o indivíduo tem para exercer as funções do dia a dia. Para uma pessoa maior de sessenta anos, não é suficiente nem prazeroso viver muitos anos se esses anos não forem vividos com autonomia. É esse critério de autonomia o que deveria prevalecer nos especialistas da saúde, no momento de avaliar um idoso saudável ou doente.

Se o campo da saúde apresenta-se, como diz Birman (1991), na forma de uma imensa escritura de representações, porque não ter em consideração, no momento de planejar um programa de saúde, as representações que os indivíduos têm do processo saúde-doença? São poucas as ocasiões em que os que planejam e oferecem os serviços sanitários se questionam acerca das teorias de senso comum da saúde e da doença, que estão implícitas nas suas práticas. Em algumas ocasiões, nesses planejamentos, pode ser esquecido o fato de que aquilo que pode ser um problema de saúde insere-se no contexto sociocultural no qual o indivíduo se desenvolve. São essas algumas das maiores

dificuldades que hoje apresenta o planejamento sanitário do Brasil e de grande parte do mundo.

Compartilhamos com diferentes autores (Canguilhem, 1978; San Martin, 1984; San Martin & Pastor, 1988; 1989) da idéia de que o processo saúde-doença é um conceito social, motivo determinante de que a responsabilidade sobre a saúde deva ser compartilhada entre a sociedade, as comunidades, os grupos e os fornecedores de serviços de saúde.

Voltando à nossa questão inicial sobre o planejamento sanitário, Pineault & Daveluy (1989) colocam que muitas dessas dificuldades, assinaladas em parágrafos anteriores, relacionam-se, também, com o tipo de pesquisa que os planejadores de saúde fazem para explorar um problema de saúde. Nesse sentido, os autores referem que existem duas formas de investigar um problema de saúde: uma, baseada na Saúde Pública e na Epidemiologia, e outra, inspirada nas Ciências Sociais.

A primeira consiste em identificar um problema de saúde a partir de seus fatores associados. Nesse caso, consiste num enfoque epidemiológico (pesquisa epidemiológica), que estuda a distribuição dos problemas físicos e mentais, e analisa os fatores que determinam essa distribuição na perspectiva do método hipotético-dedutivo. A pesquisa dos diferentes fatores etiológicos relacionados a esses problemas considera como essenciais as características sociais e demográficas do entorno em que os problemas se observam, assim como os antecedentes dos indivíduos afetados. Na base dessas características, a pesquisa no enfoque epidemiológico investiga alguns elementos considerados como fatores associados à aparição de problemas físicos e mentais. Por exemplo, classe social, sexo, raça, ocupação, educação, renda financeira e estado civil, entre outros.

No caso de poder demonstrar uma relação de determinação entre o problema de saúde e os fatores em questão, planeja-se um programa de intervenção.

O segundo tipo de pesquisa de problemas de saúde inspira-se nas Ciências Sociais (pesquisa sociológica). Prioriza todos aqueles determinantes da saúde que são objeto de estudo dessas Ciências Sociais. Essa forma de pesquisa pressupõe que existe uma inter-relação recíproca entre a saúde e seus determinantes (de tipo topográfico, sócio-demográfico, cultural, e social, entre outros). Seguindo os pressupostos desse modelo de

pesquisa, toda ação que se implementa em nível desses determinantes, terá um efeito sobre a saúde e *vice-versa*. Esse modelo tenta explorar aspectos observados e sentidos da população no que diz respeito a um problema de saúde. Quer dizer, é um enfoque que possibilita criar algumas ações de saúde a partir das referências que os indivíduos fazem da condição de estar saudáveis ou doentes, em função das capacidades para se ocuparem das suas funções pessoais, sociais e de trabalho.

Para um planejador de saúde, essas duas vias de investigação podem representar dois enfoques complementares. O primeiro, atinge certas relações de causalidade entre fatores e problemas de saúde; o segundo, explora o contexto sociocultural de todas as ações possíveis que podem ser executadas rumo à condição de saudável de uma população.

Em qualquer uma dessas formas de pesquisa, o objetivo mais importante de um serviço sanitário é garantir a adequação entre as necessidades de saúde de uma população, e os recursos colocados à sua disposição. É essa a principal razão pela qual um conceito de saúde em qualquer idade tem que ultrapassar a definição científica que é dada ao mesmo, para integrar os elementos leigos sentidos pelos indivíduos a respeito do que é estarem doentes ou saudáveis. São esses últimos alguns dos indicadores sociais de saúde mais esquecidos no planejamento sanitário. O subdesenvolvimento do sistema de saúde de um país não diz respeito, somente, à falta de serviços em saúde, mas também à dependência da população desses serviços, fenômeno que San Martin & Pastor (1989) denominam como medicalização da saúde.

Consideramos que o fenômeno saúde-doença pode ser representado e interpretado na ótica intercomunicacional dos indivíduos. Ele, da mesma forma que qualquer outro assunto de interesse para os grupos, é susceptível de tornar-se um outro tipo de realidade: a representação social da saúde-doença, através da mediação da comunicação, no cenário das conversações da vida cotidiana. Segundo Birman (1991), são os sujeitos, membros de grupos coletivos e históricos, os principais artífices e suportes da transmissão das representações sociais. Essa concepção de saber comum sobre a saúde e a doença pode ser tão valiosa quanto o próprio saber científico. É justamente nesse contexto que estão inseridos alguns métodos de planejamento de saúde comunitária. Um modelo de

planejamento desse tipo toma como ponto de partida o estado de saúde sentida e expressada pela população.

Pressupomos que, no caso de alguns grupos populacionais de idosos, poderia ser executada, além da pesquisa epidemiológica de detecção de problemas de saúde, uma abordagem social que permita explorar quais são as necessidades de saúde que essas pessoas têm, a partir de seus próprios auto-informes. Esses auto-informes indicariam aquela morbidade sentida que age como um indicador psicossocial de saúde.

A partir dos elementos anteriores cabe agora perguntar: o que é uma necessidade de saúde e o que é um problema de saúde? Segundo Pineault & Daveluy (1989), a determinação de necessidades de uma população vai além da identificação dos problemas de saúde. A mesma precisa de uma análise dos serviços sanitários e dos recursos disponíveis. No presente capítulo somente será feita uma discussão teórica no que diz respeito às necessidades e aos problemas de saúde, de acordo com os objetivos desta tese.

É difícil uma definição precisa da noção de necessidade porque, assim como acontece com a noção de saúde, ambas podem ser tanto objetivas quanto subjetivas. Esse duplo significado se expressa não só na população, mas também nos próprios programadores de saúde. De um lado, um grupo populacional pode confundir as necessidades com os desejos e, de outro, o programador de saúde pode interpretar as necessidades da população em função da demanda aos serviços curativos, segundo o modelo de saúde que predomine.

Há muitas classificações das necessidades que o ser humano tem. San Martin (1984) salienta que, do ponto de vista antropológico, por exemplo, existem necessidades naturais e sociais. As primeiras, são absolutamente indispensáveis para a vida de um indivíduo e originam-se nas exigências biológicas da espécie; as outras, são geradas na vida em sociedade. No caso do ser humano, muitas necessidades sociais tornaram-se naturais com o advento do desenvolvimento social, como por exemplo, alimentação, moradia, vestuário, calefação, saúde e educação. Não existem contradições entre ambos os tipos de necessidades. As oposições que podem ser geradas entre as duas ocorrem quando os bens produzidos não correspondem às necessidades reais sentidas pela população. Daí o fato de que o grau de satisfação das necessidades humanas de uma população é um indicador bastante objetivo do nível de desenvolvimento de um país.

Galtung (1979) fornece outra classificação das necessidades fundamentais do homem contemporâneo como necessidades fisiológicas (nutrição), necessidades de proteção física (moradia), necessidades de proteção e promoção da saúde humana, necessidades de proteção e melhora do ambiente ecológico-social, necessidades sociais e psicossociais (educação, trabalho), e necessidades de liberdade e paz, entre outras.

Independentemente do tipo de classificação, todas as necessidades humanas evoluem, gerando-se constantemente novas necessidades, fato esse que está determinado pela dialética inerente aos próprios modos de produção das sociedades. Esses elementos gerais da teoria de necessidades permitirão definir um problema e uma necessidade de saúde quando o objetivo do sistema de saúde é, primeiramente, ajudar a população a proteger sua saúde, evitar a doença e, em segundo lugar, curar os doentes.

Defende-se o pressuposto teórico de que, quando um sistema de saúde tem como objetivos os que foram citados no parágrafo anterior, esse sistema precisa trabalhar com a população para identificar seus problemas (pesquisa epidemiológica) e suas necessidades de saúde expressadas (pesquisa sociológica). San Martin (1984) e Pineault & Daveluy (1989) defendem o critério de que é mais justo fundamentar o planejamento sanitário nas necessidades de saúde, de atenção à doença e à invalidez da população, do que em indicadores negativos indiretos, como são a mortalidade ou os recursos de saúde disponíveis que se tenham. Os autores ainda acrescentam que nenhuma ação de saúde é eficaz se a mesma não tem um conhecimento rigoroso dos problemas e das necessidades da população alvo. Portanto, a primeira etapa de qualquer planejamento sanitário deve ser a identificação de problemas e de necessidades de saúde.

Pineault & Daveluy (1989) fazem uma ampla revisão teórica do conceito de necessidade de saúde, e salientam como a mesma, para alguns autores, corresponde a uma deficiência ou ausência de saúde. Esta é determinada a partir de critérios biológicos ou epidemiológicos e tem associadas medidas de prevenção, tratamento, controle ou erradicação. Concordamos com os autores (Pineault & Daveluy, 1989) quando assinalam que essas conceituações correspondem mais à noção de problema de saúde do que à definição de necessidade de saúde propriamente dita. Para outros, a necessidade de saúde é um estado de doença percebido pelo indivíduo e definido pelo especialista em saúde como uma perturbação na saúde ou no bem-estar.

Um problema de saúde consiste num estado de saúde, considerado como deficiente ou anormal, pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade. Para San Martin & Pastor (1989), existem níveis intermediários entre a aparição de um estado julgado como deficiente ou anormal e o tratamento do mesmo por parte do sistema de saúde.

As necessidades de saúde não devem ser reduzidas, simplesmente, a carências nos serviços de saúde, que podem ser determinadas por métodos clínicos ou de laboratórios. Quando um grupo populacional se refere a uma necessidade de saúde é porque o mesmo, por si só, já não pode solucionar sua situação, seja pelos riscos que a mesma representa, pela dor, invalidez, inadaptação social, ou até pelo risco de morte que poderia existir. Por essas razões, a necessidade representa o desvio entre o estado ótimo e o estado atual de saúde. Nesse sentido, uma necessidade de saúde representa aquilo que se requer para solucionar o problema identificado. Existe, ainda, um outro detalhe na relação entre necessidade e problema de saúde. Uma necessidade pode existir, inclusive, em situações em que não há problemas, como por exemplo, no caso das mulheres grávidas, que não apresentem problemas, mas necessitam de ações de saúde em matéria de prevenção.

Deduz-se do que foi dito anteriormente que a necessidade de saúde é, de alguma maneira, uma forma operacional de traduzir um problema de saúde. Segundo Pineault & Daveluy (1989, p. 46):

“a necessidade é aquilo que faz falta para que a situação problemática (o estado de saúde atual) se transforme na situação desejada (o estado de saúde ideal- em termos de meta futura). Apesar de tudo a necessidade representa um estado relativo e sua definição depende daqueles que a interpretam”.

Existem relações entre o conceito de necessidade de saúde e a noção de representação social da saúde e da doença. Como aponta San Martin (1984), o sentido de uma necessidade de saúde muda segundo o indivíduo que a use. O autor comenta, também, como os subsistemas de saúde trabalham principalmente acima das necessidades individuais, quer dizer, aquelas que terminam na compra de bens comerciáveis, uso de hospitais, intervenções cirúrgicas, medicamentos e laboratórios, entre outras, ao redor das quais se expande toda uma indústria de produção. Por essa razão, em algumas ocasiões o que é denominado como necessidades de saúde não está em correspondência com aquilo que o sistema produz para satisfazer essas necessidades. Neste caso anula-se o fato de que

a origem de uma necessidade de saúde está, justamente, nas interrelações sociais e no ambiente sociocultural do dia a dia de uma população.

Na rede básica de saúde do Brasil, algumas das representações das necessidades de saúde estão fortemente relacionadas à prática da gestão dessas necessidades. É uma prática tradicionalista, em que predomina uma identificação da necessidade a partir de um sistema de serviços médicos e sanitários que algumas vezes só satisfaz a tal necessidade de maneira aparente, ou seja, não se resolve o problema de saúde. Se o Brasil aspira ter um SUS verdadeiramente social, ele não deveria, somente, continuar desenhando estruturas técnico-administrativas, mas deveria pesquisar quais os problemas de saúde que sua população sente.

Para a pesquisa desses problemas de saúde, Bradshaw (1977) descreveu um modelo taxionômico do conceito de necessidade de saúde que reflete a dialética que existe entre a própria necessidade e um problema de saúde. O mesmo é compartilhado tanto por San Martin (1984), por Pineault & Daveluy (1989), quanto por nós, neste trabalho. Bradshaw (1977) classifica as necessidades de saúde em quatro tipos:

- Necessidade normativa: definida pelo especialista, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima. Aqui, as necessidades refletem o estado atual do conhecimento e dos valores daqueles que as determinam.
- Necessidade sentida: consiste na percepção que as pessoas têm de seus problemas de saúde, ou daquilo que desejam em termos de serviços de saúde. A noção de morbidade sentida mencionada em páginas anteriores refere-se, justamente, à necessidade sentida.
- Necessidade expressada: equivale à demanda de cuidados e de serviços, quer dizer, à necessidade sentida, que finaliza na procura de um serviço de saúde. Existem pessoas que não procuram o serviço, embora sintam uma necessidade e outras que expressam esta necessidade, mas não percebem suas demandas satisfeitas.

Baseados nessa classificação, San Martin & Pastor (1988) assinalam que o eixo essencial a ser obtido por qualquer programa de saúde encontra-se num ponto de convergência entre as necessidades, a demanda e a oferta de serviços. No entanto, as

práticas têm demonstrado que atingir o ponto de convergência é, geralmente, uma tarefa difícil. O alcance desse ponto chega até a ser um dilema. Na análise que San Martin & Pastor (1989, p. 154) fazem da Economia da Saúde, eles expõem com bastante nitidez este dilema, refletindo acerca dos múltiplos obstáculos que impedem atingir o ponto de convergência:

“[...] as comunidades humanas declaram suas necessidades sentidas de saúde (embora as mesmas não sejam as reais); ao mesmo tempo os epidemiologistas fazem o diagnóstico de saúde da comunidade (identificação de problemas e riscos de saúde); os economistas da saúde intervêm nas prioridades e decisões introduzindo o critério de eficácia econômica; os políticos que governam, com uma ideologia determinada, decidem, em última instância, ao formular a política de saúde (que deve representar os objetivos políticos do sistema social que eles governam), o que se realizará na prática”

O ponto de convergência proposto por esses autores tem sido profundamente discutido, também, por vários especialistas de organismos internacionais da saúde. Por exemplo, em 1992, pesquisadores da Organização Panamericana da saúde (OPS) se reuniram para refletir sobre algumas questões da chamada crise da saúde (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 1992). No documento resumo desse encontro aparecem duas características da crise: uma delas é a incapacidade de a saúde pública atender as necessidades sociais de saúde; a outra, a ignorância da saúde pública no que diz respeito às concepções e às práticas da população, em relação ao assunto saúde-doença.

O documento (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 1992) salienta que este quadro conduz a duas contradições no planejamento sanitário dos serviços de saúde: a primeira consiste na manipulação quase exclusivamente individual dos problemas de saúde e de doença, quando na realidade, os mesmos têm uma origem social comum; a segunda diz respeito à ineficácia social das ciências da saúde e dos serviços médico-sanitários.

Como apontam San Martin & Pastor (1989), uma crise é uma situação em que se coloca a ruptura de uma continuidade. É certo que a crise mundial atual não está restrita ao setor da saúde. Todos os setores sociais são afetados pelas consequências da crise da

economia mundial. No caso particular da saúde, San Martin & Pastor (1989), acrescentam que a crise da saúde se manifesta através de três fenômenos, que aliás, encontram-se muito presentes na sociedade brasileira:

“[...]crise dos custos (aumento permanente e vertiginoso), crise da acessibilidade (aumento dos grupos marginais sem atendimento em saúde) e, crise de eficácia (estancamento dos indicadores de saúde)” (San Martin & Pastor, 1989; p. 23).

O presente trabalho pretende mostrar uma possível solução, pelo menos no que diz respeito ao terceiro fenômeno (crise de eficácia). Se algumas das necessidades sociais que mais preocupam os grupos humanos são as da sua saúde e do ambiente de vida, então, o desenvolvimento social de alguns serviços de saúde poderia sustentar-se nas necessidades de saúde sentidas por esses grupos. A única forma que o indivíduo tem de conhecer suas necessidades de saúde é sabendo o que é a saúde-doença através de uma boa educação sanitária e através da participação na gestão de sua própria saúde.

Nosso intuito aqui é tentar mostrar como a noção psicossociológica de representação social pode contribuir para o alcance do ponto de convergência anteriormente exposto, pressupondo, de fato, que a representação não é um simples reflexo do real. É uma construção, assim como o são, também, a saúde e a doença. Tanto uma quanto as outras agem como construções que ultrapassam as fronteiras dos trabalhadores da saúde para atingir o conhecimento leigo da população.

Para garantir a procura do ponto de convergência descrito por San Martin & Pastor (1988), qual seria o método de planejamento sanitário que possibilitaria estudar os problemas e as necessidades de saúde? Dentre a grande quantidade de enfoques existentes para a identificação de necessidades (enfoque por indicadores, enfoque por questionários e enfoque a partir de consenso), Pineault & Daveluy (1989) referem-se à entrevista como uma técnica que, dentro do enfoque por questionário, é muito valiosa na coleta de informações, embora ela se torne bastante difícil quando se trata de grupos populacionais muito grandes. É neste ponto que achamos que o estudo da representação social sobre a saúde e a doença pode ser uma valiosa ferramenta metodológica que contribui com as técnicas da entrevista para a determinação de necessidades sentidas de

saúde nos grupos populacionais de idosos. É neste ponto, também, que nosso trabalho apresenta sua contribuição.

A seguir, apresentamos uma síntese das principais políticas e programas de saúde no Brasil, fazendo uma ênfase especial nas políticas de saúde ao idoso.

2.3. POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE AO IDOSO NO BRASIL

O desenvolvimento das políticas e dos programas de saúde no Brasil vem de longas datas. Pelas características deste trabalho expomos, a seguir, um breve histórico das principais mudanças das práticas sanitárias desde o final do século XIX, época da primeira república no Brasil, até os dias de hoje. O objetivo fundamental desta síntese é relacionar nosso problema de pesquisa à situação social, econômica e política do planejamento sanitário no país. Salientamos que, embora existam vastas referências bibliográficas no que diz respeito às características das práticas sanitárias do Brasil, para a escrita desta resenha utilizar-se-ão, fundamentalmente, os referenciais teóricos de Luz (1991), Mendes (1993) e alguns outros autores que, pelo seu caráter sintético, nos pareceram ser de melhor utilidade aos nossos propósitos.

Com base nesse contexto, relataremos, nos períodos correspondentes, algumas considerações acerca das disposições legislativas mais importantes das Políticas do Idoso. Em função de nosso objeto de estudo (a representação social da saúde e da doença na velhice) será dada ênfase especial às ações da saúde que têm sido implementadas em nível governamental, seja no governo federal, no Estado de Santa Catarina e no Município de Florianópolis.

2.3.1. A primeira república (1889-1930)

Desde final do século XIX até quase a metade dos anos sessenta do século XX, o modelo de saúde que mais se praticou no Brasil foi o sanitarista-campanhista. No essencial, as condições que o determinaram foram do tipo econômicas. Naquela época o país era fundamentalmente agroexportador e o que se exigia dos sistemas de saúde era o saneamento dos espaços onde as mercadorias circulavam. O principal objetivo das

políticas e dos serviços de saúde era evitar que as doenças proliferassem, prejudicando a exportação (Mendes, 1993). O principal coordenador desses serviços era a Diretoria Geral de Saúde Pública.

Esse modelo de campanhas sanitárias destinava-se a combater de uma forma interventiva e até repressiva, as epidemias urbanas e as endemias rurais que surgiam. Segundo Luz (1991), foi-se consolidando toda uma estrutura de saúde de caráter centralista, tecnoburocrática e corporativista que era ligada a um corpo médico proveniente da oligarquia agrária. A partir da década de 10, e com o gradual processo de industrialização do Brasil, o modelo econômico agroexportador foi desaparecendo, dando passagem a um novo momento, que condicionou o surgimento das primeiras políticas e programas de saúde vindos da Previdência Social.

Com a Lei Elói Chaves, de 1923, cria-se no país essa Previdência Social e, com ela, diversas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores (Mendes, 1993).

Relacionamos a seguir algumas das ações governamentais que foram dispostas durante esse período para proteger a saúde das pessoas idosas.

No início do século XX, a cidade de Florianópolis, junto a outras regiões do país, entrou num programa de urbanização e de higienização que teve como objetivos mais relevantes “limpar” do atraso econômico as cidades, tirando as misérias sociais e todos aqueles aspectos que denotassem certa distância da nascente industrialização. Na opinião de muitos governantes, um dos elementos que mais refletia esse atraso econômico eram as pessoas de rua pobres e desvalidas. Obviamente, muitos idosos faziam parte desse exército de pobres e necessitados. Eles eram obrigados a usar um botão de identificação que lhes dava direito a uma quantidade de alimentos e remédios, ou simplesmente eram enviados para asilos. Sabe-se que, em 1902, a primeira sociedade beneficente em cujo estatuto se deu abrigo às pessoas idosas no estado de Santa Catarina (SC), foi o Asilo de Mendicidade Irmão Joaquim (Sant’Anna, 1996).

2.3.2. O período populista (1930-1950)

Foi uma fase de auge no processo de industrialização do país que se caracterizou, fundamentalmente, por uma concentração do pólo dinâmico da economia nos centros

urbanos, gerando uma grande massa operária que necessitava de atendimento de saúde. Durante aqueles anos, o traço principal da assistência sanitária foi ser incluída nos benefícios do seguro social, o que determinou, entre outras conseqüências, que a proteção da saúde ficava muito restrita a trabalhadores urbanos que estavam sindicalizados, ou formalmente vinculados ao mercado de trabalho. Uma outra característica importante do funcionamento das CAPs naquele período era o fato de que, no seu financiamento, aparecer um terceiro contribuinte: o Estado. Segundo Luz (1991), as principais características desses anos foram:

- Proliferação de diferentes Institutos de Seguridade Social, organizados por categorias profissionais.
- Impregnação de práticas clientelistas nos programas e serviços de atenção à saúde. A maior parte deste clientelismo baseava-se no atrelamento dos sindicatos e dos institutos ao estado.

De uma parte, a saúde pública no Brasil caracterizou-se por um forte centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativos, e de outra, as instituições médicas e a Previdência Social adquiriram marcados traços de clientelismo, populismo e paternalismo.

Do ponto de vista das políticas para com as pessoas maiores de sessenta anos, em 1934 foi decretado, pelo governo federal, a Pensão aos Idosos, alegando-se um certo princípio de justiça social. Era, segundo Sant'Anna (1996), uma espécie de caridade estatal processada legislativamente. Os legisladores daquela época viam a previdência como um recurso em favor da maternidade, contra as conseqüências de doenças na velhice, contra a invalidez e contra a morte.

Durante aquele período, as ações governamentais em favor da saúde do idoso estiveram muito influenciadas pelas políticas que o sistema previdenciário brasileiro estava desenvolvendo. A partir de todo esse dispositivo legislativo da Previdência Social, o governo planejou as políticas do idoso, mas, no seu planejamento, nem todos eram merecedores da atenção do estado, quer dizer, nem todos os idosos eram cidadãos. Eram privilegiadas aquelas pessoas organizadas em sindicatos ou em categorias profissionais que faziam parte da política previdenciária. Segundo Sant'Anna (1996), no caso específico de Santa Catarina, nos 40, 50 e 60, os índices de aposentadoria eram

relativamente altos: 51,65%; 53,92% e 60,85% respectivamente, o que indicou de certa forma, o aumento, também, nos índices de envelhecimento no estado; no entanto, os direitos à uma vida saudável digna, somente eram privilégio daqueles idosos catarinenses que contribuíram com o sistema previdenciário. A outra grande massa restante ficava à margem dos programas de saúde do Estado.

2.3.3. Período de desenvolvimento (1950-1960)

Conforme Luz (1991), essa foi a época de um impasse que envolveu o movimento social, liderado pelas elites progressistas do início dos anos 60. Durante esses anos, tentou-se implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno, que estava integrado a uma ordem capitalista de tipo industrial. A finalidade do projeto era acabar com a crise do sistema populista.

Quanto ao sistema de saúde ainda predominava o modelo curativista dos serviços previdenciários e médicos, sob cuja base se estava gerando todo um movimento que exigia reformas na saúde. Ao mesmo tempo em que se ampliava o âmbito de ação da Previdência Social, comprovava-se o caráter discriminatório das políticas de saúde. Estas Políticas criavam profundas diferenças nos níveis de acesso à assistência em saúde entre as diferentes populações urbanas e entre estas e as rurais. Delineava-se, então, a necessidade de diferentes reformas, sendo uma delas a Reforma Sanitária (Mendes, 1993).

Durante todos aqueles anos, diversas reações políticas de forças sociais conservadoras levaram ao golpe militar dos anos 60. O golpe trouxe outras características à economia, à política e à saúde do país.

Diante das circunstâncias históricas dessa etapa, o Brasil assistia o idoso em função de duas determinantes fundamentais: porque era um necessitado, ou em decorrência da condição de trabalhador. Ainda todos os cidadãos brasileiros não eram percebidos como indivíduos portadores de direitos e de respeito, independentemente da idade que possuíssem. Contribuindo para esse clima de discriminação, na cidade de Florianópolis foi implementada outra portaria governamental que estabelecia a criação de um Asilo para Velhos, semelhante à que foi decretada em 1902.

Em Santa Catarina, durante as décadas de 50 e 60, alguns governadores criaram planos cujo principal alvo era a economia do estado. Por exemplo, em 1955, Irineu Bornhausen criou o Plano de Obras e Equipamentos (POE), com algumas estratégias direcionadas à saúde pública: combater doenças transmissíveis, realizar educação sanitária e equipar os postos de saúde. Em 1961 e 1966, os governadores Celso Ramos e Ivo Silveira, respectivamente, estabeleceram outros planos com um forte matiz econômico. Durante todos eles, a temática da velhice ficou fora por não ser considerada prioritária para seus governantes.

2.3.4. Período do Estado Militarista e o Milagre Brasileiro (1964-1984)

Existem desacordos no que diz respeito às datas desse período. Segundo Luz (1991), para alguns, vai de 1968 até 1974 e, para outros, de 1967 até 1973. De qualquer maneira, foi uma fase que sacudiu todos os aparelhos de administração do estado, incluindo os da saúde.

Foi nesse período que se deram as condições econômicas e políticas para a hegemonização de um novo modelo sanitário, que sintetizou, de maneira consumista, a saúde no Brasil. Essa síntese foi produto dos modelos campanhistas e sanitaristas da época da república e do período populista, respectivamente. Conforme Mendes (1993), o Estado incrementou seu papel regulador, expulsando os trabalhadores do controle da previdência social. Essa intervenção contribuiu para possibilitar ao aparelho governamental a geração de todo um complexo médico-industrial, no que se privilegiavam as práticas médicas curativas de caráter individual, em detrimento da saúde pública. Continuava-se desenvolvendo um bem de consumo: a saúde.

Havia ocorrido o milagre brasileiro. No entanto, tal milagre na área da saúde, só carregava o nome. Conforme Luz (1991) e Mendes (1993), as razões que justificaram esse falso milagre são expostas a seguir:

- Embora a cobertura previdenciária tentasse abranger a quase totalidade da população urbana e rural, desenvolvia-se, paralelamente, uma prática médica altamente lucrativa que tentava capitalizar a saúde, privilegiando seus produtores.

- Dentro daquele auge da medicina foram reformados inúmeros hospitais e clínicas, assim como foram criadas várias faculdades de medicina de caráter privado. Ao mesmo tempo, implantaram-se novas modalidades assistenciais na saúde, através de convênios entre o Instituto Nacional da Previdência Social e hospitais, clínicas, empresas. Infelizmente, foram tempos em que surgia a atenção médica supletiva (que se consolidaria nos anos 80), enquanto o povo brasileiro assistia à consolidação de relações autoritárias, mercantilizadas e tecnicistas entre muitos médicos e pacientes e, em consequência, entre os serviços de saúde e a população.
- Só restou para o povo um incremento cada vez maior das filas de espera para receber um atendimento público de saúde ou para ocupar um leito em hospitais. Apareceu o que Luz (1991) denomina política de saúde ditatorial. Esse foi o momento de nítida separação entre as ações de saúde pública coordenadas pelo Estado e as ações de atenção médica comandadas pelo setor privado. Chama a atenção que, já no final da década de 70, os crescentes custos do modelo médico curativo-flexneriano começaram a inviabilizar sua eficácia e suas possibilidades de expansão.
- Dentre as reformulações de 1974 que repercutiram na política de saúde, foi a separação da área previdenciária da área do trabalho que, segundo a Lei n. 6034, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (Mendes, 1993). Também, implantou-se o DATAPREV, como a empresa encarregada do processamento de dados da Previdência Social, e que mais tarde exerceria um importante papel na avaliação e no controle dos serviços de saúde.

A tecnologia médica, flexneriana e de caráter privativo, desenvolvida durante esse período, conseguiu excluir de seus beneficiários grandes massas de pessoas que, por dificuldades financeiras, não gozavam dos serviços privados de atenção médica. No decorrer da segunda metade de 70, junto ao difícil quadro econômico nacional e internacional, delineou-se um panorama que Mendes (1993; p.26) caracteriza da seguinte forma:

“Tal realidade obriga a uma abertura política lenta e gradual que joga na arena política novos atores sociais até então excluídos do processo de decisão das

ações de governo e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário [...] Na saúde dá-se, aí, uma coincidência entre a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata, em 1978, e a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico assistencial privativo, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais”

A nova proposta de atendimento público àqueles grupos marginalizados foi executada no nível comunitário por um pessoal de baixa qualificação profissional. Os programas prevaletentes eram extremamente reducionistas, e suas estratégias somente concebiam uma espécie de garantia de sobrevivência para os grupos de risco atendidos. Paralelamente a essa situação, a Organização Pan-americana da Saúde criou, em algumas universidades do país, Departamentos de Medicina Preventiva que, na opinião de Mendes (1993), serviram como verdadeiros catalisadores da gestação de um pensamento crítico da saúde. Esse fato, mais tarde, contribuiria para o movimento sanitário e a Reforma Sanitária. No final dos anos 70, surgiram vários movimentos sindicais de trabalhadores da saúde, que demandavam a criação de propostas alternativas ao modelo médico-assistencial privado.

Estas propostas contrárias à medicalização da sociedade surgiram em quase toda a América-Latina, após um movimento de críticas às instituições médicas no campo da saúde e das ciências sociais. As diferentes discussões geradas conseguiram penetrar o marco do poder legislativo, vislumbrando-se todo um projeto contra a hegemonia da saúde privada. No terreno político, os principais agentes sociais desse movimento contra-hegemônico eram algumas Secretarias Estaduais de Saúde, Órgãos de Apoio Político e Ideológico do movimento sanitário, e algumas Universidades do país, entre outros

Já no terreno mais acadêmico, surgiram uma série de áreas de conhecimento que tentavam preencher o vazio deixado pelo positivismo médico e pelos modelos reducionistas biológicos, que só analisavam o fenômeno saúde-doença sob a perspectiva cartesiana de causa e de efeito, como por exemplo, a Filosofia da Medicina, a Análise de Problemas Éticos da Medicina, Medicina e Religião, *etc.* Segundo Garcia, (1993) durante o fim da década de 70, e em resposta a esse movimento, começa se delinear dentro das

ciências da saúde uma corrente fenomenológica que defendia, e ainda defende, que a cura está baseada em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados, e que, infelizmente, os mesmos estavam decrescendo, à medida que a medicina moderna se tornava mais tecnológica e se afastava da experiência da vida cotidiana do ser humano.

No decorrer dos anos 80, com as primeiras eleições livres para o congresso, desenvolveu-se no país um período de transição democrática.

Com base nas características deste período, segue uma breve resenha das políticas de saúde que o governo criou para proteger o idoso. Nesse sentido concordamos com Pinotti (1984) quando aponta que a adoção de qualquer política sanitária efetiva vai estar influenciada pelo ponto de vista que os governantes têm do problema. Cabe ressaltar aqui que ainda muitos dos legisladores do Ministério de Saúde avaliavam a saúde como um produto a mais que o mercado vendia, e como tal só era comprado por aqueles que tinham meios para isso. Era um sistema de saúde que continuava deformado.

Naqueles anos 60 e 70, o governo, e até os poucos médicos que atendiam idosos no país, representavam a aposentadoria como um veneno social, um tóxico que debilitava e aniquilava a sociedade. E obviamente, como a maioria dos aposentados eram pessoas que ultrapassavam os 60 anos, a perda do vínculo empregatício significava uma mudança social indesejável para qualquer cidadão. Associada a essa representação, Sant'Anna (1996) aponta a aproximação da morte e o fato de não trabalhar que formavam, naquela época, uma aliança inquebrável do Ministério de Saúde e de muitos médicos dedicados à assistência aos idosos. De um lado existiam governantes que promoviam o crescimento econômico, e de outro, aqueles médicos que tentavam retardar a velhice, como se o aumento da expectativa de vida não refletisse o desenvolvimento econômico de um país.

Afortunadamente, essa situação não era a mesma em todos os estados. Dentro do próprio clima reformista daquele momento, alguns jornais do país chamavam a atenção da população para receber o idoso na sociedade com a dignidade que eles mereciam. Em 1965, criou-se a Associação Brasileira de Pessoas Idosas, entre outras associações de aposentados. Na história do Brasil, a primeira atenção especial concedida aos idosos data da Portaria 82 do Instituto Nacional da Previdência Social, de 4 de julho de 1974. Nela, ficou previsto o amparo previdenciário para as pessoas maiores de 70 anos,

independentemente de sua contribuição com o sistema da previdência. Também, em 1976, foi realizado em Brasília o I Seminário Nacional sobre o Idoso (Sant'Anna, 1996).

Apesar desses ganhos, a sociedade continuava rejeitando a grande maioria de pessoas maiores de sessenta anos. Concordamos com Neri (1988), quando diz que ainda naquele período o idoso era para o médico e para outros profissionais alguém que gemia, que se queixava, fazia lamúrias e incomodava a todos. A autora (Neri, 1988) ao se referir a esses especialistas, afirma que os mesmos sucumbiram aos estereótipos culturais fortalecendo, em nome da ciência, as crenças negativas sobre o idoso.

Obviamente, toda essa situação de descaso em relação à saúde das pessoas idosas se contextualiza dentro da própria história socioeconômica do Brasil. Alguns especialistas em Geriatria e Gerontologia preocupavam-se em como deter o processo de envelhecimento. No entanto, esqueciam-se de que a saúde e a doença apresentam dimensões sociais, culturais e econômicas que devem ser priorizadas e respeitadas, e em que as palavras "idoso" e "doença crônica" não detêm os mesmos significados.

2.3.5. O período da Nova República: a Reforma Sanitária e a Saúde nos anos 80-90

Junto à redemocratização, o país entra numa profunda crise econômica representada pelo Plano Cruzado. Foram tempos de grandes dificuldades na situação cambial e de aumento da inflação, época de recessão no Brasil. O estado dos anos 30, promotor do desenvolvimento econômico, deu passagem à criação de uma aliança de interesses bem específicos e, embora a grande massa de votos das eleições de 1986 tivesse sido dos setores progressistas, ainda assim os resultados dessas eleições favoreciam as forças conservadoras. Todos esses conflitos políticos refletiram-se na área da saúde e nas diversas discussões derivadas dos encontros nacionais de Secretários Municipais de Saúde desde 1982 até 1988 aproximadamente.

Nessa Nova República se discutia, tanto no nível político quanto institucional, que a saúde tinha que ser um dever do estado, e que todas as suas ações deveriam estar descentralizadas: era o primórdio do Sistema Unificado de Saúde. Esse processo de descentralização foi acontecendo a partir de um gradativo acesso da população aos serviços de saúde em nível municipal. Entre 1985 e 1987, a atividade francamente

descentralizadora das Ações Integradas de Saúde (AIS) constituiu a base de uma nova estratégia nas políticas de saúde. Mendes (1993) assinala que, em 1984, havia 112 municípios conveniados nas AIS e esse número passou a ser de 2.500 em 1987. Nesse mesmo ano, o Ministério de Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social decretaram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS).

Nos anos 80, exatamente em 1986, ocorreu em Brasília, no marco da Nova República, um dos fatos de maior importância para a história da saúde no Brasil: a VIII Conferência Nacional de Saúde que reuniu uma amostra representativa de trabalhadores da saúde de todo o país e dela derivaram-se vários acordos que foram cruciais nesse campo (Documentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Um deles diz respeito à determinação social, histórica e econômica do estado de saúde da população num país. Outro, refere-se à concepção da saúde como um direito civil, quer dizer, como dever do estado e como direito do cidadão. Salienta-se aqui, como um outro acordo extremamente importante, a proposta de reformular o Sistema Nacional de Saúde e substituí-lo por um Sistema Único de Saúde (SUS), altamente descentralizado e de participação popular.

A partir dessa etapa, aumenta a eficácia dos serviços e dos programas sanitários, respondendo um pouco mais às demandas da população. Iniciou-se um período de revisão crítica da excessiva medicalização do processo saúde-doença e desenvolveu-se a necessidade de um atendimento fundamentado nos modelos participativos de saúde. Mendes (1996, p.77) aponta uma conclusão importante a respeito dos ganhos e das perdas do SUS durante todos esses anos:

“Em outros termos, os ganhadores do SUS são a maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação de opinião. Alcançaram, com o SUS, cidadania na saúde, mas permanecem sub-cidadãos políticos”

Compartilha-se com Mendes (1996) da idéia de que o SUS ainda é um processo social em construção. O mesmo pode circunscrever-se dentro de toda a reforma sanitária dos países da América que, no fundamental, tenta resgatar alguns dos direitos dos cidadãos, tais como proporcionar serviços aos usuários e colocar o cidadão no coração do processo decisório.

Junto a todo este movimento de Reforma Sanitária e de democratização da saúde, continuava-se desenvolvendo um forte subsistema privado de atenção médica, de corte curativo, que cresce cada dia mais, devido entre outros fatores, às perdas na qualidade do atendimento que o SUS apresenta e ao próprio contexto privativo que domina o espaço das políticas no Brasil e em grande parte do mundo capitalista de hoje.

Segundo Mendes (1993), no final dos anos 80 consolidaram-se, na estrutura de saúde no Brasil, três subsistemas. Um subsistema de alta tecnologia, que abrange procedimentos de alto custo na saúde, envolve os principais centros de poder das elites médicas do país e serve a segmentos populares diferenciados dos outros setores desfavorecidos economicamente. O segundo é o da atenção médica supletiva, que cada vez mais incrementa seu poder hegemônico e admite cinco modalidades juridicamente legisladas: sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos, beneficentes e lucrativos. Congrega diferentes formas de assistência à saúde vendidas por diversos representantes e, embora não custe nada para o Estado, é uma pequena parte da população brasileira que, a um alto preço, financia suas instituições. O terceiro sub-sistema corresponde ao público, que é controlado pelo Estado e que ainda atende a maioria da população brasileira (quase 80%) e divide-se em três modalidades: a federal, a estadual e a municipal.

Citamos, a seguir, uma crítica que Mendes faz ao subsistema público pelo atendimento que este oferece à população e que, na nossa opinião justificou, também, a execução deste trabalho:

“A má qualidade do subsistema público- inteiramente percebida pela população- pode ser avaliada, dentre muitos outros, através de um traçador escolhido ao acaso: a atenção às emergências nas cidades de porte médio e grande [...] o que demonstra o descompasso entre a oferta de serviços e as necessidades da população” (Mendes, 1993; p.71)

Achamos pertinente reescrever uma outra colocação que, embora tenha sido feita há seis anos atrás, reflete nitidamente o percurso da saúde no Brasil desde o sanitarismo campanhista, passando pelo modelo médico-assistencial e pela Reforma Sanitária, até chegar aos dias de hoje, tempos de profunda crise econômica no país.

“Sem uma reciclagem radical do projeto da reforma sanitária brasileira é bem possível que, na década de 90, o sistema de saúde continue incrementando sua

regressividade social e que o subsistema público se vá transformando gradualmente, no espaço daqueles a que Hanna Arendt denomina de homens supérfluos, isto é, mulheres e homens despossuídos de cidadania” (Mendes, 1993; p.85).

Apesar da validade dessa predição de Mendes (1993), o idoso no Brasil durante esse período, viu-se pela primeira vez francamente beneficiado tanto no que diz respeito às políticas sociais e de saúde quanto aos programas sanitários. Por exemplo, na década de 80, surgiram algumas agências sociais particulares e estatais que conferiam às pessoas maiores de 60 anos direitos e deveres de cidadão. Dentre delas citamos o Serviço Social do Comércio (SESC) em muitos estados do país e especificamente em Santa Catarina, e o Programa de Assistência ao Idoso do Instituto da Previdência do Estado (IPESC). Por fim, a problemática da velhice adquiriu novos contornos e a saúde do idoso começou a ser discutida na visão do governo, dos estados e dos municípios.

Outro fato que mostra como a saúde do idoso obteve o lugar que lhe correspondia nas políticas foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Nela advogou-se, pela primeira vez, por uma Política de Assistência Global ao idoso, à qual se associou a criação de um Programa de Educação em Saúde chamado “Viva bem com a idade que você tem”. Começou a ser preconizada, também, toda uma política de integração do idoso à comunidade e uma assistência digna aos mesmos (Guimarães, 1987). Em novembro de 1988, no marco do Seminário de Epidemiologia do Envelhecimento, foi proposta a implantação do Programa Nacional de saúde do Idoso. Esse programa iria ser estabelecido junto a diversos outros planos assistenciais que as diferentes Secretarias Estaduais de Saúde planejavam. Dessa forma, a Política Nacional de Saúde do Idoso começou a se desenvolver sob a diretriz da Constituição Brasileira da descentralização das ações de governo, e do fortalecimento do poder local e das comunidades.

Uma resenha dos principais decretos que a legislação federal brasileira tem desenvolvido a favor da saúde e da assistência social do idoso será exposta brevemente. Em 1988, a Constituição Federal dispôs alguns artigos em que se esclarecia que, assim como os pais tinham o dever de cuidar de seus filhos menores, os filhos maiores, também, deviam fazer o mesmo com seus pais. Os programas de amparo aos idosos iriam ser executados fundamentalmente nos seus próprios lares e garantiria-se a gratuidade do

transporte público, entre outros benefícios. Meses mais tarde, a portaria federal número 810 de Setembro de 1989 declarou algumas normas para o funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições encarregadas do atendimento a idosos (Cavalcanti, 1990).

Em Dezembro de 1993, foi aprovada a Lei 8.742, enquanto Lei Orgânica da Assistência Social, dispondo toda a política social direcionada à população idosa (Costa, 1996).

Por parte do governo, a coordenação e promoção de articulações interministeriais em matéria de política do idoso foram conferidas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Para isso, criou-se a Lei número 8.842 de 4 de Janeiro de 1994, que dispôs sobre a Política Nacional do Idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso. Conforme a autora (Costa, 1996), a lei representava um passo importante no sentido de reconhecer a importância desse segmento da população e foi votada pelo Congresso Nacional, após extensos debates entre organizações governamentais e não governamentais interessadas no envelhecimento. Foi reconhecida pela sociedade civil como uma das leis mais avançadas do mundo, embora tenha sido ditada doze anos após o Plano Mundial sobre o Envelhecimento- PAME, proposto pela Assembléia Mundial do Envelhecimento de Viena.

A Lei de 1994, no seu capítulo IV - Das Ações Governamentais (Diário Oficial, 1994), estabeleceu ações de saúde prioritárias para a população idosa, algumas das quais citamos a seguir:

- Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis do SUS;
- Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- Adotar normas de funcionamento e aplicá-las às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS;
- Elaborar normas de serviços hospitalares geriátricos;
- Incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais e municipais;
- Criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

- Priorizar o Auto-Cuidado e o Cuidado Informal, e estimular a formação de Grupos de Auto-Ajuda.

Outra das seções de utilidade para os objetivos deste estudo é a Seção II da lei, no que diz respeito às Diretrizes da Política Nacional do Idoso (Diário Oficial, 1994) pois nela se estabelece que o idoso deve participar, através de suas organizações representativas, da formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos. No entanto, o que foi regulamentado ainda não está sendo cumprido. Na sua grande maioria, os técnicos e especialistas em saúde que fazem os programas sanitários da população idosa não levam em consideração suas opiniões, e muitas vezes existe essa defasagem entre aquilo que o expert avalia como oferta adequada de serviço e a necessidade de saúde que o cliente idoso apresenta. De um lado, o governo federal estabelece como princípio a descentralização de suas ações, e de outro; não permite que, em uma linha ascendente, os idosos participem das tomadas de decisões em relação aos serviços de saúde.

Dentro de seu Plano Plurianual 1996- 1999, o governo brasileiro tem-se proposto a melhoria dos serviços públicos, um dos quais é o da saúde. Para isso, os estados e municípios, através de Conselhos constituídos com a participação da sociedade civil, que definem suas prioridades (Costa, 1996). No caso específico do Município de Florianópolis, também foi disposta uma Política Municipal do Idoso junto com a criação de um Conselho Municipal do Idoso (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 1998).

Nesse documento (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 1998), é decretado o cuidado à saúde do idoso mediante disposições semelhantes às aprovadas na Lei Federal 8.842\94. Em relação à criação do Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis, afirmava-se que o mesmo deverá estar vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. Dessa forma, o órgão responsável é a Assistência Social do município, que coordena a Política Municipal do Idoso, com a participação do Conselho. O Conselho Municipal está composto de 16 membros e respectivos suplentes, nomeados pelo Prefeito Municipal, dentre eles representantes partidários das Entidades Governamentais e representantes dos idosos (eleitos a partir dos Grupos de Convivência de Florianópolis). Chama a atenção, apesar do grande avanço que significa a promulgação dessa lei, que também aqui há uma falta de disposições legislativas que

falem a respeito da participação dos idosos nas tomadas de decisões em relação aos serviços de saúde, que são planejados em nível municipal. É esse um dos confrontos que devem ser resolvidos, e de alguma maneira este estudo pretende aprofundar a razão do mesmo e como se manifesta essa divergência.

Traduz-se numa necessidade iminente o fato de que o estado e todos os seus níveis de ação consigam satisfazer as demandas e as necessidades da população idosa do país. O envelhecer bem e o uso máximo das capacidades funcionais não deve ser um problema estritamente individual, assim como, também, ele não é um problema só do Estado. Como afirma Neri (1997), se encarmos esse “envelhecer bem” como uma responsabilidade individual, estaríamos caindo na armadilha do estado quando argumenta que está impossibilitado de conceder e gerir os devidos benefícios sociais para seus idosos aposentados .

A seguir, apresentamos os aspectos da Teoria das Representações Sociais que, acreditamos, fossem os mais relevantes para a sustentação teórica do trabalho.

2.4. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

2.4.1. O conceito de representação social

A origem do termo representação social encontra-se no conceito de representação coletiva que foi desenvolvido na tradição clássica da sociologia durkheimiana. Para Durkheim (1963), o método psicológico não levava em consideração a natureza do fato social. Embora ele não aceitasse que, cientificamente, os fatos da ordem social podiam ser explicados psicologicamente, cabe-lhe o grande mérito de defender a hipótese de que existe uma diferença entre as representações individuais produzidas pela atividade cerebral do indivíduo, e a representação coletiva de fenômenos, tais como a religião, mitos e ciência, entre outros. As segundas representações, dizia Durkheim, não podem, de modo algum, serem reduzidas às primeiras. O autor comentava:

“Sem dúvida, nada se pode produzir de coletivo se as consciências particulares não existirem; mas esta condição necessária não é suficiente. É preciso ainda que as consciências estejam associadas, combinadas, e combinadas de

determinada maneira; é desta combinação que resulta a vida social, e, por conseguinte, é esta combinação que a explica” (Durkheim, 1963, p.96).

Como apontou Moscovici (1978), essas considerações teóricas de Durkheim tornaram-se um dos indicadores mais importantes para deduzir uma diferença teórica e metodológica entre os níveis individual e social da Psicologia e justamente era a Psicologia Social que se encarregaria do estudo das representações coletivas.

Durkheim (1963) foi um dos pioneiros ao assinalar, como essencial para a Psicologia Social, as noções de interdependência entre a realidade social e as formas individuais e coletivas de pensamento. Ele enfatizava que a representação coletiva não é a soma das representações individuais e que cada uma constitui uma realidade com existência própria. Por um lado, ele defendia a hipótese de que a causa determinante de um fato social deveria ser buscada entre os fatos sociais anteriores, e não entre os estados da consciência individual. Por outro, ainda explicava que o estudo dos fatos psíquicos também era importante ao sociólogo, já que a vida coletiva deriva da vida individual, mesmo que a primeira não possa ser explicada pela segunda. A função da representação coletiva, conforme Durkheim (1970), é preservar os nexos sociais que existem entre os membros de um grupo, preparando-os para agir e pensar de maneira uniforme. A visão durkheimiana de sociedade era a de um conjunto de indivíduos que se associavam entre si, em função dos diversos canais de comunicação e posições geográficas, entre outros. A partir dessas tramas derivavam-se as representações coletivas.

Apesar de existirem diferenças entre os conceitos de representação coletiva e de representação social de Durkheim e de Moscovici, respectivamente, há pontos comuns entre eles. Os dois autores concordam acerca de que os indivíduos isoladamente não conseguem explicar o porquê de uma representação coletiva durkheimiana, ou de uma representação social moscoviciana. Tanto Moscovici quanto Durkheim acreditam na importância que têm as representações individuais e as representações sociais e coletivas. Segundo Durkheim, as representações de origem individual têm um registro psicológico e as representações coletivas teriam um registro sociológico. Já para Moscovici, o registro das representações sociais é de tipo psicossociológico; justamente nas especificidades dos mecanismos psicológicos e sociais da produção de uma representação social surgem as diferenças entre os dois autores.

Moscovici distancia-se da perspectiva sociológica de Durkheim ao propor, em seu trabalho pioneiro da representação social da Psicanálise (Moscovici, 1978), um modelo que revelou os mecanismos sociais e psicológicos das operações, produção e funções das representações sociais. O conceito de representação social desenvolvido por Moscovici (1988) localiza-se num ponto de intersecção do psicológico e do social. De um lado, associa-se à maneira como nós, sujeitos sociais, apreendemos os fatos da vida diária (na forma de conhecimento espontâneo, ingênuo ou de senso comum); de outro, é um conhecimento socialmente elaborado, compartilhado e, antes de tudo, trata-se de um conhecimento prático. Segundo Jodelet (1986), a representação social é o produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real.

A gênese das representações sociais tem lugar nas mesmas circunstâncias em que elas se manifestam, ou seja, nas conversações do dia a dia que, na época atual, estão fortemente influenciadas pelo movimento constante que as mesmas sofrem nos meios de comunicação social. Moscovici foi o primeiro na Psicologia Social a estudar os mecanismos da reconstituição de representações os quais acontecem como consequência das inovações da ciência. Nas sociedades atuais, a tradição cedeu seu lugar à constante pluralidade das mudanças inovadoras. Existe uma sociedade formada por múltiplos grupos de indivíduos que, periodicamente, representam de uma forma leiga todos aqueles fenômenos novos que, socialmente, eles valorizam.

A partir do que foi exposto acima, o conceito representação social permite explicar o lugar que ocupa essa representação nas sociedades pensantes. Daí a distinção que Moscovici faz entre os universos de conhecimentos consensuais e os universos de conhecimentos reificados.

No universo consensual, Moscovici (1984) avalia a sociedade como aqueles grupos de pessoas iguais e livres que têm a possibilidade de falar em nome do grupo, e sob seu auspício. Cada indivíduo, dentro de seu grupo, torna-se um pensador amador responsável, e um emissor de opiniões e de pontos de vista que, na base das conversações, dão lugar a representações sociais do mundo que os rodeia. Todo objeto da representação está necessariamente ligado a um determinado sujeito. O grupo torna-se uma criação visível, permeada de um sentido e uma finalidade, em que todos os indivíduos têm o mesmo direito de criar representações e de compartilhá-las nas suas relações sociais. Esse

universo de pensamentos naturais é constituído a partir de nossas experiências, informações e conhecimentos, que recebemos e transmitimos através das tradições, da educação e da comunicação social. Por isso, trata-se de um universo de conhecimentos consensuado, ou seja, compartilhado. Já no universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais e atingirão o lugar desejado em correspondência com seus méritos e sua competência profissional.

A finalidade do universo de conhecimentos criado consensualmente é compreender e explicar todos os objetos que são de interesse dos grupos, e tornar familiar algo não familiar, ou desconhecido, isto é, representar socialmente no cenário das conversações cotidianas todos esses acontecimentos, de tal modo, que possam ser acessíveis a todos os indivíduos do grupo. No ato da representação do universo consensual, todos querem se sentir em casa (é a representação social). Entretanto, a finalidade do universo de conhecimentos gerado reificadamente é estabelecer todo um mapa de forças, objetos e de eventos que permaneçam relativamente imunes a nossos desejos e a nossa consciência (Moscovici, 1981; 1984).

A sociologia do conhecimento também desenvolveu algumas considerações em relação à gênese social das realidades consensuais construídas pelos homens (as representações são uma dessas realidades). A respeito dessa origem social das representações, uma das contribuições mais importantes nessa sociologia do conhecimento foi de Berger e Luckmann (1983). Eles assinalam a relação recíproca que existe entre aspectos sociológicos e psicológicos na construção dessas realidades. Embora Berger e Luckmann representem uma posição fenomenológica de tipo microssocial (diferente de Moscovici- perspectiva construcionista de tipo macrossocial¹), para eles, a sociologia do conhecimento deve analisar não só os processos através dos quais ocorre a construção da realidade social, mas também os processos através dos quais o conhecimento se objetiva. Nesse sentido, eles apontam:

1 Segundo De Rosa (1993), a razão pela qual Moscovici defende essa posição é porque ele acredita que o estudo das representações sociais é uma espécie de sociologia clínica direcionada ao estabelecimento de arquivos psicossociais de cultura. Algo assim como um estoque de base material para a análise de valores, de afetos e de pensamentos sociais.

“a representação da realidade da vida quotidiana apresenta-se a mim como um mundo intersubjetivo, um mundo de que participo juntamente com os outros homens [...]. Sei que minha atitude natural com relação a esse mundo corresponde à atitude natural dos outros, que eles também compreendem as objetivacões graças às quais esse mundo é ordenado” (Berger e Luckmann, 1983, p.40).

A publicação do livro de Berger e Luckmann foi posterior ao primeiro trabalho de Moscovici, em 1961, acerca das representações sociais sobre a psicanálise. No entanto, nas duas obras existem diferentes elementos estreitamente relacionados no que diz respeito à sociogênese das representações sociais. O conceito de representação social proposto por Moscovici permite articular tanto as instâncias psicológicas, quanto as instâncias sociológicas do processo representacional da realidade. Instâncias a que Berger e Luckmann (1983) também se referem, só que, como já foi apontado, Moscovici, ao contrário deles e do próprio Durkheim, ressalta que as representações sociais geram-se nas mesmas circunstâncias em que se manifestam, isto é, nas próprias interações e comunicações cotidianas, nas conversações características da vida diária do homem. Tais representações somente fazem sentido no cenário das práticas comunicacionais. A noção de representação social, tal como Moscovici (1993) desenvolve, mostra como o social é algo qualitativamente diferente do número, do intersubjetivo, e do interpessoal, termos que, de alguma maneira, segundo o autor, têm colocado dificuldades para pensar o social na Psicologia Social. Em outras palavras, o social da representação se explica nas diferenças que existem nos modos de pensar dos grupos, a partir das obrigações impostas nos sistemas cognitivos. Nas palavras de Jodelet (1986), a representação social participa da construção social de nossa realidade.

Dentro da psicologia social, existem outros objetos de estudo que, ao serem também formas de conhecimento, estão relacionados ao conceito de representação social, porém são diferentes deste último.

Um desses objetos de estudo é o mito, como modalidade de pensamento coletivo amplamente estudado dentro da antropologia. Segundo Moscovici (1978), o mito representa aquelas formas arcaicas de pensamento que permitem ao homem primitivo pensar e se situar no mundo. Conforme o autor, para o homem primitivo, o mito constitui

toda uma ciência total e uma filosofia de vida, em que se reflete sua prática social e a natureza de suas relações sociais. De alguma maneira o mito, na sociedade atual, é um modo arcaico e inferior de se situar no mundo. A noção de representação social exprime um significado totalmente diferente. Uma representação social não é, simplesmente, uma filosofia de pensamento em que se reflete a vida do homem moderno. Ao contrário, elas formam parte das práticas sociais e das conversações dos grupos, são geradas nessa convivência intercomunicacional e, além disso, a representação social é a forma concreta em que o homem de hoje se apropria de seu mundo. A mesma, como diz Moscovici (1978), possui aquela contextura psicológica autônoma, que é própria de nossa cultura.

Ideologia é um outro termo amplamente discutido em torno da representação social. Num trabalho de Moscovici, o autor explica quais são as diferenças entre os termos ideologia e representação social (Aebischer et al., 1991). Num sugestivo capítulo desse livro intitulado “O fim das representações sociais?”, Moscovici explica que a ideologia é uma forma de conhecimento de senso comum que, ao ser institucionalizada e dogmatizada, adquire força de legitimação. Em outras palavras, ideologia é um senso comum que é dogmatizado pelo grupo que o adota e que o defende. De alguma maneira, os grupos que defendem determinadas ideologias não admitem críticas negativas às mesmas. Avaliam essas críticas como ilegítimas a seus interesses. A ideologia representa uma interpretação de algum aspecto da realidade que legitima as relações entre os indivíduos, e entre eles e o meio em que vivem.

Por outro lado, uma representação social não é um ponto de vista que se define *a priori*. A representação social de algum aspecto da realidade existe somente se esse aspecto apresenta para os grupos um significado social no âmbito das conversações cotidianas, isto é, um objeto somente será socialmente representado, no seio das intercomunicações diárias, quando o mesmo detem uma valorização social para o grupo. A representação social constrõe-se consensualmente². Pressupõe-se que a base em que se estuda o conhecimento compartilhado da representação social é a comunicação interindividual nos grupos. Assim, da mesma forma que a representação social é estável,

² Nos próximos parágrafos serão expostos outros elementos teóricos que justificam a natureza consensual das representações sociais.

os conteúdos da mesma também podem sofrer modificações. Contextualizando nosso trabalho, é justamente a diversidade e a consensualidade que nos interessam, em termos de representação social da saúde-doença do idoso.

Outro dos objetos de estudo da psicologia social que obviamente gerou, e ainda gera debates interessantes ao redor do termo representação social, é o conceito de opinião. Diferente da representação social, a opinião é uma fórmula socialmente valorizada a que se adere um indivíduo. A mesma pode trazer consigo uma tomada de posição sobre um problema controvertido da sociedade. Parece que as opiniões podem ser pouco estáveis, específicas, implicam reações dos indivíduos a determinados objetos, independentemente de suas intenções e podem constituir indícios de futuras ações. Essas opiniões e reações aparecem em consequência de objetos que surgem de fora, acabados, independentemente do ator social, de suas intenções ou de suas propensões. Uma das principais diferenças da opinião em relação à representação social é, justamente, a noção de fórmula social acabada (Moscovici, 1978).

A representação social não é o fundamento de uma coisa ou de uma situação, mas baseia-se nas comunicações acerca de coisas e de situações. Nesse sentido é que elas são socialmente compartilhadas, muitas vezes antes de serem compreendidas pelos indivíduos (Moscovici, 1993).

Mais interessante ainda se apresenta a discussão ao redor dos conceitos de representação social e de atitude. Alguns autores, como De Rosa (1993), destacam que um dos problemas que gerou a alta resistência ao conceito de representação social, foi o receio de vários pesquisadores da Psicologia Social de abandonar o conceito de atitude, já que o mesmo é um conceito indispensável para qualquer psicólogo social. Rodrigues (1986) assinala que, já no ano 1935, Allport conseguiu compilar mais de cem definições de atitude. Em outro trabalho mais recente acerca da diversidade de definições do termo atitude, Lima (1993) afirma que, embora existam diversas posições teóricas para definir o conceito de atitude, a maioria delas apresenta alguns pontos em comum.

As atitudes referem-se a experiências subjetivas que têm um caráter aprendido; relacionam-se a um objeto e incluem, dentro de si, uma dimensão avaliativa desse objeto, ou seja, a atitude pode ser expressa por gosto/não gosto, concordo/não concordo. Toda atitude é fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e de

diferenciação social que permitem ao indivíduo, num determinado contexto, situar sua posição face à de outros. Emfim, a atitude (favorável, desfavorável ou neutra) reflete a orientação global em relação ao objeto que é socialmente representado (Moscovici, 1978).

Diferente de uma atitude, a representação social é uma forma particular de conhecimentos, cujas funções são: tornar familiares todos aqueles saberes, desconhecidos ou não familiares, que são objeto das conversações entre os indivíduos; remodelar e reconstituir os elementos do meio ambiente em que têm lugar os comportamentos; e influenciar os próprios comportamentos das pessoas (Moscovici, 1978). O estudo da representação social não pressupõe um corte entre o universo exterior do objeto que está sendo representado e o universo de interesses do grupo ao qual o indivíduo pertence. Por essa razão, o objeto da representação está inscrito no contexto dinâmico da construção e da reconstrução daquilo que é representado. A atitude pode ser encarada como uma concretização e uma parcialização das representações sociais mais globais.

Tanto a atitude quanto a representação social têm um papel importante na construção, na preservação das identidades grupais, na integração dos indivíduos nos grupos sociais, e, de uma maneira geral, como ressalta Lima (1993), na manutenção do *status quo*. Uma atitude, porém, pode ser encarada unicamente como do lado da resposta e como preparação para a ação. Nas palavras de Moscovici (1978), ela ostenta uma virtude preditiva, uma vez que, de acordo com o que o indivíduo diz, pode-se deduzir o que ele vai fazer. Já a relação da representação social com o comportamento é muito mais complexa. Conforme Moscovici (1978, p. 49):

“Portanto, se uma representação social é uma preparação para a ação, ela não o é na medida em que guia o comportamento, mas sobretudo na medida em que modela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento teve lugar. Ela consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes”

Na citação anterior, explica-se como a representação social é diferente de uma atitude, no sentido em que a mesma constitui uma forma peculiar de conhecimento da realidade social que surge no âmbito das conversações interindividuais cotidianas.

Unidades de estudo como as opiniões, as imagens e até as próprias atitudes não devem ser confundidas com a representação social. A atitude e a opinião, entre outros, são diferentes componentes das representações sociais, e têm sido poucas as ocasiões em que os pesquisadores da psicologia social conseguiram estudar exaustivamente a relação que existe entre esses componentes, tal como foi feito por Jodelet. Em parágrafos posteriores, mostrar-se-á como a dimensão da atitude faz parte dos princípios estruturais de organização de uma representação social.

Outro dos objetos de estudo da Psicologia Social, que tem sido discutido teoricamente em relação à representação social, é o conceito de imagem. A partir do trabalho pioneiro de Moscovici (1978), uma imagem concebe-se como um reflexo interno de uma realidade externa. Para Moscovici (1978, p.47-8), a imagem é:

“a reprodução passiva de um dado imediato [...]. Essas imagens são construções combinatórias, análogas às experiências visuais [...]. Podemos dizer que essas imagens são espécies de sensações mentais, de impressões que os objetos e as pessoas deixam em nosso cérebro [...] As imagens desempenham o papel de uma tela seletiva que serve para receber novas mensagens, e controlam frequentemente a percepção e a interpretação daquelas mensagens que não foram inteiramente ignoradas, rejeitadas ou recalçadas”

Segundo as teorias psicológicas clássicas, a imagem é associada à idéia de “cópia conforme”, algo assim como uma espécie de sensação mental ou átomo cognitivo. Já na representação social, a interpretação da palavra imagem é totalmente diferente, pois ela é interpretada como figura ou como conjunto figurativo, isto é, como um conjunto de elementos que fazem entrar em jogo a intervenção específica do imaginário individual ou social ou, simplesmente, da imaginação (Jodelet, 1986). Quando for comentado a respeito dos processos de formação de uma representação social, nos próximos parágrafos, serão feitas outras reflexões acerca desses conjuntos figurativos.

Também Moscovici (1978) ressalta que as premissas para falar de representação social são totalmente diferentes. O objeto da representação social está inscrito num

contexto ativo e dinâmico, em que não existe um corte entre o universo exterior e o universo do grupo que representa o objeto. O sentido da representação social encontra-se, justamente, no fluxo das intercomunicações entre grupos e pessoas. As mesmas agem na forma de estruturas significantes sociocognitivas que, a partir das dinâmicas sociais, podem ser construídas na produção do senso comum que, segundo Moscovici (1988), Hannah Arendt chama de quinto atributo humano essencial. Nas palavras de Jodelet (1986, p. 475):

“[...] toda representação social é representação de algo e de alguém. Assim, não é o duplicado do real, nem o duplicado do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito [...] constitui o processo pelo qual se estabelece sua relação”

Segundo Moscovici (1984) a Psicologia Social, como manifestação do pensamento científico, estuda os sistemas cognitivos, pressupondo que os indivíduos normais reagem a fenômenos, pessoas ou acontecimentos, do mesmo modo que o fazem os cientistas. Na sociedade, os grupos de indivíduos precisam compreender a realidade que os rodeia. Nas últimas duas décadas, o termo representação social tornou-se um dos conceitos mais inovadores da psicologia social, tendo uma ampla aplicação em diversos problemas das ciências humanas. Esse conceito explica como são construídas as representações sociais no contexto das conversações cotidianas, e quais as funções que esse tipo de conhecimento tem para os grupos sociais e para os indivíduos que as elaboram e as adotam. As representações sociais são influenciadas pelas condições sócio-históricas que lhes deram origem. Como apontou Moscovici (1993) na Primeira Conferência Internacional de Representações Sociais em 1992, as representações sociais não são auto-explicativas e têm que ser explicadas a partir das condições sociais dos grupos que lhes deram origem.

A representação classifica e rotula os objetos, pessoas ou acontecimentos, localizando-os numa categoria determinada que é compartilhada pelo grupo. De certa maneira, a representação social é prescritiva, na medida em que se impõe sobre nós com uma força irresistível. Moscovici (1984), a respeito desse poder prescritivo porém não dogmático de uma representação, comenta que as crianças que nascem no mundo ocidental encontram todo um jargão psicanalítico já pronto do qual irão compartilhar no

decurso de seu desenvolvimento e será repensado, re-citado e re-apresentado. Em outras palavras, o que tem de interessante uma representação social é sua natureza de mudança, que faz com ela possa influenciar o comportamento dos indivíduos nos grupos.

Em parágrafos anteriores havia sido colocado que, pela primeira vez na história da Psicologia Social, Moscovici (1978) conseguiu explicar aqueles mecanismos psicossociológicos implícitos na produção de representações sociais. O processo de construção da realidade representacional é social e, conforme Jodelet (1986, p. 478), o ato de representar tem cinco características fundamentais:

- É sempre a representação de um objeto;
- Tem um caráter de imagem e a possibilidade de poder-se trocar a idéia pelo sensível, a percepção pelo conceito;
- Possui um caráter simbólico e significante;
- Tem um caráter construtivo;
- Tem um caráter autônomo e criativo;
- Leva algo social: aquelas categorias que a estruturam e expressam são tomadas de um fundo comum de cultura, e são categorias da linguagem.

Moscovici (1981, p. 181) define a representação social da seguinte forma:

“Por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum”

Outra definição da representação social é proposta por Jodelet (1986, p. 474):

“O conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos degenerativos e funcionais socialmente caracterizados. Em sentido amplo, designa uma forma de pensamento social. As representações sociais constituem modalidades de pensamento prático orientados para a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal”

Cabe à Psicologia Social estudar as origens, as propriedades e o impacto dessas representações sociais. As definições anteriores pressupõem que, no momento de

pesquisar as representações dos objetos físicos ou simbólicos, o pesquisador deve ter em conta que elas têm um condicionamento social. Mais especificamente, estão influenciadas pelas características e pelas motivações dos grupos que as compartilham. Somente no contexto dos grupos sociais é que faz sentido falar delas.

O objeto da representação social sempre se concebe num contexto ativo e dinâmico de comunicações sociais. Moscovici (1978) coloca a abordagem do processo de pensamento sob novas óticas ao falar que, além de existirem indivíduos pensantes, existem sociedades pensantes. Com isso, o autor demonstra que as sociedades produzem as suas próprias interpretações e representações de aspectos da vida diária, que são socialmente valorizados. Tanto as pessoas quanto os grupos não são receptores passivos. Ambos pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções às questões que eles próprios colocam (Moscovici, 1984). Como destaca o autor, nas ruas, nos bares, nos escritórios, nos hospitais, as pessoas analisam, comentam e formulam filosofias espontâneas de senso comum, que têm um profundo impacto nas suas relações sociais e nos seus comportamentos.

Moscovici (1978) descreve algumas funções da representação social. A mesma como uma modalidade particular de conhecimentos, tem por funções a produção de comportamentos, a comunicação entre os indivíduos, e a remodelação e reconstituição dos elementos do meio ambiente em que têm lugar esses comportamentos. Como já foi dito, são esses atributos que permitem diferenciar qualitativamente uma representação social de uma atitude e de uma opinião. Explicando de outra forma: em toda representação social ocorre um processo de elaboração cognitiva e simbólica, que orienta os comportamentos. É nesse aspecto que, segundo Jodelet (1986), a noção de representação constitui uma inovação em relação a outros modelos psicológicos, já que ela relaciona os processos simbólicos ao comportamento. Por essas razões, as representações que circulam na sociedade têm uma autonomia e uma eficácia específica.

O conceito de representação social é essencialmente processual, funcional, social e construtivo, ou seja, não pode ser entendido fora do cenário das interrelações sociais. As representações são constituintes da realidade objetiva e são apropriadas, construídas e reconstruídas no processo de socialização. Segundo Semin & Gergen (1990), elas têm seu papel nas práticas sociais, pelas quais a cultura e a linguagem são transmitidas de geração

a geração. Embora as representações sociais sejam formas de conhecimentos, não se lhes deve atribuir o caráter de cognição individual ou intrapessoal, pois são sociais pela sua relação com a linguagem, no contexto histórico das práticas comunicacionais dos grupos. A linguagem é um sistema de códigos que se origina na sociedade e a própria representação social é a expressão de uma sociedade determinada e de sujeitos sociais que constroem essas representações.

Jodelet (1986) oferece alguns pontos de vista, de diferentes pesquisadores da área, de como se elabora a construção psicológica e social de uma representação social. A autora comenta que um dos enfoques associa-se ao fato de que toda representação social depende-se da utilização dos sistemas de codificação e de interpretação, gerados na sociedade, ou da projeção de valores e de aspirações sociais. Outro enfoque ressalta os elementos da comunicação, a pertinência grupal dos sujeitos que falam e a finalidade do discurso. De outro ponto de vista, afirma-se que as relações intergrupais determinam a dinâmica das representações. Por último, existe um enfoque que se limita à atividade cognitiva, através da qual o sujeito constrói sua representação. Para esse ponto de vista a representação apresenta duas dimensões: a de contexto, e a do fato de pertencer a um grupo. Na dimensão de contexto, o indivíduo encontra-se na situação de interação social, ou frente ao estímulo social, e a representação aparece como um caso de cognição social. A outra dimensão diz respeito ao fato de que, na construção da representação, o sujeito faz intervir valores e modelos que provém do grupo ao qual ele manifesta sentimentos de pertinência.

Qualquer fenômeno ou objeto representacional a ser estudado exige um tratamento e uma avaliação na interface do individual e do social. O tema de que se ocupa este trabalho, o processo saúde-doença no idoso, constitui ao mesmo tempo, um objeto de estudo científico, e um objeto das conversações cotidianas em que são produzidas as representações sociais. Jodelet (1986) e Moscovici (1988) reconhecem que a representação social é, de uma parte, uma forma de conhecimento estruturada e, de outra, uma forma estruturante de conhecimento.

A forma de conhecimento estruturada define-se por ser um saber prático, orientado para a compreensão do mundo no seio das comunicações sociais. De alguma maneira, é a forma que explica a natureza prescritiva da representação. A forma

estruturante de conhecimento se explica a partir do fato de que toda representação social emerge na forma de produções expressivas, acerca de determinados objetos socialmente valorizados. O caráter estruturante das representações sociais também se relaciona às funções da representação: orientar comportamentos, incidir nas práticas sociais, *etc.*

Ao longo do desenvolvimento do conceito de representação social têm existido dois problemas de tipo interpretativo: um, com relação a se ela é uma reação ou construção, e outro, no que diz respeito à consensualidade dos elementos que a formam. Em relação ao primeiro, podemos assinalar que uma representação não é uma simples descrição de respostas acerca de conteúdos de interesse social comunicacional. E, embora exista uma ampla tradição de estudos em ciências humanas sobre as reações dos indivíduos e dos grupos sobre determinados assuntos, as representações sociais não são reações. Elas são construções feitas no cenário das conversações dos grupos. Nesses cenários grupais é que os indivíduos constroem e reconstróem suas representações sociais.

No que diz respeito à interpretação de consenso, as representações sociais não implicam uma unanimidade absoluta; são compartilhadas, porém diversificadas. Consenso não é unanimidade. Mais adiante, quando forem expostos os elementos teóricos da análise estrutural de uma representação social, será mais bem esclarecida a importância do consenso e sua relação com os aspectos centrais e periféricos de uma representação social. Rose et al (1995, p. 153) assinalam que:

“Contrário à noção de campo monolítico e homogêneo de representações sociais, elas são um campo suscetível à contradição, fragmentação, negociação e debate”

Para Moscovici (1978), as representações sociais acabam constituindo o pensamento social no ambiente onde se desenvolve a vida diária. Elas têm, portanto, um poder convencional e prescritivo sobre a realidade. Inclui-se nessa realidade o objeto social que nos interessa: o processo saúde-doença na velhice.

A respeito do aspecto compartilhado de uma representação social, devemos destacar que foi justamente esse senso comum, negociável, diversificado e consensuado, o que levou Moscovici a abandonar o estaticismo implícito no conceito de representação

coletiva de Durkheim. Moscovici (1988); Flament (1994) e Rose et al (1995) dizem que nenhuma representação social é homogênea.

A seguir, serão descritos alguns aspectos que explicam como as representações sociais, que os grupos constroem, se estruturam e organizam.

2.4.2. Análise estrutural das representações sociais

As conclusões citadas acima levaram Moscovici (1978) a supor que existem três dimensões sob as quais se organiza a representação social. Segundo o autor, cada representação social pode ser submetida a uma análise estrutural segundo seus princípios de organização:

- Dimensão do campo da representação ou imagem;
- Dimensão da informação;
- Dimensão da atitude.

Segundo Sá (1998) o campo da representação tem sido uma das dimensões mais estudadas pelos pesquisadores nos últimos tempos. A mesma remete-nos à estrutura interna de conteúdos concretos e limitados das proposições, que são atinentes a um determinado objeto da representação. Essa dimensão permite deduzir que o campo de representação possui uma organização subjacente de elementos, que é ordenada, estruturada e hierarquizada e que fez pensar na idéia de imagem ou de modelo social. Uma opinião, por exemplo, também pode englobar um modelo representado, entretanto sempre se tratará de um conjunto que não é ordenado, nem estruturado.

Conforme Moscovici (1978), o campo da representação leva a pensar que existe uma unidade hierarquizada de elementos representacionais. A respeito dessa organização hierárquica da representação, uma das contribuições teóricas mais interessantes tem sido a teoria do núcleo central de Abric (1994) e o modelo figurativo desenvolvido pelo próprio Moscovici (1978).

No que diz respeito ao modelo figurativo de Moscovici (1978), podemos dizer que o mesmo se constitui através de determinadas frações de palavras que, com base no seu potencial imagético, são representadas na forma de combinação. É uma estrutura de imagem que reproduz um conceito de maneira visível. No entanto, nem todas as palavras são ligadas a imagens, pois às vezes não existem imagens suficientes que sejam

facilmente acessíveis, ou porque algumas das imagens que podem ser lembradas pelos grupos constituem tabus. Moscovici (1978) descobriu, no seu estudo das representações sociais da psicanálise, que o modelo popular do aparelho psíquico derivado da psicanálise era o inconsciente e o consciente (aquilo que era remanescente de dualidades tais como involuntário-voluntário, interno-externo, visualizados no espaço, como um estando sobre o outro). Nos próximos parágrafos, quando forem explicados os processos de ancoragem e objetivação da representação, poderemos aprofundar a idéia de como a proposta de modelo figurativo relaciona-se a esses processos.

Sá (1996; 1998) coloca que a abordagem complementar da teoria do núcleo central constitui uma valiosa contribuição feita à teoria das representações sociais. A teoria do núcleo central foi desenvolvida pela primeira vez por Abric, em 1976, e propõe que cada representação possui, na sua estrutura, uma hierarquia interna de conteúdos. Esses conteúdos podem ser divididos em elementos centrais e periféricos, em função de sua contribuição para a organização da representação. Conforme Sá (1998), a proposta de Abric não limita o núcleo imaginante ao seu papel genético. O núcleo central transcende os aspectos figurativos. A teoria do núcleo central está sustentada em outros trabalhos da Psicologia acerca dos fenômenos de atribuição e de organização que, de alguma maneira, estão relacionados à percepção social de Heider e de Asch, respectivamente. Cada representação oferece a determinadas informações um valor privilegiado.

Toda representação social é fortemente marcada pela memória e pelas práticas sociais do grupo (Moscovici, 1981). Sem as convenções e a memória dos grupos, é impossível criar as representações sociais. Abric (1994) também compartilha a noção de importância da memória do grupo na gênese das representações sociais, afirmando que o sistema central de uma representação é fortemente marcado pela memória coletiva do grupo que está envolvido com essa representação do objeto ou do assunto. Constitui a base comum, compartilhada e consensual da representação social e suas funções são fornecer uma certa continuidade e permanência à representação. Um núcleo é central, porque reveste um laço privilegiado com o objeto da representação, no sentido de gerar, de alguma maneira, a significação da própria representação e sua organização. São, nas palavras de Moscovici (1991-1992 a), os elementos da representação que não são negociáveis tão facilmente, mostrando a estabilidade da mesma.

O núcleo central constitui o subconjunto da representação composto por determinados elementos, cuja ausência desestruturaria a representação ou faria com que a mesma mudasse. Por isso, as funções do núcleo central são as de fornecer permanência e continuidade à representação social e segurar sua estabilidade nos contextos que são mais móveis. Pela função consensual do núcleo central, ele possibilita definir a homogeneidade do grupo. Em termos científicos, a teoria do núcleo central fornece à representação social um forte valor heurístico.

Por outro lado, as principais funções dos sistemas periféricos são as de concretizar o sistema do núcleo central em tomadas de posições ou de comportamentos. Isso faz com que eles estejam mais influenciados pelas características imediatas do contexto social, ou seja, podem ser mais mutáveis. A funcionalidade dos sistemas periféricos está determinada pela flexibilidade que eles apresentam, ao permitir à representação ancorar-se à realidade do momento imediato. São os que melhor suportam a heterogeneidade e as contradições do grupo, protegendo os conteúdos do sistema central e permitindo ao grupo a adaptação às realidades concretas.

A informação, como segunda dimensão da representação social, refere-se à quantidade e à qualidade de conhecimentos que o grupo possui a respeito de determinado assunto social, isto é, tudo aquilo que a pessoa conhece acerca do objeto da representação (Moscovici, 1978).

Segundo o autor, a informação:

“relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social” (Moscovici, 1978, p. 67).

A atitude, quer seja favorável, desfavorável ou neutra, reflete a orientação global em relação ao objeto socialmente representado (Moscovici, 1978). Como foi dito, ela é uma concretização e uma parcialização das representações sociais mais globais, que pode ser encarada unicamente do lado da resposta, e como preparação para a ação.

A consideração e compreensão dessas três dimensões fornecem valiosos recursos para a adaptação de técnicas clássicas de pesquisa que podem explorar os objetos das representações, como por exemplo a entrevista, o questionário e a observação, dentre outras. Os planos ou dimensões contribuem para a construção de questões direcionadas ao estudo da organização dos conteúdos representacionais, ou seja, contribuem, em

termos foucaultianos, para o estudo da arqueologia da representação social. Em síntese, o domínio desses três planos da representação permite que o pesquisador tenha clareza sobre aquilo que deseja explorar, em termos de objeto da representação, como fazê-lo, e sugere elementos metodológicos de como proceder com os instrumentos de pesquisa.

A seção seguinte será dedicada ao marco teórico dos processos que geram as representações sociais: a ancoragem e a objetivação.

2.4.3. Os processos de elaboração e funcionamento da representação social: a ancoragem e a objetivação

Representar alguma coisa significa substituir essa coisa, e a representação passa a estar no lugar dela. A representação é resultado da relação que existe entre a imagem ou figura e sua significação (Moscovici, 1978).

Cada processo representacional apresenta-se, ao indivíduo e ao grupo, desdobrado em duas faces pouco dissociáveis: a face figurativa ou icônica e a face simbólica. Toda representação é resultado da relação entre imagem e significação, quer dizer, a representação iguala toda imagem a uma idéia, e toda idéia a uma imagem (Moscovici, 1984). A representação faz equivaler a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura. O aspecto figurativo ou de imagem de uma representação é inseparável de seu aspecto significante. Toda representação implica uma contradição entre o pólo passivo da estampagem (figura) e o pólo ativo da escolha do sujeito (a significação). No resultado da representação social da psicanálise de Moscovici (1978), o inconsciente age como uma figura carregada de valores ou significados, tais como valores escondidos, involuntários, *etc.* Conforme o autor, a construção dessa figura tem a ver com essa necessidade contínua de reconstituir o senso comum, sem a qual nenhuma coletividade poderia operar. Na atualidade, os grupos não conseguiriam funcionar se não criassem representações sociais. O autor acrescenta, ainda, que o ser humano não sabe quase nada dessa alquimia que transforma a base metálica de nossas idéias no ouro da nossa realidade (Moscovici, 1984).

Quando os grupos de idosos constroem seus universos consensuais, acerca da saúde e da doença na velhice, centrados na autonomia, estamos frente a um dos processos típicos da formação de uma representação: a ancoragem. A mesma permite interpretar um

assunto novo na base do que já se conhece (transformar o não familiar ou desconhecido em algo familiar). É provável que eles não saibam ou desconheçam o conceito científico da doença de que padecem, mas, para eles se sentirem saudáveis, precisam ter autonomia e independência no seu dia a dia, apesar dos problemas de saúde que apresentem.

Dessa configuração inicial, introduzimos como o social se transforma em representação, e como as representações transformam, também, o social. Nessa problemática, os processos que estão envolvidos são a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem significa, em primeiro lugar, classificar e rotular tudo aquilo que parece estranho, e que fica sem classificação e sem nomeação. Esse processo permite a integração cognitiva do objeto representado dentro do sistema pré-existente de pensamentos e de categorias, algo assim como o enraizamento social da representação. A transformação daquilo que é estranho, perturbador ou desconhecido, em categorias que ao grupo lhe parecem ser mais apropriadas, constitui a base de formação de uma representação social. Daí o que já foi assinalado em relação à importância da memória do grupo na formação de representações.

Moscovici (1984) explica que, na pesquisa de Jodelet sobre a representação social da saúde mental, para os aldeões, o doente mental era representado como um idiota, um vagabundo, ou simplesmente classificado de acordo com a categoria do meio que lhes era mais apropriada, como “rogue” (“maloqueiro”). Essa é a razão que explica como o social e as comunicações diárias transformam alguns conhecimentos desconhecidos, ou pouco familiares, em representações consensuadas. Essas constituem as teorias de senso comum da sociedade humana e da natureza, que os grupos constroem e reconstróem.

O autor, a respeito da relação que existe entre a classificação no processo de ancoragem e a dimensão de atitude, assinala:

“Categorizar alguém ou algo é correspondente a escolher um protótipo entre todos aqueles inseridos em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele” (Moscovici, 1981, p. 195).

Para chegar a esses protótipos, é necessário dar nomes aos objetos ou assuntos que estão sendo representados. Essa nomeação é a que garante que esses objetos ou assuntos saiam do anonimato e penetrem naqueles conjuntos de categorias que são familiares à identidade sociocultural do grupo. Moscovici (1984) comenta uma outra

pesquisa que reflete com muita clareza a existência dessas nomeações. Trata-se dos trabalhos de Herzlich, do final dos anos sessenta, sobre a representação social da saúde e da doença. Moscovici explica que o rótulo convencional de “fadiga”, encontrado pela pesquisadora em seu estudo, é qualitativamente diferente das representações de saúde e de doença. A nomeação de fadiga refere-se a um conjunto de sintomas vagos que expressam sensação de cansaço e falta de bem-estar, tão típicos da sociedade moderna.

A classificação e a nomeação constituem duas formas de ancorar, em representação, um aspecto, objeto ou assunto da realidade, que é socialmente valorizado pelo grupo, nas conversações cotidianas. Quando os grupos classificam e dão nome a determinados assuntos, não o fazem, simplesmente, para rotulá-los, mas para compreendê-los.

Segundo Jodelet (1986), a ancoragem articula as três funções básicas da representação: integração da novidade, interpretação da realidade, e a orientação de condutas e de relações sociais. Permite, nas palavras de Moscovici (1988), atribuir um significado ao objeto representado.

Por outro lado, o processo de objetivação expressa tudo o que é social na representação. Segundo o autor, a objetivação:

“Transforma uma abstração em algo quase físico, traduz algo que existe em nossos pensamentos em algo que existe na natureza” Moscovici (1981, p.192).

É um processo que permite intercambiar percepção e conceito, é uma operação formadora de imagens. Objetivar algum objeto é reabsorver seu excesso de significados, materializando-os. Essa operação faz com que se torne real um esquema conceitual; com que se dê a uma imagem uma contrapartida material; com que se reduza a defasagem que existe entre a massa de palavras que circula e os objetos que a acompanham (Moscovici, 1978).

Os aspectos figurativos da representação social, que foram descritos na análise estrutural das representações sociais, são resultado do processo de objetivação que possibilita toda uma constituição formal de conhecimentos de senso comum, materializados nas palavras. Conforme Moscovici (1981) assinala, nem todas as palavras são suscetíveis de serem ligadas a imagens e, somente as imagens que têm a capacidade de reproduzir um complexo de idéias ou padrão, são as que conformam os chamados

núcleos figurativos das representações sociais. Segundo o autor, objetivar alguma coisa significa descobrir a qualidade icônica de uma idéia, reproduzindo-a numa imagem.

No processo de objetivação podem ser descritas três fases. Na primeira, são selecionados e descontextualizados os elementos do discurso inicial. Nessa fase, objetivar significa descobrir os aspectos icônicos de uma idéia ou de um conceito mal definido, de maneira tal que se faça equivaler o conceito à imagem. Aqui os grupos selecionam todas as informações em função de seus critérios culturais-normativos. Como não é possível objetivar todas as palavras na forma de imagens, somente as frações de palavras que têm um potencial de imagem serão incorporadas ao que Moscovici (1978) chama de núcleos figurativos. Essa constitui a segunda fase: a fase de conformação do núcleo figurativo. É a fase na qual a imagem é totalmente assimilada, e o que é percebido substitui o que é concebido.

“Uma vez que o grupo tenha adquirido tal modelo ou núcleo figurativo, será capaz de falar mais facilmente sobre o que este modelo representa. Fórmulas e clichês se desenvolvem, simplificando e unificando as imagens que estavam no início desconectadas. Não se torna apenas um tópico de conversação, mas também é utilizado em várias circunstâncias sociais para compreender outras pessoas, nós mesmos, escolher ou decidir” (Moscovici, 1981, p. 200).

Na mesma pesquisa de Herzlich (1991), obtiveram-se outros esquemas figurativos para representar saúde-doença: indivíduo/saúde e sociedade/doença. Segundo a autora, a origem da doença é organizada através das diversas agressões do modo de vida (coaço da sociedade sobre o indivíduo sadio). Entretanto, a saúde associou-se à própria pessoa de uma forma harmoniosa, como se isso fosse natural e não precisasse de explicação. Tem-se a sorte de ter nascido com uma boa constituição e, em consequência, goza-se de uma boa saúde. É como se esse modelo figurativo tornasse compreensível as formas abstratas e científicas de conhecimento sobre a saúde e a doença. Ele funciona, como aponta Moscovici (1978), na forma de um ponto comum entre a teoria científica e sua representação social, observando-se que tem uma dinâmica própria.

Numa outra pesquisa desenvolvida por Nascimento-Schulze (1995), acerca das representações sociais da saúde e da doença de quatro grupos de pessoas (médicos, psicólogos, e estudantes de medicina e de psicologia), a autora descobriu que, em geral, a

saúde, nesses grupos, é representada em termos de experiência subjetiva, e na forma de sentimento de bem-estar consigo mesmo, associado à idéia de harmonia e a doença foi representada como um desequilíbrio em relação a alguma disfunção do corpo. Mais adiante a pesquisadora comenta que essas representações sociais correspondem ao novo modelo de pensar saúde de acordo com Ferguson. Esse modelo defende a tese da relação harmoniosa entre o psicológico e o somático, dando uma ênfase especial à qualidade de vida.

Existem outros estudos que, embora não tenham usado o referencial da teoria das representações sociais, têm fornecido valiosos dados acerca do significado de ser saudável na velhice (Elsen, 1988/89; Gonçalves et al, 1992).

A terceira fase do processo de objetivação consiste na naturalização dos elementos que compõem o modelo de núcleo figurativo. Nessa fase, o esquema figurativo, totalmente separado do universo reificado que lhe deu origem, deixa de ser uma elaboração abstrata para se tornar numa expressão direta e imediata do indivíduo no grupo. O conceito vira uma realidade e, como aponta Moscovici (1984), a linguagem age como um espelho que pode dissociar a aparência da realidade separando, também, o que é visto do que realmente existe.

As representações proporcionam os marcos de referência e os sinais através dos quais a ancoragem classificará o objeto não familiar ou desconhecido dentro do familiar, explicando-o de uma forma familiar. Moscovici (1981, p. 203) aponta:

“Tanto a ancoragem quanto a objetivação são operações através das quais agimos com base na memória. A ancoragem coloca a memória em moção, pois a memória é direcionada para dentro e prossegue armazenando e buscando nas suas fronteiras, coisas, pessoas ou eventos que ela identifica como um protótipo ou reconhece atribuindo um nome a ele. A objetivação, que tende a se dirigir para fora, deriva de conceitos e de imagens da memória a fim de combiná-los e reproduzi-los no mundo externo para criar algo novo, para que se o veja com o auxílio do que já foi visto”

Nos processos de ancoragem e de objetivação, o uso que os indivíduos fazem da palavra desempenha uma função essencial. As palavras e a estruturação que elas guardam entre si, ao compreender os assuntos da sua vida cotidiana podem ser indicadores

importantes de representações sociais. Todo vocabulário indica, além de seu aspecto descritivo, representações sociais, na medida em que exprime sistemas de asserções morais e de saber prático contidos nas teorias de senso comum. É nesse sentido que o presente trabalho avaliará os diversos indicadores léxicos da representação social da saúde-doença na velhice.

Apoiando-nos nesses conceitos poderíamos dizer que, no senso comum (na representação social), quando o indivíduo é idoso, ele não é, apenas, um idoso. A sua representação pode ser ancorada nos grupos sociais através de termos tais como *gagá*, *ranzinza*, *etc* (Guimarães, 1997). De outra parte, a velhice é uma conquista social relativamente nova (do século XX), e por outro lado existe no envelhecimento um inquestionável aumento da incidência de enfermidades. Esses fatores, junto com crenças sociais negativistas acerca dessa etapa da vida, podem atribuir à doença uma única causa: o fato de ser idoso. É como se o envelhecimento se ancorara nas nossas representações, através do protótipo categorial da doença, da incapacidade, da dependência e até da morte. É nesse ponto de chegada que, achamos, deve ser explorada a representação social da saúde-doença na velhice, que está presente nas práticas comunicacionais dos idosos, dos cuidadores de pessoas idosas e dos trabalhadores da saúde.

A noção de representação social se contrapõe às perspectivas individualistas, nas quais aparecem uma explicação da conduta social a partir de processos individuais. A representação social trabalha explicitamente com a metáfora de sujeito, como ator da sua vida diária. A mesma pode fornecer-nos uma via de acesso para a compreensão da saúde-doença do idoso. Nesse sentido, assumimos que ela pode ser uma categoria explicativa do fenômeno saúde-doença. Compartilhamos aqui o critério de Testa (1992), quando aponta que a questão não é de incorporar as ciências sociais ao pensamento sobre a saúde, mas de pensar em saúde como uma questão social.

No próximo capítulo apresentamos a última parte do referencial teórico que diz respeito à relação entre representações sociais e necessidades de saúde.

2.5. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E NECESSIDADES DE SAÚDE

O ser humano, no seu convívio social, apropria-se de diferentes tipos de representações do mundo cotidiano em que vive, as quais, uma vez construídas, desempenham um importante papel nas práticas sociais dos grupos, pelas quais a cultura é transmitida de geração a geração. Segundo Semin & Gergen (1990), o interesse no estudo das representações do cotidiano existe em múltiplas áreas de pesquisa. A necessidade de estudar as representações de senso comum tem sido revelada por muitos filósofos, ao estudar os pensamentos comuns do homem ao longo dos séculos.

A noção de representação social não abrange qualquer objeto ou temática, mas os temas que constituem objetos importantes das conversações cotidianas dos grupos na sociedade. Essa é uma das razões que determinou a realização deste estudo acerca da representação social da saúde e da doença na velhice. Nosso trabalho não é o primeiro na área, mas acreditamos que sua relevância determina-se pela relação que pretendemos estabelecer entre o conceito de representação social e o conceito de necessidades sentidas de saúde do idoso. Anos atrás Lakatos (1974) assinalava a importância de aceitar o fato de que, no avanço da ciência, algumas teorias e conceitos são capazes de visualizar os pontos fracos de outras teorias. Nesse sentido, a teoria das representações sociais pode contribuir teórica e metodologicamente para a identificação de necessidades de saúde sentidas dos grupos populacionais.

O interesse na relação anteriormente colocada justifica-se, também, a partir de uma afirmação feita por Herzlich, uma pesquisadora pioneira no estudo da representação da saúde e da doença. A respeito da doença, ela argumenta que esta é um evento que, em qualquer idade, modifica irremediavelmente a vida e o equilíbrio social do indivíduo. Esse é um dos motivos pelos quais a saúde e a doença geram uma necessidade permanente de serem interpretadas no seio das conversações grupais leigas (Herzlich, 1991). A autora destaca, ainda, que apesar de a doença continuar nas mãos da medicina, a mesma é um fenômeno que a ultrapassa, quer dizer, sua representação abrange, também, o saber cotidiano leigo. Segundo foi exposto no capítulo de concepções sobre a saúde e a doença, na história da humanidade, tanto uma quanto a outra têm sido interpretadas no pensamento científico e no senso comum.

A definição de necessidades sentidas de saúde deve ter em consideração a dinâmica social dessas necessidades. Geralmente as pesquisas epidemiológicas sobre necessidades de saúde utilizam os questionários como fonte primária de informação. O problema não consiste em descartar o valor de uma entrevista ou de um questionário que são técnicas muito valiosas na identificação de necessidades. O dilema aparece quando é feita a interpretação de necessidades a partir de dados coletados, já que as interpretações e definições de necessidades de saúde são muito funcionalistas, conduzindo a uma individualização da necessidade, como se esta fosse totalmente diferente em cada indivíduo. Acontece que aquelas necessidades de viver em saúde quase nunca são tidas em conta e, em conseqüência, a população não tem nem voz, nem voto e somente suas opiniões são valorizadas quando estão doentes. Em contrapartida com o que já foi dito anteriormente, o conceito de representação social, como ferramenta teórico-metodológica da exploração de necessidades sentidas de saúde, pode fazer o caminho inverso: identificar e socializar as necessidades de saúde a partir das representações que os grupos constroem e das quais compartilham.

Na velhice, por exemplo, o estar saudável ou doente depende dos múltiplos fatores, que estão relacionados à possibilidade que a pessoa idosa tem de usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho, entre outras (Neri, 1997). Entretanto, esses elementos que determinam o processo saúde-doença, nem sempre são explorados do ponto de vista do idoso e, dessa forma, este pode ficar privado da capacidade de avaliar suas próprias necessidades de saúde. Quando ficam doentes, passam a depender completamente do sistema de saúde.

Ainda mais: são poucas as ocasiões em que os programadores de saúde se questionam acerca de quais são as crenças e os conhecimentos que as populações têm acerca da sua saúde e da sua doença. E como já foi assinalado no capítulo anterior, um dos indicadores da crise mundial da saúde decretada pela Organização Pan-americana da Saúde, em 1992 (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 1992), é a incapacidade de as práticas sanitárias atenderem às necessidades sentidas de saúde. Isso se deve, entre outros fatores, à ignorância de alguns especialistas e programadores de saúde no que diz respeito às concepções leigas sobre a saúde e sobre a doença.

A seguir, falaremos sobre como utilizar a noção de representação social para acessar os dois objetos desta pesquisa: a saúde-doença na velhice e, em consequência, algumas das necessidades de saúde sentidas pelos idosos.

De um modo geral, o Brasil já apresenta um amadurecimento na incorporação das ciências sociais ao estudo do processo saúde-doença. No país, por exemplo, os estudos direcionados para as crenças, os valores e práticas terapêuticas, embora não muito numerosos, indicam um desenvolvimento (Gelbcke, 1992; Trentini, 1992; Gonçalves, 1994). No campo da antropologia, por exemplo, tem-se confirmado alguns elementos, que anos antes foram desenvolvidos por Bolstanski (1984), um dos quais diz respeito à representação da saúde e da doença como uma forma de legitimar a representação popular de ambos os processos, envolvendo diferentes dimensões: a social, a individual, a cultural, *etc.* Em outros países, também têm sido desenvolvidos diferentes trabalhos acerca da representação do processo saúde-doença (Herzlich, 1991; Shapira, 1993; Navas & Moiso, 1994 e Galli & Fasanelli, 1995).

A saúde e a doença, como alguns dos objetos da conversa dos indivíduos nos grupos, têm uma dimensão socializada na linguagem. Segundo Herzlich (1991), a função da representação social no campo da saúde consiste em que esta não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, e sim uma questão com a qual se tenta resgatar o lugar do sujeito histórico. Por um lado, a representação social sempre está enraizada na realidade social e histórica da vida do grupo; por outro, contribui para a construção dessas realidades.

A respeito do papel das representações sociais na conceituação da doença e da saúde, Herzlich (1991) afirma que uma das tarefas mais interessantes da sociologia e da psicologia social é indicar de que modo essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, e como elas, ao mesmo tempo, contribuem para construí-la. Mais adiante, a autora assinala:

“Pode-se ficar surpreso com a evolução havida no curso das duas últimas décadas em relação ao impacto de nossas representações do biológico: a meu ver, a importância da doença, da saúde, do corpo, dos fenômenos biológicos como objetos metafóricos, como suportes do sentido de nossa relação ao social, aumentou consideravelmente nos últimos quinze anos. De um lado, a sociedade

possui um discurso em que a saúde ocupa um lugar central, ainda que muito ambíguo. De outro lado, o modelo em curso da representação da saúde e da doença; o do indivíduo sadio em oposição ao indivíduo doente, estendeu-se até incluir hoje a própria medicina” (Herzlich, 1991, p.34).

A abordagem do processo saúde-doença, na perspectiva da noção de representação social, desloca a problemática da chamada saúde individual para o reconhecimento do poder instituinte da vida social, nos seus diferentes planos e instituições. Permite a valorização e materialização da saúde coletiva. Embora reconheçamos que existem diferentes definições da saúde³, gostaríamos de ressaltar, nas

³ É difícil encontrar definições nítidas dos diversos conceitos de saúde. No entanto, existem certos consensos para diferenciar alguns enfoques de outros. Vejamos alguns deles:

Saúde pública: segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde pública se ocupa de todas as atividades relacionadas com a saúde-doença de uma população, o estado sanitário-ecológico, a organização, planejamento e funcionamento dos serviços. Ocupa-se da saúde global das populações sob seus aspectos de promoção, proteção de doenças, cura, readaptação e educação para a saúde (San Martin, 1984, p 26-7). A saúde pública, diferente da medicina social, tem-se preocupado, fundamentalmente, com as causas, com a distribuição e com a prevenção das doenças crônicas transmissíveis. A saúde pública é responsável por algumas tarefas: pesquisa em ciências básicas para aumentar o conhecimento sobre a saúde e sobre a doença, estudos epidemiológicos, pesquisas em administração, planejamento de serviços e recursos humanos em saúde, etc.

Medicina Social: segundo Ferreira (1978), a denominação da medicina, enquanto ciência social, tem mais de cem anos. A partir de 1848 (pelos efeitos negativos da industrialização), diversos investigadores começaram a estudar a influência de fatores sociais sobre a saúde e a doença (Rosen 1980; Nunes, 1989). No conceito mais *lato*, medicina social é a medicina preventiva alargada ao campo das necessidades médicas, criadas pelas condições socioeconômicas. A medicina social é uma medicina da sociedade. No campo da medicina social, a saúde é um direito social a ser conquistado pelas individualidades. Desde meados do século XVIII, a medicina adquire legitimidade sobre a saúde, planejando estratégias coletivas nas quais é realizado um esquadramento sistemático do espaço social. Junto com ela aparecem as primeiras críticas ao fato de reduzir a enfermidade à racionalidade biológica (Birman, 1991). Outros autores apontam que foi a medicina social a que reconstituiu o objeto de estudo da epidemiologia, reconhecendo o caráter histórico-social do processo saúde-doença, ou seja, em articulação com os processos sociais (Quevedo & Hernandez, 1994).

Saúde coletiva: conjunto de ações direcionadas às populações, ao meio ambiente e à sociedade, englobando todos os tipos de assistência à saúde, com base na expressão das necessidades sentidas da

palavras de Egry (1996), qual é nossa intenção aqui, ao colocar o termo "saúde coletiva", que não é um simples neologismo ou tentativa de modernização da saúde pública. É uma categoria que designa os novos conteúdos e projeções da saúde pública, que resultaram do movimento sanitaria latino-americano e, particularmente no Brasil, da Reforma Sanitária. A saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo de produção da saúde e da doença. O termo saúde coletiva reflete a contribuição que desejamos que tenha a noção de representação social na procura de necessidades sentidas de saúde, enquanto recurso de expressão da população idosa.

Perante esse processo, caberia a nos perguntar como as diferentes políticas sanitárias questionam o que é estar saudável ou doente na velhice, dentro do vasto campo da saúde coletiva? Compartilhamos com Birman (1991,p.17) da sua colocação a respeito:

“[...] é preciso enunciar que o conceito de saúde coletiva não se identifica com os de saúde pública e de medicina social, pois seus campos de objetividade, os seus objetos teóricos e os horizontes de suas práticas sociais são radicalmente diversos. No campo da saúde coletiva a diversidade e a diferença são exigências fundamentais para o reconhecimento das comunidades sociais e das individualidades”

Birman (1991) afirma que, nas ciências da saúde, a principal vantagem da noção de representação social é que esta propõe que no planejamento sanitário seja reconhecida a vida social e aqueles que constroem essa vida social.

É provável, então, que uma representação do estado de saúde-doença do idoso em termos de morbidade seja característica de enfoques tradicionalistas sanitarias de corte flexneriano. Entretanto, uma representação em termos de funcionalidade e de autonomia na vida social é típica do enfoque coletivo da saúde.

Esse fenômeno tem um caráter muito problemático na velhice, pois esta é uma das etapas da vida que exige que a compreensão de saúde seja avaliada em dependência do grau de desempenho funcional com que se pode realizar a atividade individual e social.

população. Sugere que, além das instituições governamentais, o indivíduo também é responsável pela sua saúde e pela sua doença. Incorpora as ciências sociais ao estudo do fenômeno saúde-doença e à prestação de serviços as populações (Carvalho, 1993; Egry, 1996).

De um lado, a falta de participação da população no controle da sua própria saúde e da sua doença, e de outro, a concentração dessa responsabilidade nos profissionais da saúde constituem duas das condicionantes mais importantes do distanciamento que existe entre os problemas de saúde da população e os serviços que são oferecidos nas práticas sanitárias. Atingir essa meta depende do seguinte:

“Alcançar esse nível de saúde para todos nos parece possível; a condição de mudar a orientação e a estrutura dos chamados maus serviços atuais de saúde exige, também, mudar a orientação e o conteúdo da formação dos profissionais de saúde em relação ao conceito social da saúde-doença [...]” (San Martin & Pastor, 1989, p. 31).

Essa frase demonstra que alguns serviços de saúde são, na realidade, serviços de doenças. Os trabalhadores desses serviços nem sempre representam a saúde-doença como um processo histórico, social, comunicacional e ecológico. Em consequência, faz-se uma prática clínica que não permite identificar as diferenças qualitativas que a saúde-doença tem de uma estrutura social a outra, de uma classe social a outra, de um grupo social a outro e, fundamentalmente, de uma idade a outra, temática que ocupa o presente trabalho.

O fenômeno saúde-doença depende do contexto de relações e de comunicações que se estabelecem entre os indivíduos, e que por sua vez, influencia o desenvolvimento de representações sociais da saúde e da doença historicamente fundamentadas.

A noção de representação social pode oferecer às práticas da saúde algumas contribuições, tais como abandonar a visão do processo educativo em saúde como um simples processo de transmissão de informações, e retomar o papel do conhecimento cotidiano no encontro do trabalhador da saúde e a população, ou seja, no encontro do conhecimento científico e do senso comum.

A seguir, relacionamos alguns elementos que justificam, de maneira sintética, por que neste trabalho se tenta entender o processo saúde-doença na velhice na perspectiva das representações sociais:

- Se as representações sociais sobre qualquer assunto têm como função convencionar esses objetos de modo partilhado nos grupos, existem pesquisas na área de envelhecimento com achados de convenções classificatórias da velhice, muitas delas centradas nas evidências de perdas. Por exemplo: a

velhice representada a partir de uma paralisia da vida, de incapacidades para viver, a velhice como o sofrimento do corpo, *etc* (Medrado, 1994; Guimarães, 1997; 1998), ou ainda, a velhice como o acabamento total do corpo, sua destruição (Santos, 1996).

- O elemento anterior nos permite formular a seguinte questão: o planejamento de práticas de saúde deve anular esses tipos de representações? Parece-nos que não. Junto ao reconhecimento dessa realidade, requer-se uma explicação da mesma. Uma representação social da saúde do idoso, centrada na ausência de doenças, pode não valorizar que o processo saúde-doença na velhice tem características peculiares e que um idoso, de fato, pode ter até três doenças crônicas, por exemplo, mas se elas não interferirem na sua capacidade funcional para ser independente, ele deve ser considerado uma pessoa saudável.
- O indivíduo, durante a apropriação do sentido e significado do conceito saúde-doença, não capta mecanicamente tal conceito, ao contrário, representa-o, produzindo um intercâmbio entre o conceito, e a percepção que tem dele. Esse processo tem como função transformar aspectos não familiares em elementos conhecidos e familiares, que lhe possibilitem uma representação nítida do mesmo.
- O fenômeno saúde-doença na velhice é objeto dos chamados universos reificados e dos universos consensuais. Como, através de senso comum, os grupos de idosos (pensadores leigos) e os próprios trabalhadores da saúde (pensadores científicos) tornam familiar o conceito saúde-doença na velhice? Existirão atritos e conflitos nos dois modos de representar esse assunto?
- As representações sociais contêm crenças, atitudes, informações e imagens em relação ao conceito de saúde e de doença na velhice. A explicação e a incidência sobre essas dimensões representacionais nos trabalhadores da saúde e nos clientes da terceira idade, poderiam representar um momento inicial da tomada de consciência do desvio que existe entre necessidades normativas e necessidades desejadas de saúde. Com essa perspectiva, estaríamos conhecendo não só quem produz essas representações, mas

também por que elas são produzidas. Uma determinação de necessidades de saúde diz respeito a diferenças no modo de representar uma mesma realidade. Neste caso, a saúde e a doença do idoso colocam-se na visão de dois olhares distintos: o de quem tecnicamente executa a prática de saúde e o de quem percebe suas próprias necessidades.

- Um último elemento coloca-se na forma de exemplo. Certa vez presenciamos uma consulta feita a uma paciente por um médico-especialista em geriatria e gerontologia, com 20 anos de experiência, colega nosso: A senhora queixava-se de dor em um dos joelhos e diante dessa queixa, o médico respondeu da seguinte maneira: “Minha senhora, não pode exigir mais, você está com 80 anos”. Imediatamente a idosa replicou: “Então, como você explica que o outro joelho também tem 80 anos e não dói?”

Uma ação de saúde pode tornar-se ineficaz quando nem sequer se conhece o que pensa esse cliente em nível de representação, e quais são as informações que ele tem da sua própria saúde ou da sua doença. Imaginemos, pois, quando não se conhece o problema a ser atingido, ou seja a necessidade sentida pelo cliente. A saúde e a doença são alvos de conversas dos indivíduos e dos grupos e possuem uma origem socializada na linguagem. Portanto, sua compreensão e interpretação deve ser realizada em conjunto entre os clientes e as equipes de saúde. Vários pesquisadores têm demonstrado que a auto-avaliação do estado de saúde na velhice é de grande utilidade para a medição de necessidades de saúde, já que tal verificação fornece tanto aspectos objetivos quanto critérios subjetivos de saúde (Fillenbaum, 1979; Grembowski et al., 1993; Johnson & Wolinski, 1993; Lave et al., 1995; Fox et al., 1997).

Finalmente, tentamos, uma vez mais, demonstrar a viabilidade que pode ter o estudo do processo saúde-doença do ponto de vista da noção de representação social. Como apontava Moscovici (1978), no prólogo à segunda edição da sua Tese de Doutorado sobre a Psicanálise, uma representação social é um sinal e uma reprodução de um objeto que, socialmente, tem sido valorizado. Acreditamos, também, assim como Moscovici (1978) assinalava, que o fato de estudar a apropriação de um conceito científico em populações leigas (neste caso, os idosos e cuidadores que fizeram parte da amostra), não implica uma profanação do saber científico. Sem dúvida alguma, a saúde e

a doença são conceitos científicos. No entanto fazem parte, também, de um outro universo de pensamento, o pensamento leigo que é na forma de representação social, um corpo organizado de conhecimentos pelo qual os grupos tornam compreensível a realidade que os rodeia. Quando os grupos representam algum aspecto da realidade, fazem-no com duas finalidades essenciais: comunicar-se entre eles, e elaborar comportamentos.

Essas finalidades anteriormente assinaladas permitem-nos reproduzir uma citação de Moscovici (1978, p. 26), que explicita, com muita nitidez, o *status* epistemológico de uma representação social:

“A passagem do nível da ciência ao das representações sociais implica uma descontinuidade, um salto de um universo de pensamento e de ação a um outro, e não uma continuidade, uma variação do mais ou menos. [...] essa ruptura é a condição necessária para a entrada de cada conhecimento físico, biológico, psicológico, *etc.*, no laboratório da sociedade. Todos eles aí se encontram, dotados de um novo *status* epistemológico, sob a forma de representações sociais. Insisto na especificidade dessas representações porque não gostaria de vê-las reduzidas, como no passado, a simples simulacros ou resíduos intelectuais sem relação alguma com o comportamento humano criador”

Provavelmente essa citação, e outras justificativas teóricas que foram expostas ao longo deste capítulo, nos fizeram refletir sobre a necessidade de algumas reflexões e mudanças nas perspectivas do planejamento de necessidades de saúde. Apesar da grande variabilidade de conceitos sobre a saúde e a doença, compartilha-se a idéia de que os mesmos têm uma origem social. Entretanto, ainda se conhece muito pouco acerca de quem produz esse saber leigo, e menos ainda por que o produz.

Como diz Moscovici (1978), a passagem de uma teoria científica a sua representação social responde, justamente, à necessidade de suscitar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao estado de conhecimentos do real. De alguma maneira, a representação social pode reconstituir o lugar da ciência a partir das conversações e das relações sociais dos grupos que estão envolvidos. O ato da construção de representações sociais do assunto saúde-doença na velhice constitui o universo consensual de conhecimentos dos grupos de sujeitos leigos.

Justamente, foi esse universo consensual de conhecimentos o objeto de estudo deste trabalho. No próximo capítulo será feita uma exposição detalhada dos critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa, assim como dos métodos e das técnicas utilizadas para a coleta e a interpretação dos dados.

3. METODOLOGIA

3.1. MODELO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi conduzida segundo um modelo exploratório do tipo descritivo. A seleção da amostra determinou-se a partir dos objetivos do trabalho que foram explicados no capítulo de introdução.

Conforme a natureza do objeto de estudo deste trabalho (a representação social da saúde-doença na velhice), a seleção e a subdivisão dos grupos da amostra seguiram critérios de tipo taxionômico.

Os grupos taxionômicos consistem numa reunião de sujeitos individuais que são agrupados sob uma mesma classificação por terem um certo grau de associação, embora seus membros não se encontrem numa relação face a face, ou numa relação contratual. Em outras palavras, são grupos que apresentam algumas propriedades dos grupos orgânicos ou estruturados⁴, como por exemplo interesses comuns e um mesmo senso de identidade, mas não são grupos reais estruturados (Sá, 1998).

Os participantes foram distribuídos nos grupos seguintes:

- Grupo de quarenta (40) idosos que procuravam serviços de atendimento por problemas de saúde, quer dizer, diziam sentir-se doentes no momento da coleta de dados. Eram pessoas que necessitavam da intervenção dos trabalhadores da saúde da Policlínica II do Bairro de Estreito (Florianópolis).
- Grupo de quarenta (40) idosos que eram atendidos na Policlínica, não por sentirem-se doentes, e sim para receber orientações sobre cuidados

⁴ O conceito de grupo orgânico ou estruturado refere-se aos grupos nos quais as relações entre os membros estão baseadas em direitos, deveres, obrigações ou até na base de laços biológicos. Geralmente seus membros se encontram numa relação face a face (Sá, 1998).

preventivos de saúde. Na Policlínica, essas pessoas freqüentavam diferentes grupos operativos de ensino e de aprendizagem voltados para a promoção de saúde nos idosos (cuidados da Diabetes, cuidados nutricionais na velhice, orientações sobre como fazer exercícios físicos e outros).⁵

- Grupo de quarenta (40) trabalhadores de um Centro de Saúde da rede municipal do Sistema Único de Saúde de Florianópolis (Policlínica II do Bairro de Estreito). Dentre eles, médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros.
- Grupo de vinte (20) pessoas, que cuidavam de idosos hospitalizados na Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, ou que acompanhavam idosos doentes que eram atendidos nas consultas ambulatoriais do mesmo hospital.

O tamanho dessa amostra foi estabelecido a partir dos pressupostos teóricos das técnicas de coleta de dados.

No caso da Técnica de Evocação Livre de Palavras, utilizou-se a Análise Freqüencial proposta por Vergés (1991-1992). Para efetuar essa Análise Freqüencial é necessário que exista um número mínimo de palavras que possa se repetir mais de 10 vezes. Esse critério, associado ao seguinte, determinou que o número da amostra fosse de 140 sujeitos.

No caso da Técnica de Entrevista, utilizou-se o Software de Análise Quantitativo de Dados Textuais denominado Alceste (Reinert, 1990). A primeira regra de preparação do material textual deste Software é que as entrevistas sejam digitadas num único arquivo Word que deve ter, no mínimo, 1000 linhas de 70 caracteres cada uma, ou cerca de 70.000 caracteres no total (em torno de 20 páginas de texto em Fonte Courier 10 com espaçamento simples). Para garantir essas exigências do Software, o autor comenta, no seu artigo, que as entrevistas devem ter, no mínimo duas perguntas de temáticas amplas. Esse foi o outro pressuposto que determinou o tamanho da amostra.

⁵ Para maiores referências sobre o conceito de Grupo Operativo na área de saúde remetemos o leitor para Zimmerman (1998).

Os participantes dos primeiros três grupos foram selecionados da Policlínica II do Bairro de Estreito. Dentro da Secretaria Municipal de Saúde e de Desenvolvimento Social, esta instituição age como centro de referência no atendimento ao idoso. Pela classificação do Sistema Único de Saúde, trata-se de um Centro de Saúde Tipo II, por possuir diversos atendimentos especializados. Por exemplo: vacinação, pediatria, Teste do Pezinho, atendimento ao câncer, ginecologia, acupuntura, geriatria, homeopatia, Programa Capital Criança, serviço de Rx, Conselho Tutelar, Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST - AIDS), Programa de Atenção ao Idoso, e trabalho de prevenção em saúde (exemplo: grupo de prevenção em saúde dirigido a pacientes diabéticos), entre outros.

A Policlínica II do Bairro de Estreito foi fundada em 18 de setembro de 1978. Anterior a esta época, já existia no lugar uma equipe de saúde que atendia a população de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça). Antigamente, esse centro era coordenado pelo INSS, o que fazia com que diariamente fosse atendido um número alto de pessoas. Segundo informações da Coordenadora da Policlínica, ainda a população tem essa crença de que o Centro pertence ao INSS, fator que contribui para um aumento na demanda de atendimento.

Atualmente, esse Centro de Saúde II é coordenado pela Secretaria Municipal da Prefeitura. No momento da execução da pesquisa, a Policlínica tinha 102 trabalhadores com diversas funções, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, um psicólogo, e funcionários públicos, entre outros.

Para poder trabalhar nesse Centro de Saúde, encaminhamos uma requisição à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, esclarecendo os objetivos do estudo, assim como um anexo das técnicas de coleta de dados que iam ser utilizadas. O projeto do trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo Nro 006/98 - Anexo 1). Esses indivíduos foram entrevistados na medida em que chegavam para a procura do serviço de saúde (seja de cura ou de prevenção). As variáveis descritivas gerais que contextualizaram a análise dos dados nesses dois grupos de idosos foram a idade, o sexo,

o estado civil, o número e tipo de doenças de que padeciam, a renda familiar, o número de filhos e com quem os idosos moravam no momento da coleta de dados.

O grupo de trabalhadores da saúde desempenhava suas funções nessa Policlínica II do Bairro de Estreito, e foram entrevistados no próprio local de trabalho sobre as disponibilidades de tempo para colaborar com o estudo. As variáveis descritivas gerais que contextualizaram os dados desse grupo foram a idade, o sexo, o tipo de profissão, o estado civil, os anos de formado, e os anos de trabalho na rede básica de saúde.

As entrevistas com o grupo de cuidadores de pessoas idosas aconteceram na Clínica Médica do Hospital Universitário de Florianópolis, onde se encontravam idosos hospitalizados (os mesmos foram entrevistados nos seus períodos livres de cuidado ao idoso doente), ou nos corredores do mesmo hospital, quando o cuidador acompanhava um idoso doente à consulta ambulatorial. A inclusão desse quarto grupo de pessoas deveu-se ao seguinte propósito: explorar a representação social da saúde e da doença na velhice de pessoas que estão diretamente envolvidas com o processo de cuidado do idoso doente, o que poderia ser um ponto de referência importante sobre possíveis necessidades de saúde que o idoso sente, e que muitas vezes pode expressar ao cuidador (como aquela pessoa que está mais próxima dele na condição de saudável ou de doente). O fato de o cuidador não ser familiar ao idoso doente não foi um critério de exclusão da amostra.

Somente agiu como critério de seleção o fato de ser a pessoa que rotineiramente se ocupava de ajudar o idoso quando este apresentava problemas de saúde. Para cumprir esse requisito da escolha do cuidador, utilizamos o próprio idoso como fonte de informação. Para contextualizar a análise dos dados, pesquisaram-se variáveis tais como a idade, o sexo, o grau de parentesco com o idoso, o estado civil, o número de filhos (caso tivesse), e o tempo que fazia que cuidava do idoso.

Uma observação final sobre os grupos da pesquisa: a participação deles foi absolutamente voluntária. Na fase de análise e divulgação dos resultados garantiu-se a cada um dos participantes o anonimato, trocando seus dados de identidade pessoal (o nome) por códigos de números.

3.2. MÉTODOS

A escolha do método se vincula à natureza de nosso objeto de estudo (a saúde-doença na velhice), e à própria noção de representação social. O seu desenvolvimento efetuou-se através de duas técnicas de coleta de dados: uma técnica de evocação livre de palavras e uma entrevista padronizada (com um roteiro previamente estabelecido).

A técnica de evocação livre de palavras é um dos métodos associativos que permite procurar a saliência dos conteúdos de uma representação social, portanto, é um método que conduz ao levantamento dos elementos que podem constituir os sistemas periféricos e centrais da representação social, a mesma consiste em pedir aos participantes que, a partir de um termo indutor, (freqüentemente o mesmo objeto da representação), digam as palavras ou expressões que imediatamente lhes vierem à mente. As questões que orientaram o uso dessa técnica foram:

- Diga três palavras ou expressões que lhe vêm à mente quando se fala em “saúde na velhice”.
- Diga três palavras ou expressões que lhe vêm à mente quando se fala em “doença na velhice”.

Esta técnica possibilitou fazer uma hipótese de centralidade daqueles léxicos semânticos de destaque (centrais) e secundários (periféricos), que foram atribuídos à saúde e à doença na velhice, e também permitiu destacar os elementos que ficaram mascarados com a técnica de entrevista.

A interpretação dos resultados da técnica de evocação livre realizou-se através de uma análise freqüencial que se inspirou na proposta de Vergès (1991-1992). Para a seleção das palavras mais evocadas Vergès (1991-1992) utiliza dois critérios que são a freqüência de evocação de palavras e sua ordem média de evocação. Isso facilitou o levantamento de alguns dos conteúdos que pertencem aos sistemas centrais e periféricos das representações sociais.

Para o cálculo das palavras de maior freqüência de evocação e menor ordem média de evocação procedeu-se da seguinte maneira:

- Numa primeira etapa, em cada um dos grupos pesquisados consideraram-se como um mesmo tipo de evocação as palavras de igual conteúdo e igual significado. Por exemplo, cuidar e cuidado agruparam-se como se fossem um

mesmo tipo de evocação, porém respeitou-se o fato de que, quando aparecessem nas tabelas, as mesmas seriam escritas tal e como os sujeitos as evocaram. As palavras normal, fisiológico e natural também ficaram agrupadas no mesmo tipo de evocação e assim por diante. Cada um desses agrupamentos aparece nas tabelas do capítulo de discussão de resultados.

- Na segunda etapa foi usado o mesmo procedimento com as palavras evocadas pela amostra total, que dizer, foi feita a mesma análise em todos os grupos juntos (nos 140 sujeitos participantes). Segundo uma ordem decrescente de frequência e uma ordem crescente da ordem média de evocação, todas as palavras foram organizadas numa tabela com o auxílio de programa de planilha de cálculos (Anexo 2).
- Numa terceira fase, dividiu-se o número total de evocações pelo número total de palavras diferentes evocadas. Esse cálculo permitiu obter o número de palavras evocadas que fariam parte das tabelas. Por exemplo, se o resultado desse cálculo fosse igual a 3; as palavras que fariam parte da tabela seriam todas aquelas que tivessem uma frequência igual ou superior que 3.
- A partir desse cálculo, somaram-se todas as frequências de cada uma dessas palavras selecionadas que fariam parte das tabelas e dividiram-se pelo número de evocações diferentes. Esse procedimento permitiu obter a média da frequência de evocações. Para calcular a média da ordem média de evocação, somaram-se todas as médias das ordens médias de cada uma das palavras evocadas que fariam parte das tabelas e o resultado dessa soma dividiu-se pelo número total de evocações diferentes. Respeitou-se o peso de cada uma das palavras evocadas, por exemplo, o peso 1 era atribuído a todas as palavras que foram evocadas em primeiro lugar, peso 2 quando se tratava da segunda evocação e peso 3, no caso das palavras evocadas em terceiro lugar.

Em relação à outra técnica (a entrevista padronizada), destacamos que, neste estudo, ela permitiu explorar os conteúdos e as informações (em termos quantitativos e qualitativos), em que se revestem as representações sociais, assim como os núcleos

figurativos com que a representação pode ser objetivada. As perguntas que iniciaram a entrevista foram as seguintes:

- 1. No seu entendimento, como você vê ou percebe um idoso saudável?
- 2. No seu entendimento, como você vê ou percebe um idoso doente?

A partir das respostas às entrevistas, foram levadas em conta outras variáveis descritivas gerais que, por estarem ligadas à história de vida dos participantes, eram de interesse para a discussão dos dados. Essas variáveis descritivas coletadas foram expostas após a descrição dos grupos de sujeitos feita em parágrafos anteriores.

Conforme a proposta de Camargo (1998) para a análise dos dados obtidos nas entrevistas, seguiram-se os seguintes passos:

- Todas as entrevistas foram gravadas em fitas com autorização prévia dos entrevistados.
- Para o tratamento analítico dos dados, utilizou-se um software de análise quantitativa de dados textuais denominado Alceste (Reinert, 1990), que permitiu organizar o material verbal contido nas entrevistas. Cada entrevista era constituída de um corpus semântico, que era o material original sobre o qual o programa Alceste iniciaria a análise dos dados. A entrada de dados no Alceste foi feita através de um único arquivo (de tipo texto-txt), no qual, além do material transcrito, existiam linhas de comando cujo objetivo era separar as unidades de contexto naturais (respostas dos sujeitos às perguntas da entrevista), das palavras com asterisco que consistiam naquelas variáveis descritivas dos entrevistados (por exemplo: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil e outras). Todo esse material é chamado de “corpus” no Alceste. O nome que o Alceste dá a esses corpus semânticos é de unidades de contexto iniciais (u.c.i).

A análise posterior e conjunta das entrevistas envolveu 4 etapas, que Camargo (1998) descreveu num Curso oferecido no Laboratório de Psicossociologia da

Comunicação e da Cognição Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A seguir, expomos a descrição do programa Alceste segundo Camargo (1998)⁶:

Etapa de leitura do texto e de cálculo dos dicionários: nessa etapa, o programa preparou o corpus, reconheceu as u.c.i e separou as unidades de contexto elementares (u.c.e). As u.c.e são pequenos segmentos de entrevista de duas ou três linhas, em que se respeita a ordem de aparição que eles têm nos corpus semânticos. Foi feita, também, uma redução das palavras com base em seus radicais, quer dizer, as palavras foram agrupadas em função de suas raízes. Dessa forma, apareceram as formas reduzidas, como por exemplo: incomoda, incomodar, incômodo são agrupadas na forma reduzida “incomod+” (Anexo 3 da saída de dados do Alceste, Passo D1- Formas associadas ao Contexto C ou *Formes associées au contexte C*). O programa faz uma distinção entre as palavras instrumento e as palavras analisáveis. As primeiras, são os artigos, preposições e conjunções, entre outras, que embora sejam essenciais para a organização do texto, não o são para a análise do conteúdo das representações sociais deste estudo. Já as palavras analisáveis sim entraram na discussão dos conteúdos representacionais.

Etapa do cálculo de Matrizes de Dados e Classificação das u.c.e: as u.c.e foram classificadas em função de seus respectivos vocabulários. O conjunto dessas u.c.e foi repartido em função da frequência das formas reduzidas do vocabulário. Isso foi feito com a ajuda de matrizes de frequências, que cruzaram as formas reduzidas do vocabulário e as u.c.e do corpus. Nessa etapa, o programa executa uma Análise Hierárquica Descendente (Anexo 3, Passo C1), que consiste em repartir as u.c.e em várias classes em função do vocabulário que as compõem, de tal forma que seja obtido o maior valor possível numa prova de associação χ^2 . Executou-se o mesmo procedimento com as classes obtidas, até que o vocabulário das u.c.e de todas as classes fosse homogêneo. A partir daí, o Alceste oferece um Dendograma que apresenta uma distribuição das classes que se formaram (Anexo 3, Passo C1 o *Dendograma des classes stables* à partir de B3_rcdh2). No corpo da discussão, apresentam-se os seis dendogramas obtidos através deste estudo e neles são expostas as palavras que obtiveram uma associação

⁶ Também remetemos o leitor ao Anexo 3, que contém uma saída de dados do Alceste de um dos grupos pesquisados (n= 80 idosos – idosos doentes e idosos saudáveis).

estatisticamente significativa com as respectivas classes. Em outras palavras, apresentam-se os vocábulos ou palavras que tiveram uma frequência superior a 4 e um coeficiente χ^2 maior que 3,84, sendo que o cálculo dessa associação foi feito por meio de uma tabela de 4 casas (grau de liberdade igual a 1). Vale salientar que, nos dendogramas podem aparecer algumas palavras cujas frequências são iguais a 4. Isso se deve ao fato de elas terem, nessa classe, 100% de ocorrência e um coeficiente χ^2 significativo.

Etapa da Descrição das classes e das u.c.e escolhidas: essa etapa proporcionou os resultados mais importantes (Anexo 3, Passo C2) e nela, descreveram-se as classes obtidas, principalmente, pelos seus vocabulários característicos (léxicos), e pelas suas palavras com asterisco (variáveis descritivas gerais dos participantes). Do ponto de vista de Reinert (1990), essas classes podem ser interpretadas como noções de mundo ou como quadros perceptivo-cognitivos com certa estabilidade temporal. Já do ponto de vista de Camargo (1998), ao aplicar o Alceste no estudo da representação social, essas classes (formadas por vários segmentos de texto com vocabulários semelhantes) podem ser consideradas como indicadores de diferentes noções de representação social, ou como campos de imagens sobre um determinado objeto. Nós concordamos com o segundo ponto de vista fornecido por Camargo (1998). Devemos ressaltar, que a análise dos conteúdos das entrevistas dos dois grupos de idosos participantes (os que faziam atendimento preventivo e os que recebiam atenção por apresentar problemas de saúde) foi executada em conjunto, já que o próprio programa, na repartição das u.c.e nas classes, utiliza como critério as chamadas palavras com asterisco, ou seja, as variáveis descritivas que diferenciam os participantes. Essa vantagem do software possibilitou a análise conjunta dos dados da entrevista dos dois grupos de idosos.

Etapa de Cálculos Complementares: essa etapa é um prolongamento da terceira (Anexo 3, Passo D1- *Tri des uce par classe*). Com base nas classes das u.c.e escolhidas, o programa fornece aquelas u.c.e mais características de cada classe e contextualiza as ocorrências do vocabulário que foram típicas de cada uma. Um outro recurso dessa etapa é permitir exportar as u.c.e obtidas para outros programas informáticos que queiram ser usados.

No próximo capítulo apresenta-se a discussão dos resultados obtidos neste trabalho.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS GRUPOS PESQUISADOS

4.1.1. Idosos doentes

As quarenta (40) pessoas idosas doentes que foram entrevistadas eram rotineiramente atendidas no Centro de Saúde II (Policlínica II do Bairro de Estreito-Florianópolis). Do total de idosos, oito (8) pertenciam ao sexo masculino e trinta e dois (32) ao sexo feminino. As idades deste grupo oscilaram entre os 60 anos e os 81, com uma média de 67 anos. Em relação ao estado civil, vinte e dois (22) estavam casados no momento da pesquisa, cinco (5) eram solteiros, e treze (13), viúvos.

A maior parte dos idosos tinha uma Renda Familiar que oscilava entre um e dois salários mínimos. Treze (13) pessoas ganhavam um salário e dez (10) pessoas, dois salários. Oito (8) pessoas ganhavam entre quatro e seis salários mínimos, e nove (9) ganhavam mais de seis salários.

Sabe-se, sem que todas as causas estejam totalmente esclarecidas, que ainda a mulher tem uma expectativa de vida superior à do homem (Kastenbaum & Candy, 1973). Nesse sentido, chamou nossa atenção o fato de que, apesar de nesse grupo prevalecer o sexo feminino (32 mulheres), vinte e cinco (25) dessas ainda moravam com seus cônjuges (algumas delas com o cônjuge e com filhos), e sete (7) pessoas moravam sozinhas. Salientamos esse fato da convivência em casal como um elemento relevante porque a literatura mostra amplamente como os índices de viuvez são maiores entre as mulheres que entre os homens. Já com relação aos participantes do sexo masculino, dos oito (8) homens entrevistados, sete (7) moravam com seu cônjuge (ou com este e filhos) e só um (1) era solteiro e morava com a mãe.

Nesse grupo o índice maior de doenças foi em relação ao Diabetes (15 pessoas). Na ordem hierárquica descendente, seguem a Hipertensão Arterial com dez (10) pessoas, oito (8) com Artrite, e sete (7) com osteoporose e Doenças Cardiovasculares. Muitos desses idosos apresentavam mais de uma das doenças antes mencionadas, mostrando a freqüente pluripatologia que caracteriza a velhice.

4.1.2. Idosos saudáveis

Dos quarenta (40) idosos que freqüentavam os Grupo de Gerontologia Preventiva e que se auto-avaliavam como saudáveis, trinta e seis (36) eram mulheres e quatro (4) pertenciam ao sexo masculino. Suas idades oscilaram entre os 60 e 83 anos, com uma média de 70,2 anos. A maioria dos entrevistados desse grupo eram casados ou viúvos (dezesesseis pessoas (16) casadas, dezenove (19) pessoas viúvas e somente cinco (5) solteiras). Do total de quarenta sujeitos, dez (10) pessoas recebiam só um salário mínimo; cinco (5) recebiam dois salários mínimos, quatorze (14) recebiam entre quatro e seis salários, e onze (11) mais de seis salários.

A maior parte dos sujeitos tinha entre dois e quatro filhos, ou mais de quatro. Deles, quatorze (14) moravam com seus cônjuges, dezenove (19) com filhos ou outras pessoas e somente sete (7) pessoas moravam sozinhas. A maior parte das doenças que os entrevistados apresentavam eram Diabetes, Hipertensão Arterial e Doenças Cardiovasculares. Da mesma forma que os idosos doentes, a maioria dos entrevistados eram portadores de mais de uma doença crônica.

4.1.3. Trabalhadores do Centro de Saúde II do Bairro de Estreito

O grupo de quarenta trabalhadores entrevistados apresentou uma média de idade de 47 anos, com uma idade mínima de 34 e uma máxima de 59 anos. Deles, quinze (15) pertenciam ao sexo feminino e vinte e cinco (25) ao masculino. Quinze (15) pessoas eram médicos (Clínico Geral, Cardiologista, Pediatra, Endocrinologista, Ginecologista e Geriatra). Outros quinze (18) eram enfermeiros, técnicos em enfermagem ou auxiliares de enfermagem. Houve três (3) odontólogos entrevistados, um (1) psicólogo, dois (2) assistentes sociais e um (1) nutricionista. A maior parte dos entrevistados estavam casados no momento da coleta de dados.

Nesse grupo, vinte e três (23) pessoas estavam formadas há mais de 20 anos, treze (13) entre 11 e 20 anos, e quatro (4) entre 1 e 10 anos. Vinte (20) pessoas trabalhavam na Rede Pública de Saúde entre 11 e 20 anos e dezessete (17) o faziam há mais de 20 anos. Somente três (3) pessoas trabalhavam na rede pública entre 1 e 10 anos. O fato anterior mostra que o tempo de experiência desse grupo no atendimento público de saúde era alto. Vale salientar que todos os médicos entrevistados alternavam o atendimento público e o atendimento privado.

4.1.4. Grupo de Cuidadores de Pessoas Idosas:

As vinte (20) pessoas cuidadoras de idosos apresentavam uma média de idade de 45,7 anos, com mínima de 34 e máxima de 69 anos. Dezesseis (16) eram mulheres e quatro (4) homens. Quase todos estavam casados (16 pessoas). A maior parte dos cuidadores tinha nível de escolaridade primário ou secundário (17 pessoas). Somente três (3) eram universitários. Os parentescos com o idoso que mais predominaram foram os de filho-a (9) e os de esposo-a (5). Do grupo, nove (9) pessoas eram os cuidadores únicos, e onze (11) revejavam o cuidado com outras pessoas. As dez (10) pessoas cuidadoras de idosos hospitalizados permaneciam no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em períodos de tempo que oscilavam desde 1 até mais de 15 dias. Os outros dez acompanhavam os idosos às consultas ambulatoriais do mesmo hospital.

4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS DA TÉCNICA DE EVOCÇÃO LIVRE

A seguir são apresentados os principais resultados obtidos na técnica de evocção livre de palavras. Como já apontamos no capítulo de metodologia, dado o caráter espontâneo e menos controlado dessa técnica de pesquisa, esta permitiu acessar alguns dos elementos semânticos que são atribuídos ao assunto saúde-doença na velhice. Com a técnica, foi possível fazer um levantamento dos conteúdos que hipoteticamente pertenciam aos núcleos ou sistemas centrais da representação social da saúde e da doença na velhice, assim como os que agem na forma de sistemas periféricos.

Para facilitar a compreensão dos resultados lembramos que, a cada um dos grupos de participantes perguntou-se quais eram as palavras ou expressões que lhes vinham à mente ao escutar os termos “saúde na velhice” e “doença na velhice”. Todas as respostas dos sujeitos foram registradas na mesma ordem em que eram evocadas. Com base nessa pergunta, a análise e discussão dos resultados dessa técnica será da seguinte forma:

- Apresentar-se-ão as diferentes tabelas que combinam a frequência absoluta das palavras evocadas e a média da ordem média de evocação das mesmas. Num primeiro momento, serão mostrados os resultados das palavras evocadas a partir do termo saúde na velhice em toda a amostra pesquisada, ou seja, nos 140 participantes do estudo.
- Num segundo momento, na medida que são discutidas as palavras e expressões evocadas na amostra total, serão analisados os resultados parciais da técnica de evocação livre em cada um dos grupos entrevistados.
- Os dois procedimentos anteriores serão válidos para as duas discussões de resultados (com os termos saúde na velhice e doença na velhice).

Conforme a metodologia de Vergès (1991-1992), cada um dos resultados das tabelas da técnica de evocação livre é apresentado na forma de quatro quadrantes, que conferem diferentes hipóteses de graus de centralidade às palavras que os compõem, sendo o primeiro quadrante superior esquerdo o que contém os prováveis elementos centrais da representação. Este terá as palavras de maior frequência absoluta e de menor ordem média de evocação. Esse primeiro quadrante possibilitará definir as categorias centrais da representação, quer dizer, as palavras do primeiro quadrante superior esquerdo organizam uma hipótese dos chamados sistemas ou núcleos centrais da representação social. Acrescentamos, também que, para identificar as palavras que definem esses núcleos centrais serão utilizadas outras expressões, que pelo seu conteúdo estão relacionadas a elas, embora estejam localizadas em outros quadrantes. Resumindo, as palavras que organizam os sistemas centrais são as que se localizam no primeiro quadrante superior esquerdo, mas a esses núcleos podem estar associadas outras palavras de conteúdo semelhante, embora estejam localizadas em outros quadrantes das tabelas.

As palavras dos quadrantes restantes contribuirão com o levantamento das hipóteses dos núcleos periféricos próximos e distantes dos conteúdos centrais das

representações. Os núcleos periféricos próximos localizam-se nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo. Os núcleos periféricos distantes serão constituídos pelas palavras e expressões do quadrante inferior direito.

4.2.1. Resultados da Técnica de Evocação Livre (termo saúde na velhice).

A tabela 1 mostra, na amostra total (140 sujeitos), os resultados das palavras evocadas a partir do termo saúde na velhice.

TABELA 1: Saúde na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pela amostra total. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 2,1	Superior a 2,1		
Superior ou igual a 8	49	Alegria / Felicidade (1,8)	16	Assistência Pública / Atenção pública efetiva / Mal atendimento / Má assistência / Atenção / Assistência (2,5)
	22	Cuidado / Cuidado Constante / Cuidar (1,7)	12	Alimentação / Cuidado na alimentação / Comida / Comer (2,2)
	20	Prevenção (1,6)	9	Trabalhar / Trabalho (2,6)
	16	Algo gostoso / Coisa boa / Bom (1,9)		
	13	Disposição / Ânimo / Estar disposto / Energia (2,1)		
	11	Andar / Caminhar (2,0)		
	11	Dinheiro / Depende do dinheiro da pessoa (2,1)		
	10	Mente-Corpo / Espírito / Depende da mente / Mentalidade / Mente boa / Bons pensamentos / Cabeça (2,1)		
	10	Paz / Viver em paz (2,1)		
	7	Bem-estar (2,0)		
Inferior a 8	7	Hábitos de vida / Cuidados na vida / Estilo de vida / Modo de Vida (2,0)	6	Amor pela vida / Amor / Amar (2,3)
	6	Tratamento (2,0)	6	Fazer movimentos / Não ficar parada / Movimento / Não parar (2,3)
	5	Saúde mesmo / Saúde (1,4)	5	Problema (2,2)
	5	Difícil / Dificuldade (2,0)	5	Atividade física / Exercício físico (2,4)
	4	Descaso / Abandono / Desprezo (1,7)	4	Independente / Independência (2,5)
	4	Companhia / Necessidade de companhia / Acompanhamento (2,0)	4	Qualidade de vida (2,2)
	4	Vida / Vitalidade / Viver (1,2)	4	Harmonia / Equilíbrio / Estabilidade (2,7)
	4	Maravilhoso / Lindo / Maravilha (1,7)	3	Família / Estrutura familiar (2,3)
	3	Desejada (1,3)	3	Carinho / Necessidade de carinho (2,3)
	3	Impossível / Quase impossível (2,0)	3	Viver bem (2,3)
		3	Otimismo (3,0)	

Houve 142 palavras diferentes num total de 420 evocações. Conforme a proposta de Vergès (1991-1992), ao dividir as 420 evocações entre as 142 palavras diferentes, obteve-se uma média de 3. A partir desse cálculo, fizeram parte da tabela 34 palavras que tinham uma frequência de evocação igual ou superior a três (3). O resultado da somatória

das frequências de evocação das 34 palavras foi de 257. Ao dividir essa somatória (257) pelo número total de palavras, a média da frequência que se obteve foi, aproximadamente, 8. A média da ordem média foi obtida dividindo a soma das médias das ordens médias de cada uma das 34 palavras (72,8) por 34. Nesse caso o resultado foi 2,1. Esse mesmo procedimento será utilizado, também, no cálculo das médias de frequência e de ordem média dos resultados nos quatro grupos separadamente.

Observa-se que, dos resultados contidos no primeiro quadrante superior esquerdo, podem ser deduzidos alguns dos conteúdos de maior centralidade na representação social da saúde na velhice. Essas expressões foram as de maior frequência de evocação e, por sua vez, as que foram evocadas com média inferior ou igual a 2,1. Para a definição das categorias centrais, tomaram-se como conteúdos as palavras ou expressões contidas nesse primeiro quadrante superior esquerdo.

E como já foi explicado, essas categorias também são explicadas por outras palavras, que relacionam-se com às mesmas pelo seu conteúdo, embora estejam localizadas em outros quadrantes. Na tabela 1, existem cinco categorias que podem ser consideradas como núcleos ou sistemas centrais:

- Saúde na velhice em dependência de estabilidade psíquica: definida pelas palavras mente/ corpo/ espírito/ depende da mente/ mentalidade/mente boa/ bons pensamentos/ cabeça; disposição/ ânimo/ estar disposto; harmonia/ equilíbrio/ estabilidade; otimismo.
- Saúde na velhice associada à prática de atividades: definida pelas palavras andar/ caminhar; trabalhar/ trabalho; não ficar parada/ fazer movimentos/ não parar; atividade física/ exercício físico.
- Saúde na velhice associada a estados emocionais positivos: definida pelas palavras algo gostoso/ coisa boa/ bom; alegria/ felicidade; paz/ viver em paz; bem-estar; maravilhoso/ lindo/ maravilha; viver bem.
- Saúde na velhice em função de cuidados preventivos: definida pelas palavras cuidado/ cuidado constante; prevenção; alimentação/ cuidado na alimentação/ comida/ comer; hábitos de vida/ cuidados na vida/ estilo de vida/ modo de vida; qualidade de vida.
- Saúde na velhice associada à renda financeira: definida pela palavra dinheiro.

As categorias que podem ser consideradas como sistemas periféricos próximos da representação social da saúde na velhice são as seguintes:

- Saúde associada aos serviços de saúde: definida pelas palavras assistência pública/ atenção pública efetiva/ mal atendimento/ má assistência/ atenção/ assistência; descaso/ abandono/ desprezo; tratamento.
- Saúde na velhice como problema: definidas pelas palavras difícil/ dificuldade; impossível/ quase impossível; problema.
- Saúde na velhice como sinônimo de vida: definida pelas palavras saúde mesmo/ saúde; vida/ vitalidade/ viver.
- Saúde na velhice como algo muito desejado: definida pela palavra desejada.
- Saúde na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pelas palavras companhia/necessidade de companhia/ acompanhamento; família/ estrutura familiar; carinho/ necessidade de carinho.

Os sistemas periféricos distantes estiveram formados por duas categorias:

- Saúde na velhice em dependência de autonomia: definida pelo par de palavras independente/ independência.
- Saúde na velhice associada ao amor: definida pelas palavras amor pela vida/ amor.

A seguir serão apresentadas outras tabelas parciais, nas quais aparecem as palavras ou expressões que os diferentes grupos de participantes evocaram a partir do termo indutor saúde na velhice. A apresentação dessas tabelas é feita com a finalidade de poder discutir em conjunto os resultados da técnica de evocação. Para essa discussão tomar-se-á como ponto de referência inicial o obtido na amostra total (Tabela 1). Na sequência da discussão serão realizadas as comparações correspondentes.

Grupo de idosos doentes.

No grupo de idosos doentes que estavam sendo atendidos nos serviços de saúde da Policlínica II de Estreito, a técnica de evocação forneceu 71 palavras diferentes num total de 120 evocações. Como mostra a tabela 2, a média da frequência média de evocação foi de 3, entretanto a média da ordem média foi de 2,0.

TABELA 2: Saúde na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos doentes. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 2,0		Superior a 2,0	
Superior ou igual a 3	12	Alegria / Felicidade (1,6)	6	Disposição (2,1)
	8	Caminhar / Andar (2,0)	6	Dinheiro (2,6)
	5	Paz (1,6)	4	Trabalhar (2,5)
	4	Coisa boa (1,0)		
	3	Alimentação (1,6)		
Inferior a 3	2	Tratamento (1,5)	2	Independência (2,5)
	2	Impossível (1,5)	2	Cuidado (2,5)
	2	Difícil (1,5)	2	Atenção (3,0)
	2	Vida (2,0)	2	Viajar (3,0)
			2	Problema (3,0)

As quatro categorias que podem ser consideradas como sistemas centrais na representação social da saúde na velhice são:

- Saúde na velhice associada a estados emocionais positivos: definida pelas palavras alegria/felicidade; coisa boa.
- Saúde na velhice associada à prática de atividades: definida pelas palavras caminhar/ andar; trabalhar; disposição; independência; viajar.
- Saúde na velhice como expressão de tranquilidade: definida pelas palavras paz e vida.
- Saúde na velhice associada a cuidados preventivos: definida pela palavra alimentação.

Nesse grupo de pessoas idosas doentes, os conteúdos ou núcleos periféricos próximos da representação social da saúde na velhice expressaram-se através das seguintes categorias:

- Saúde na velhice associada à renda financeira: definida pela palavra dinheiro.
- Saúde na velhice associada aos serviços de saúde: definida pelas palavras tratamento, cuidado, atenção.
- Saúde na velhice como inalcançável: definida pelas palavras impossível, difícil e problema.
- Saúde na velhice associada a vitalidade: definida pela palavras vida.

Grupo de idosos saudáveis.

A tabela 3 mostra os resultados da técnica de evocação do grupo de idosos que alegavam se sentir saudáveis, e que frequentavam a Policlínica para receber orientações de saúde em Gerontologia Preventiva.

TABELA 3: Saúde na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos saudáveis. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,9		Superior a 1,9	
Superior ou igual a 4	19	Alegria / Felicidade (1,8)	6	Prevenção (2,3)
	7	Cuidado (1,5)	6	Alimentação (2,6)
	5	Coisa boa / Bom (1,8)	5	Trabalhar (2,8)
	5	Cabeça / Mentalidade / Mente-corpo (1,6)		
	4	Saúde (1,5)		
	3	Caminhar (1,7)		
Inferior a 4	3	Disposição (1,3)	3	Sair (2,0)
	2	O mais desejado (1,0)	3	Amar (2,3)
			3	Não ficar parado (2,6)
			2	Viver em família (2,0)
			2	Bem-estar (2,0)
			2	Força de vontade para viver / Perseverança para viver (2,0)
		2	Otimismo (3,0)	

Nesse grupo de idosos saudáveis, a técnica de evocação forneceu 55 palavras diferentes num total de 120 evocações. Observa-se na tabela 3 que a média da frequência média de evocação foi 4, entretanto a média da ordem média foi 1,9. As quatro categorias que podem ser consideradas como centrais na representação social da saúde na velhice são:

- Saúde na velhice associada a estados emocionais positivos: definida pelas palavras alegria/ felicidade; coisa boa/bom; bem-estar, otimismo; amar.
- Saúde na velhice em função do cuidado preventivo: definida pelas palavras cuidado; saúde; prevenção.
- Saúde na velhice em dependência de estabilidade psíquica: definida pelas palavras cabeça/ mentalidade/ mente-corpo; disposição; força de vontade para viver/ perseverança para viver.

- Saúde na velhice associada à prática de atividades: definida pelas palavras caminhar; trabalho; sair; não ficar parado.

Os conteúdos ou núcleos periféricos próximos da representação social da saúde na velhice agruparam-se através de duas seguintes categorias:

- Saúde na velhice em dependência de hábitos alimentares: definida pela palavra alimentação.
- Saúde na velhice como algo muito desejado: definida pela expressão o mais desejado.

O núcleo periférico distante dessa representação agrupou-se na categoria:

- Saúde na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pela expressão viver em família.

Trabalhadores da saúde.

Vejamos, a seguir, na tabela 4, as evocações obtidas com os trabalhadores da saúde.

TABELA 4: Saúde na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Trabalhadores da saúde. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,9	Superior a 1,9		
Superior ou igual a 4	10	Prevenção (1,2)	9	Atenção / Atendimento (2,6)
	8	Cuidados (1,6)		
	5	Felicidade / Alegria (1,6)		
	5	Bem-estar (1,8)		
Inferior a 4	3	Dinheiro (1,3)	3	Estar bem de cabeça / Cabeça boa / Espírito (2,0)
	3	Problema (1,6)	3	Tratamento (2,0)
	2	Precária (1,0)	3	Mal atendimento (2,3)
	2	Abandono / Descaso (1,5)	3	Companhia (2,3)
			3	Carinho (2,3)
			3	Exercício físico (2,6)
			2	Harmonia (2,0)
			2	Estilo de alimentação (2,0)
			2	Qualidade de vida (2,0)
			2	Família (2,5)

Nesse grupo, a técnica de evocação forneceu 65 palavras diferentes num total de 120 evocações. A média da frequência média de evocação foi 4 e a média da ordem

média, 1,9. As duas categorias que podem ser consideradas como centrais na representação social da saúde na velhice são:

- Saúde na velhice em função de cuidados preventivos: definida pelas palavras prevenção; cuidado; exercício físico; estilo de alimentação; qualidade de vida.
- Saúde na velhice associada a estados emocionais positivos: definida pelas palavras felicidade/alegria; bem-estar.

Os conteúdos periféricos próximos da representação social da saúde na velhice agruparam-se através das seguintes categorias:

- Saúde na velhice associada aos serviços de saúde: definida pelas palavras atenção/atendimento, tratamento, mal atendimento.
- Saúde na velhice associada à renda financeira: definida pela palavra dinheiro.
- Saúde na velhice como problema: definida pela palavra problema.
- Saúde na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pelas palavras abandono/ descaso; companhia; carinho e família.

O sistema periférico distante expressou-se através da categoria:

- Saúde na velhice em dependência de estabilidade psíquica: definida pelas palavras estar bem de cabeça/cabeça boa/ espírito; harmonia.

Grupo de cuidadores de pessoas idosas.

Por último, na técnica de evocação livre, o grupo de 20 cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas apresentou os resultados apresentados a seguir.

Nesse caso, a técnica de evocação forneceu 28 palavras diferentes num total de 60 evocações. A média da frequência média das sete palavras com frequência igual ou maior que 2 foi 5 e a média da ordem média foi 2,0. A categoria que pode ser considerada como central na representação social da saúde na velhice é:

Saúde na velhice associada a estados emocionais positivos: definida pelas palavras alegria/felicidade; bom/coisa boa; maravilhoso/ lindo; paz.

TABELA 5: Saúde na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Cuidadores de pessoas idosas. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 2,0		Superior a 2,0	
Superior ou igual a 5	13	Alegria / Felicidade (1,8)	7	Bom / Coisa boa (2,4)
	5	Cuidado (2,0)		
Inferior a 5	4	Prevenção (1,7)	3	Paz (2,3)
	4	Maravilhoso / Lindo (1,7)		
	2	É difícil (2,0)		

Os conteúdos periféricos próximos da representação social da saúde na velhice agruparam-se através das seguintes categorias:

- Saúde na velhice em função de cuidados preventivos: definida pelas palavras prevenção e cuidado.
- Saúde na velhice como algo difícil: definida pela expressão é difícil.

Conforme o que foi colocado no início desse capítulo, apresentamos a seguir a discussão e interpretação dos resultados obtidos na técnica de evocação livre utilizando o termo indutor “saúde na velhice”. Iniciaremos a discussão com as categorias centrais da amostra total, e na sequência serão discutidas as restantes categorias centrais dos grupos de idosos doentes, de idosos saudáveis, de trabalhadores da saúde e de cuidadores.

Sistema Central: saúde na velhice em dependência de estabilidade psíquica.

Para muitos autores, a saúde é definida a partir de critérios objetivos e subjetivos. Isto quer dizer que, no fato de estar numa condição saudável ou doente de vida, intervêm múltiplos fatores ambientais, biológicos, socioeconômicos e psicológicos, entre outros. Sabe-se que, na saúde, as funções físicas e psíquicas estão intimamente relacionadas. Quando um indivíduo, seja qual for sua idade, apresenta estados de ânimo negativos, tristeza e falta de disposição, entre outros aspectos psicológicos, os mesmos podem interferir na percepção que ele possui do seu estado de saúde. A estabilidade emocional ou psíquica que uma pessoa tem pode ser um indicador confiável de seu estado de saúde.

Algumas das expressões contidas nesse núcleo central da representação social da saúde na amostra total (mente/ corpo/ espírito/ depende da mente/ mentalidade/mente boa/ bons pensamentos/ cabeça; disposição/ ânimo/ estar disposto; harmonia/ equilíbrio/

estabilidade; otimismo), também formaram parte dos sistemas centrais ou periféricos distantes de outros grupos separadamente. É o caso do grupo de idosos saudáveis que recebiam atendimento preventivo em saúde (Ver Tabela 3- núcleo central da representação social), e o grupo de trabalhadores (Tabela 4- núcleo periférico distante). Na própria amostra total existe uma outra categoria que, embora faça parte dos sistemas periféricos distantes, também está associada aos aspectos subjetivos: é o caso da saúde expressada através do amor (Tabela 1).

A necessária harmonia entre os aspectos psíquicos e físicos como um aspecto essencial da saúde tem sido encontrada também em outros estudos sobre representações sociais da saúde e da doença. É o caso de Navas & Moiso (1994); Nascimento-Schulze (1995); Galli & Fasanelli (1995).

Sistema central: saúde na velhice associada à prática de atividades:

Essa categoria fez parte dos núcleos centrais da representação, tanto na amostra total, quanto no grupo de idosos doentes e no grupo de idosos saudáveis (Tabelas 1, 2 e 3). No caso dos dois grupos de idosos, os sistemas centrais foram categorizados em termos de saúde na velhice como expressão de prática de atividades. Acredita-se que existe uma estreita relação entre a prática de atividades e a autonomia. O fato de que essas pessoas representem a saúde na base da prática dessas atividades, provavelmente tem a ver com outros aspectos que expomos a seguir.

Mais do que o índice de morbidade ou número de doenças, o indicador de saúde mais confiável de uma pessoa idosa é a capacidade que ela tem para desenvolver, sem esforço e por si só, as atividades do dia à dia (OMS, 1984). Parece que existe um certo consenso entre os dois grupos de idosos (doentes e saudáveis) sobre o fato de que um idoso seria saudável se conseguisse caminhar, andar, trabalhar, viajar, ser independente. É provável que muitas dessas atividades estejam afetadas nas pessoas idosas doentes. Parece que saúde na velhice, tanto na amostra total quanto nos dois grupos de idosos, é compreendida na base da independência e da autonomia e não a partir da ausência de doenças.

Foram os próprios idosos os que mais compartilharam a representação social da saúde na velhice a partir da prática de atividades. Associando esse resultado com a condição de sadio, parece existir uma atribuição de causa à mesma. Infere-se que,

provavelmente, uma das causas do fato de estar saudável na velhice seja o exercício autônomo de diferentes atividades.

Sistema Central: saúde na velhice associada a estados emocionais positivos.

É muito mais difícil falar de saúde do que de doença. Quando o homem se sente saudável, poucas vezes preocupa-se com os aspectos físicos de seu corpo porque, como afirma Canguilhem (1978), o homem consegue tolerar as infidelidades do meio em que vive. De alguma maneira, isso justifica que outro dos núcleos centrais da representação da saúde tenha sido o de estado emocional positivo, isto é, a alegria, a felicidade, o bem-estar, a saúde como algo maravilhoso e bom, sem que exista a necessidade de pensar em outros aspectos físicos.

Tanto na amostra total, quanto nas análises individuais da técnica de evocação livre de todos os grupos, as sensações subjetivas de bem-estar, alegria e felicidade, entre outras, foram atribuídas como conteúdos centrais da representação da saúde na velhice (Tabelas 1,2,3,4,5). Existem outros estudos com achados semelhantes (Viveros; 1993).

Reconhecemos que o estar saudável na velhice representa, sem dúvida nenhuma, o estado de felicidade. Sabe-se que, freqüentemente, a velhice é associada a doenças com uma alta probabilidade de incapacidades. Não é casual, então, que estar saudável na velhice seja representado através de emoções positivas. E se a essa compreensão acrescentamos uma outra representação social fortemente arraigada nos indivíduos de que velhice é sinônimo de doença (Santos, 1994; Gonçalves, 1994; Medrado, 1994; Guimarães, 1997; 1998), nada mais plausível que, por consenso; seja representado com alegria e felicidade, o fato de estar saudável na velhice.

Outra categoria central da representação relacionada a esse sistema foi o de sistema central de saúde na velhice como expressão de tranquilidade, obtido no grupo de idosos doentes (Tabela 2).

Sistema Central: saúde na velhice em função de cuidados preventivos.

Os hábitos saudáveis de vida que um ser humano possa ter ao longo de seu desenvolvimento contribuem ostensivamente para uma expectativa de vida autônoma na velhice. Há sessenta anos atrás não se falava tanto em prevenção. O fenômeno da autonomia e da manutenção de capacidades para executar as atividades cotidianas está

estritamente relacionado aos cuidados preventivos de vida. A partir do Informe de Lalonde no Canadá (Organización Panamericana de la Salud, 1992), começou a se falar da influência dos estilos de vida na saúde das pessoas. Na atualidade, não existem dúvidas sobre essa influência. O envelhecimento populacional é um resultado do desenvolvimento econômico e social dos países no entanto, se esse envelhecimento não for cuidado, a saúde e o bem-estar estarão afetados.

Para a definição dessa categoria na amostra total, utilizaram-se as palavras prevenção, cuidado/ cuidar/ cuidado constante, alimentação/cuidado na alimentação, hábitos de vida e qualidade de vida, entre outras. Nas sociedades atuais, poderíamos afirmar que para uma pessoa viver bem os últimos anos de vida, os cuidados que ela tem com sua saúde são indispensáveis. Em 1984, o Grupo da Organização Mundial da Saúde encarregado do Estudo da Epidemiologia do Envelhecimento, discutiu os diferentes fatores que influenciam a saúde do idoso (OMS, 1984). Assinalavam-se como fatores o estilo de vida (a alimentação, o exercício físico, o fumo, e o alcoolismo, entre outros); a estrutura familiar; as redes de apoio sócio-familiar; a renda financeira; os fatores ambientais, e até a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde.

Esse núcleo central da representação da saúde na velhice em função do cuidado preventivo foi encontrado, também, nos idosos saudáveis na forma de sistema central (Saúde associada ao cuidado-Tabela 3), e periférico próximo (Saúde em função de hábitos alimentares- Tabela 3). Da mesma forma esses conteúdos repetiram-se, também, no grupo de idosos doentes (Sistema central de saúde associada a hábitos alimentares-Tabela 2), no grupo de trabalhadores (Sistema central de saúde em função de cuidados preventivos- Tabela 4) e, por último, no grupo de cuidadores (Sistema central de saúde em função de cuidados preventivos- Tabela 5).

Pelas palavras e expressões que explicam os diferentes sistemas centrais ou periféricos das representações em cada um dos grupos e pela expressão indutora usada (saúde na velhice), acreditamos que a dimensão de cuidado que está sendo expressa aqui é a do cuidado preventivo. No entanto, poderia ser feita uma outra interpretação em função do serviço de cuidado que deve ser feito às pessoas idosas que perderam a autonomia, e que necessitam ser atendidas por outros. No entanto, achamos que essa

segunda interpretação do cuidado ajusta-se mais ao termo doença na velhice, o qual será discutido mais adiante.

A respeito do cuidado preventivo, não pode ser esquecido um termo que está estreitamente ligado a ele: o auto-cuidado, que se refere à capacidade de o indivíduo exercer o próprio cuidado da sua saúde sem a intervenção de outras pessoas; no entanto esse auto-cuidado não implica, somente, a tomada de medidas preventivas individuais intuitivas, quer dizer, por si só, espontaneamente, mas envolve outros aspectos relacionados à educação em saúde, meio ambiente, condições de vida, riscos e benefícios, entre outros (OMS, 1984; Fernandez-Ballesteros et al., 1992; Kane & Kane, 1993).

Uma pessoa, independentemente da idade que possua, nunca poderá executar cuidados sobre si mesma se não tiver um mínimo de conhecimentos básicos sobre saúde, meio ambiente, fatores de risco para desenvolver doenças, medicamentos, alimentação e higiene, entre outros. É de grande relevância o fato de que as palavras cuidado, prevenção e alimentação, entre outras, tenham alcançado frequências altas na técnica de evocação (Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5). Isso demonstra como os participantes entrevistados valorizam a prevenção como uma via para a manutenção do estado de saúde na velhice.

De outro ponto de vista, é lícito esclarecer que, obviamente, quando se fala de auto-cuidado, não significa transferir para as pessoas idosas aquelas responsabilidades governamentais dos serviços de saúde. Contudo, a intervenção da própria pessoa no seu cuidado representa um avanço no alcance da autonomia (Guia de Atención a la Salud del Anciano, 1992).

Aqui seria interessante fazer uma rápida comparação com alguns dos conteúdos que Herzlich (1991) obteve na sua pesquisa sobre a representação social da saúde-doença. A pesquisadora encontrou representações da origem da saúde relacionadas, também, com a própria pessoa, como se a saúde fosse natural e não precisasse de explicação. Nesse estudo, chamou positivamente nossa atenção o fato de que a prevenção, o cuidado e a alimentação, parecem-nos depender da pessoa (não possuem uma origem espontânea). São recursos que devem ser aprendidos e sem eles seria impossível ser saudável na velhice.

De acordo com a noção de núcleo central da representação social de Abric (1994), o fato de que todos os grupos tenham evocado o cuidado preventivo como fundamental nos permite uma reflexão.

A partir do sistema central “saúde em função do cuidado preventivo”, infere-se que há uma certa homogeneidade representacional desse objeto nos sujeitos entrevistados. A prevenção, de alguma maneira, normatiza a saúde de um indivíduo e pode contribuir para os comportamentos relacionados à obtenção e à manutenção de saúde. Parece-nos que, embora a representação social da saúde seja heterogênea, existem conteúdos fortemente compartilhados entre os grupos. Um exemplo deles é a saúde em função do cuidado preventivo, o que mostra o consenso que uma representação pode ter do ponto de vista social.

Sistema central: saúde na velhice em função de renda financeira.

A representação de saúde na velhice a partir da renda financeira prevaleceu no sistema central da amostra total (Tabela 1) e num dos sistemas periféricos próximos dos grupo de idosos doentes e de trabalhadores (Tabelas 2 e 4, respectivamente).

Segundo estudos da OMS (1984), um dos fatores que diretamente intervêm na saúde de uma população é a renda financeira, que permite que as pessoas possam satisfazer as necessidades básicas de vida, incluindo nelas as necessidades de saúde.

Quando se implementou a Política Nacional do Idoso (Diário Oficial, 1994), na área de trabalho e de previdência social, ficou estabelecido o benefício previdenciário ao idoso. Numa das linhas de ação da Política Nacional do Idoso, estabeleceu-se o benefício da prestação continuada, que consiste na obrigatoriedade do pagamento de uma salário mínimo às pessoas idosas portadoras de deficiências severas ou profundas ou, simplesmente, aos idosos que não têm meios para prover sua própria subsistência. Esses benefícios são um grande avanço para qualquer idoso só que, na atualidade, comprova-se que um salário mínimo não garante a subsistência de um idoso e, muito menos, de um idoso doente. As despesas que tem uma pessoa idosa doente não podem ser resolvidas com um salário mínimo. Concordamos com Salgado (1996) quando ele afirma que o Brasil é um país em crise e que se trata de uma crise que afeta todas as idades. O autor assinala um fenômeno social da previdência que é de suma importância para resolver a

pobreza material e financeira do idoso: o número de aposentados aumenta mais rapidamente que os recursos arrecadados para custeá-los (Salgado, 1996).

Parece que a renda financeira é um aspecto normativo do núcleo central da representação social da saúde na velhice. Há elementos representacionais compartilhados entre os grupos, que demonstram a importância do dinheiro na manutenção da saúde na velhice. Na análise posterior dos dados das entrevistas, poder-se-á discutir com maior profundidade o que os grupos dizem a respeito da influência da renda financeira no estar saudável ou doente na velhice.

A seguir, uma discussão sobre as categorias que fazem parte dos sistemas periféricos próximos e distantes da representação da saúde na velhice. Lembremos ao leitor que essa discussão será feita da mesma forma que se procedeu com os sistemas centrais (a discussão começará com as categorias dos sistemas periféricos próximos e distantes da amostra total e, na seqüência, serão discutidas as restantes categorias dos sistemas periféricos próximos e distantes dos diferentes grupos: idosos doentes, idosos saudáveis, trabalhadores e cuidadores.

Sistema periférico próximo: saúde associada aos Serviços de Saúde.

Com exceção do grupo de idosos saudáveis e do grupo de cuidadores, os outros dois grupos entrevistados evocaram palavras e expressões relativas ao Serviço de Saúde, seja através da atenção, do atendimento, do mal atendimento, da assistência pública, do descaso, do abandono, ou do tratamento.

Representar a saúde na velhice a partir dos serviços que o próprio sistema deve oferecer merece alguns comentários. San Martín & Pastor (1989) e alguns membros da Organização Pan-americana da Saúde (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 1992) destacam que a saúde mundial está em situação temporária de crise, determinada, entre outros fatores, pela incapacidade das práticas de saúde de atender as necessidades sentidas de suas populações. Espera-se, obviamente, que essa seja uma situação circunstancial.

O fato de se encontrarem neste estudo evocações relacionadas aos serviços de saúde, reflete o contexto social atual pelo qual por que passa a saúde do idoso no Brasil. O SUS tem tido inúmeros avanços nos últimos dez anos mas é, como aponta Mendes (1996), um processo social que ainda está em construção. Para falar de saúde na velhice,

é necessário que o serviço fornecido pela Rede Pública desenvolva programas direcionados ao retardo de incapacidades funcionais consequentes da doença. Sem essa condicionante, é pouco provável que sejam atingidos níveis altos de autonomia em idades avançadas.

O que mais chama a atenção ao analisar as palavras evocadas (atendimento, mal atendimento, tratamento) é que a maioria dos grupos aponta o descompasso que existe, nos serviços públicos de saúde, entre a oferta de programas e as necessidades de saúde da população idosa. Como já foi mostrado anteriormente, a Política de Assistência à Saúde do Idoso já existe. Então, por que não incrementar a execução dessa política através de programas assistenciais comunitários? Nesse sentido, os melhores lugares para a implementação desses programas são os Centros de Saúde, pois é dessa forma que se fortalece o poder local das comunidades.

Uma outra observação desse conteúdo da representação em função dos serviços de saúde, diz respeito ao conceito de representação social de Moscovici (1981), e à teoria do núcleo central de Abric (1994). Esse sistema, ao contrário dos outros, reflete claramente o que Abric (1994) assinala a respeito de como alguns conteúdos da representação se ancoram à realidade do momento histórico em que os grupos vivem. Isso significa que, o fato de a saúde ser representada através do serviço governamental desenvolvido para tais efeitos demonstra que, para a maior parte dos grupos entrevistados, existe o consenso de que um dos condicionantes mais importantes para falar de saúde na velhice é a qualidade do atendimento na Rede Básica de Saúde (SUS).

Ao fazer uma análise da organização hierárquica que existe entre os sistemas centrais e periféricos dessa representação social, poderíamos utilizar algumas das contribuições da teoria do núcleo central. Os conteúdos centrais da representação da saúde em função da estabilidade psíquica, prática de atividades, estados emocionais positivos, cuidados preventivos de vida e a própria renda financeira, fazem parte de elementos não negociáveis da representação, são mais estáveis, menos flexíveis à influência do meio. Já o sistema periférico da saúde em função de serviços de saúde pode mudar conforme mudem as condições do atendimento da saúde ficando, desse modo, mais sensível ao contexto imediato.

Existe um outro sistema periférico próximo que pode ser discutido em conjunto: saúde na velhice como problema (Tabela 1). Além da amostra total, as palavras problema, difícil e impossível apareceram como conteúdo periférico próximo no grupo de idosos doentes (Tabela 2), no grupo de trabalhadores (Tabela 4) e no grupo de cuidadores de pessoas idosas (Tabela 5). Acredita-se que representar saúde na velhice como problema, como algo difícil e até impossível, pode estar relacionado à qualidade dos serviços de saúde.

Duas interpretações podem ser feitas aqui: a primeira diz respeito ao fato de pensar que é difícil ser saudável na velhice devido à pouca qualidade no atendimento básico; a segunda tem a ver com o fato de representar saúde na velhice como algo impossível e inatingível. Esta última interpretação faz parte de um dos sistemas periféricos da representação do grupo de idosos doentes (Tabela 2). É provável que, para estes, a saúde seja vivenciada como algo muito desejado⁷ e ao mesmo tempo difícil, que chegue a ser representado como inatingível.

Existem alguns modelos teóricos e pesquisas que mostram como uma pessoa pode ser saudável na velhice, embora tenha mais de uma doença crônica. A respeito, uma das propostas gerontológicas mais aceitas é o Modelo de Envelhecimento Bem Sucedido de Baltes (1987).

Apesar de muitos autores demonstrarem essa possibilidade de ser saudável na velhice, não existem dúvidas de que, no contexto atual, ser saudável torna-se um problema, sobretudo se os idosos não têm acesso aos serviços de saúde, se não têm os medicamentos necessários para se curar em caso de estarem doentes; e se não tiverem uma renda financeira básica para viver e satisfazer suas necessidades (Durkheim, 1970; Heckhausen et al., 1989; Kane & Kane, 1993; Baltes, 1994). Grande parte das vezes, essa é a realidade de muitos idosos brasileiros.

⁷ Verificou-se que, na amostra total (Tabela 1) e no grupo de idosos saudáveis (Tabela 3), a saúde na velhice, também foi representada como algo desejado na forma de núcleos periféricos próximos.

Sistema periférico próximo: saúde na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar:

Esse é um sistema de grande importância pois, embora as palavras evocadas façam parte de conteúdos periféricos próximos da representação (companhia/necessidade de companhia, acompanhamento, carinho/necessidade de carinho, família/estrutura familiar), ele mostra como a saúde na velhice depende das redes de apoio social que a pessoa idosa tem.

Estes conteúdos periféricos próximos foram encontrados, também, no grupo de idosos saudáveis (Tabela 3) e no grupo de trabalhadores (Tabela 4). Nos dois grupos restantes, o apoio social não se tornou um termo importante associado à saúde na velhice.

A adaptação social, o bem-estar, e o fato de ser saudável dependem do ambiente social em que o indivíduo vive. Em 1979, foi publicado um trabalho longitudinal que se tornou ponto de referência nas pesquisas gerontológicas do apoio social pois mostrava a relação inversa que existia entre a mortalidade e a morbidade, e os recursos sociais (Berkman & Syme, 1979). Esses autores afirmavam que as relações sociais tinham um efeito protetor na evolução da doença e na manutenção da saúde na velhice. O fato de ter encontrado esse conteúdo periférico na representação social da saúde ajuda a compreender como a manutenção de relações sociais apresenta vários benefícios para qualquer pessoa, em especial para os idosos.

Chamou nossa atenção que, apesar do parágrafo anterior, as palavras deste sistema periférico próximo não foram evocadas por um dos grupos que, supostamente é quem mais fornece o apoio social: o grupo de cuidadores de pessoas idosas. Ao redor deste fato pode ser feito um comentário: será que os sujeitos-cuidadores entrevistados não valorizam seu trabalho como uma possível fonte de saúde para o idoso.

O apoio social como um dos elementos periféricos que explica a saúde na velhice permite-nos refletir acerca de como a companhia, o carinho, a família e as relações sociais são contribuem fortemente para a saúde do idoso. Esses conhecimentos de senso comum também têm sido amplamente estudados no conhecimento reificado. Nesse sentido, um dos aspectos que mais chama a atenção de muitos pesquisadores é a percepção que o idoso tem do apoio social (Cohen et al., 1985). Uma pessoa pode, de fato, conviver com sua família no entanto, sentir-se sozinha, sem confidente, ou não ter

com quem contar caso precise. É justamente nesse sentido que se fala dos efeitos amortecedores que o apoio social tem quando o idoso enfrenta situações vitais, tais como a morte de familiares e amigos, as doenças, a viuvez, *etc.* Um amigo, um apoio, ou uma simples companhia podem tornar-se um valioso contribuinte para o bem-estar e para a saúde de uma pessoa idosa.

Um último elemento a ser comentado é o seguinte: é relevante o fato de que os trabalhadores da saúde compreendam que a saúde na velhice também depende das redes de apoio social. Uma rede social de relações que é efetiva, às vezes, pode reduzir o trabalho de uma rede básica de saúde. Não nos esqueçamos de que, muitas vezes, um idoso pode manifestar inúmeras queixas de saúde, que longe de estarem associadas a problemas físicos de saúde, relacionam-se a carências de apoio social. Nas mãos dos trabalhadores da saúde está, muitas vezes, o fato de poder ajudar o idoso, caso precise de orientação no que diz respeito a relações sociais.

Sistema periférico próximo: saúde na velhice como sinônimo de vida:

Esse conteúdo somente foi encontrado na análise da amostra total. Já nos diferentes grupos em separado, a vitalidade, a vida e o termo saúde propriamente dito não alcançaram frequências suficientemente altas para fazer parte das palavras mais evocadas. Um comentário pode ser feito aqui a partir dos elementos discutidos nos núcleos anteriores: é totalmente viável que, dadas as condições em que muitos idosos vivem hoje, ter saúde na velhice é um indicador de vitalidade. Para muitas pessoas idosas, o fato de estar numa condição saudável pode ser um privilégio.

4.2.2. Resultados da Técnica de Evocação Livre (termo doença na velhice).

Quanto aos resultados da técnica de evocação livre de palavras, associada ao termo doença na velhice, obtiveram-se os seguintes resultados.

No caso da amostra total (idosos saudáveis, idosos doentes, trabalhadores da saúde e cuidadores de pessoas idosas- 140 sujeitos), a tabela 6 mostra as 39 palavras que tiveram uma média de frequência igual ou superior a 3,0.

Os resultados contidos no primeiro quadrante superior esquerdo mostram os conteúdos de maior centralidade na representação social da doença na velhice. Da mesma

forma que se procedeu com a apresentação das evocações do termo saúde na velhice tomaram-se, para a definição das categorias centrais, as palavras ou expressões contidas no primeiro quadrante superior esquerdo. Posteriormente, as categorias também são explicadas por outras palavras que, pelo conteúdo, relacionam-se a elas, embora estejam localizadas em outros quadrantes. O total de participantes evocou 145 palavras diferentes, que equivalem a 420 evocações. Conforme mostra a tabela 6, a média da frequência média foi 7 e a média da ordem média foi 1,9.

TABELA 6: Doença na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pela amostra total. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,9		Superior a 1,9	
Superior ou igual a 7	24	Tristeza / Triste (1,7)	21	Problema (2,2)
	14	Problemas cardíacos / Cardiopatias / Problemas do coração (1,4)	14	Morte (2,1)
	12	Atenção / Assistência adequada / Atenção especializada (1,8)	12	Depressão (2,0)
	11	Natural/ Normal / Fisiológico (1,5)	10	Solidão / Isolamento social (2,1)
	10	Ruim (1,5)	9	Hipertensão Arterial / Pressão alta (2,0)
	9	Diabetes (1,7)	8	Alimentação / Dieta (2,1)
	8	Dependência (1,7)	8	Dinheiro / Falta de renda financeira (2,7)
	7	Deus / Rezar / Botar nas mãos de Deus / Pedir a Deus (1,7)	7	Desânimo / Falta de disposição (2,0)
			7	Sofrimento (2,0)
			4	Carinho (2,7)
Inferior a 7	6	Aceitação / Aceitar a doença (1,8)	6	Preocupação (2,0)
	4	Doenças crônico-degenerativas (1,7)	6	Horrível / Terrível / Horror / A pior coisa do mundo (2,0)
	4	Prevenção (1,5)	4	Osteoporose (2,5)
	3	Carência afetiva / Falta de carinho (1,6)	4	Descaso / Abandono / Desprezo (2,0)
	3	Ficar inútil (1,6)	4	Medo (2,0)
	3	Ficar inútil / inutilidade (1,6)	4	Incomodar os outros (2,5)
	3	Idade (1,3)	3	Cuidado / Cuidar / Cuidar para ficar saudável (2,0)
			3	Pena / Piedade (2,0)
			3	Família / Convivência familiar (2,0)
			3	Problemas neurológicos / Encefalopatias / Doença cerebral (2,3)
			3	Não se movimentar / Não andar (2,3)
			3	Fim da vida (2,0)
			3	Cabeça da gente (2,3)
			3	Angústia (2,3)
			3	Não poder trabalhar (2,3)

As categorias centrais na representação social da doença na velhice são:

- Doença na velhice como expressão de tristeza: definida pelas palavras tristeza; ruim; desânimo; falta de disposição.
- Doença na velhice associada aos serviços de saúde: definida pelas palavras atenção/ assistência adequada/ atenção especializada.

- Doença na velhice como expressão natural do processo de envelhecimento: definida pelas palavras natural/normal/fisiológico; idade; aceitação/ aceitar a doença.
- Doença na velhice expressa através de enfermidades concretas: definida pelas palavras diabetes; problemas cardíacos/ cardiopatias/ problemas do coração; depressão; hipertensão arterial/ pressão alta; osteoporose; problemas neurológicos/ encefalopatias/ doença cerebral; doenças crônico-degenerativas.
- Doença na velhice associada a incapacidades: definida pelas palavras dependência; ficar inútil/ inutilidade; não se movimentar/ não andar; não poder trabalhar.
- Doença na velhice e religiosidade: definida pelas palavras Deus/ rezar/ botar nas mãos de Deus/pedir a Deus.

As categorias que podem ser consideradas como conteúdos periféricos próximos da representação social da doença na velhice são as seguintes:

- Doença na velhice como expressão de problema: definida pelas palavras ruim, problema; sofrimento; preocupação; incomodar os outros.
- Doença na velhice associada à morte: definida pelas palavras morte e fim da vida.
- Doença na velhice associada à renda financeira: definida pela expressão falta de dinheiro.
- Doença na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pelas palavras carinho; solidão/ isolamento social; carência afetiva/ falta de carinho; família/ convivência familiar; descaso/ abandono/ desprezo.
- Doença na velhice em função de cuidados de saúde: definida pelas palavras prevenção; cuidado/ cuidar/ cuidar para ficar saudável.

Em relação aos sistemas periféricos distantes obtiveram-se as seguintes categorias:

- Doença na velhice como algo terrível: definida pelas palavras horrível/ terrível/ horror/ a pior coisa do mundo; medo; angústia.

- Doença na velhice e sentimentos de pena: definida pelo par de palavras pena/piedade.
- Doença na velhice em dependência de estabilidade psíquica: definida pela expressão cabeça da gente.

A seguir, apresentamos as outras tabelas, em que aparecem as palavras ou expressões que os diferentes grupos de participantes evocaram a partir da expressão indutora “doença na velhice”. Da mesma forma que se procedeu com a discussão das evocações da expressão indutora “saúde na velhice”, nessa parte da discussão, serão tomadas como ponto primário de referência os resultados obtidos na amostra total (Tabela 6). Na seqüência da discussão serão realizadas as comparações correspondentes a cada um dos resultados da técnica de evocação nos diferentes grupos separadamente.

Grupo de idosos doentes.

A tabela 7 mostra as 23 palavras que, no grupo de idosos doentes, alcançaram uma freqüência de evocação igual ou superior a 3.

TABELA 7: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos doentes. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,8	Superior a 1,8		
Superior ou igual a 3	6	Ruim (1,8)	7	Problema (2,1)
	5	Coração / Problemas do coração (1,2)	6	Morte (2,0)
	4	Desânimo / Falta de disposição (1,7)	4	Alimentação (2,5)
	3	Idade (1,3)	4	Falta de dinheiro (2,7)
	3	Cuidado (1,6)	4	Solidão (3,0)
	3	Sufrimento (1,6)	3	Tristeza (2,0)
	3	Diabetes (1,6)	3	Não poder trabalhar (2,3)
	3	Hipertensão (1,6)		
Inferior a 3	2	Saúde (1,0)	2	Desgraça (2,0)
	2	Deus (1,0)	2	Cabeça da gente (2,0)
	2	Velhice (1,0)	2	Reumatismo (2,0)
			2	Sem apoio (2,5)
			2	Tontura / Labirintite (2,5)

Nesse grupo, a técnica de evocação forneceu 65 palavras diferentes num total de 120 evocações. Como mostra a tabela 7, a média da freqüência média de evocação foi 3,

e a média da ordem média foi 1,8. As categorias que podem ser consideradas como centrais na representação social da doença na velhice são:

- Doença na velhice como expressão de algo ruim: definida pelas palavras ruim; sofrimento e desgraça.
- Doença na velhice expressa através de enfermidades concretas: definida pelas palavras coração/ problemas do coração; diabetes; hipertensão; reumatismo; tontura/ labirintite.
- Doença na velhice como expressão de tristeza: definida pelas palavras desânimo/ falta de disposição e tristeza.
- Doença na velhice em função da idade cronológica: definida pelas palavras idade e velhice.
- Doença na velhice em função do cuidado: definida pelas palavras cuidado e alimentação.

No grupo de pessoas idosas doentes, os conteúdos ou núcleos periféricos próximos da representação social da doença na velhice agruparam-se através das seguintes categorias:

- Doença na velhice como expressão de problema: definida pela palavra problema.
- Doença na velhice associada à morte: definida pela palavra morte.
- Doença na velhice associada à renda financeira: definida pela expressão falta de dinheiro.
- Doença na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pelas palavras solidão; sem apoio.
- Doença na velhice associada à incapacidade: definida pela expressão não poder trabalhar.
- Doença na velhice associada a crenças religiosas: definida pela palavra Deus.
- Doença na velhice definida pelo seu contrário: uso da palavra saúde.

No que diz respeito ao sistema periférico distante da representação social obteve-se a seguinte categoria:

- Doença na velhice em dependência de estabilidade psíquica: definida pela palavra cabeça da gente.

Grupo de idosos saudáveis.

Na tabela 8 mostram-se os resultados da técnica de evocação do grupo de idosos que diziam se sentir saudáveis e que freqüentavam a Policlínica para receber orientações de saúde em Gerontologia Preventiva.

TABELA 8: Doença na velhice. Freqüência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de idosos saudáveis. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,9		Superior a 1,9	
Superior ou igual a 4	12	Tristeza (1,6)	6	Problema (2,6)
	6	Ficar dependendo dos outros (1,5)	5	Depressão (2,0)
	4	Solidão (1,7)	5	Rezar / Botar nas mãos de Deus (2,4)
			5	Morte / Fim da vida (2,4)
			4	Sofrimento (2,2)
			4	Incomodar os outros (2,5)
Inferior a 4	3	Ruim (1,0)	3	Medo (2,0)
	2	Diabetes (1,0)	3	Preocupação (2,0)
	2	Ficar inútil (1,0)	3	Angústia (2,3)
	2	Falta de cuidado (1,0)	2	Fim da vida (2,5)
	2	Aceitar a doença (1,5)	2	Carga familiar (3,0)
	2	Doença é coisinha leve / Coisa que tem que passar logo (1,5)	2	Desânimo (3,0)

No grupo de idosos saudáveis, a técnica de evocação forneceu 62 palavras diferentes num total de 120 evocações. Conforme a tabela 8, a média da freqüência média de evocação foi 4 e a média da ordem média foi 1,9. As três categorias que podem ser consideradas como sistemas ou núcleos centrais na representação social da doença na velhice são:

- Doença na velhice como expressão de tristeza: definida pelas palavras tristeza; sofrimento; ruim; preocupação e desânimo.
- Doença na velhice como problema: definida pelas palavras ficar dependente dos outros; problema; incomodar os outros; ficar inútil; carga familiar.
- Doença na velhice em função de redes de apoio sócio-familiar: definida pela palavra solidão.

Os sistemas periféricos próximos agruparam-se nas seguintes categorias:

- Doença na velhice expressa através de enfermidades concretas: definida pelas palavras depressão e diabetes.
- Doença na velhice e religiosidade: definida pelo par de palavras rezar/botar nas mãos de Deus; aceitar a doença.
- Doença na velhice associada à morte: definida pelas palavras morte/ fim da vida; medo; angústia.
- Doença na velhice como expressão de falta de cuidado: definida pela expressão falta de cuidado.
- Representação otimista da doença na velhice: definida pela expressão doença é coisinha leve/ coisa que tem que passar logo.

Grupo de Trabalhadores da saúde.

A seguir apresentamos os resultados das evocações obtidas nos trabalhadores da saúde. A tabela 9 mostra as 20 palavras e expressões diferentes de maior frequência de evocação e menor ordem média desse grupo. A média da frequência de evocação foi 4, entretanto a média da ordem média foi 2,0.

TABELA 9: Doença na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Trabalhadores da saúde. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 2,0	Superior a 2,0		
Superior ou igual a 4	7	Problemas cardíacos (1,1)	4	Diabetes (2,7)
	7	Atenção / Assistência (1,2)		
	5	Tristeza (1,8)		
	5	Hipertensão Arterial (2,0)		
	5	Depressão (2,0)		
	4	Prevenção (1,5)		
	4	Desprezo / Abandono / Descaso (1,5)		
	4	Doenças crônico-degenerativas (1,7)		
	4	Cuidado (2,0)		
Inferior a 4	4	Falta de carinho (2,0)		
	3	Família (2,0)	3	Problemas neurológicos (2,3)
	2	Solidão / Isolamento social (1,0)	3	Não se movimentar / Não andar (2,3)
	2	Socioeconômico (2,0)	2	Companhia (2,5)
			2	Problema (2,5)
			2	Osteoporose (2,5)
		2	Artrite / Reumatismo (3,0)	

As categorias que podem ser consideradas como núcleos centrais na representação social da doença na velhice são:

- Doença na velhice expressa através de enfermidades concretas: definida pelas palavras problemas cardíacos; hipertensão arterial; depressão; doenças crônico-degenerativas; osteoporose; artrite/ reumatismo; diabetes e problemas neurológicos.
- Doença na velhice em função dos serviços de saúde: definida pelas palavras atenção/assistência.
- Doença na velhice como expressão de tristeza: definida pela palavra tristeza.
- Doença na velhice em função de cuidados preventivos: definida pelas palavras prevenção e cuidado.
- Doença na velhice em dependência de redes de apoio sócio-familiar: definida pelas palavras desprezo/abandono/descaso; falta de carinho; família; solidão/ isolamento social; companhia.

Os sistemas periféricos próximos da representação social foram:

- Doença na velhice em função da renda financeira: definida pela expressão socioeconômico.

No que diz respeito aos sistemas periféricos distantes, obtiveram-se duas categorias:

- Doença na velhice como problema: definida pela palavra problema.
- Doença na velhice como expressão de incapacidades físicas: definida pela expressão não se movimentar/ não andar.

Grupo de Cuidadores de pessoas idosas.

No grupo de 20 cuidadores de pessoas idosas, os resultados obtidos na técnica de evocação livre apresentam-se na tabela 10.

TABELA 10: Doença na velhice. Frequência de evocação e Ordem média de palavras evocadas pelo grupo de Cuidadores de pessoas idosas. Florianópolis, 1999.

FREQUÊNCIA ↓	ORDEM MÉDIA			
	Inferior ou igual a 1,8		Superior a 1,8	
Superior ou igual a 4	9	Natural / Normal / Fisiológico (1,6)	5	Cuidado (2,0)
	6	Problema (1,8)	4	Atenção (2,2)
	4	Tristeza (1,0)	4	Medo (2,0)
Inferior a 4			2	Morte (2,0)
			2	Carinho (2,0)
			2	Alimentação (2,0)
			2	Aceitar (2,0)
			2	Horror / Terrível (2,0)

Das 60 evocações obtidas na técnica de evocação, 30 palavras foram diferentes. Conforme a tabela 10, a média da frequência média de evocação foi 4 e a média da ordem média foi 1,8. As categorias que podem ser consideradas como núcleos centrais na representação social da doença na velhice são:

- Doença na velhice como expressão natural do processo de envelhecimento: definida pelas palavras natural/normal/fisiológico e aceitar.
- Doença na velhice como expressão de problema: definida pela palavra problema.
- Doença na velhice como expressão de tristeza: definida pela palavra tristeza.

No que diz respeito aos sistemas periféricos próximos da representação social da doença na velhice, as categorias derivadas das evocações são as seguintes:

- Doença na velhice em função dos cuidados de saúde: definida pelas palavras cuidado; atenção e carinho.
- Doença associada a medo: definida pelas palavras medo; morte; horror/terrível.

A categoria associada ao sistema periférico distante foi:

- Doença na velhice associada a hábitos alimentares: definida pela palavra alimentação.

Segundo foi colocado no início desta discussão, serão avaliados os resultados obtidos na técnica de evocação livre utilizando a expressão indutora “doença na velhice”. A análise será iniciada com as categorias dos sistemas centrais da representação na amostra total, e na seqüência serão discutidos os resultados obtidos nos quatro grupos restantes (grupo de idosos doentes, grupo de idosos saudáveis, grupo de trabalhadores e grupo de cuidadores). A discussão dos sistemas periféricos será feita seguindo a mesma ordem.

Sistema Central: doença na velhice como expressão de tristeza.

A falta de disposição, o desânimo, a tristeza, a solidão, e o sofrimento foram algumas das palavras que permitiram organizar esse sistema central da representação social da doença. Na tabela 6 chama a atenção a alta freqüência e a baixa ordem média de evocação com que aparecem estas palavras em quase todos os grupos entrevistados. Além da amostra total, essa categoria também se organizou na forma de núcleo central nos diferentes grupos separadamente (Tabela 7, 8, 9 e 10). Um outro núcleo central que pode ser discutido em conjunto é a doença na velhice como algo ruim, obtido no grupo de idosos doentes (Tabela 7).

No clássico livro de Kübler-Ross (1977), sobre a morte e o morrer, a autora reflete sobre um dos aspectos que podem explicar as causas do porquê dessa tristeza da doença na velhice. A mesma aponta:

“Enquanto estejam saudáveis de corpo e mente e auto-suficientes, isso tudo pode ser bem possível. Temos visto muitos e muitos velhos, entretanto que

ficaram incapacitados física e emocionalmente e que requerem uma tremenda soma de dinheiro para uma manutenção condigna, ao nível que a família deseje para eles. A família fica, então, diante de uma situação difícil. O problema do idoso é que nem sempre o sacrifício financeiro consegue uma melhora na saúde” (Kübler-Ross, 1977, p.109)

O sacrifício financeiro não é o único aspecto da doença na velhice. Existem outras causas que também determinam essa representação da doença como uma coisa ruim, como por exemplo o desgaste familiar, a mobilização de cuidados, as consequências da doença sobre o estado de ânimo, a irreversibilidade de muitas enfermidades na velhice e até a própria morte, com que a doença pode estar associada. Parece-nos que, para que esses grupos possam comunicar e compreender o que já sabem sobre a doença na velhice, precisam descrevê-la como um acontecimento infeliz e triste.

Para que a doença seja representada como uma tristeza e como algo ruim, um dos aspectos que é mais familiar aos grupos, é que a mesma acaba repercutindo negativamente sobre o estado de ânimo. Nessa reflexão está contido um elemento que Herzlich (1991) já tinha apontado a respeito da doença. Muitas vezes, o indivíduo avalia a doença, não só pelas suas manifestações intrínsecas, mas também pelas suas consequências e efeitos, quer dizer: embora, na velhice, a doença possa ser representada a partir de conteúdos orgânicos (ver Tabelas 6,7 e 9 no que diz respeito aos sistemas centrais da doença expressa através de enfermidades concretas), ela é compreendida muito melhor através das repercussões que tem no comportamento do indivíduo. Daí ser representada como algo ruim. Viveros (1993) encontrou resultados semelhantes no seu estudo das representações que um grupo de pessoas de uma vila da Colômbia tinha a respeito da doença.

Esse núcleo central da representação social da doença nos permite avaliar como esses grupos compreendem o fenômeno doença na velhice a partir das consequências que o mesmo tem para o idoso, isto é o enfraquecimento que a doença pode provocar num organismo, sobretudo naquele que já está enfraquecido naturalmente pelos efeitos do envelhecimento humano.

Sistema central: doença na velhice associada aos serviços de saúde e sistema periférico próximo: doença na velhice associada à morte:

Faremos, a seguir, uma outra análise conjunta de dois núcleos da representação social. A partir do termo doença na velhice, foram evocadas, na amostra total, várias palavras relacionadas aos serviços de saúde e outras associadas à morte.

No caso da doença associada à morte, chama a atenção que foi um conteúdo periférico próximo que apareceu na amostra total e em todos os grupos separadamente, excetuando o grupo de trabalhadores da saúde.

Sabe-se que, necessariamente, uma doença não tem que levar à morte, caso seja bem tratada, ou não seja uma doença muito grave e irreversível. Só que, muitas vezes, a evolução satisfatória da doença vai depender do tipo de serviço de saúde que é fornecido nas redes básicas de saúde.

Os dois grupos de idosos entrevistados (saudáveis e doentes) evocaram as palavras morte ao escutar o termo indutor doença. Afinal de contas, o fim de muitas pessoas idosas com doenças crônicas é a morte, um fato natural não muito aceito pela população.

Existem conteúdos que não são compartilhados entre os idosos e os trabalhadores e um deles é a morte. É como se o idoso fosse mais realista que o trabalhador da saúde na representação que ele tem da doença. A morte representa a finitude natural que a vida tem. Isso já foi assinalado por vários pesquisadores clássicos dos estudos de morte (Kübler-Ross, 1977). O problema consiste em que, muitas vezes, dada a ineficácia dos serviços de saúde ao idoso, a morte precipita-se, quando, na realidade, deveria ser retardada.

Como aponta Moscovici (1984), uma nomeação não é simplesmente um meio de rotular uma pessoa ou um objeto. Quando se nomeia, está-se facilitando a interpretação e a compreensão desse objeto. No caso deste estudo, é tal a atribuição causal que os idosos dão à morte na velhice, que a palavra doença é representada por eles como quase uma causa de morte. A doença ancora-se na morte. Infelizmente tem um cunho muito pejorativo, porém é um reflexo de muitas das realidades que as pessoas idosas vivem nos hospitais e centros de saúde da rede básica.

Falando, agora, em termos do processo de objetivação: quando uma palavra é materializada através de um outro termo que tem características de imagem, a mesma pode ser considerada como um núcleo figurativo dessa representação social (Moscovici, 1978, 1984). Na nossa opinião, para os dois grupos de idosos e para o grupo de cuidadores, a morte representa aquela imagem que reproduz visivelmente a palavra doença na velhice⁸.

Os idosos, os cuidadores, e os trabalhadores não compartilham a representação da doença a partir da morte, mas existe um outro conteúdo que, no nosso modo de ver, reflete uma modificação de atitudes daqueles que oferecem os serviços de saúde. Os trabalhadores da saúde evocaram os termos prevenção e cuidado (Tabela 9) uma vez escutada a palavra doença. Isso, sem dúvida alguma, representa uma valorização do serviço de saúde como uma via através da qual pode ser garantida a cura ou o tratamento do idoso doente. No entanto, achamos que ainda os serviços de saúde não garantem a cura ou a melhora de muitas doenças. Quando um idoso demanda uma atenção para melhorar sua saúde e poder realizar suas atividades de forma independente, às vezes recebe um serviço tão ineficiente que pode levá-lo à morte precoce. Na análise das entrevistas pode-se verificar melhor o que o grupo de trabalhadores da saúde fala a respeito do atendimento à saúde do idoso.

Sistema central: doença na velhice como expressão natural do envelhecimento:

Essa categoria agrupou-se como núcleo central da representação social da doença na amostra total e no grupo de cuidadores de pessoas idosas (Tabelas 6 e 10, respectivamente). Um outro grupo que evocou palavras e expressões relacionadas a esse sistema foi o dos idosos saudáveis que, ao escutar o termo doença na velhice, evocou palavras tais como idade e velhice propriamente dita (Tabela 8).

⁸ A respeito da morte, num dos mais completos livros escritos sobre a velhice, Beauvoir (1990), usava o exemplo de Freud ao se referir à morte. Para o criador da Psicanálise, se ele pudesse ter estado sozinho, o mesmo teria acabado com a vida muito tempo antes. Freud justifica-se com a doença. Beauvoir (1990, p. 641) reproduz um fragmento de uma de suas cartas escrita a Jones: “Penso ter descoberto que o desejo do descanso eterno não é algo elementar e original: exprime a necessidade de ficar livre do sentimento de inadequação que afeta a idade, em particular nos pequenos detalhes da vida”.

Sabe-se que, com o envelhecimento, uma das principais perdas com que o ser humano depara-se é a doença, a enfermidade. Nas palavras de Baltes (1991), começam a ser percebidas as diferenças entre um envelhecimento normal, um envelhecimento ótimo e um envelhecimento patológico. Justamente, uma das causas desse envelhecimento patológico seriam as doenças.

Não só a doença, mas também a saúde representam formas diferentes em que a vida dos corpos organizados pode-se manifestar. A doença, nesse caso, é uma dessas manifestações que, embora seja natural, quase sempre é percebida como algo indesejável pelo ser humano. As palavras evocadas que permitiram organizar esse núcleo central da representação social da doença na velhice, exemplificam nitidamente a naturalidade do estado da doença. O fato de ter encontrado essa categoria permite-nos retomar alguns elementos teóricos do capítulo de concepções da saúde e da doença.

Nesse capítulo expunha-se que a saúde e a doença podem ser interpretadas como um processo dinâmico e natural, que o indivíduo atravessa pelas condições de sadio ou de doente. O fato desses grupos (amostra total e grupo de cuidadores) evocarem os termos fisiológico, natural, normal, idade e aceitar, ao escutar a expressão “doença na velhice”, significa que estão fazendo uma interpretação da doença como algo intrínseco ao próprio desenvolvimento humano. São essas doenças as que naturalmente começam a ameaçar a existência do ser humano, como dizia San Martin (1984). Em termos fenomenológicos, as doenças representam as manifestações concretas do desequilíbrio biológico, ecológico ou psicossocial do ser humano.

Canguilhem (1978) afirmava que nem sempre aquilo que é anormal tem de ser patológico. Para que algum estado anormal se torne patológico, precisa ter implicações de sofrimento e de impotência para o ser humano. Será que os cuidadores de pessoas idosas compreendem a doença na velhice nessa perspectiva de Canguilhem? Será que eles representam a doença na velhice na ótica da diversidade, porém não necessariamente do sofrimento? De fato são bem diversificadas as doenças do idoso, mas nem todas as doenças conduzem necessariamente ao sofrimento e à morte, se forem bem tratadas.

Na nossa opinião, atribuir naturalidade ao fenômeno doença na velhice é, sob certo ponto de vista, um elemento positivo, já que permitiria ao indivíduo preparar-se para o advento das enfermidades e avaliá-las como o resultado natural e normal do

processo de envelhecimento humano. Moscovici (1984) comenta a respeito da relação que existe entre a atribuição e a representação social, que sempre existe uma relação de fins e meios. Sempre que o ser humano depara-se com algum fenômeno que não se enquadra nas suas representações, tenta dar uma explicação a ele. No caso desse núcleo central da representação da doença na velhice, parece-nos que, o grupo de cuidadores classifica a doença como normal e fisiológica. Será que, ao mesmo tempo, está explicando a causa da doença e a sua origem? E qual seria, para esse grupo, a explicação? Para os cuidadores, a resposta parece estar na própria natureza do ser humano.

Sistema central: doença na velhice expressa através de enfermidades concretas:

As palavras que contribuíram para a organização e definição desse sistema central estavam relacionadas a diversas doenças, que indubitavelmente, são altamente incidentes em pessoas maiores de sessenta anos. Inclusive, tal como foi descrito no início desse capítulo, muitos dos idosos entrevistados, no momento da coleta de dados, tinham algumas dessas enfermidades. Tanto na amostra total, quanto nos grupos de idosos doentes e saudáveis, e no grupo de trabalhadores da saúde, esse conteúdo organizou-se, como sistema central (Tabelas 6, 7 e 9) ou como sistema periférico próximo (Tabela 8).

Embora algumas dessas doenças possam não interferir na atividade de pessoas idosas, é interessante tê-las obtido como palavras evocadas a partir do termo doença. Na representação social da doença que é compartilhada nestes grupos, a enfermidade tem um significado relevante. A noção de doença na velhice implicou nomeação de enfermidades específicas. Esse resultado foi semelhante ao obtido por Elsen et al (1988/89), no que diz respeito ao significado da saúde e da doença num grupo de idosos. Neste estudo, a maioria dos idosos não se considerou saudável por ter diversas doenças, e justamente um dos aspectos físicos peculiar à doença na velhice é uma maior incidência de algumas enfermidades em relação a outras. Nas palavras que foram evocadas aparecem as doenças que, epidemiologicamente, são as mais frequentes: Cardiovasculares, Crônico degenerativas, Hipertensão Arterial, Diabetes, etc.

Nesse núcleo central cabe uma breve discussão acerca de dois conceitos implícitos no conceito de representação social, que são os universos reificados e os universos consensuais de conhecimentos. Supõe-se que, no primeiro tipo de universo, prevaleçam conhecimentos que não são familiares às pessoas leigas, ao passo que, no

segundo universo, prevalecem as representações sociais, o conhecimento de senso comum.

Existe um estreito consenso entre as doenças evocadas pelos grupos de idosos saudáveis e de idosos doentes, e as enfermidades que foram evocadas pelo grupo de trabalhadores. Supomos que o grupo de trabalhadores, além de possuir, obviamente, um conhecimento científico sobre a saúde e a doença, também constrói suas representações sociais acerca desse fenômeno. Os dois grupos de idosos estudados tentando se sentir em casa, como expressou Moscovici (1981, p. 188-9), apropriaram-se do tipo de conhecimento que classifica as doenças, representando-o de maneira semelhante à que fez o grupo de trabalhadores.

Embora os grupos de idosos não tenham evocado alguns nomes de doenças mais característicos dos conhecimentos da ciência (por exemplo as doenças crônico-degenerativas- Tabela 9), evocaram muitas outras enfermidades a partir de seus nomes científicos (por exemplo diabete, laberintite, reumatismo- Tabela 7). Tudo isso demonstra que existe um consenso sobre determinados elementos entre os idosos e os trabalhadores.

O parágrafo anterior nos leva a fazer os seguintes questionamentos: até que ponto as palavras evocadas pelos idosos pertencem a um universo reificado? E *vice-versa*: até que ponto as palavras evocadas pelos trabalhadores da saúde pertencem a um universo consensual de conhecimentos? Conjecturamos, a partir do que foi obtido nesse sistema central da representação que, dependendo do objeto da representação de que se trate, nem sempre os limites entre os dois tipos de universos ficam totalmente nítidos. Como diria Moscovici (1984), os tipos de doenças a que os idosos fizeram alusão constituem um exemplo da popularização da ciência. É como se os idosos, ao tornar familiar o objeto doença na velhice, o tivessem feito através dos próprios conhecimentos científicos. No entanto, o fato de os múltiplos nomes de doenças terem sido evocados, mostra como essas palavras pertencem, para esses idosos, ao reino da familiaridade.

Sistema central: doença na velhice associada a incapacidades e sistema periférico próximo: doença na velhice como expressão de problema

Assim como foi feito na discussão dos núcleos anteriores da representação social da doença associada aos serviços de saúde e à morte, far-se-á novamente uma outra discussão conjunta entre os conteúdos desses dois sistemas da representação.

Antes de discutirmos, gostaríamos de lembrar ao leitor que, do ponto de vista teórico, existem diferenças entre um núcleo central e um núcleo periférico. No primeiro, temos os conteúdos mais estáveis, estreitamente ligados à memória do grupo que, de alguma maneira, garantem a estabilidade, a homogeneidade e a continuidade da representação social. Já os conteúdos dos núcleos periféricos permitem concretizar as tomadas de posições ou condutas que são influenciadas pelas exigências do contexto social imediato. Representa, então, a concretização do sistema central (Abric, 1994). Nessa parte da discussão juntaram-se esses dois tipos de conteúdos centrais e periféricos (incapacidades e problema), para mostrar como pode existir uma relação de complementariedade entre a centralidade e a periferia dos conteúdos de uma representação.

Algumas das expressões evocadas que têm a ver com o sistema doença na velhice associado a incapacidades foram a dependência, a inutilidade, o não poder trabalhar, o não poder andar e a própria palavra incapacidade. Na amostra total (Tabela 6) e no grupo de idosos saudáveis (Tabela 8), esses conteúdos formaram parte do núcleo central da representação. No grupo de idosos doentes esses mesmos conteúdos pertencem a um dos sistemas periféricos próximos (Tabela 7), e no grupo de trabalhadores, a um núcleo periférico distante (Tabela 9).

No grupo de idosos saudáveis e de cuidadores de pessoas idosas, o conteúdo “doença na velhice como expressão de problema” apresentou-se na forma de núcleo central. Já na amostra total e no grupo de idosos doentes, agrupou-se na forma de núcleo periférico próximo. Somente no grupo de trabalhadores foi constatado esse conteúdo na forma de núcleo periférico distante.

A dependência, a improdutividade e a incapacidade foram conteúdos representacionais que também estiveram presentes em pesquisas feitas por outros investigadores da área. Gonçalves (1994), ao pesquisar como um grupo de idosos percebia a atenção à saúde que eles recebiam, encontrou alguns termos explicativos da doença na velhice relacionados ao fato de depender dos filhos e não fazer atividade, entre outros.

Segundo Fillenbaum (1984), as habilidades que uma pessoa tem para cuidar de si mesma e do entorno mais próximo, representam um dos fatores mais críticos da saúde e

do bem-estar das pessoas idosas. Em síntese, essas habilidades passaram a ser denominadas na literatura como atividades da vida diária. Uma doença, na velhice, pode muitas vezes afetar o desenvolvimento dessas atividades da vida diária, deixando o idoso num estado de dependência e de inutilidade social. Esses fatos, embora sejam muito estudados nas áreas de Gerontologia e de Geriatria, também fazem parte do acervo popular de conhecimentos. Grande parte das pessoas maiores de sessenta anos não temem o fenômeno do envelhecimento por si só, e sim o envelhecimento que as torna incapazes, improdutivas e dependentes.

Na nossa opinião, um envelhecimento ativo e produtivo constitui, tanto uma necessidade sentida de saúde, quanto uma necessidade social para qualquer idoso. Provavelmente, o importante para eles não é eliminar a doença, e sim eliminar, ou pelo menos retardar, as consequências negativas que esta provoca na sua autonomia e na sua qualidade de vida. Seria uma utopia acharmos, na atualidade, que a velhice não aumenta a probabilidade de ter doenças, porém não é uma utopia acharmos que podem ser retardadas as incapacidades derivadas delas. Aliás, o fato de encontrarmos em toda a amostra expressões de incapacidade associadas ao termo doença, mostra como é nítida a compreensão que se faz da doença na velhice: uma compreensão fortemente ancorada na incapacidade e na perda de independência funcional.

Falando a respeito do processo de ancoragem de Moscovici (1981; 1984), podemos afirmar que, para todos os grupos participantes, o termo doença na velhice adquiriu características e traços da categoria incapacidade e de outras expressões relacionadas a ela. Classificar a doença na velhice na forma de incapacidade é dar-lhe um nome a partir dos paradigmas que estão na memória dos participantes deste estudo, seja um nome que se agrupou ao sistema central da representação, ou ao sistema periférico.

Na amostra total, a incapacidade fez parte de um dos núcleos centrais da representação social da doença na velhice, em outras palavras, constituiu um conteúdo que, pela sua alta frequência de evocação e menor ordem média, define a representação e implica elementos que são pouco negociáveis dentro dela. A partir dessa idéia, poderíamos levantar a seguinte hipótese: se a expressão “doença na velhice” é fortemente representada através do termo incapacidade, é lícito pensar que uma das necessidades de

saúde, que são sentidas pelos idosos entrevistados, gira ao redor da manutenção de autonomia e de independência.

Ainda mais, o fato de os trabalhadores da saúde e os idosos terem evocado o termo incapacidade ao escutar a expressão “doença na velhice” demonstra que, nesse tipo de representação, existe um certo encontro das necessidades normativas e as necessidades sentidas de saúde.

Discutamos, a seguir, alguns elementos que dizem respeito ao sistema periférico doença na velhice como expressão de problema. Dos quatro grupos participantes, somente o grupo de cuidadores referiu-se à doença como problema em termos de núcleo central. Os grupos restantes, incluindo a amostra total, agruparam-na sob a forma de núcleo periférico próximo ou distante.

Deduzimos que, para os cuidadores, doença na velhice pode ser representada como um problema pois, caso não seja bem cuidada ou tratada, levará o idoso à condição de incapaz e de dependente dos outros. Obviamente, isso tem a ver com o conceito de expectativa de vida autônoma (OMS, 1984). Para muitas pessoas jovens, o prolongamento da vida é um fenômeno muito bem aceito. Para as pessoas idosas e para outros indivíduos estreitamente ligados a elas, o mais importante é a qualidade desse envelhecimento em termos de autonomia. Por isso estabelecemos a relação entre os dois conteúdos encontrados: a incapacidade e o problema.

Como a incapacidade é um dos núcleos centrais da representação social da doença na velhice, isso faz pensar na relação estreita que existe entre essa incapacidade e o centro da representação. No entanto, movimentando-nos desse centro da representação para sua periferia, encontramos um conteúdo que, de alguma maneira, suporta um pouco melhor as contradições dos grupos: a doença representada como um problema, central para os cuidadores e os idosos saudáveis, mas periférico para os trabalhadores e os idosos doentes. Em qualquer indivíduo, toda falta de autonomia para se desenvolver no meio gera desconforto. Para alguns, além de a doença classificar-se em termos de incapacidade, foi também integrada às experiências concretas de muitos dos participantes. Em outras palavras, doença na velhice pode gerar o problema de incomodar os outros, se estiver associada à perda de autonomia e de independência.

Sistema central: doença na velhice e religiosidade:

Esse conteúdo central da representação social foi um dado da amostra total. Chamou nossa atenção que os únicos grupos que citaram elementos religiosos ao escutar a expressão “doença na velhice” foram os idosos doentes e saudáveis (Tabelas 6 e 7). Em ambos os grupos, organizaram-se na forma de núcleos periféricos próximos.

Na velhice, mais que em qualquer outra fase da vida, estar numa condição de doença pode significar estar mais próximo do fim da vida. Numa pesquisa acerca da representação social da cura, feita por Dalbosco (1998), a um médico trabalhador do SUS, este manifestou o seguinte a respeito da cura:

“Constata-se na Itália que, das profissões, a mais injustiçada é a do médico, porque o doente chega todo ruim para o médico, e o médico o trata, o cura, dá o medicamento e depois quando o paciente está bom, eles chegam para o paciente e lhe perguntam: e daí meu filho, como você está? O paciente diz: bem, graças a Deus” (Dalbosco, 1998, p. 47).

Vê-se aqui um sentimento de ingratidão que muitos médicos vivenciam quando o paciente verbaliza a intervenção da fé religiosa na cura; no entanto, os grupos de idosos pesquisados a partir deste estudo também fazem referência à questão religiosa dentro da doença. São idosos que tentam relacionar a doença, ou até a própria cura da doença com a ordem religiosa do mundo. As expressões encontradas, como rezar, Deus, botar nas mãos de Deus e pedir a Deus, exemplificam o que Herzlich (1991) e Viveros (1993) colocam a respeito da dimensão intersubjetiva, social e metafísica que a doença pode ter para as pessoas leigas.

O universo consensual dos trabalhadores da saúde e o dos cuidadores não possui esse tipo de elemento religioso. Já nos universos consensuais dos idosos saudáveis e doentes encontrou-se esse ponto em comum, no momento de compreender e explicar a doença na velhice. Sabe-se que muitas pessoas doentes, ao defrontar-se com a doença, tentam e procuram apoiar-se em diversos mecanismos que lhe permitam manter a perspectiva de vida. Para muitos dos idosos entrevistados, um desses mecanismos que facilitaria a cura da doença é a religião. Obviamente, esse conteúdo religioso da representação social da doença na velhice está estreitamente relacionado ao contexto social imediato em que essas pessoas se desenvolvem, um contexto religioso com fortes

traços de catolicismo. Associar doença na velhice a aspectos religiosos pode até ser interpretado em termos de concepção de mundo.

Essa representação social da cura da doença na base da religiosidade pertence, obviamente, ao senso comum desses sujeitos. Em termos psicológicos, são aspectos que podem estar imbricados com alguns conceitos como a autoconfiança e a segurança em si mesmo. Esses últimos conceitos deveriam fazer parte do diagnóstico de saúde que um trabalhador faz no momento de atender um paciente idoso. Daí o encontro tão desejado entre as necessidades de saúde sentidas pela população e as necessidades normativas que são determinadas pelos especialistas em saúde.

Sistema periférico próximo: doença na velhice associada à renda financeira:

Tínhamos exposto que, na representação de saúde na velhice, a renda financeira prevaleceu no sistema central da amostra total (Tabela 1) e num dos sistemas periféricos próximos dos grupos de idosos doentes e de trabalhadores (Tabelas 2 e 4, respectivamente). Nesse caso da expressão “doença na velhice”, o termo dinheiro ou renda financeira apareceu novamente, dessa vez na forma de núcleo periférico próximo na amostra total, no grupo de trabalhadores e no grupo de idosos doentes.

Para avaliar a situação econômica de um idoso, é necessário determinar os encargos que ele possui: a distribuição de despesas com moradia, vestuário, medicamentos e alimentação, entre outros, que estão muito relacionados à história de vida da pessoa antes de ser idosa. Sabe-se, também, que não é raro encontrar idosos que nem sequer conseguem sobreviver com a renda financeira que recebem. Beauvoir (1990), no seu livro sobre a velhice afirmou que um dos problemas mais persistentes e difíceis de nossos idosos é a pobreza. Daí a forte influência que o dinheiro tem sobre a qualidade de vida, sendo que a falta de renda ou de poder aquisitivo pode tornar-se um indicador de risco social.

Uma vez mais, constata-se a importância que a renda financeira parece ter para um idoso doente. Sem dinheiro, a pessoa estaria impossibilitada de atender sua saúde, comprar os remédios, alimentar-se adequadamente e conseguir a cura. No caso da saúde, o dinheiro fez parte de um dos aspectos normativos da representação social. Desta vez, o dinheiro representou uma expressão um tanto mais funcional e periférica da representação social da doença na velhice. É provável que, na realidade de muitos idosos

do Brasil, o dinheiro seja uma das vias mais importantes para a obtenção da cura, o que está determinado, entre outros fatores, pela ineficiência de muitos dos serviços públicos de saúde. Em algumas ocasiões, devido a essa ineficiência dos serviços públicos, o idoso terá que recorrer aos serviços privados, que são caros demais.

Sistema periférico próximo: doença na velhice em função de redes de apoio sócio-familiar:

Alguns dos termos e expressões que se agruparam nesse núcleo periférico foram o carinho, a solidão, o isolamento social, a falta de carinho, a estrutura familiar, o abandono, o descaso e o desprezo, entre outros (Tabela 6). Para os trabalhadores da saúde e para os idosos saudáveis, esse conteúdo tornou-se um núcleo central da representação social da doença na velhice. Já para a amostra total e para os idosos doentes, tal conteúdo prevaleceu na forma de núcleo periférico próximo.

Quando se discutia acerca do apoio social na representação social da saúde na velhice, foi exposto como as relações sociais podem ter um efeito protetor na evolução da doença e na manutenção da saúde na velhice. Agora, segundo o que foi evocado sobre o termo doença, podemos inferir que o apoio social, além de influenciar a manutenção da saúde, também pode intervir na cura da doença.

Para os trabalhadores da saúde, no caso da representação da saúde, as palavras associadas ao apoio social eram elementos periféricos e os termos do apoio social, no caso da doença, foram centrais.

O apoio social que pode ser fornecido ao idoso, seja pela família, pelos amigos e pela sociedade em geral, constitui uma poderosa ferramenta que auxilia a cura do idoso doente, ou que previne a doença nos idosos saudáveis. O consenso obtido no que diz respeito a esse tipo de conteúdo entre os idosos e os trabalhadores entrevistados confirma que esses três grupos aceitam os benefícios que têm as relações sociais para a saúde de pessoas maiores de sessenta anos.

Sentir-se apoiado pela família ou pelos amigos pode tornar-se uma freqüente necessidade de saúde, sentida pelos idosos. Em conseqüência, pode ser lógica a inclusão do apoio social como um indicador de saúde dessa população, fato que já vem acontecendo em vários dos programas de saúde da OMS (1984), em muitos países do mundo. Quanto maior for a extensão das redes de apoio social de um idoso, melhor será

sua situação de saúde. Lembre-se também que, no caso dos idosos doentes, que são dependentes para realizar as atividades da vida diária, o apoio sócio-familiar é indispensável para que eles possam satisfazer suas necessidades.

Uma última colocação sobre este sistema periférico próximo pode ser feita ao redor dos cuidadores. De todos os grupos entrevistados, o grupo de cuidadores foi o mais envolvido com o cuidado de um idoso doente. No entanto, assim como aconteceu com o termo “saúde na velhice”; os sujeitos deste grupo que foram entrevistados, não evocaram termos que pudessem ser incluídos neste sistema. Observe-se na Tabela 10 que, muitas das palavras evocadas, associam a doença na velhice com uma falta de cuidados ao longo do curso de vida de uma pessoa. Será que para os cuidadores entrevistados, o cuidado preventivo ou a prevenção de problemas de saúde é mais importante que aquele cuidado que eles podem exercer quando o idoso já ficou doente e incapacitado.

Sistema periférico próximo: doença na velhice em função de cuidados de saúde:

As palavras e expressões relacionadas a esse núcleo periférico próximo da amostra total foram a prevenção, o cuidado / cuidar/ cuidar para ficar saudável. No caso dos grupos isoladamente, esses conteúdos, além de alguns outros, foram dados de núcleos da representação social da doença na velhice. Por exemplo, o grupo de idosos doentes apresentou essa categoria dentro de um dos sistemas centrais (Tabela 7). O grupo de idosos saudáveis, na forma de um sistema periférico próximo (Tabela 8- Doença na velhice como expressão de falta de cuidado). O grupo de trabalhadores apresentou a categoria de doença associada ao cuidado preventivo na forma de núcleo central da representação social (Tabela 9) e, por último, no grupo de cuidadores apareceu um núcleo periférico distante que se define como doença associada à alimentação (Tabela 10), o qual pode estar estreitamente relacionado ao cuidado em saúde.

Como foi exposto na discussão dos conteúdos evocados a partir do termo saúde na velhice, o cuidado em saúde pode apresentar duas acepções: uma, relacionada ao cuidado preventivo e outra, ao cuidado em si de uma pessoa que já está doente e precisa de atendimento, de carinho e de atenção.

Pelas palavras e termos que os grupos evocaram aqui, parece-nos que podem ser avaliadas as duas dimensões do cuidado. Quando são evocadas expressões que têm a ver com a alimentação, a prevenção ou a falta de cuidado, pressupõe-se que está mais

presente a interpretação preventiva que a doença pode ter, isto é, os hábitos de vida que uma pessoa teve influenciarão a probabilidade de ter uma velhice sadia e sem doenças, pelo menos do tipo incapacitante. Chamou favoravelmente nossa atenção o fato de continuar encontrando a palavra alimentação dentro dessa categoria do cuidado preventivo. Nos países mais ricos e em muitos dos países em desenvolvimento, a obesidade, junto à má nutrição e à inatividade, constituem alguns dos problemas de saúde mais importantes dos idosos (OMS, 1984; Berquó, 1996).

É de grande relevância que nesse conteúdo do cuidado preventivo exista um consenso entre todos os sujeitos entrevistados. Isso demonstra que, além da diversidade de termos evocados em cada um dos grupos, há conteúdos que são compartilhados entre eles. Entre os dois grupos de idosos e o grupo de trabalhadores, o consenso identificou-se dentro dos conteúdos do núcleo central da representação da doença na velhice. Em termos fenomenológicos, isso pode constituir um passo de avanço para a obtenção do ponto de convergência entre as necessidades sentidas, a oferta de serviços de saúde e a demanda de serviços, que San Martín & Pastor (1988) colocam. No universo de senso comum existe esse consenso; então, por que não aplicá-lo ao universo reificado das políticas e programas de saúde não só da população idosa, mas também da população jovem? Afinal de contas, a possibilidade de ser saudável na velhice vai depender muito dos hábitos de vida anteriores.

Parece-nos pois, que nos conteúdos relacionados ao cuidado preventivo não existem atritos entre os diferentes grupos participantes.

A dimensão do cuidado em termos de carinho, atenção àquele idoso que está doente está expressa através de duas evocações desse núcleo periférico da representação social na amostra total: cuidar e cuidar para ficar saudável (Tabela 6). Nesse caso, estamos diante daquele tipo de assistência em saúde, ou cuidado em saúde que é feito a pessoas doentes com a finalidade de que elas voltem à condição de pessoas saudias.

Sistema periférico distante: doença na velhice como algo terrível:

Na amostra total, esse conteúdo apresentou-se como periférico distante, mas não apareceu nos diferentes grupos isoladamente. Alguns dos termos e expressões evocadas foram o medo, a angústia, o horror e a pior coisa do mundo, entre outros (Tabela 6). Em contraste com esses elementos tão negativos e pejorativos, apareceu, no grupo de idosos

saudáveis, um núcleo periférico próximo em que a doença é compreendida através de expressões totalmente opostas. Por exemplo, doença é coisinha leve, ou coisa que passa logo (Tabela 8).

De alguma maneira, tal como foi observado aqui, e como Berlinguer (1988) comenta, toda doença implica um sofrimento, uma dor e num desequilíbrio. Entretanto, o fato de terem sido evocados termos tão negativistas para se referir a ela denota, até certo ponto, uma falta de preparação para lidar com a condição de estar doente. É óbvio que as pessoas preferiam estar saudáveis a doentes, mas nem sempre seus hábitos de vida correspondem a essas preferências; citam-se aqui, por exemplo, o tabagismo, o sedentarismo, e os maus hábitos de alimentação, entre outros.

Se as pessoas tivessem total clareza do que significa a prevenção em saúde ao longo de todo o curso de vida, obviamente poderiam se preparar melhor, e até evitar o aparecimento desse sentimento negativo e terrível que foi observado nesses dados em relação à doença.

Segundo Stedeford (1986), quando um idoso enfrenta uma doença cujo prognóstico é muito negativo, ele encarará a enfermidade de uma forma mais tranqüila, natural e não terrível se estiver satisfeito com a vida vivida, e se encarar a velhice como um bônus e não como uma carga.

Associado a esse núcleo periférico distante, pode ser citado brevemente um outro núcleo que, também, foi característico da amostra total: a doença na velhice e sentimentos de pena e piedade. Para alguns dos participantes, a doença representou algo muito terrível. Associado a isso, podem ser esperados, então, os sentimentos de pena e de piedade por um idoso doente. Infelizmente, a pena e a piedade são aspectos que alguns autores têm observado a respeito do cuidado de pessoas muito doentes, que estão próximas da morte (Pita, 1990).

Sistema periférico distante: doença na velhice em dependência de estabilidade psíquica:

Uma vez mais aparecem nesse núcleo da representação da doença, conteúdos relacionados aos aspectos psíquicos que foram deduzidos da amostra total e do grupo de idosos doentes. Assim como foi explicado na discussão da expressão “saúde na velhice”, parece ser que o grupo de idosos doentes compartilha a crença de que determinados

estados de ânimo negativos podem contribuir para a condição de estar doente, ou que estados negativos de ânimo poderiam ser causa de doença. Nesse sentido, a estabilidade emocional torna-se um indicador de saúde.

Resumindo as descobertas sobre a expressão “doença na velhice”, pressupõe-se que, na amostra total, as palavras que definem a representação social da doença na velhice foram a tristeza, o tipo de serviço de saúde que é fornecido no SUS, alguns tipos concretos de enfermidades, a normalidade da doença na velhice, a incapacidade e a religiosidade. Neste estudo apareceram outros conteúdos periféricos que, em nosso modo de ver, são menos estáveis, mais flexíveis e funcionais, e concretizaram-se nos termos problema, morte, dinheiro, apoio sócio-familiar, cuidado, doença como algo terrível, piedade e estabilidade psíquica.

A seguir, apresentamos a segunda parte da discussão referente ao tratamento analítico dos dados da entrevista. Num primeiro momento, serão discutidos os resultados relacionados à pergunta de como os participantes percebiam um idoso saudável e, posteriormente, serão discutidas as classes de representação social referentes à pergunta de como percebiam um idoso doente.

4.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS DA TÉCNICA DE ENTREVISTA:

Antes de iniciar essa discussão retomamos alguns elementos básicos do software utilizado (Alceste), o que facilitará a leitura da discussão. A análise conjunta das entrevistas envolveu 4 etapas.

Uma primeira etapa abrangeu o seguinte: a leitura do texto das entrevistas, a divisão das unidades de contexto iniciais (u.c.i) em unidades de contexto elementar (u.c.e), a obtenção das formas reduzidas a partir do agrupamento das palavras em função de seus radicais e, por último, a diferenciação entre as palavras instrumentos e as palavras analisáveis.

Na segunda etapa, foi executado o cruzamento das formas reduzidas de vocabulários com as u.c.e dos corpus em análise. Durante a mesma, o método de

Classificação Hierárquica Descendente possibilita repartir as u.c.e em várias classes em função do vocabulário que as compõem.

A terceira etapa possibilitou descrever as classes obtidas, principalmente, pelos seus vocabulários característicos (léxicos), e pelas palavras com asterisco (variáveis descritivas gerais dos participantes).

A quarta etapa dos cálculos complementares foi um prolongamento da terceira e a mesma forneceu aquelas u.c.e mais características de cada classe, contextualizando as ocorrências de vocabulário que foram típicas de cada uma.

Conforme Moscovici (1988), um dos principais objetos da Psicossociologia é o estudo das representações que os indivíduos e os grupos constroem para se comunicar entre si. São essas representações que dão forma à realidade social em que vivem. O que pretendemos, a seguir, é mostrar como a realidade de estar saudável ou doente na velhice foi representada nos diferentes grupos de pessoas entrevistadas.

4.3.1. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de idosos (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).

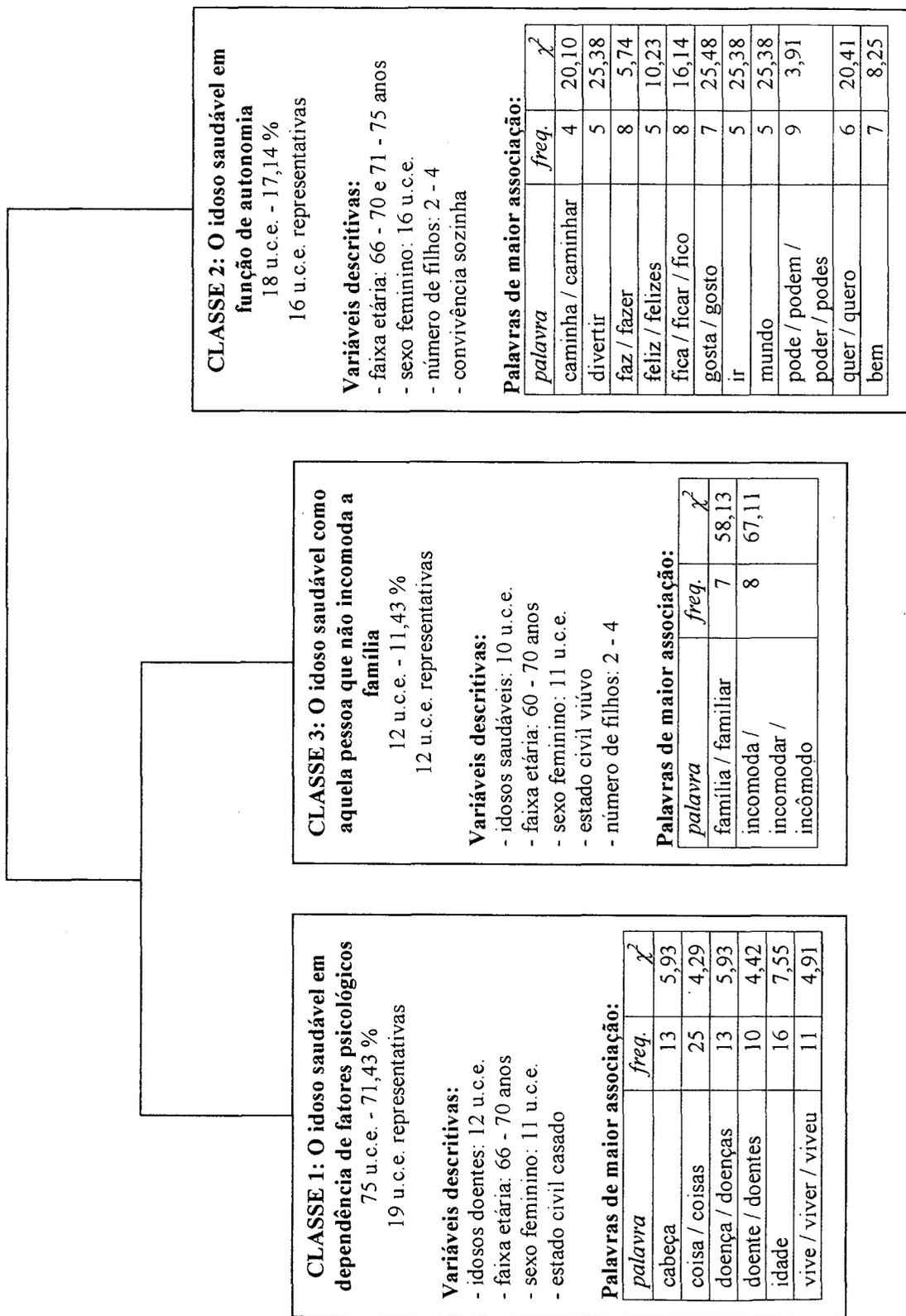
O anexo 3 deste trabalho contém a saída de dados correspondente a esse grupo de sujeitos. Na etapa B1 da mesma pode-se verificar que o corpus continha 80 unidades de contexto inicial (u.c.i.) ou entrevistas. O software Alceste dividiu o corpus em 187 unidades de contexto elementar (u.c.e.), que continham 925 palavras, formas ou vocábulos diferentes. Em correspondência com a etapa 2 do Alceste, desconsideraram-se da análise todos aqueles vocabulários que tinham uma frequência inferior a 4. Poderão ser apreciadas em algumas classes do Dendograma 1 algumas palavras com frequência igual a 4, mas isso se deve ao fato de elas terem um coeficiente χ^2 significativo e ocuparem 100% de ocorrência nessa classe.

Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 120 palavras analisáveis e 100 palavras instrumentos (no total foram 220 palavras). As 120 palavras analisáveis ocorreram 1981 vezes. Teoricamente, pelo princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma dessas palavras analisáveis contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 6 vezes.

Das 187 u.c.e em que o corpus foi dividido, na etapa da Análise Hierárquica Descendente foram obtidas 105 u.c.e, quer dizer, para a análise considerou-se 56,15% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se 43,85% restante das u.c.e.

No Dendograma 1, apresenta-se a distribuição que as três classes de representações sociais apresentaram no grupo de pessoas idosas, ao lhes perguntarmos como percebiam um idoso saudável.

DENDOGRAMA 1: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de idosos (n=80). Florianópolis, 1999.



No dendograma 1, observa-se o título de cada uma das classes, seguido pelo número de u.c.e que a compõe, a descrição da classe, assim como as palavras de maior associação com a mesma em função do coeficiente obtido na prova de associação χ^2 . Conforme o dendograma, houve uma primeira repartição do corpus em duas grandes classes que foram as classes 2 e 3, seguida de uma segunda subdivisão da classe 3 originando a classe 1. No total, originaram-se três classes. (Anexo 3, Passo C1 o *Dendograma des classes stables* à partir de B3_rcdh2).

A seguir, serão discutidas as classes obtidas.

Classe: O idoso saudável em função de aspectos mentais.

Em função do número de u.c.e que compôs essa classe (75 u.c.e – 71,43%), ela foi considerada a mais importante no grupo de idosos. A análise de suas variáveis descritivas permite caracterizá-la como uma classe que foi produzida, fundamentalmente, pelos idosos doentes que frequentavam a Policlínica por estarem doentes (das 19 u.c.e mais representativas dessa classe, 12 u.c.e pertenciam a pessoas desse grupo). Em relação à variável idade, encontrou-se uma predominância da faixa etária de 66 a 70 anos. Do total de u.c.e que caracterizaram a classe, 11 foram produzidas por mulheres e 6 por pessoas do sexo masculino (a somatória resultante de mulheres e homens não coincide com o número total de u.c.e - 19, porque existe mais de uma u.c.e produzida pelo mesmo participante). A maior parte dos sujeitos que se agruparam nessa classe estavam casados, tinham mais de quatro (4) filhos e moravam com o cônjuge, ou com este e outras pessoas.

A maior parte dos conteúdos dessa classe agrupou-se ao redor de elementos psíquicos ou subjetivos através das palavras que obtiveram maior associação com a classe (cabeça, doente/doentes, idade, vive/viver/viveu, entre outras). Representou-se a condição de estar saudável na velhice em dependência do próprio indivíduo. Como diria Demócrito, o homem como autor de sua própria saúde, e não aquele homem que fica esperando que a saúde venha de outros.

Vejamos algumas u.c.e da classe:

“[...] A doença não está nas pernas, está na cabeça, no coração, não importa ter uma pequena coisa, o bom é ter alegria de viver” (Entrevistado 14 - grupo de

idosos doentes, casada, mora com o esposo, recebe R\$ 100,00/mês e tem 61 anos).

“É aquela pessoa que é alegre, que não é preguiçoso, que está sempre firme. Para mim o mais importante é a cabeça das pessoas” (Entrevistado 27 – grupo de idosos doentes, viúva, mora com uma filha, recebe R\$ 130,00/mês e tem 81 anos).

“O idoso saudável para mim [...] Eu acho que tudo está na cabeça da gente. Há idosos que não têm nada e estão doentes, porque eu acho que é um problema da cabeça das pessoas, é um problema psicológico e muitas vezes eles ficam doentes para chamar a atenção porque estão com falta de carinho” (Entrevistado 40 – grupo de idosos doentes, casada, mora com o esposo, recebe R\$ 800,00/mês e tem 61 anos).

Os conteúdos destas u.c.e refletem uma representação social do idoso saudável em função da estabilidade psíquica da pessoa. Parece que uma necessidade de saúde desejada por essas pessoas é estar em equilíbrio psíquico com eles próprios, independentemente das doenças que possam ter. De fato, a maior parte das u.c.e pertence ao grupo de idosos que estavam doentes e que apresentavam problemas de saúde. Parece que, para esses sujeitos, alguns dos riscos de adoecer estão na própria mentalidade e no equilíbrio emocional. Esses mesmos dados já foram encontrados em outra pesquisa sobre a representação social da saúde na velhice (Gonçalves, 1994).

Nascimento-Schulze (1995), num estudo de representação social da saúde-doença em 100 sujeitos (médicos, psicólogos, estudantes de medicina e de psicologia), verificou que o equilíbrio emocional agia como um dos núcleos centrais da representação nos grupos pesquisados. Indubitavelmente, existe uma estreita relação entre os fatores psíquicos e orgânicos de uma pessoa.

Independentemente da idade que uma pessoa tenha, quando existem doenças físicas, estas têm uma alta probabilidade de influenciar o psiquismo e a estabilidade emocional. O fato de um idoso possuir uma enfermidade física já pode constituir um fator de risco para sua autonomia funcional e para seu equilíbrio emocional; é por isso que, nas u.c.e anteriormente expostas, os próprios idosos alertam sobre a necessidade de manter a estabilidade psíquica.

Outras u.c.e encontradas nessa classe apontam para outros conteúdos relacionados ao bem-estar, à alegria e à felicidade. De maneira semelhante a como foram encontradas essas mesmas palavras na técnica de evocação livre (com o termo saúde na velhice), os idosos que tipificam essa representação social citaram vários elementos ao redor de um idoso saudável representado como uma pessoa alegre. Por exemplo:

“O idoso saudável para mim é aquela pessoa que sempre está contente, sem importar nem a própria doença. É a alegria de viver [...] Quando ele tem aquele contentamento e quando tem alegria de viver, quando ele sabe controlar não ter dores, não ter doenças e ter uma boa cabeça para estar sempre alegre” (Entrevistado 23, grupo de idosos doentes, casado, mora com a esposa, recebe R\$ 3.500,00/mês e tem 63 anos).

“Estar saudável na velhice é estar com um bom astral, lutar por tudo na vida. Quando eu vejo alguém doente, eu fico longe, porque saúde se contamina, mas doença também” (Entrevistado 58, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com uma irmã, recebe R\$ 500,00/mês e tem 80 anos).

De alguma maneira, essa classe mostra como os idosos (principalmente, os que pertencem ao grupo de pessoas doentes), compartilham uma representação social de necessidades sentidas de saúde na base do bem-estar emocional. Para se sentir numa condição de sadio é preciso manter um equilíbrio emocional, o que dependerá grande parte das vezes da própria pessoa. Ao representar um idoso saudável em função de aspectos psicológicos, esses idosos entrevistados estão se comprometendo com a sua saúde e, de alguma forma, contribuindo com o trabalho dos programas de saúde. Essa representação social mostra que, em nível grupal, as pessoas idosas estão dispostas a participar da saúde.

Classe: O idoso saudável em função de autonomia.

Segundo o número de u.c.e que compõe essa classe, infere-se que, em comparação com a anterior, ela não é tão importante (18 u.c.e – 17,14%). Das 16 u.c.e que tipificaram a classe, 9 u.c.e pertenciam a pessoas do grupo de idosos doentes que procuravam os serviços de saúde e 6 u.c.e pertenciam a idosos saudáveis que participavam dos grupos preventivos da Policlínica (não coincide o número de u.c.e com o número de idosos, porque duas u.c.e foram produzidas pelo mesmo sujeito). As 16 u.c.e

que tipificam a classe foram produzidas por mulheres. Destas, seis moravam sozinhas no momento da entrevista, e 9 moravam com o esposo ou com outras pessoas. Do total de 16 mulheres que se agruparam nessa classe, 11 tinham entre dois e quatro filhos, e 5 pessoas não tiveram filhos.

Pelas suas u.c.e ou pelas palavras típicas da classe (caminha/caminhar, divertir, faz/fazer, pode/podem/poder/podes, entre outras); os conteúdos da mesma apontam para uma representação de um idoso saudável em função de autonomia no dia a dia.

O conceito de saúde na velhice, como já foi apontado no referencial teórico, tem evoluído muito e cada vez fica mais próximo da qualidade com que essas pessoas podem desenvolver-se na vida diária, ou seja, o estar saudável na velhice verifica-se em função da autonomia do indivíduo, e não simplesmente a partir do número de doenças.

Sabe-se, também, que ainda existem dificuldades para chegar a um consenso operativo de como definir a autonomia na velhice, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984), já vem trabalhando nisso a partir do indicador de independência nas atividades da vida diária. As deficiências que na velhice, não chegam a produzir incapacidades são muito menos importantes que as que acabam interferindo o dia a dia da pessoa maior de sessenta anos.

Concordamos com o critério da OMS (1984), que afirma que um dos melhores indicadores de autonomia de um idoso é o grau em que este consegue se desenvolver na sociedade como deseja. Neste trabalho, as únicas pessoas que citaram esse tipo de conteúdo representacional para definir um idoso saudável pertencem ao sexo feminino. Pela predominância do sexo feminino nessa classe, consideramos a autonomia um forte indicador de saúde na velhice. Parece que essas idosas representam um idoso saudável a partir de sua independência e capacidade para manter seu lar, viajar, passear, realizar as atividades cotidianas, ter mobilidade.

Nessa classe foram as mulheres as que mais evocaram este tipo de conteúdo. É possível que possam ser feitas algumas reflexões. Fernandez-Ballesteros et al (1992), apontam que, em estudos epidemiológicos realizados na Europa sobre prevalência de incapacidades na velhice na faixa etária de 65 a 69 anos, essas incapacidades e as perdas na autonomia aumentam nas pessoas do sexo feminino mais que nos homens. Essa diferença tende a diminuir na medida em que a idade aumenta. Um dos elementos que

está envolvido é a maior sobrevida que as mulheres ainda têm em comparação com os homens. É provável que nossa descoberta nesse tipo de representação social esteja relacionada ao que foi obtido do ponto de vista epidemiológico.

Uma outra interpretação pode ser feita. Existe uma influência do fator cultural na interpretação que as mulheres e os homens fazem da autonomia. Por exemplo, em algumas sociedades, o padrão diz que a mulher é quem deve preparar a comida. É certo que um homem autônomo poderia fazê-lo também, mas se nunca aprendeu, ele julga-se incapaz. Neste estudo, foram pessoas do sexo feminino as que mais apontaram conteúdos relacionados à autonomia, e é provável que o fator cultural possa explicar isso. Na nossa sociedade, ainda são as mulheres quem mais se encarregam do trabalho doméstico, o que, de alguma maneira, influencia o fato de elas valorizarem tanto a independência na vida diária. Só que, além do trabalho doméstico da mulher, prevaleceram outros conteúdos que diziam respeito à autonomia para poder viajar, passear, divertir-se, *etc.* É provável que essas idosas que moram em regiões urbanas, como Florianópolis, estejam interessadas tanto no trabalho doméstico quanto no lazer fora de casa. Vejamos a seguir algumas u.c.e das participantes:

“É a coisa mais maravilhosa do mundo, é uma pessoa que tem muita saúde, que pode viajar bastante, que faz tudo o que ele quer. Um idoso saudável gosta de se arrumar, de ir para tudo o que é canto e se divertir, que não fica dentro de casa [...]” (Entrevistado 19, grupo de idosos doentes, viúva, mora sozinha, recebe R\$ 130,00/mês e tem 73 anos).

“É o idoso que caminha, que faz tudo, que possa levar a vida para frente” (Entrevistado 21, grupo de idosos doentes, casada, mora com o esposo, recebe R\$ 360,00/mês e tem 61 anos).

“É uma pessoa que pode passear, que pode ir a excursões, caminhar, sair, se divertir e fazer tudo o que Deus manda. São pessoas que até podem ser mais felizes que qualquer moço, porque o idoso aproveitando pode ser muito mais feliz que as pessoas jovens, mas para isso precisa de saúde” (Entrevistado 80, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com uma amiga, recebe R\$ 700,00/mês e tem 82 anos)

Nessa última u.c.e aparece uma ampla comparação do idoso com o jovem. De alguma maneira essa entrevistada está se referindo a esse preconceito social de que a pessoa idosa não pode ser feliz pelo simples fato de ter mais de sessenta anos. Para ser feliz não é imprescindível a juventude. Um idoso também pode sê-lo mas, parece que para estes idosos existe uma condição necessária: estar saudável.

No anexo 3 (passo D1), verifica-se como quase todas as u.c.e dessa classe representam o idoso saudável em função do exercício da autonomia. Tal como aponta Gonçalves et al (1992), a saúde e a autonomia na velhice são conceitos estreitamente relacionados.

Das 16 u.c.e que tipificaram essa classe, 9 pertenciam a mulheres que estavam doentes no momento da coleta de dados. É provável que nessa condição de saúde, a representação social que elas têm de um idoso saudável reflita suas necessidades de saúde naquele momento. Deduz-se portanto, que nessas u.c.e existem exemplos de como a representação social pode tornar-se uma ferramenta na detecção de necessidades de saúde.

Um último aspecto que pode ser discutido neste classe diz respeito à relação que existe entre representações sociais e práticas sociais. Na nossa opinião, a classe: idoso saudável em função de autonomia reflete alguns aspectos psicodinâmicos da representação. Quer dizer, nos exemplos de u.c.e apresentados estão contidos elementos que apontam para como se conduzir no dia a dia para ser uma pessoa idosa saudável.

O parágrafo anterior nos permite deduzir que, nesta classe de representação social do assunto idoso saudável, está contida uma das funções da representação: permitir justificar as tomadas de posições e os comportamentos dos indivíduos e dos grupos.

Classe: O idoso saudável como aquela pessoa que não incomoda a família.

O número de u.c.e que compõe esta classe foi de 12 (11,43%). Nesse grupo de 80 pessoas idosas, ela foi a menos importante. Das 12 u.c.e que tipificaram a classe, a maior parte das u.c.e foram produzidas por pessoas do grupo de idosos saudáveis que participavam dos grupos preventivos em saúde. Da mesma forma que na classe anterior, todas as u.c.e dessa classe foram produzidas por mulheres. Dessas 12 mulheres, nove eram viúvas, duas eram solteiras e uma era casada. A maioria das mulheres viúvas tiveram entre dois e quatro filhos, sendo que a idade delas estava entre os 60 e 70 anos.

A noção central desta classe de representação social organizou-se em torno das palavras família/familiar e incomoda/incomodar/incômodo.

Para que uma família que tem um idoso entre seus membros possa continuar com um ritmo normal de vida, é preciso que esse idoso seja saudável e mantenha na sociedade uma independência ou autonomia. Quando as pessoas idosas apresentam incapacidades que invalidam seu desempenho necessitam, para poder sobreviver, de um suporte familiar ou social. A família, por longos tempos, tem sido a principal fonte de apoio e o centro de grande parte das atividades que o idoso desenvolve.

Acreditamos que a sociedade brasileira ainda não tenha desenvolvido uma forte rede social de apoio à pessoa idosa. No seu lugar, é a família que deverá se encarregar do cuidado do idoso, caso este padeça de alguma invalidez. E nessa tarefa são os filhos, netos e familiares mais próximos do idoso, a principal fonte do cuidado. Algumas das mulheres entrevistadas representaram a condição de estar saudável, pelo fato de não ser uma carga para a família. Por exemplo:

“É uma pessoa alegre que vai para frente, que não incomoda os outros, que convive com os filhos e que não é uma carga para a família” (Entrevistado 46, grupo de idosos saudáveis, casada, mora com o marido, recebe R\$ 10.000,00/mês e tem 65 anos).

“É aquela pessoa que para mim, eu sempre digo que eu quero ser uma pessoa idosa saudável, porque para mim saúde é não incomodar meus filhos nem ter que depender de outras pessoas” (Entrevistado 57, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com uma filha, recebe R\$ 130,00/mês e tem 67 anos).

“O idoso saudável eu acho ótimo, porque dá para fazer muitas coisas. Por exemplo, cuidar de crianças, ajudar os filhos e não incomodar ninguém. Para mim é ótimo ter essa saúde, embora ter que fazer tudo devagarinho, o importante é poder fazer tudo com calma, devagar, mas indo pouco a pouco” (Entrevistado 62, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora sozinha, recebe R\$ 500,00/mês e tem 65 anos).

“Em casa quem ajuda sou eu, e quem faz tudo sou eu. Isso é a saúde na velhice. É não incomodar ninguém nunca, nem a própria família” (Entrevistado 68,

grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com uma filha, recebe R\$ 130,00/mês e tem 75 anos).

Um conteúdo visivelmente central e muito compartilhado por esse grupo de mulheres idosas que se diziam saudáveis, é uma representação da saúde do idoso associada à possibilidade de independência da família. As pessoas que tipificaram as u.c.e dessa classe temem ter que depender do próximo para poder viver. É possível que isso explique o fato de que a maioria delas pertença aos grupos que faziam prevenção na Policlínica. Cuidar-se precocemente pode retardar o desenvolvimento de incapacidades. Essa participação nos grupos de prevenção em saúde poderia justificar um certo tipo de treinamento que essas pessoas estão fazendo para o autocuidado e para a prevenção de problemas de saúde. A prevenção em saúde é uma das áreas mais importantes dos programas sanitários direcionados ao cuidado do indivíduo por si mesmo, sobretudo, nas sociedades em que as redes sociais de apoio social ainda são escassas (programas direcionados a amigos, vizinhança, *etc*), ou nos países em que não existem programas suficientes de educação e de treinamento a familiares para o cuidado do idoso.

Achamos que, no caso específico do grupo de idosos, impõe-se uma breve reflexão acerca da relação que existe entre necessidades de saúde e representação social. Os tipos de representações sociais sobre um idoso saudável que foram obtidos nessa amostra de pessoas idosas, permitem-nos refletir sobre o seguinte: na atenção comunitária podem ser executadas estratégias de saúde baseadas na orientação por problemas. Para atingir esses problemas de saúde é necessário que as pessoas expressem suas necessidades, ou seja, que expressem aquilo que deve ser feito para que a situação problemática torne-se uma situação desejada. As representações obtidas aqui, no referente a um idoso saudável, de alguma maneira refletem o que Pineault & Daveluy (1989) falam a respeito do estado de saúde ideal de um idoso. E esse estado ideal de saúde é a situação desejada que, em termos de saúde, essas pessoas gostariam de ter.

Nas representações sociais que foram obtidas expressaram-se vários elementos acerca daquilo que os idosos esperam dos serviços de saúde, e até dos órgãos sociais governamentais. Em outras palavras, são exigidas dos serviços de saúde recursos de atendimento que prolonguem cada vez mais a expectativa de vida autônoma do idoso, que contribuam para seu bem-estar, e que forneçam um serviço equilibrado capaz de

abranger aspectos físicos, psicológicos e sociais, entre outros. Na medida em que essas necessidades forem satisfeitas, poderá ser encontrado o ponto de convergência que San Martin e Pastor (1988) assinalam entre as necessidades de saúde, as demandas de saúde e a oferta de serviços de saúde.

4.3.2. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de trabalhadores da saúde (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).

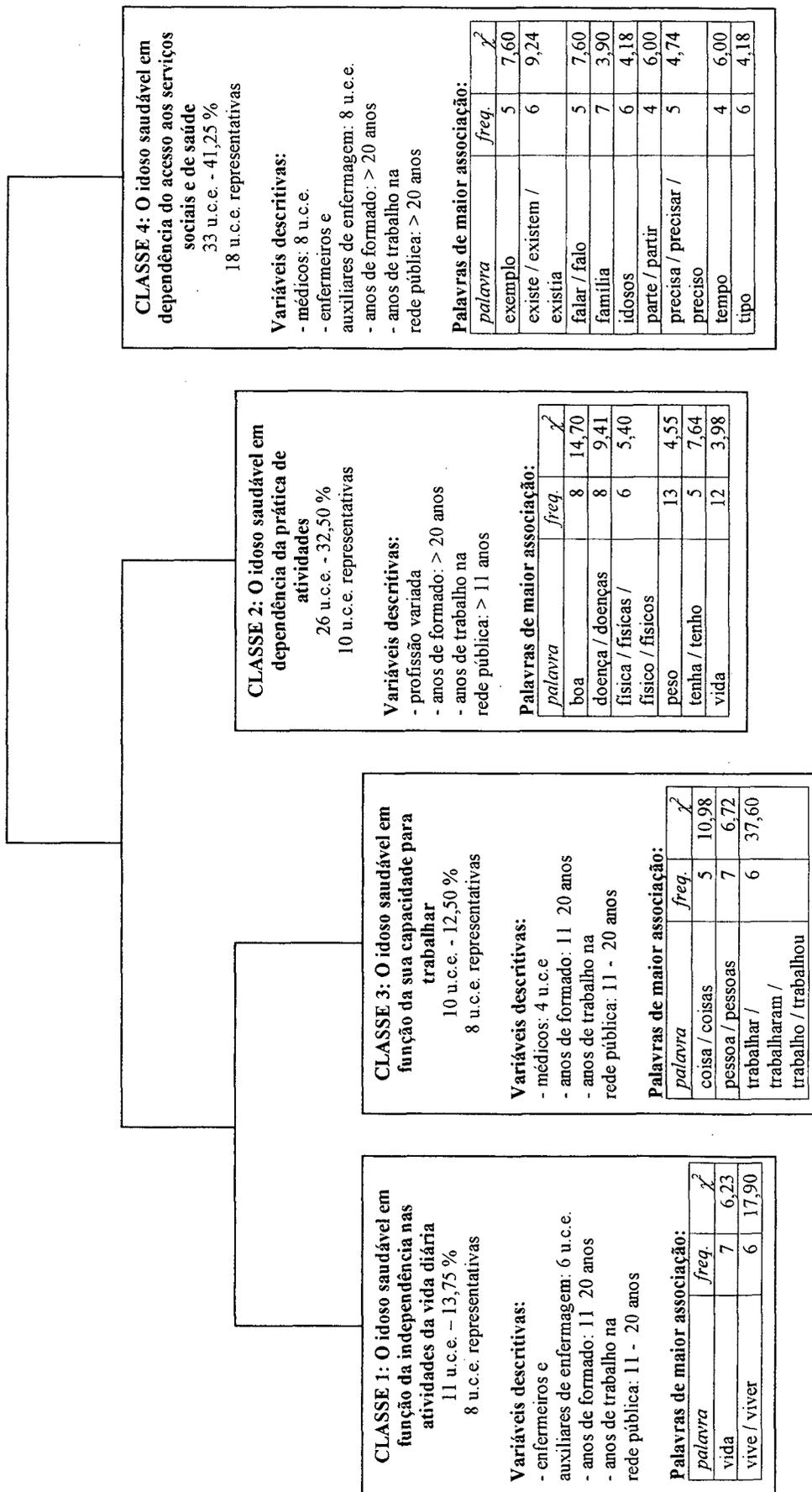
O Alceste, nesse grupo de sujeitos, processou 40 unidades de contexto inicial ou entrevistas que formaram o corpus total da análise. Esse corpus foi dividido em 101 unidades de contexto elementar (u.c.e), que continham 767 palavras diferentes. Desconsideraram-se da análise todos aqueles vocábulos ou expressões que tinham uma frequência inferior a 4. As palavras do Dendograma que têm frequência igual a 4, aparecem nele por terem 100% de ocorrência na classe e um coeficiente χ^2 significativo.

Com a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 93 palavras analisáveis e 72 palavras intrumentos (no total, 165 palavras). As 93 palavras analisáveis ocorreram 1009 vezes e, conforme o princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma dessas palavras analisáveis contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 4 vezes. Na etapa da Análise Hierárquica Descendente, foram obtidas 80 u.c.e das 101 u.c.e em que o corpus dividiu-se inicialmente. Para a análise, considerou-se 79,21% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se os 20,79% restantes das u.c.e.

A seguir, apresenta-se no Dendograma 2 a distribuição das quatro classes de representações sociais acerca do idoso saudável no grupo de trabalhadores da saúde.

DENODOGRAMA 2: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de trabalhadores da saúde (n=40). Florianópolis,

1999.



Conforme mostra o dendograma, na primeira repartição das u.c.e do corpus obtiveram-se duas grandes classes (as classes 4 e 2). Numa segunda repartição, uma das classes (a número 2) deu origem a outras duas (classes 3 e 1), completando quatro classes de representação. A seguir, serão discutidas as classes obtidas.

Classe: O idoso saudável em função da independência nas atividades da vida diária.

O número de u.c.e que compôs esta classe foi 11 (13,75%). Observando-se esse número, verifica-se que, esta classe de representação social não foi a mais importante.

Das 8 u.c.e que tipificaram essa classe, seis foram produzidas por enfermeiras ou auxiliares de enfermagem, uma u.c.e pertence a uma assistente social e a outra, a um médico. Todos estes trabalhadores trabalham na rede pública entre 11 e 20 anos, sendo que alguns já ultrapassam os 20 anos.

Nesse tipo de representação aprecia-se o consenso que existe, entre vários dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados, no que diz respeito à compreensão da saúde na velhice do ponto de vista da capacidade funcional. Segundo esse consenso, é saudável o idoso que é capaz de levantar-se da cama sozinho, preparar sua comida, movimentar-se, tomar banho sozinho e passear, entre outras atividades. As palavras típicas da classe fizeram alusão também a questões relacionadas com a vida como por exemplo viver/vive.

Achamos pertinente salientar que o grau de capacidade funcional muda de uma pessoa para outra. Existem aquelas pessoas que não necessitam nenhuma ajuda para ser independente na vida diária e outras que são totalmente incapazes e dependentes.

É provável que, a profissão de enfermagem tenha sido uma variável que contribuiu para a produção dos conteúdos encontrados nessa classe de representação social. Afinal de contas, grande parte das vezes ao enfermeiro e ao auxiliar de enfermagem lhe correspondem o atendimento de pessoas idosas com incapacidades funcionais.

Do ponto de vista estrutural da representação social, apresenta-se aqui um campo representacional que explica a condição de ser saudável na velhice a partir da

funcionalidade. Nesse sentido, gostaríamos de fazer um breve comentário acerca de um aspecto que foi desenvolvido no referencial teórico do trabalho e que se refere à distinção entre o universo reificado e universo consensual de conhecimentos (Moscovici, 1981).

Conforme Sá (1998), parece que, quando são estudadas representações sociais em grupos de profissionais ou estudiosos de alguma área, é difícil estabelecer nitidamente o que faz parte do universo reificado e o que pertence ao universo consensual. Sabe-se que, no momento de estudar saúde na velhice, o critério de funcionalidade é um aspecto teórico que faz parte do universo reificado de conhecimentos de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde. A partir disso, caberia perguntar se esse dado (independência nas atividades da vida diária) pertence a um universo de senso comum do campo da representação, ou simplesmente é um universo reificado. Será que este campo de representação foi produzido a partir dos mesmos conhecimentos científicos que eles possuem. Infelizmente, essa é uma questão que não será possível responder com os dados deste estudo, no entanto achou-se pertinente sua colocação para futuros trabalhos. Poderíamos reproduzir as seguintes questões colocadas por Sá (1998, p. 58):

“[...] Podemos dizer que os estudiosos ou profissionais de um determinado ramo de conhecimento científico constroem representações sociais de sua ciência ou disciplina? As considerações que eles tecem sobre suas próprias práticas não deveriam fazer parte do universo reificado?”

A seguir apresentamos duas u.c.e em que aparecem os elementos de funcionalidade:

“Um idoso saudável é aquele que leva uma vida totalmente tranquila, mas que não fica parado, que faz tudo na vida” (Entrevistado 34, auxiliar de enfermagem, 27 anos de formada e 27 anos de trabalho na Rede Pública, 46 anos).

“O idoso saudável é aquele que quando chega a uma certa idade com todas suas características, pode ter saúde e pode fazer e levar uma vida normal, que ele possa caminhar, que possa comer o que ele quer, que possa fazer tudo o que um jovem faz” (Entrevistado 28, médico, 28 anos de formado, 20 anos de trabalho na Rede Pública, 54 anos).

O fato de poder fazer tudo na vida e ser independente naquilo que a pessoa idosa faz, dão consistência a esse campo representacional da saúde na velhice. Nesse grupo, uma das categorias considerada mais apropriada para ancorar o assunto idoso saudável foi a autonomia na vida diária.

Classe: O idoso saudável em dependência da prática de atividades.

Essa classe esteve formada por 26 u.c.e, o que representa 32,50% do total de u.c.e. Em comparação com a anterior, foi uma das classes mais importantes desse grupo. Do total de 10 u.c.e que a tipificaram, 5 u.c.e foram produzidas por médicos, 3 por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, 1 u.c.e pertenceu a um farmacêutico e a outra, a um nutricionista. Como na classe anterior, a maior parte desses trabalhadores exercem suas profissões na rede pública entre 11 e 20 anos, e inclusive alguns já ultrapassam os 20 anos de trabalho.

Ao se falar de risco em saúde, considerou-se um fato que potencialmente pudesse produzir dano à saúde de um indivíduo. No caso de pessoas idosas, alguns dos fatores de risco que podem provocar problemas de saúde são os de tipo comportamental, como a monotonia, a ociosidade e a inatividade (Baltes, 1994; Fernández-Ballesteros et al, 1992; Kane & Kane, 1993). E dentro dessa área comportamental encontra-se um outro grupo de padrão de comportamento que ajuda a prevenir doenças como a prática de atividades de qualquer tipo: esportiva, de lazer, etc. Conforme o dendograma, algumas das palavras de maior associação com a classe estão relacionadas a esses conteúdos: doença/doenças, física/físicas e peso, entre outras. Vejamos, a seguir, como alguns dos entrevistados compreendem o objeto da representação social estudado aqui:

“Que tenha uma vida ativa em todos os sentidos, saúde para mim é atividade” (Entrevistado 10, médico, 18 anos de formado, 14 anos de trabalho na Rede Pública, 44 anos).

“O exercício físico é uma das coisas que mais melhora a qualidade de vida de um idoso hoje em dia, e isso é saúde. É uma pessoa que sabe que tem um problema deve-se preocupar com o cuidado para prevenir um agravo maior mais tarde” (Entrevistado 7, farmacêutico, 15 anos de formado, 18 anos de trabalho na Rede Pública, 46 anos).

“Para mim, saudável é a ausência de doenças, mas saudável seria hoje um idoso que não tem doenças, que tenha uma vida equilibrada, que beba moderadamente, que tenha uma atividade física, que caminhe, que tenha uma vida boa” (Entrevistado 18, médico, 30 anos de formado, 18 anos de trabalho na Rede Pública, 50 anos).

A partir dessas u.c.e, não há dúvidas de que existe um consenso para representar um idoso saudável baseado na prática de exercícios físicos. Essa prática parece ser um dos melhores indicadores para estar saudável na velhice. Isso tem sido comprovado em vários dos estudos epidemiológicos que os grupos técnicos de pesquisa da Organização Mundial da Saúde têm desenvolvido.

Do ponto de vista cultural, a prática de atividades físicas contém um profundo selo social. Antigamente, acreditava-se que a melhor situação de um idoso era ficar o mais passivo possível. Felizmente, depois que se iniciaram os primeiros estudos de envelhecimento, e a partir da Primeira Assembléia Mundial de Envelhecimento de Viena em 1982 (Kerrigan, 1982), provou-se o contrário: quanto mais passivo for um idoso, mais probabilidade tem de desenvolver doenças físicas e psíquicas.

As u.c.e dessa classe foram produzidas, fundamentalmente, por médicos. O sentido dessa representação de idoso saudável consistiu em fazer depender esse estado à prática de atividades. Chamaram nossa atenção alguns elementos representacionais da última u.c.e que apareceram nos exemplos, e que afirmam que o idoso saudável é aquele que não tem doenças. Provalvemente esse conteúdo ancora-se num fato bastante improvável, conforme o mostram diferentes achados epidemiológicos que comprovam que é difícil chegar aos sessenta anos sem ter, pelo menos, alguma doença (Hood & Dincher, 1995; Lachs & Pillemer, 1995).

Classe: O idoso saudável em função de sua capacidade para trabalhar.

Do total de u.c.e que foram selecionadas para a análise, essa classe abrangeu 10 u.c.e que representam 12,50% do total. A partir do número de u.c.e que a compõe e assim como aconteceu na primeira classe, a mesma não constitui uma das classes mais importantes do grupo de trabalhadores.

Os tipos de profissões que caracterizam essa classe foram variados (4 u.c.e da classe foram produzidas por médicos; 2 por auxiliares de enfermagem; 1 por um

odontólogo e 1 por uma psicóloga). Outra variável que tipificou a classe foram os anos de formado (entre 11 e 20 anos), e o tempo de trabalho na rede pública (entre 11 e 20 anos).

Os conteúdos dessa representação social remetem a questões relacionadas com diferentes formas de trabalho. No Dendograma 2, observam-se várias palavras associadas a essa questão: trabalhar/trabalharam/trabalho/trabalhou, pessoa/pessoas e coisa/coisas.

Socialmente, a vida no trabalho é uma fonte muito importante de engajamento social de uma pessoa e o trabalho tradicionalmente representa a fase ativa da vida de uma pessoa. Conforme Santos (1990), o desenvolvimento de uma identidade pessoal está em função de múltiplos fatores, alguns dos quais são os papéis profissionais que a pessoa assume na sua vida. Esses papéis sociais estão profundamente imbricados com o trabalho. Daí a estreita relação que existe entre a identidade pessoal e o trabalho de um indivíduo.

Para ilustrar ainda mais a importância que o trabalho pode ter na vida de uma pessoa, transcrevemos uma colocação de Hemingway a respeito da aposentadoria encontrada no livro de Beauvoir (1990, p. 325):

“A pior morte para um indivíduo é perder o que forma o centro de sua vida, e que faz dele o que realmente é. Aposentadoria é a palavra mais repugnante da língua. Seja escolha nossa ou imposição do destino, aposentar-se é abandonar nossas ocupações; essas ocupações que fazem de nós o que somos, equivale a descer ao túmulo”

A obtenção dessa classe nos permite algumas outras reflexões só que, antes de prosseguir com a discussão, gostaríamos de relacionar algumas das u.c.e que a tipificam:

“Trabalhar em coisas alternativas e sobretudo que a sociedade esteja preparada para dar esse amparo, para dar uma continuidade a essa vida, para que a velhice não seja o início de uma morte, ainda quando essa pessoa está lúcida e cheia de vida” (Entrevistado 29, psicóloga, 12 anos de formada, 12 anos de trabalho na Rede Pública, 34 anos).

“[...] que seja ainda um indivíduo que possa dar alguma coisa para a sociedade, que possa se sentir útil, que seja feliz” (Entrevistado 28, médico, 28 anos de formado, 20 anos de trabalho na Rede Pública, 54 anos).

“Um idoso totalmente integrado à sociedade, que pode trabalhar, que tem condições para fazer alguma coisa. Uma pessoa pode ser aposentada e ter a

saúde e estar servindo à sociedade com a experiência dela” (Entrevistado 22, odontologista, 24 anos de formado, 21 anos de trabalho na Rede Pública, 50 anos).

Os conteúdos das u.c.e anteriores remetem a uma representação do idoso saudável relacionada a questões sociais do trabalho. Esses trabalhadores representaram a condição de estar sadio na velhice em função da capacidade que o idoso possa ter para trabalhar. Numa pesquisa realizada por nós sobre a representação social da velhice e do envelhecimento (Veloz et al., 1999), verificou-se (na amostra pesquisada), que a velhice era representada através da perda do papel social do trabalhador e do declínio da capacidade para trabalhar, ou seja, uma pessoa era considerada idosa quando diminuíam suas forças para trabalhar. Em consequência, uma das atribuições causais da velhice era essa diminuição no ritmo de trabalho. Citamos a seguir uma u.c.e produzida por um dos sujeitos naquele estudo (Veloz et al., 1999):

“[...] claro que tudo isso é porque muitas vezes a sociedade nos faz sentir idoso, a sociedade nos usou e agora, quando já sugou tudo, nos joga fora como se fosse um bagaço” (Entrevistado 2, professor aposentado da Universidade Federal de Santa Catarina, 56 anos)

A u.c.e anterior apresenta noções bem semelhantes aos dados obtidos neste trabalho. De acordo com os conteúdos representacionais encontrados neste estudo, observa-se um certo consenso para considerar um idoso saudável na medida em que ele ainda possa trabalhar, embora não seja com o mesmo ritmo de outras faixas etárias. A perda total do papel profissional pode constituir um fator de risco social para que um idoso adoça (Santos, 1990; Fernandez-Ballesteros et al, 1992; Medrado, 1994). A magnitude de tal risco está contida na seguinte afirmação:

“A aposentadoria é a perda do papel profissional, logo, afastamento do sistema de produção. Mas ela é também reorganização espacial e temporal da vida do sujeito, confrontação com a velhice e momento de reorganização da identidade pessoal” (Santos, 1990, p. 21).

O consenso que existe entre estes trabalhadores para representar um o idoso saudável através da manutenção de seu papel de trabalhador, nos faz pensar que para eles, saúde na velhice e trabalho são aspectos intimamente relacionados, só que nem sempre o

idoso consegue trabalhar da mesma forma a como o fazia 20 anos atrás. Essa é a razão pela que devemos destacar o que assinalou o sujeito número 29: se a sociedade não estiver preparada para acolher um idoso e fornecê-lhe um novo papel social ligado ao trabalho, ocorre o que diz o sujeito nro 2 do estudo anterior: os usa, mas os joga fora quando seu ritmo não lhe convém mais (Veloz et al., 1999).

Façamos uma breve comparação entre as três classes de representações anteriores (o idoso saudável em função da independência nas atividades da vida diária; o idoso saudável em dependência da prática de atividades e o idoso saudável em função da sua capacidade de trabalhar), e as palavras evocadas pelos oitenta idosos pesquisados na técnica de evocação livre.

Segundo mostram as tabelas 2 e 3 da discussão, as palavras trabalho/trabalhar, andar/caminhar e atividade física/exercício físico, entre outras, refletem um certo ponto de convergência entre aquilo que os idosos expressam como conteúdos centrais da saúde na velhice e o que os trabalhadores da saúde avaliam como critério para representar a saúde na velhice. Em consequência observa-se, também, um certo consenso representacional entre os três grupos no que diz respeito ao trabalho e à atividade como condições para estar sadio na velhice. No plano representacional, haveria aqui uma convergência entre as necessidades sentidas de saúde expressas pelos idosos e as necessidades normativas que são determinadas pelos especialistas em saúde (e que neste último caso, as mesmas foram exploradas a partir de conhecimentos consensuados, de representações sociais).

Classe: O idoso saudável em dependência do acesso aos serviços sociais e de saúde.

Essa classe abrange 33 u.c.e, o que representa 41,25% do total de u.c.e. Em comparação com as classes restantes, é a que mais u.c.e tem. Das 33 u.c.e da classe, o Alceste selecionou 18 unidades de contexto elementar para representá-la. Dessas 18 u.c.e, 8 pertencem a médicos; 8 a enfermeiros e auxiliares de enfermagem e as duas restantes foram produzidas por um psicólogo e um assistente social, respectivamente. As variáveis relacionadas com os anos de formado e o tempo de trabalho na rede pública são, em ambos os casos, de mais de 20 anos, embora existam algumas u.c.e produzidas por sujeitos que tinham menos tempo de trabalho na rede pública.

Os conteúdos dessa classe apontam diferentes aspectos do atendimento social e de saúde ao idoso representados por algumas palavras do tipo exemplo, família, precisa/precisar/preciso, tipo e tempo, entre outras.

Durante a análise da técnica de evocação livre constataram-se várias palavras que foram evocadas em relação aos serviços de saúde e que caracterizaram um dos núcleos periféricos dos grupos de idosos doentes e dos trabalhadores (tabelas 2 e 4). E novamente são obtidos conteúdos que remetem a um campo da representação social expressa a partir de uma noção semelhante, desta vez na técnica de entrevista.

A categoria acesso à saúde, tal e como Frenck (1985) a apresenta, compreende tanto a disponibilidade de recursos de atenção em determinado local e tempo, quanto as características desse recurso que facilitariam ou dificultariam o acesso ao serviço. Em outros termos, o acesso está relacionado à capacidade que um grupo de pessoas têm para procurar e obter determinado tipo de atenção. E de acordo com as seguintes u.c.e, neste grupo encontrou-se um campo de representação com consenso sobre a qualidade do serviço de saúde. A seguir algumas u.c.e típicas da classe:

“O que mais conta na saúde do idoso é o descaso do governo, isso é essencial, se o governo desse mais atenção, mais ou menos desde os quarenta anos, para se preparar para a velhice, então, se poderia falar de idosos saudáveis” (Entrevistado 5, auxiliar de enfermagem, 18 anos de formado, 18 anos na rede pública, 45 anos).

“Para ser saudável se precisa toda a assistência preventiva, se necessita de todo um trabalho preventivo que os postos de saúde hoje não dão. Para estar saudável se necessita maior atenção da família. (Entrevistado 6, auxiliar de enfermagem, 10 anos de formado, 10 anos na rede pública, 41 anos).

“Aqui por exemplo, na rede pública não existem condições para atender ninguém. Então falar de saúde no idoso no Brasil é uma mentira. Há que mudar muito, muito mesmo. O intuito de saúde está por aí” (Entrevistado 30, médico, 21 anos de formado, 20 anos na rede pública, 48 anos).

“[...] por exemplo, esses idosos que fazem parte dos grupos da terceira idade são idosos saudáveis. Antes não existia nada disso, e o melhor que aconteceu nesta cidade foi criar esses tipos de grupos que buscam a saúde dos velhinhos”

(Entrevistado 5, auxiliar de enfermagem, 18 anos de formado, 18 anos na rede pública, 45 anos).

As u.c.e anteriores refletem nitidamente que a condição de saúde de uma pessoa idosa depende da qualidade do serviço de saúde que se lhe oferece, seja um serviço curativo ou preventivo. Nós diríamos que, conforme os conteúdos produzidos por esses sujeitos nesse centro de saúde da rede do SUS, prevalecem dificuldades nos dois aspectos assinalados por Frenck (1985) a respeito do conceito de acesso. E neste sentido, os trabalhadores do centro foram críticos.

O termo acesso é uma das categorias de análise das políticas de saúde e tem um *status* de universo reificado do conhecimento (Eibenschutz, 1996). Apesar disso, acreditamos que os conteúdos dessa classe, que os próprios trabalhadores da saúde desse centro teceram, estão baseados na sua prática profissional cotidiana. Tem-se construído aqui uma representação social do idoso saudável com uma forte influência de variáveis que operam no dia a dia desses trabalhadores. São eles os que fornecem os serviços de saúde e, ao mesmo tempo, criticam-no. Provavelmente, eles têm uma clareza sobre o distanciamento que existe entre a qualidade da atenção e as necessidades sentidas pela população idosa.

Uma outra noção representacional, relacionada ao acesso aos serviços, diz respeito a várias u.c.e que apontam a situação financeira como condição necessária para garantir a condição de sadio de um idoso. Dessa vez o campo representacional foi explicado a partir de elementos de caráter social. Por exemplo:

“Um idoso saudável é quem tem dinheiro, pelo menos aqui no Brasil. Eu nunca seria bem atendido se não tiver dinheiro. Eu sou muito sincero, e caridade quase não existe hoje no Brasil” (Entrevistado 30, médico, 21 anos de formado, 20 anos na rede pública, 48 anos).

“Estar saudável é o fato do integral no bem-estar. É viver com saúde e com uma situação econômica digna. Mesmo que eu tenha saúde, se minha situação econômica é ruim, eu vou ter medo de um dia eu ficar doente e não poder ser atendida” (Entrevistado 2, assistente social, 24 anos de formado, 24 anos na rede pública, 59 anos).

“Agora o fator econômico é muito importante, porque sem ele tu não tens acesso a boas instituições, a bons atendimentos e a boa alimentação” (Entrevistado 13, auxiliar de enfermagem, 23 anos de formado, 16 anos na rede pública, 40 anos).

Vê-se aqui uma representação social que é veiculada através de aspectos econômicos e financeiros, o que também foi observado em algumas das palavras da técnica de evocação livre. O serviço público de saúde ainda não resolve todas as necessidades sentidas pelos idosos. O serviço privado de saúde também não, sobretudo se levarmos em conta que este é fundamentalmente curativo. No entanto, caso o idoso não tenha acesso ao primeiro, precisa de uma boa situação financeira que lhe garanta o acesso ao segundo.

Em função do que foi dito anteriormente, fica nítido o seguinte: seria mais viável oferecer serviços preventivos de saúde pública, e até aperfeiçoar os serviços curativos existentes, do que fazer com que a população idosa dependa do setor privado de saúde. Na maioria dos casos, a realidade do idoso brasileiro é a de um idoso com falta de recursos econômicos.

4.3.3. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de cuidadores de pessoas idosas (pergunta: como você percebe um idoso saudável?).

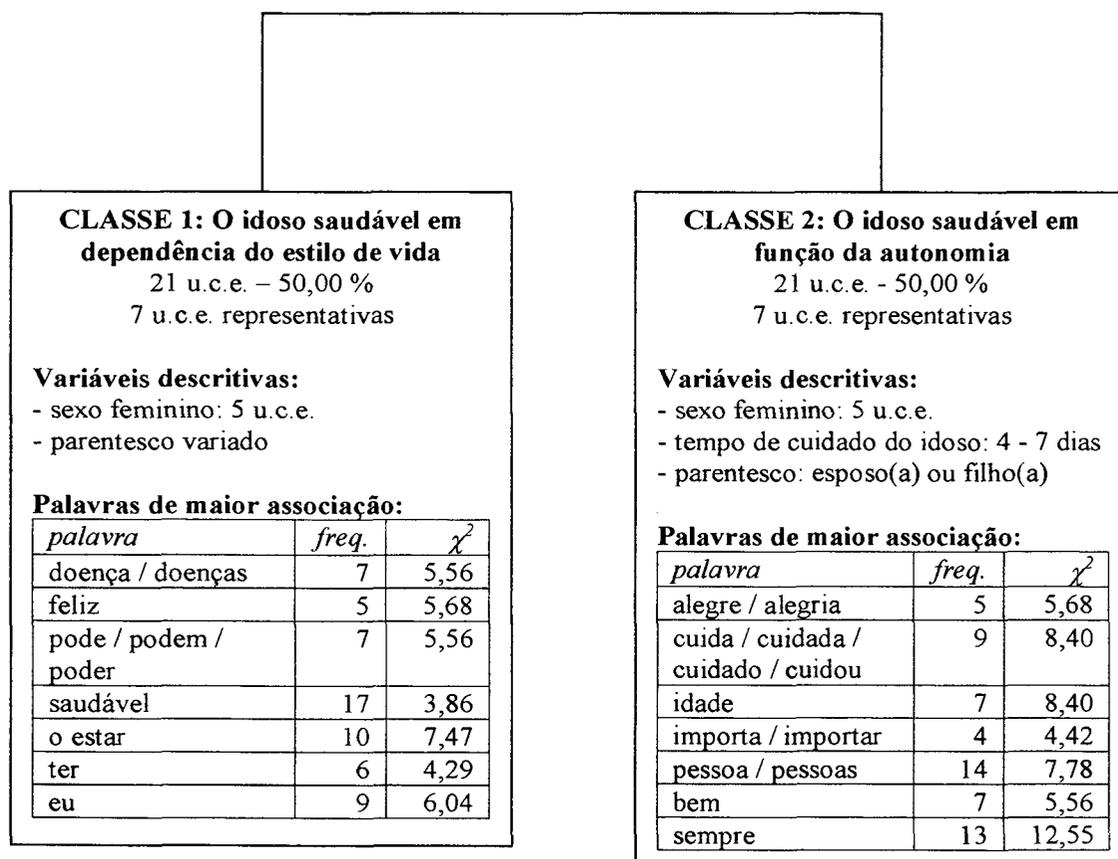
Nesse grupo de sujeitos, o corpus total para a análise de dados teve 20 unidades de contexto inicial (u.c.i) ou entrevistas. O corpus foi dividido em 45 unidades de contexto elementar (u.c.e), que continham 389 palavras diferentes. Da análise foram desconsideradas todos os vocábulos ou expressões que tinham uma frequência inferior a 4.

Com a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 35 palavras analisáveis e 46 palavras instrumentos (no total, 81 palavras). As 35 palavras analisáveis ocorreram 375 vezes e, conforme o princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma dessas palavras analisáveis contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 4 vezes. Na etapa da Análise Hierárquica Descendente, foram obtidas 42 u.c.e das 45 u.c.e

em que o corpus dividiu-se inicialmente. Para a análise, considerou-se 93,33% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se os 6,67% restantes das u.c.e.

Observa-se no Dendograma 3 que houve uma única repartição do corpus em duas grandes classes de representação (as classes 1 e 2).

DENDOGRAMA 3: Distribuição das classes na representação de um idoso saudável- Grupo de cuidadores de pessoas idosas (n=20). Florianópolis, 1999.



Classe: O idoso saudável em dependência do estilo de vida.

Do total de u.c.e que foram selecionadas para a análise, essa classe abrangeu 21 u.c.e que representam 50% do total. Das 7 u.c.e que tipificaram a classe, 5 foram produzidas por pessoas do sexo feminino e 2, por pessoas do sexo masculino. A maior parte desses sujeitos tinham primeiro ou segundo grau; cinco deles eram cuidadores

vezados e dois eram cuidadores únicos e os parentescos que os cuidadores tinham com os pacientes idosos eram variados.

Assim como a maioria das u.c.e que tipificaram a classe, as palavras de maior associação com essa classe (feliz, pode/podem/poder, saudável e o termo estar, entre outras) remetem a noções de promoção de saúde e de cuidados no estilo de comportamento ao longo do curso de vida. São esses estilos de vida que determinam o fato de ser saudável ou doente na velhice. Um dos documentos da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, estabelece que é a população que deve possuir os meios para cuidar de si mesma e ter um controle sobre sua saúde (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Em linhas gerais, o estilo de vida relaciona-se à maneira de viver de uma pessoa. Essa maneira de viver baseia-se na interação que se estabelece, entre as condições de vida e os padrões individuais de comportamentos, os quais têm uma forte influência de fatores socioculturais e pessoais (Organización Panamericana de la Salud, 1992). Nas seguintes u.c.e pode observar-se como os cuidadores de pessoas idosas representaram o idoso saudável a partir dos aspectos anteriores de vida de uma pessoa:

“Eu acho que para poder estar saudável na velhice, as pessoas não podem maltratar tanto o corpo quando são jovens. Saúde é poder ter toda essa estrutura de jovem para poder segurar a velhice, que infelizmente só traz doença à gente” (Entrevistado 1, Cuidador revezado, nora do idoso, primeiro grau, 48 anos).

“Saúde num idoso é ser muito adequado em seus hábitos de vida, mas não agora que está velho, e sim ao longo de toda a vida. Só assim, é que se está saudável na velhice” (Entrevistado 17, Cuidador revezado, nora do idoso, primeiro grau, 39 anos).

“Eu acho que estar saudável na velhice é ter estado saudável durante toda a vida da gente” (Entrevistado 5, único cuidador, filho do idoso, primeiro grau, 29 anos).

“Eu acho que isso é muito individual. Para mim ser saudável na velhice é o resultado de toda uma história de vida que deve ser construída com muito carinho e cuidados de todo tipo” (Entrevistado 13, Cuidador revezado, amiga do idoso, primeiro grau, 65 anos).

Da mesma forma que é difícil falar de um estado ideal de saúde, é difícil, também, definir os estilos de vida que podem ser considerados como ótimos para todas as pessoas. Para considerar um estilo de vida como bom ou ruim, é necessário ter em conta uma série de fatores, dentre os quais cita-se a cultura, a renda financeira, a vida social, a idade, as capacidades físicas, as tradições, o ambiente familiar e o próprio trabalho, entre outros.

No campo da representação social desses sujeitos, há diferentes alusões aos aspectos descritos no parágrafo anterior. É muito interessante que parte dos cuidadores que participaram do estudo tenham manifestado esse consenso acerca do assunto idoso saudável. Como apontou Moscovici (1978, p. 58):

“De fato, representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstruí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto”

O objeto da representação social que foi estudado (idoso saudável) é, sem dúvida alguma, um objeto abstrato. No entanto, nessas u.c.e aparecem conteúdos concretos que explicam sob a base de quais elementos ancorou-se nosso objeto de representação. Nesse caso, a representação social de um idoso enraizou-se socialmente, utilizando elementos mais conhecidos e familiares para os entrevistados e que têm a ver com os hábitos de vida e a história de vida de cada um, entre outros.

Permitam-nos fazer uma rápida comparação entre a classe de representação social obtida por nós neste trabalho e a que foi obtida por Herzlich (1991) no seu estudo sobre representação social da saúde e da doença. No que diz respeito à saúde, a pesquisadora teve como achado uma associação harmoniosa da saúde à pessoa, como se isso fosse natural e não precisasse de explicação. É como se o indivíduo tivesse a sorte de nascer com uma boa constituição e, em consequência, tivesse uma boa saúde. Nesse trabalho, quase trinta anos depois do estudo de Herzlich, um grupo de entrevistados não atribui naturalidade ao fato de estar saudável na velhice. Pelo contrário, conforme as u.c.e relacionadas, uma pessoa pode nascer com uma boa constituição, mas isso não determina que ela vai ser saudável na velhice. Conforme os conteúdos dessas unidades de contexto elementares, os estados de saúde na velhice são construídos pelas pessoas ao longo de todo o curso de vida.

Do ponto de vista histórico, passaram quase trinta anos desde que a pesquisa de Herzlich foi desenvolvida, e nosso trabalho mostra que algumas pessoas têm evoluído no que diz respeito ao conceito leigo de saúde que construíram. Mostra que a representação social também está influenciada por fatores históricos, embora o estudo de Herzlich e o nosso tenham acontecido em culturas e momentos históricos diferentes.

Classe: O idoso saudável em função da autonomia

Semelhante à classe anterior, a mesma apresentou 21 u.c.e (50% do total). Tipificaram a classe 7 u.c.e. A distribuição por sexo destas u.c.e foi igual à da classe anterior (5 u.c.e foram produzidas por pessoas do sexo feminino e 2, por pessoas do sexo masculino). A maior parte destes sujeitos apresentavam primeiro ou segundo graus. Em relação ao tipo de cuidador, 3 pessoas eram os cuidadores únicos e 4 pessoas eram cuidadores revezados. Ao contrário da classe anterior, a maior parte dos cuidadores tinha um parentesco muito próximo com o idoso de que cuidavam (esposo-a ou filho-a).

Apesar da multiplicidade de palavras que tipificaram a classe (alegre/alegria, cuida/cuidada/cuidado/cuidou, idade e sempre entre outras), a maior parte dos conteúdos das u.c.e concretizam uma representação social do idoso saudável em função da autonomia que ele possa ter para realizar uma vida diária normal, independentemente de ter alguma doença crônica. Por exemplo:

“É aquela pessoa que se alimenta bem, que cuida bem de seu coração e da pressão, que consegue, apesar da idade, caminhar sozinho, enfrentar a vida com coragem” (Entrevistado 19, Cuidador revezado, filho do idoso, primeiro grau, 30 anos).

Como já foi colocado em análises anteriores, a autonomia expressa a capacidade funcional de uma pessoa, ao passo que as dependências expressam diversas necessidades de saúde que uma pessoa pode ter. Existem incapacidades que originam diversas necessidades de saúde que nem sempre os profissionais do cuidado formal conseguem satisfazer (médicos, enfermeiros, assistentes sociais). Nessas últimas situações, a família pode tornar-se uma das provedoras mais importantes desse tipo de serviço e outras pessoas do chamado cuidado informal (amigos, vizinhança, voluntários).

Um extenso estudo realizado na Andaluzia, Espanha, acerca da autonomia de idosos que vivem na comunidade, mostrou que a maior parte do cuidado de pessoas com

múltiplos tipos de incapacidades é responsabilidade da família. Somente uma pequena porcentagem de dependências fica ao cuidado de profissionais dos serviços de saúde ou dos serviços sociais (Guia de Atención a la Salud del Anciano, 1992).

Do que foi dito anteriormente deduz-se que, para a família, o cuidado de uma pessoa idosa com incapacidades e até em estado de invalidez não é uma tarefa fácil. O cuidado requer uma mobilização considerável de recursos, que nem sempre essa família possui, sobretudo nos casos em que o idoso tem poucos filhos. Para ilustrar a magnitude que pode atingir esse cuidado, citemos alguns exemplos de problemas que um idoso pode apresentar, embora more na comunidade: problemas físicos de saúde, desorientação temporal ou espacial, falhas na memória, diferentes tipos de doenças demenciais (sobretudo Demência tipo Alzheimer) e problemas de locomoção, entre outros.

A realidade de uma família que entre seus membros, possui pessoas idosas é muitas vezes ter de enfrentar algum desses problemas no futuro. O anterior pode complicar-se ainda mais no Brasil, porque são poucas as regiões em que existem programas direcionados à educação e treinamento de familiares de pessoas idosas ou grupos de auto-ajuda. Em Florianópolis, por exemplo, existe um programa de treinamento e de orientação a familiares de pacientes com Doença de Alzheimer, que é coordenado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Departamento de Enfermagem da própria universidade, que tem resultados muito alentadores nesta área.

Um dos aspectos que mais atinge o cuidador de uma pessoa idosa é a falta de autonomia que o mesmo pode ter. Acreditamos que esse deve ter sido um dos elementos mais familiares que os cuidadores associaram à representação de um idoso saudável. A seguir, outras u.c.e que tipificaram este tipo de representação social:

“O idoso saudável para mim, é aquela pessoa que faz tudo sozinho sem a ajuda de ninguém, sem importar se tem pressão alta ou diabete” (Entrevistado 18, único cuidador, esposa do idoso, primeiro grau, 57 anos).

“É aquela pessoa que se cuidou muito e que ainda se cuida, que não bebe, que não fuma, que não come em excesso à noite, que sempre levou uma vida normal e sem exageros” (Entrevistado 20, único cuidador, esposo da idosa, segundo grau, 68 anos).

Nestas u.c.e aparecem novamente alguns conteúdos referentes ao estilo de vida, só que mais contextualizados à realidade presente de um idoso. Na u.c.e do entrevistado número 18 prevalecem elementos claros de funcionalidade para compreender a condição de sadio de uma pessoa idosa, que pode ter doenças crônicas, mas que não afetam sua autonomia.

4.3.4. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de idosos (pergunta: como você percebe um idoso doente?).

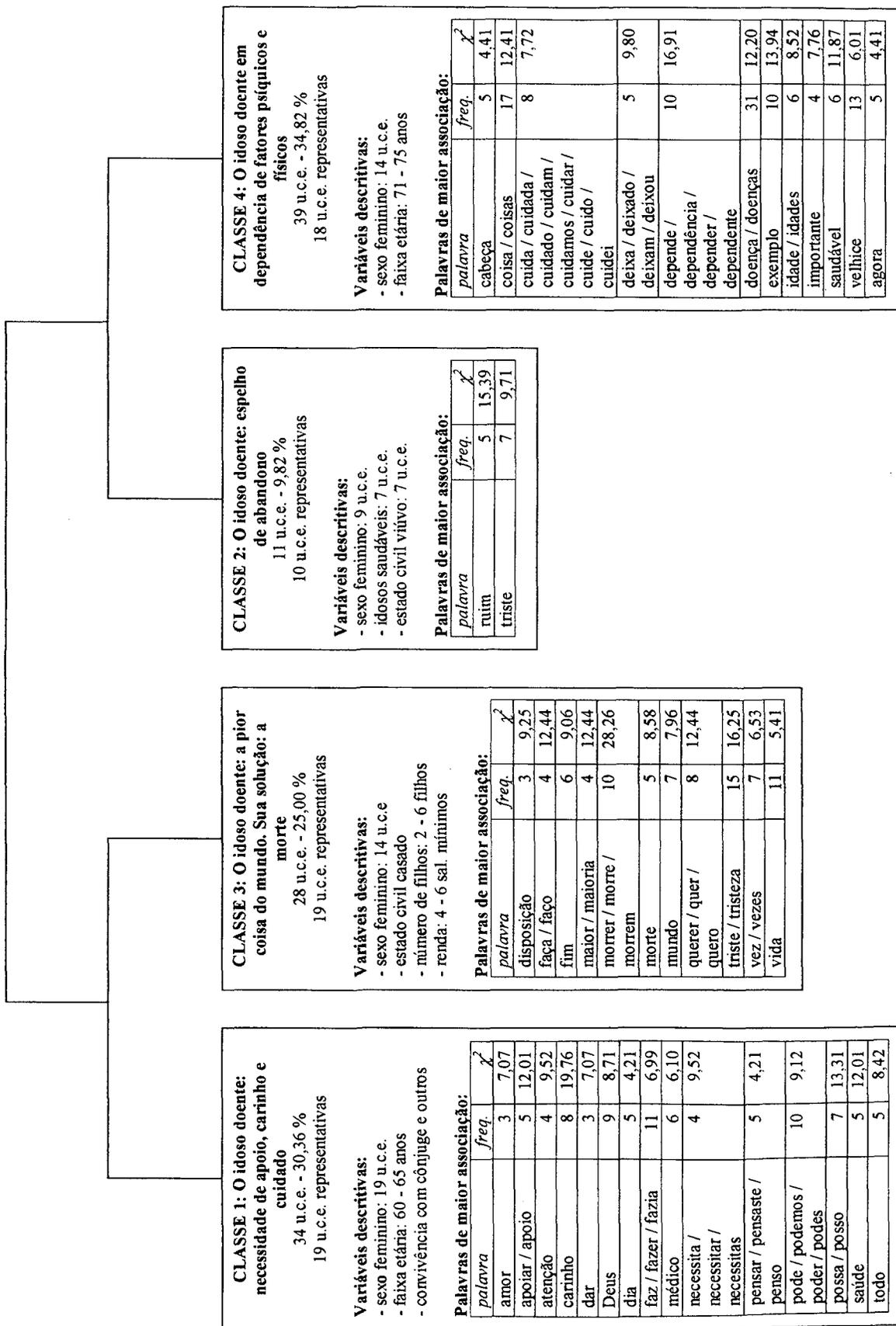
Na análise deste corpus foram processadas 80 unidades de contexto inicial ou entrevistas. O software Alceste dividiu o corpus em 182 unidades de contexto elementar (u.c.e), que continham 934 palavras diferentes. Desconsideraram-se da análise todos os vocábulos que tinham uma frequência inferior a 4. Nos casos de que o Dendograma 4 mostrar palavras com frequência igual a 4, deve-se ao fato de que elas ocupam 100% de ocorrência nessa classe, além de terem um coeficiente χ^2 significativo.

Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 132 palavras analisáveis e 106 palavras instrumentos (no total foram 238 palavras). As 132 palavras analisáveis ocorreram 1990 vezes e teoricamente, pelo princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma dessas palavras contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 6 vezes.

Na etapa da Análise Hierárquica Descendente foram obtidas 112 u.c.e das 182 u.c.e em que o corpus foi inicialmente dividido (a análise considerou 61,54% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se os 38,46% restantes das u.c.e).

No Dendograma 4 mostra-se a distribuição que as quatro classes de representações sociais apresentaram no grupo de pessoas idosas ao perguntarmos como percebiam um idoso doente.

DENDOGRAMA 4: Distribuição das classes na representação de um idoso doente- Grupo de idosos (n=80). Florianópolis, 1999.



O dendograma 4 mostra um esquema da distribuição das classes. Observa-se o título de cada uma das classes, seguido pelo número de u.c.e que a compõe, a descrição da classe de acordo com as variáveis, assim como as palavras de maior associação com a classe em função do coeficiente obtido na prova de associação χ^2 . Conforme o dendograma, houve uma primeira repartição do corpus em duas grandes classes (as números 4 e 1). Numa segunda subdivisão, cada uma dessas duas classes deu origem a uma outra classe (a classe 2 e a 3 respectivamente), formando 4 classes de representação social.

Classe: O idoso doente: necessidade de apoio, carinho e cuidado.

Neste grupo de idosos, essa classe resultou ser uma das mais importantes em correspondência com o número de u.c.e que a compôs (34 u.c.e, o que equivale a 30,36% do total). O número de u.c.e que tipificou a classe foi 19, sendo que as 19 u.c.e foram produzidas por participantes do sexo feminino. Do total de unidades típicas da classe, 10 u.c.e pertenciam a pessoas do grupo de idosos doentes que procuravam os serviços de saúde, e 9 u.c.e pertenciam a idosos saudáveis que participavam dos grupos preventivos da Policlínica. Em relação à variável idade encontrou-se uma predominância da faixa etária de 60 a 65 anos. Algumas das mulheres que se agruparam nessa classe estavam casadas no momento da coleta de dados (moravam com o cônjuge, ou com o mesmo e outras pessoas), outras eram viúvas ou solteiras e moravam sozinhas ou com filhos.

Pode observar-se no Dendograma 4, as palavras de maior associação com a classe remetem a conteúdos diretamente relacionados com o cuidado, o apoio e o carinho que um idoso doente precisa, por exemplo: amor, apoiar/apoio, atenção, carinho, dar e necessita/necessitar/necessitas, entre outras.

Na análise dos resultados da técnica de evocação livre (quando era utilizada a expressão indutora “doença na velhice”), apareceram várias palavras referentes ao cuidado e, novamente, um dos dados da entrevista foram conteúdos relacionados ao cuidado, ao apoio e ao carinho que um idoso doente necessita.

Num primeiro momento, a técnica de evocação livre permitiu obter o universo semântico mais espontâneo que tinham as pessoas entrevistadas sobre a expressão “doença na velhice”. Num segundo momento, a entrevista forneceu um aprofundamento

em alguns dos conteúdos que já tinham sido obtidos na técnica de evocação livre e um exemplo dessa relação foi o referente ao cuidado.

Tradicionalmente, o cuidado familiar de um idoso doente tem sido responsabilidade de filhas, de noras ou de netas. É possível que esse seja um dos fatores que contribuiu para que as u.c.e que tipificaram essa classe fossem produzidas por mulheres. Vale ressaltar que nesse estudo encontraram-se, também, entrevistados do sexo masculino (filhos, netos) que cuidavam de idosos doentes hospitalizados.

Na atualidade muitas mulheres atravessam múltiplas dificuldades ao ter que cuidar uma pessoa idosa doente. Isso se deve, entre outros fatores, à mudança do papel social da mulher, diretamente relacionado à atividade de trabalho. As mulheres são, na sociedade atual, cada vez mais uma força de trabalho fundamental, o qual tem reduzido ostensivamente a probabilidade de que elas estejam sempre disponíveis para o cuidado de idosos doentes.

Para compensar essa dificuldade, em alguns países criam-se redes de apoio estruturadas a partir de parentes, vizinhos e amigos que, por um lado, facilitam o contato social, e por outro, fornecem a assistência e o cuidado de que um idoso doente necessita (OMS, 1984; Fernández-Ballesteros et al, 1992; Kane & Kane, 1993; Guia de Atención a la Salud del Anciano, 1992). Em Florianópolis, por exemplo, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina oferece cursos especiais para pessoas que queiram dedicar-se ao cuidado e a assistência de pessoas idosas que moram na comunidade. Essas pessoas são formadas como monitores de ação gerontológica e, sem dúvida alguma, tornam-se uma fonte muito proveitosa de assistência e de cuidado social comunitário.

O apoio social que pode ser fornecido ao idoso, seja pela família, pelos amigos ou pela sociedade em geral, constitui uma poderosa ferramenta que auxilia a cura do idoso doente, ou que previne a doença nos idosos que ainda são saudáveis. O consenso obtido entre os idosos entrevistados no que diz respeito a esse tipo de conteúdo mostra como eles reconhecem os benefícios que têm as relações sociais para a saúde de pessoas maiores de sessenta anos.

A seguir algumas u.c.e que confirmam o consenso desses conteúdos:

“O idoso necessita de alguém disponível na hora da doença, alguém que possa lhe dar apoio e o carinho do mundo, a atenção” (Entrevistado 7, grupo de idosos doentes, solteira, mora sozinha, recebe R\$ 800,00/mês e tem 65 anos).

“A pior doença é estar idoso e doente e ficar numa cama sem que ninguém nunca dê para a gente um carinho ou um abraço. Isso é pior que um infarto” (Entrevistado 37, grupo de idosos doentes, viúva, mora com uma filha, recebe R\$ 400,00/mês e tem 68 anos).

Uma análise mais detalhada das u.c.e dessa classe mostrou outros tipos de conteúdos que remetem à ideia de abandono, que muitas vezes está presente na vida de pessoas idosas doentes, mesmo as que possuem familiares que possam cuidar delas. Conforme poderá ser avaliado nas próximas u.c.e da classe, na perspectiva dessas mulheres idosas (doentes ou saudáveis), só resta se entregar em uma fé religiosa para suportar os efeitos da doença. Na maior parte desses conteúdos do campo da representação não existe uma alusão a Deus como possibilidade de cura, mas sim como manifestação de conformismo com a doença, que faz parte do sofrimento humano e do abandono familiar de um idoso doente.

O fato de ter encontrado esses tipos de explicações conformistas e religiosas à doença na velhice deve-se, entre outros fatores, ao próprio catolicismo que grande parte dos idosos professavam. Em alguns textos sagrados da bíblia, o sofrimento expresso a partir da doença representa um dos caminhos de Deus. Essa doutrina aparece em vários livros, por exemplo no livro de Jó 7, 1-3 e 14,1 (Bíblia Sagrada, 1996).

Apresentamos algumas u.c.e que mostram o que foi comentado anteriormente:

“É muito triste, porque se ele está doente não pode se virar, não pode fazer nada sozinho e nem sempre tu tens à família que te ajuda. O idoso doente é triste e só lhe resta se colocar nas mãos de Deus” (Entrevistado 74, grupo de idosos saudáveis, casada, mora com o esposo e um filho, recebe R\$ 500,00/mês e tem 70 anos).

“O idoso doente dá dor, dá vontade de você ajudar, de você apoiar se a gente poder. O melhor é fazer muito por aquela pessoa e orar e pedir a Deus para que ela melhore, ou saia rápido da vida se a doença for muito grave” (Entrevistado

73, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora sozinha, recebe R\$ 360,00/mês e tem 65 anos).

“[...] um idoso doente é uma pessoa que a gente tem que ajudar, tem que dar conforto, pedir a Deus que ele se conforme com a doença, porque todos nós temos que sofrer” (Entrevistado 54, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com uma filha, recebe R\$ 300,00/mês e tem 68 anos).

Muitos dos conteúdos do campo dessa representação social do idoso doente refletem a realidade vivenciada por muitas pessoas maiores de sessenta anos que são portadoras de incapacidades. Essas pessoas não conseguem suportar o ritmo da vida comunitária, justamente pela falta de pessoas que cuidem delas. De um lado, existem idosos que possuem família, mas cujo envolvimento social é tal, que a impossibilita de atender as necessidades do idoso doente. Em casos piores, a família recusa-se à atender o idoso. De outro, muitos idosos doentes não têm filhos e vivem sozinhos sem redes comunitárias suficientes que possam apoiá-los. Em inúmeras ocasiões, esses últimos só têm uma alternativa para sobreviver: os asilos.

A maior parte dos idosos entrevistados (tanto do grupo de idosos doentes quanto do grupo de idosos saudáveis), possuíam filhos ou outros familiares. No entanto, nessa classe de representação, os conteúdos das entrevistas dos idosos (principalmente das mulheres) não mostraram ter certeza de que, na condição de doentes, seriam assistidas pelos familiares.

Na análise das classes de representação social do idoso doente, encontradas no grupo de cuidadores de pessoas idosas doentes, poderão ser discutidos outros conteúdos referentes ao cuidado no contexto familiar e, dessa vez, será da perspectiva do cuidador.

Classe: O idoso doente: espelho de abandono.

Essa classe apresentou 11 u.c.e (equivale a 9,82% do total de u.c.e). O número de u.c.e que tipificou a classe foi 10. Da mesma forma que na classe anterior, os conteúdos dessa representação social foram produzidos, na maior parte, por pessoas do sexo feminino (das 10 u.c.e que tipificaram a classe, 9 pertencem a mulheres). Do total de unidades típicas da classe, 7 u.c.e pertenciam a pessoas do grupo de idosos saudáveis que participavam dos grupos preventivos da Policlínica e 3, ao grupo de pessoas doentes que procuravam os serviços de saúde. Das 10 u.c.e típicas da classe, sete (7) foram

produzidas por mulheres viúvas que moravam sozinhas ou com filhos. Por essa razão, a viuvez foi uma das variáveis que caracterizou a representação social desse grupo.

Observe-se no dendograma que as palavras de maior associação com a classe apresentaram conteúdos que remetem à uma imagem muito triste de um idoso doente, por exemplo triste e ruim.

Na seção I da Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994, estabeleceu-se que, no Brasil, um dos princípios da Política Nacional do Idoso é a obrigação que a família, a sociedade e o estado têm de assegurar a ele os direitos de cidadania e que não sofra qualquer tipo de discriminação (Diário Oficial, 1994). A Política Estadual do Idoso em Santa Catarina também estabeleceu leis e prioridades no que diz respeito ao cuidado de um idoso (sobretudo do idoso doente). Dessas legislações se deduz que o atendimento ao idoso deve ser priorizado, mas a rede de serviços nem sempre consegue garanti-lo.

Do ponto de vista da infra estrutura de saúde, em Florianópolis-capital, existem mais de 40 centros de saúde, e de acordo com os conteúdos das u.c.e encontradas no campo da representação social dessa classe, nem sempre o idoso recebe a atenção e os cuidados de que ele precisa. Por exemplo:

“Para mim é a coisa mais triste porque tem filhos que não querem cuidar dos pais doentes e os abandonam. Por isso é triste. Eu imagino um idoso doente sempre abandonado, que não tem ninguém para cuidar dele, que em geral não tem dinheiro para comprar seus remédios, que ninguém liga para eles, porque para que? Já está velho demais” (Entrevistado 64, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com um filho, recebe R\$ 130,00/mês e tem 72 anos).

“O governo deveria se preocupar com o atendimento social dele, com seus problemas, se ele está na rua, por exemplo, porque os jovens de hoje não ligam mais para o idoso, imagina o governo” (Entrevistado 5, grupo de idosos doentes, viúva, mora com um filho, recebe R\$ 260,00/mês e tem 62 anos).

“É triste, é o pior que tem na vida. É aquele idoso que além de estar doente, sua situação financeira quase sempre é ruim. Um idoso doente é, muitas vezes, um idoso desprezado. Nós estamos neste mundo, mas as pessoas diferenciam os outros pela situação de dinheiro. E isso é muito ruim, e nós quase nunca temos

boa situação financeira” (Entrevistado 25, grupo de idosos doentes, casado, mora com a esposa e um filho, recebe R\$ 250,00/mês e tem 71 anos).

Sabemos que alguns dos idosos entrevistados apresentavam problemas de saúde. Pelos conteúdos encontrados nessa classe de representação, achamos que de acordo com Galtung (1979), muitos desses idosos possuíam necessidades de proteção e de promoção a sua saúde.

Conforme foi exposto no referencial teórico, uma necessidade de saúde define-se de acordo com aquilo que faz falta para que a situação problemática se torne uma situação desejada. Os resultados obtidos aqui nos permitem deduzir que existe um grupo de sujeitos vivenciando o abandono de sua saúde, seja por parte dos centros de saúde, como pela sociedade em geral.

Essa representação agrupa aspectos muito negativos da doença na velhice. Por um lado, os conteúdos da representação remetem à dor e à piedade que muitas pessoas sentem por um idoso doente; por outro, refletem o que algumas pessoas idosas constataam na sua vida: o abandono e o desprezo por estarem doentes. Pode parecer dramático, mas neste estudo a realidade da doença na velhice fez com que encontrássemos um núcleo figurativo da representação social de um idoso doente. Vejamos, a seguir:

“Doença na velhice é bem diferente da doença numa criança, que logo fica boa. O idoso não. Ele vai para atrás que nem caranguejo” (Entrevistado 60, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com dois filhos, recebe R\$ 260,00/mês e tem 61 anos).

Kübler-Ross (1977), no seu livro sobre a morte e o morrer, aponta que nem sempre o sacrifício financeiro de uma família consegue uma melhora na saúde de um idoso doente, fato que é diferente nas crianças. Essa afirmação pode ser constatada em muitas famílias que possuem idosos doentes.

Anteriormente, assinalamos que na última u.c.e descrita há um núcleo figurativo. Expliquemos brevemente o porquê dessa afirmação. Conforme foi exposto no referencial teórico, o processo de objetivação expressa tudo aquilo que é social numa representação social. Numa das fases desse processo, os grupos tentam descobrir os aspectos icônicos de um conceito que ainda é mal definido por eles e, a partir de critérios culturais, o grupo faz equivaler o conceito a uma imagem. Para fazer essa equivalência, o grupo escolhe

somente as palavras que possuem um potencial de imagem. No exemplo anterior, a frase “o idoso doente vai para atrás que nem caranguejo”, ilustra nitidamente um dos núcleos figurativos da representação social de um idoso doente.

Visto que se este núcleo figurativo somente apareceu na entrevistada número 60, não podemos deduzir que o mesmo fez parte das produções dos outros sujeitos. Contudo, podemos afirmar que, culturalmente, é uma crença muito espalhada entre a população o fato de conceber o idoso doente como uma pessoa que não tem mais possibilidades. Medrado (1994), por exemplo, encontrou alguns conteúdos da representação social de um idoso que, de alguma maneira, assemelham-se ao núcleo figurativo encontrado aqui (não tem destino; não vai para a frente; não volta).

Em sentido geral, os conteúdos obtidos nessa classe de representação social nos remetem ao seguinte: - a doença na velhice é um dos alvos de muitas conversas nos grupos de idosos; - o que se viu anteriormente permite colocar a dimensão socializada que a mesma tem na linguagem; - para que uma ação de saúde se torne eficaz, é imprescindível conhecer como o cliente idoso compreende o que significa estar doente na velhice; - sob a base da compreensão dessa dinâmica social de representações, o especialista em saúde poderia explorar as necessidades sentidas de saúde dos idosos que atende.

Classe: O idoso doente: a pior coisa do mundo. Sua solução: a morte.

Essa classe apresentou um número alto de u.c.e (28 u.c.e que equivalem a 25% do total de u.c.e). Tipificaram a classe 19 u.c.e. Dessas 19 u.c.e, 14 foram produzidas por mulheres e 5 por homens. Dentre as variáveis que determinaram essa classe de representação social encontram-se o estado civil (predominaram as pessoas casadas), o número de filhos (entre 2 e 6 filhos) e a renda financeira (entre 4 e 6 salários mínimos). Do total de unidades típicas da classe, 10 pertenciam a pessoas doentes que procuravam os serviços de saúde e 9, a pessoas do grupo de idosos saudáveis que participavam dos grupos preventivos da Policlínica. Quase todas as pessoas que produziram as u.c.e típicas da classe moravam com o cônjuge, com filhos ou com outras pessoas (16 pessoas).

A representação social de um idoso doente dessa classe organizou-se em torno da noção de morte. As palavras de maior associação com a classe remetem à essa noção: fim, morrer/morre/morrem, morte, mundo e triste/tristeza, entre outras.

Na formação e funcionamento de uma representação social intervêm dois processos básicos: a ancoragem e a objetivação. Discutamos nessa classe de representação, alguns elementos que se referem à ancoragem. Quando um grupo tenta compreender algum objeto da realidade, utiliza todos os seus pensamentos anteriores. Dessa forma, o grupo transforma o objeto desconhecido e estranho da representação, em categorias que lhe são mais familiares.

As seguintes u.c.e da classe refletem como esses sujeitos têm ancorado, no seu universo de conhecimentos cotidianos, o assunto idoso doente.

“É triste segundo a doença que tiver. Quando se passa para a doença nada é bom. É o pior do mundo. A doença é o fim do mundo” (Entrevistado 16, grupo de idosos doentes, casada, mora com o esposo e um filho, recebe R\$ 600,00/mês e tem 66 anos).

“Quando a gente está doente, a gente pensa que vai morrer, que vai ficar numa cama para sempre, que vai precisar de ajuda sempre. Um idoso doente é a maior tristeza do mundo, dá vontade de pedir a Jesus que leve a gente de uma vez. Já é idoso, e ainda doente e incapacitado. É o fim do mundo” (Entrevistado 14, grupo de idosos doentes, casada, mora com o esposo, recebe R\$ 400,00/mês e tem 61 anos).

“Acho que é o pior de tudo. Acho que é aquele pessoa que não tem disposição para nada, que não vai para a frente, porque a maioria das doenças do idoso levam quase sempre para a morte” (Entrevistado 42, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com um filho, recebe R\$ 350,00/mês e tem 66 anos).

“É muito triste. Estar doente na velhice é morrer de uma vez, porque estar doente não adianta. Eu sempre peço que quando ficar doente quero que Deus me leve logo, que me mate de repente” (Entrevistado 11, grupo de idosos doentes, viúva, mora sozinha, recebe R\$ 130,00/mês e tem 71 anos).

“Um idoso doente é a pior coisa do mundo. Quando eu ficar doente eu quero morrer logo. Um idoso doente é aquele que sempre está sozinho, que nem eu, que às vezes acabo meu dia, e minha filha nem fala comigo porque acha que sempre estou reclamando” (Entrevistado 77, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora com um filho, recebe R\$ 700,00/mês e tem 72 anos).

Foi intencional o fato de colocar este número grande de u.c.e como exemplos da classe. Ficou claro que uma das formas de nomear um idoso doente é através da morte. Esse grupo compreendeu o assunto de um idoso doente a partir de um protótipo social muito mórbido e pejorativo, mas que tem um cunho social concreto. Como diz Debert (1996, p.39), ao se referir à imagem de um velho brasileiro:

“Um ser indiscriminado, empobrecido, isolado, dependente da família ou do Estado, em crise de identidade, com um atestado prematuro de óbito físico e social”

Se um idoso ficar doente, e segundo as u.c.e produzidas por estes entrevistados, a morte chega a ser um fato desejado por eles. Chama a atenção que, das cinco u.c.e relacionadas, três foram produzidas por pessoas que estavam sendo atendidas na Policlínica por apresentarem problemas de saúde, ou seja, no momento da coleta de dados eles se diziam pessoas doentes. Contudo, achamos que o tipo de doenças que eles possuíam não era tão grave ao ponto de determinar essa representação social do idoso doente associada a morte. Então, a partir de que fato esses idosos puderam desenvolver essa relação tão negativa com a doença na velhice?

Ao analisarmos essas u.c.e podemos discernir um outro elemento que diz respeito às doenças incapacitantes que limitam a vida do idoso e a vida das outras pessoas que deverão cuidar deles. Vivemos numa sociedade em que se valoriza tanto a independência, que os idosos doentes preferem morrer a ter que correr o risco de depender dos outros. Nesses conteúdos representacionais cumpre-se a antiga crença popular de que para uma pessoa doente, a morte não é o problema, mas sim o processo de morrer. Nas u.c.e que foram citadas anteriormente está presente este medo ao processo de morrer sofrendo.

Em relação a esse temor pelo processo de morrer que a pessoa idosa sente quando está doente e incapacitada, Beauvoir (1990), cita no seu livro sobre a velhice o desejo de morte que Freud sentia nos seus últimos anos de vida. Numa das cartas escritas por Freud a um de seus amigos, a autora conta que o pai da Psicanálise desejava morrer para ficar livre do sentimento de inadequação que afetava a idade.

Observa-se nessa terceira classe de representação social que, entre as pessoas que a compartilham, existe um consenso para desejar a morte quando suas necessidades de saúde não podem mais ser solucionadas pelos serviços de saúde. Deduz-se, pois que, se o

problema de saúde não pode ser curado, o grupo compartilha da idéia de que há uma única solução: a morte.

Classe: O idoso doente em dependência de fatores psíquicos e físicos.

Finalmente, dos quatro tipos de representações sociais encontradas nos oitenta idosos entrevistados, essa foi a classe que apresentou maior número de u.c.e (39 u.c.e que equivalem a 34,82% de um total de 80 entrevistas). Esse número de u.c.e permite inferir que foi o tipo de representação social mais compartilhado pelo grupo. Dessas 39 u.c.e, a classe ficou tipificada por 18 unidades. Quatorze u.c.e foram produzidas por mulheres e somente quatro por homens e, como as anteriores, essa classe foi predominantemente feminina. Os sujeitos que produziram um número maior de u.c.e da classe pertenciam ao grupo de idosos saudáveis (10 sujeitos). Os oito sujeitos restantes pertenciam ao grupo de pessoas doentes que procuravam os serviços de saúde. Quase todas as pessoas que produziram as u.c.e típicas da classe moravam com o cônjuge, com filhos ou com outras pessoas (14 pessoas).

Conforme mostra o Dendograma 4, as palavras que se aglutinaram nessa classe foram muito variadas refletindo diversos conteúdos relacionados a aspectos físicos e psíquicos da doença na velhice. Por exemplo os termos cabeça, cuida/ cuidada/ cuidado/ cuidar/ cuidam/ cuida/ cuida/ cuidei, depende/ dependência/ dependente/ depender, idade/ idades e doença/ doenças, entre outras.

Na técnica de evocação livre, tanto a expressão indutora “saúde na velhice” quanto “doença na velhice” induziram diversos vocábulos referentes a aspectos psíquicos e físicos. Neste sentido, as tabelas 1, 2, 3, 6 e 7 mostraram palavras e expressões, tais como cabeça da gente, mente boa, otimismo, bons pensamentos e disposição, entre outras.

A seguir apresentamos alguns exemplos de u.c.e da classe, que mostram a influência que exercem os aspectos psíquicos e emocionais sobre a possibilidade de ficar doente na velhice:

“A idade não faz a doença. É a gente quem faz a doença. A doença depende da cabeça de cada um. O problema é não se ver doente no espelho e sim saudável” (Entrevistado 8, grupo de idosos doentes, viúva, mora com um filho, recebe R\$ 500,00/mês e tem 72 anos).

“Para mim, sempre a cabeça é mais importante que o corpo, mas um depende do outro. Eles estão muito ligados, agora, é a cabeça quem comanda tudo. Tudo aquilo que te leva para o espiritual te leva a estar doente ou sadio. A cabeça te mantém a estabilidade” (Entrevistado 23, grupo de idosos doentes, casado, mora com a esposa, recebe R\$ 3.500,00/mês e tem 63 anos).

“A doença depende da cabeça da gente. A cabeça faz a doença do corpo. Eu, por exemplo, o outro dia tive uma queda e melhorei rápido porque meu marido só fez uma missa para rezar por mim e me curar. Isso pode ser saudável” (Entrevistado 55, grupo de idosos saudáveis, casada, mora com o esposo e um filho, recebe R\$ 130,00/mês e tem 74 anos).

As u.c.e anteriormente descritas indicam que essa classe de representação social do idoso doente organizou-se em torno de duas noções centrais, uma das quais é justamente o aspecto psico-emocional. A outra noção refere-se aos aspectos físicos da doença em termos de incapacidade.

De acordo com Fernandez-Ballesteros et al (1992), existem pesquisas que comprovam a relação que existe entre os aspectos emocionais e o fato de estar doente na velhice. De um lado, este tipo de conhecimento reificado tem apontado, entre outros achados, para o pessimismo dos idosos em resposta a determinadas doenças, pelo impacto que estas produzem na sua vida diária. De outro lado, apontam para a seguinte hipótese: um estado de ânimo pessimista pode levar a um idoso a sentir-se doente.

O parágrafo anterior faz alusão a aspectos reificados do conhecimento científico, que também estão presentes no senso comum de conhecimentos que é compartilhado por esse grupo de idosos (conforme as u.c.e anteriormente reproduzidas). Nas noções e juízos desses sujeitos não existem conceitos e definições próprias da linguagem científica. Contudo, parece-nos relevante o fato de que, para explicar e tornar familiar o assunto idoso doente, este grupo tenha utilizado elementos presentes no conhecimento científico, só que desta vez com verbalizações típicas do senso comum. Por exemplo: a doença depende da cabeça da gente.

Nessa classe de representação há uma estreita relação entre os dois tipos de universos de conhecimentos: o reificado e o consensual. A relação que existe entre os aspectos emocionais e a probabilidade de adoecer pode ter sido uma das características

não familiares do assunto que levaram esses sujeitos à noção do psíquico na representação social de um idoso doente. Nas palavras de Moscovici (1984), é como se esse grupo de sujeitos desse forma ao assunto idoso doente a partir dos aspectos que o tornam acessível a qualquer pessoa. Ao absorver a característica não familiar dessa relação entre o psíquico e o físico, surge uma representação sustentada em elementos familiares e conhecidos. Por exemplo, a cabeça faz a doença do corpo.

Uma segunda noção que está presente nessa classe de representação é a relacionada a aspectos físicos de dependência, isto é, representam um idoso doente a partir das limitações que o mesmo desenvolve para enfrentar as atividades da vida diária. Vejamos algumas u.c.e:

“[...] O idoso doente é aquele que fica na dependência dos outros para administrar sua vida. É a doença a que te incapacita para tudo” (Entrevistado 44, grupo de idosos saudáveis, solteira, mora sozinha, recebe R\$ 1.000,00/mês e tem 65 anos).

“O velho doente só traz problemas para a família. Eu por exemplo, agora estou deprimida e nem falo com minha filha porque é pior. Ela se preocupa e eu seria uma carga a mais para ela, e não é justo” (Entrevistado 62, grupo de idosos saudáveis, viúva, mora sozinha, recebe R\$ 500,00/mês e tem 65 anos).

O grupo utiliza idéias de dependência social para entender o que é um idoso doente. Tanto na técnica de evocação livre quanto na entrevista, esse modo de compreender o assunto foi amplamente compartilhado entre os sujeitos. Infere-se que a incapacidade que uma pessoa idosa possa ter para atender suas próprias necessidades básicas, é uma das noções centrais da representação social de um idoso doente.

4.3.5. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de trabalhadores da saúde (pergunta: como você percebe um idoso doente?).

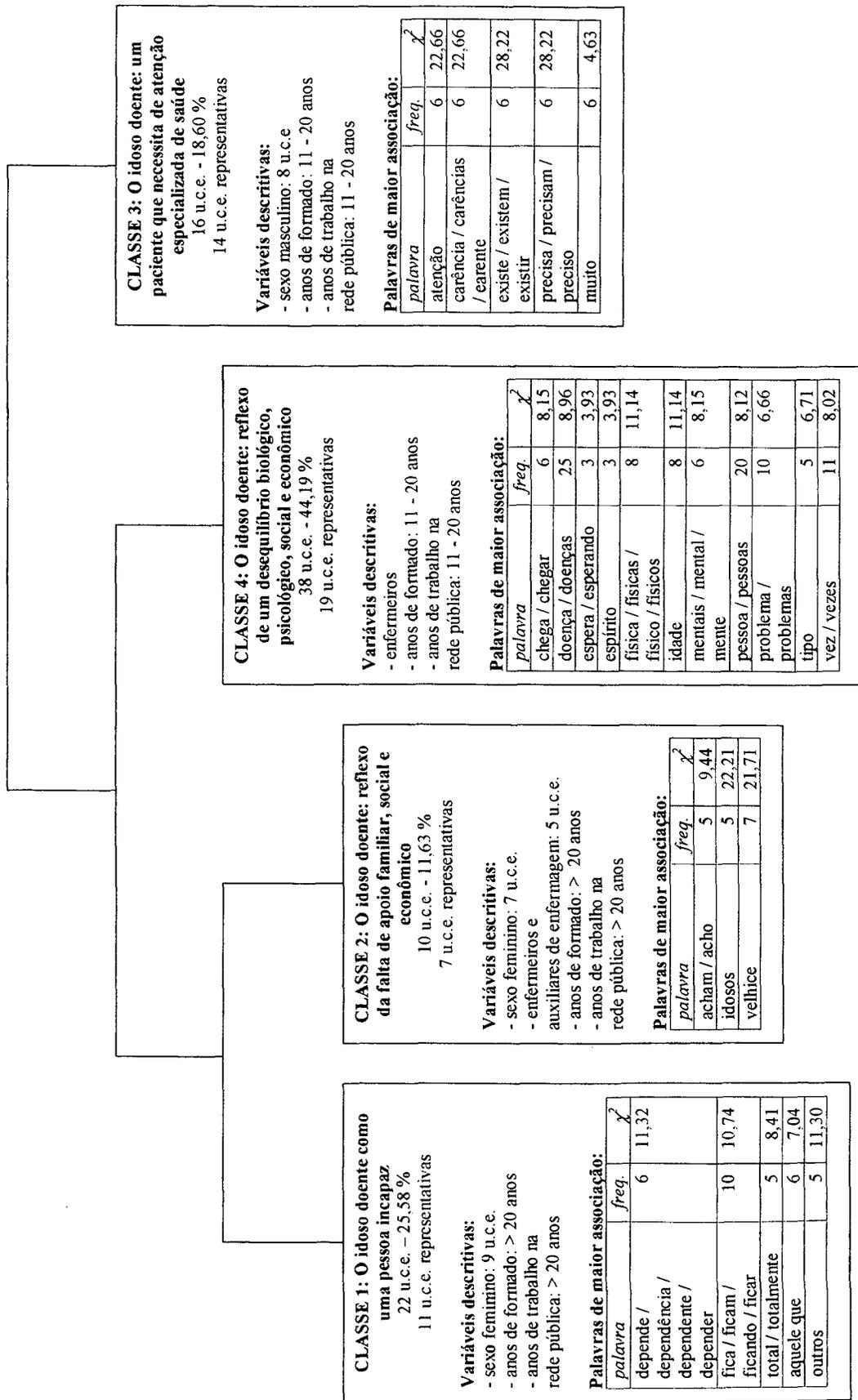
O corpus que permitiu essa análise apresentou 40 unidades de contexto inicial ou entrevistas. O software Alceste dividiu o corpus em 103 unidades de contexto elementar (u.c.e), que continham 801 palavras diferentes. Desconsideraram-se da análise todos aqueles vocábulos que tinham uma frequência inferior a 4.

Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 88 palavras analisáveis e 76 palavras intrumentos (no total foram 164 palavras). As 88 palavras analisáveis ocorreram 1064 vezes, e teoricamente, pelo princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma dessas palavras analisáveis contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 4 vezes.

Das 103 u.c.e em que o corpus foi dividido, foram obtidas 86 u.c.e na etapa da Análise Hierárquica Descendente, ou seja, a análise considerou 83,49% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se os 16,51% restantes das u.c.e.

No Dendograma 5 apresenta-se a distribuição, que as quatro classes de representações sociais apresentaram no grupo de trabalhadores da saúde, ao perguntarmos como percebiam um idoso doente.

DENDOGRAMA 5: Distribuição das classes na representação de um idoso doente- Grupo de trabalhadores da saúde (n=40). Florianópolis, 1999.



O dendograma 5 mostra um esquema da distribuição das classes. Assim como se procedeu nos dendogramas anteriores, pode ser observado o título de cada uma das classes, seguido pelo número de u.c.e que a compõe, a descrição da classe de acordo com as variáveis, assim como as palavras de maior associação com a mesma em função do coeficiente obtido na prova de associação χ^2 . Conforme mostra o dendograma, na primeira divisão foram obtidas duas grandes classes (classe 3 e 4). Posteriormente, uma segunda repartição da classe 4 deu origem a outra duas classes (a número 1 e 2). A seguir, as mesmas serão discutidas.

Classe: O idoso doente como uma pessoa incapaz.

O número de u.c.e que compõe essa classe foi 22, o que equivale a 25,58% do total de u.c.e do corpus. A classe ficou tipificada por 11 unidades que, na sua maioria, foram produzidas por mulheres (9 u.c.e). Das 11 unidades de contexto elementar, sete (7) pertenciam a enfermeiras ou auxiliares de enfermagem e as outras três, a médicos ou nutricionistas. Outras variáveis que tipificaram a classe foram os anos de formado e os anos de trabalho na rede pública (em ambos os casos foram mais de 20 anos).

Conforme mostra o dendograma 5, essa classe contém palavras tais como a dependência, a palavra total e algumas formas do verbo ficar. Os conteúdos das u.c.e deste tipo de representação social remetem à noções de incapacidade e de dependência para representar o assunto idoso doente.

Quando foram analisadas as palavras que os trabalhadores da saúde evocaram a partir da expressão indutora “doença na velhice”, um dos sistemas periféricos distantes obtidos continha vocábulos associados à incapacidade, como por exemplo, a frase não se movimentar/não andar. Novamente aqui, na entrevista apreciam-se várias unidades de contexto elementar com conteúdos muito centrados na questão da incapacidade, sendo alguns deles até pejorativos.

“O idoso doente é aquele que vive com dor, tomando remédios, que tem incapacidades para trabalhar, viajar. Esse é o idoso doente” (Entrevistado 24, médico, 23 anos de formado e 20 anos de trabalho na Rede Pública, 48 anos).

“O idoso doente é aquele que não tem movimento, que é totalmente dependente, que não tem consciência de sua vida” (Entrevistada 32,

nutricionista, 12 anos de formada e 12 anos de trabalho na Rede Pública, 37 anos).

“Eles tornam-se doentes quando, além da doença, começam ficar dependendo da família ou dos vizinhos. Doença é isso, quando a pessoa já não consegue mais viver sozinha ou fazer suas coisas sozinha” (Entrevistada 40, enfermeira, 7 anos de formado e 21 anos de trabalho na Rede Pública, 51 anos).

Hoje, a cura e o retardo de incapacidades são alvos dos programas de atendimento à saúde do idoso. Conforme os gerontólogos Kane & Kane (1993), um aspecto difícil de ser avaliado num idoso doente é o grau de incapacidade que ele pode ter como consequência de alguma deficiência ou doença. Um dos fatores que dificultam a medição dessa incapacidade é a falta de instrumentos confiáveis e válidos do ponto de vista estatístico. A partir disso, muitas vezes os especialistas estão obrigados a observar o comportamento do idoso. Contudo, nem sempre a observação que realiza um especialista numa consulta garante uma avaliação profunda do grau de independência que o paciente tem para se desenvolver nas atividades da vida diária.

Além do fato anterior, acrescenta-se que a família do idoso, apesar de estar muito próxima dele, nem sempre consegue detectar precocemente problemas de saúde que possam levá-lo a incapacidades. Às vezes, nem o próprio idoso está ciente dos problemas que podem levá-lo a estados de dependência. Um exemplo clássico é a incontinência urinária que, segundo pesquisas, várias mulheres idosas avaliam-na como uma consequência natural do envelhecimento, quando na realidade não é (Kane & Kane, 1993). Essas são algumas das razões pelas quais a mensuração de capacidades funcionais se torna um dos aspectos mais importantes do atendimento à saúde do idoso.

Do ponto de vista do conhecimento científico, tal e como foi exposto no referencial teórico, um diagnóstico centrado unicamente na doença representa um indicador insuficiente e, às vezes, inadequado, da saúde de um idoso.

As unidades de contexto elementar antes relacionadas, mostram um campo da representação que organizou-se ao redor das questões da funcionalidade. Embora esse dado de representação social pertença a um universo consensual de conhecimentos, o mesmo comprova como a compreensão do assunto idoso doente está centrada na funcionalidade. São os próprios trabalhadores da saúde que classificam o fato de estar

doente na velhice não pela doença em si, mas sim pela dependência que ela pode provocar na pessoa.

A seguir apresentamos duas u.c.e, cujos conteúdos chamaram nossa atenção. Uma delas por refletir certa rejeição ao idoso doente, e a outra, por citar questões de prevenção em saúde.

“Os idosos doentes ficam reclamando, fazem senhas [...] Tornam muito chata a vida dos outros” (Entrevistado 20, auxiliar de enfermagem, 18 anos de formado e 18 anos de trabalho na Rede Pública, 44 anos).

“É aquela mulher que durante a menopausa não tomou remédios e fica doente e com osteoporose [...] O idoso doente é aquele que teve um acidente vascular encefálico e fica dependente dos outros e de tudo numa cama” (Entrevistado 31, médico, 23 anos de formada e 22 anos de trabalho na Rede Pública, 46 anos).

No referencial teórico ficou explicado que a noção de representação social é uma forma prática de saber que liga um grupo a um objeto determinado. Somente num contexto grupal de inter-comunicações é que faz sentido falar de representações sociais. O conteúdo da u.c.e do sujeito número 20 não foi compartilhado pelo resto do grupo de trabalhadores. Isso permite inferir que é uma opinião à qual a entrevistada aderiu-se, mas da qual não compartilha o resto do grupo.

Na unidade de contexto elementar do sujeito número 31, aparece uma forma de atribuição de causalidade ao fato de estar doente na velhice. O conteúdo dessa unidade diz respeito à falta de prevenção como uma das causas de doença e de incapacidade na velhice e é muito válido. No entanto, as estratégias de promoção em saúde são insuficientes, pois não possuem um nível suficiente de abrangência para educar a população sobre os aspectos que devem direcionar o comportamento preventivo em saúde.

Classe: O idoso doente: reflexo da falta de apoio familiar, social e econômico.

Esta classe abrangiu 10 unidades de contexto elementar, que equivalem a 11,63% do total de u.c.e do corpus. A classe ficou tipificada por 7 unidades produzidas por sujeitos do sexo feminino, cinco das quais pertenciam a enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e as outras duas a um médico e a uma assistente social. Outras variáveis que

tipificaram a classe foram os anos de formado e os anos de trabalho na rede pública (em ambos os casos foram mais de 20 anos).

Conforme foi colocado em parágrafos anteriores, alguns tipos de doença do idoso não incidem na vida diária dos mesmos. Contudo, eles precisam de um tipo de cuidado preventivo e curativo, que lhes permita usufruir dos serviços de saúde, sempre que necessitem deles. Para poder manter a condição de um idoso sadio, independentemente das doenças que eles tenham, é imprescindível um mínimo de fatores, dentre os quais se encontram as redes de apoio familiar ou social, as relações de amizade e uma renda financeira suficiente, entre outros.

Citemos um exemplo cotidiano de como se desenvolveria o dia a dia de um idoso doente qualquer que é portador de deficiências e de incapacidades: imaginemos um idoso com sérias limitações na sua capacidade funcional, incontinência de esfíncteres e problemas na locomoção. Para compensar essas deficiências, é necessário um grande esforço para que os familiares possam cuidar dele e, ainda a atenção domiciliar desse idoso demanda altas despesas econômicas. Se essas condições sociais não pudessem ser implementadas, a condição física e psíquica do idoso seria cada vez mais afetada, podendo provocar até sua própria morte.

Os conteúdos do campo da representação social desta classe mostram como diferentes aspectos sociais podem afetar a saúde física e mental de uma pessoa idosa, e principalmente piorar o estado de um idoso que já está doente. Vejamos, a seguir, algumas u.c.e típicas da classe:

“As pessoas têm que se apegar a Deus para poder lidar com as doenças. A pior doença que tem a velhice é o desamparo dos idosos, que vai fazendo com que essas pessoas caiam na depressão e na solidão” (Entrevistado 9, auxiliar de enfermagem, 23 anos de formada e 5 anos de trabalho na Rede Pública, 49 anos).

“Doença na velhice traz tudo o que é mau. O idoso doente sente medo em virtude da situação econômica em que vivemos hoje. São poucos os idosos que têm dinheiro suficiente para viver. Hoje, eles têm uma falta de recursos para tudo na vida, para encontrar uma vaga num hospital, para acordar cedo e poder

marcar uma consulta nos Postos de Saúde” (Entrevistado 2, assistente social, 24 anos de formada e 24 anos de trabalho na Rede Pública, 59 anos).

Nessas u.c.e foi verificado como os fatores sociais são fortes mediadores do desenvolvimento de problemas físicos, da capacidade funcional de um idoso e de sua condição de sadio ou de doente. Estes trabalhadores compartilham um elemento comum. Tendo em conta que os serviços públicos de saúde não podem garantir a satisfação de grande parte das necessidades de saúde que os idosos possuem; cabe às redes de apoio sócio-familiar satisfazer essas demandas. Só, que quando não existe nem uma nem a outra, o idoso tem somente uma saída: esperar que as incapacidades funcionais o levem a um estado irreversível de doença. Alguns idosos sem apoio social, familiar e com baixa renda financeira temem chegar a esse estado e, muitas vezes, tentam pedir ajuda aos serviços sociais de assistência, tal e como o percebe a seguinte entrevistada:

“Acho que na velhice, a situação é muito triste. Os idosos não sabem para onde recorrer, e em consequência, na minha porta bate tudo para ser resolvido pela parte social e isso desespera” (Entrevistado 2, assistente social, 24 anos de formada e 24 anos de trabalho na Rede Pública, 59 anos).

Na nossa opinião, é de grande relevância ter encontrado, no grupo de trabalhadores, um certo consenso no que diz respeito a esses conteúdos da representação social. Significa, entre outros aspectos, que eles compartilham o seguinte fato: a assistência à saúde é uma parte vital do atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional, mas ainda é insuficiente como única fonte de apoio à pessoa idosa. Os idosos doentes incapacitados necessitam de outras fontes de apoio, que incluam uma atenção especializada, a ajuda econômica, a ajuda domiciliar e a ajuda familiar, entre muitas outras. Em relação à ajuda familiar, é conveniente salientar que se trata não só da ajuda da família ao idoso, mas também a ajuda que a sociedade deve dar àqueles familiares que se encarregam do cuidado de idosos doentes incapacitados, como por exemplo, uma pessoa portadora de uma Demência tipo Alzheimer. Dada a importância desse tipo de atenção aos familiares, entre o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e o Serviço de Enfermagem do Hospital da mesma universidade, existe um grupo de trabalho que se encarrega justamente do atendimento de familiares que cuidam de idosos portadores de Demência.

Classe: O idoso doente: um paciente que necessita de atenção especializada de saúde.

Configuraram esta classe 16 unidades de contexto elementar, o que representa 18,60% do total de u.c.e do corpus. Na análise hierárquica descendente, dessas 16 unidades da classe, a mesma ficou tipificada por 14 unidades. Oito (8) unidades foram produzidas por sujeitos do sexo masculino e seis (6), por sujeitos do sexo feminino. As profissões dos participantes que produziram as u.c.e típicas da classe foram muito variadas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos). Outras variáveis que contribuíram com a formação da classe foram os anos de formado e os anos de trabalho na rede pública (em ambos os casos foram entre 11 e 20 anos).

As palavras de maior associação com a classe (atenção, carências/carente, carinho e caro, entre outras), assim como os conteúdos das unidades de contexto elementar remetem a dois tipos de noções: uma, em relação aos programas especializados de saúde de que o idoso doente precisa; outra remete às questões de um atendimento que deve ser feito com muito carinho, cuidado e dedicação.

As seguintes u.c.e mostram alguns conteúdos que os trabalhadores compartilham acerca da necessidade de atendimentos especializados:

“Você vê hoje uma grande carência de geriatras em todo o país. Existem médicos que atuam na geriatria, mas eles não são propriamente geriatras. Deveria existir uma porcentagem maior de geriatras nesse sentido. O idoso precisa uma dupla atenção, através de medidas preventivas e de exames constantes, e se for o caso, de uma medicação controlada pelas consultas periódicas. Hoje, existem no país muitos programas especializados que atendem o idoso, mas estão localizados em grandes centros, e existe a dificuldade de acesso a esses programas” (Entrevistado 7, bioquímico, 15 anos de formado e 18 anos de trabalho na Rede Pública, 46 anos).

“Um idoso doente no Brasil é triste porque não tem nada, nem para sobreviver. Deveria existir um tratamento diferenciado para o idoso, mas não há. E o atendimento quase não existe” (Entrevistado 18, médico, 20 anos de formado e 18 anos de trabalho na Rede Pública, 50 anos).

Os trabalhadores que compartilharam os conteúdos dessa noção de representação social mostram uma atitude positiva no que diz respeito ao tipo de atenção de que o idoso doente necessita. Da mesma forma que a criança precisa de uma atenção pediátrica especializada, o idoso também exige uma atenção geriátrica. Os serviços de saúde têm de se adaptar às necessidades de saúde que são sentidas pelos idosos, e não o contrário. Na velhice desenvolvem-se inúmeras modificações físicas, psicológicas e funcionais que são próprias dessa fase da vida. São naturais, mas nos casos em que não sejam periodicamente avaliadas e adequadamente tratadas, podem tornar-se patológicas, levando a doenças e à morte. Essas são algumas das razões pelas quais um idoso doente necessita de um atendimento especializado em saúde.

Tal atendimento especializado pode ser concebido no âmbito de uma necessidade de saúde que é sentida por muitos idosos. Uma pesquisa realizada na rede básica de saúde de São Paulo confirma isso. Vejamos o que aponta um idoso nesse sentido:

“Eu gostaria de ir ao geriatra, mas eu fui ao cardiologista, e ele não deu muita atenção” (Gonçalves et al., 1994, p.62)

A segunda noção apontada (a atenção à saúde do idoso feita com carinho), além de ser compartilhada por muitos dos trabalhadores entrevistados fez parte, também, de uma das classes mais importantes da representação social do idoso doente no grupo de idosos. Embora se trate de dois grupos diferentes de sujeitos, eles compartilham a noção do cuidado do ponto de vista do carinho e do apoio emocional.

Esse consenso obtido entre trabalhadores e idosos nos permite fazer um breve comentário sobre o modelo taxionômico de necessidades de saúde de Bradshaw (1977). De alguma maneira, um resultado importante desse estudo foi a convergência encontrada entre aquelas representações do cuidado que os trabalhadores de saúde têm, e a representação desse mesmo cuidado que os idosos apresentam. Podem existir os melhores recursos tecnológicos em saúde, mas se eles não são utilizados com o amor e o carinho que o idoso necessita, o atendimento torna-se deficiente. A seguir, algumas u.c.e desta classe no grupo de trabalhadores:

“Um idoso doente, para mim, é uma pessoa carente que precisa, além do apoio familiar, de ajuda do governo, que precisa de carinho por parte do pessoal e profissional que vai atendê-lo, porque muita gente despreza o idoso, e o carinho

é muito importante” (Entrevistado 30, médico, 21 anos de formado e 20 anos de trabalho na Rede Pública, 48 anos).

“Para os idosos segundo minha experiência, não é tão importante a doença em si mesma, como a falta de carinho, de amor e de atenção. Essas carências são mais maléficas que quaisquer doenças do mundo” (Entrevistado 1, médico, 21 anos de formado e 21 anos de trabalho na Rede Pública, 46 anos).

As unidades antes relacionadas permitem inferir que, para esses trabalhadores entrevistados, o carinho, a afabilidade e a delicadeza são elementos importantes da atenção que um idoso doente precisa.

Classe: O idoso doente: reflexo de um desequilíbrio biológico, psicológico, social e econômico.

Em comparação com as três classes anteriores, esta foi a classe de maior número de unidades de contexto elementar. A mesma configurou-se a partir de 38 u.c.e (44,19%). Na análise hierárquica descendente, dessas 38 unidades da classe, a mesma ficou tipificada por 19 unidades, prevalecendo nela unidades produzidas por sujeitos do sexo feminino (13 u.c.e pertencem a mulheres e 6 a homens). Da mesma forma que na classe anterior, as profissões dos participantes que produziram as u.c.e típicas da classe foram muito variadas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos). Outras variáveis que contribuíram para a formação da classe foram os anos de formado e os anos de trabalho na rede pública (em ambos os casos foram entre 11 e 20 anos).

Como mostra o Dendograma 5, dentre as palavras ou léxicos de maior associação com esta classe citam-se espírito, físico, problema/problemas e mental, entre outras. Ao analisar as u.c.e típicas da classe encontraram-se vários conteúdos que remetem à noção de um idoso doente como a pessoa que poderia ter algum problema biológico, social, econômico ou psicológico. O universo de senso comum, expresso nessa classe de representação social, mostra diversas noções de causalidade que os trabalhadores da saúde têm da doença na velhice.

Conforme foi explicado no referencial teórico, o conceito de doença pode ser entendido de duas formas: uma, relacionada com os aspectos biológicos, e a outra, como uma expressão de múltiplos significados que o homem dá a sua relação com o ambiente

que o rodeia. Os conteúdos dessa classe de representação social remetem às duas formas. Esses trabalhadores compreendem o fenômeno doença na velhice a partir de elementos biomédicos e, também, de fatores socioeconômicos.

Os conteúdos desse campo de representação social mostram como os trabalhadores da saúde que produziram as u.c.e típicas da classe, compreendem que o fato de adoecer na velhice depende, além da doença física ou mental, de aspectos de tipo econômico, especificamente de relações sociais de poder. Em outras palavras, as desigualdades sociais que os idosos apresentam associadas à renda financeira, às posições sociais ou às condições de vida, também, podem levá-los à condição de doentes. Por exemplo:

“[...] Claro não é apenas a presença de doenças específicas, tanto físicas quanto mentais, mas como aquele idoso que também é fragilizado no seu aspecto econômico” (Entrevistado 33, médico, 12 anos de formado e 12 anos de trabalho na Rede Pública, 44 anos).

“O idoso doente é um problema social muito sério, é um problema social e financeiro. Também essas são as doenças da velhice” (Entrevistado 6, auxiliar de enfermagem, 10 anos de formada e 10 anos de trabalho na Rede Pública, 41 anos).

“Doente é aquele que vive com dor, tomando remédios, que tem incapacidades para trabalhar, viajar. Idoso doente é falta de higiene, e se a pessoa não tiver estes fatores em bom estado, ele pode ser considerado doente. Às vezes a doença deveria ser vista também, pelas suas condições financeiras, porque se ele não tem dinheiro; ele não é saudável física, mental e economicamente” (Entrevistado 24, médico, 23 anos de formado e 20 anos de trabalho na Rede Pública, 48 anos).

“A doença não é só física, ela pode ser psicológica, funcional e econômica pela falta de recursos e de condições” (Entrevistado 29, psicóloga, 12 anos de formada e 12 anos de trabalho na Rede Pública, 34 anos).

Nestas u.c.e apreciam-se que não é unicamente a doença aquela que pode provocar a condição de doente num idoso. Existem outros fatores que também podem agir como causas potenciais de enfermidade na velhice. Semelhante ao estudo da

representação social da saúde e da doença em Villeta (na Colômbia), realizado por Viveros (1993), nós, também, obtivemos dados que apontam uma concepção causal de doença na velhice relacionada a aspectos sociais e funcionais. Citamos a renda financeira e a falta de recursos, entre outros.

No teste de evocação, um dos sistemas periféricos da representação social da doença no grupo de trabalhadores, também apontou para aspectos econômicos (renda financeira).

Os conteúdos dessa classe nos permitem refletir sobre um aspecto da concepção de doença que Canguilhem (1978) apontou. O grupo de trabalhadores que produziu essa classe representou um idoso doente sob a seguinte condição: quando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos começam a ficar em desequilíbrio, o idoso pode reduzir sua margem de tolerância frente às infidelidades do meio em que vive. Em consequência, ele pode tornar-se uma pessoa doente.

A seguir, expomos as classes obtidas no grupo de cuidadores.

4.3.6. Análise e discussão dos resultados da Entrevista no grupo de cuidadores de pessoas idosas (pergunta: como você percebe um idoso doente?).

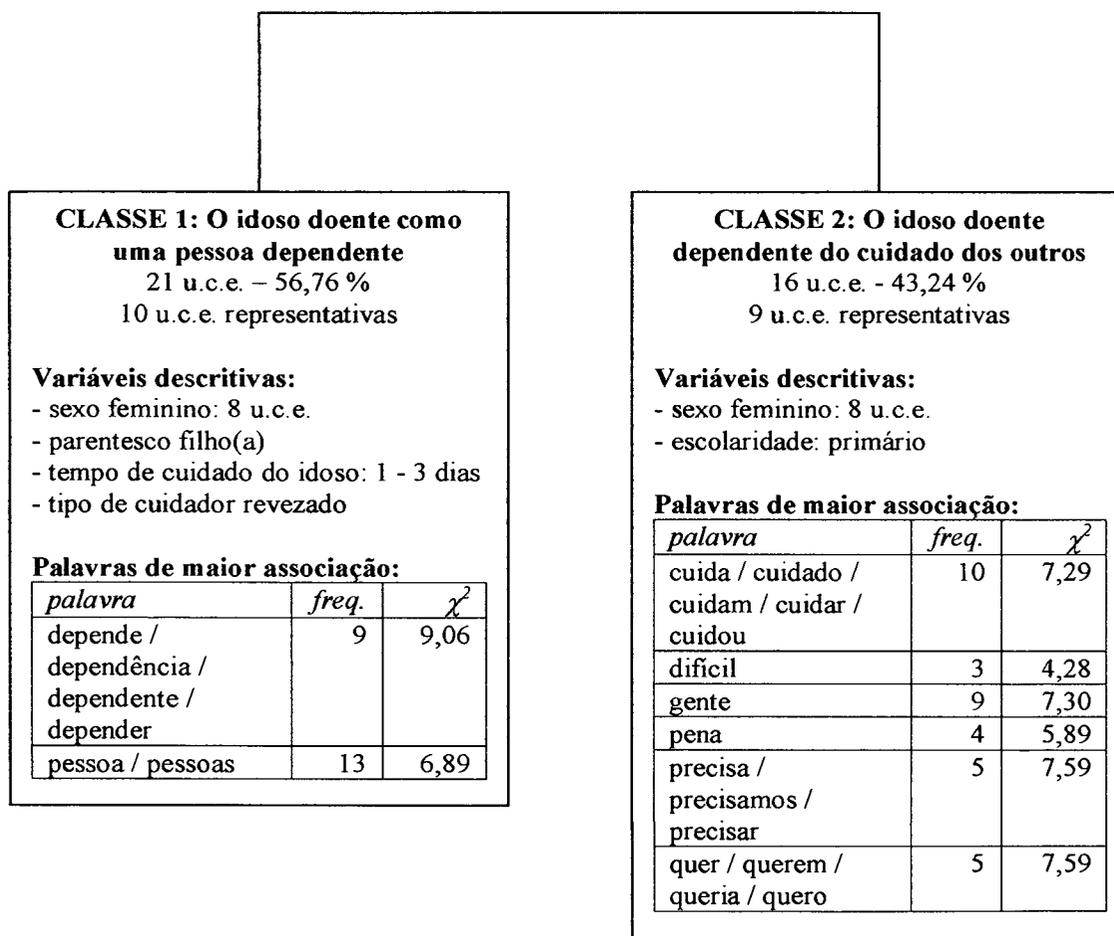
Essa análise foi feita com 20 unidades de contexto inicial (u.c.i) ou entrevistas. O software Alceste dividiu o corpus em 47 unidades de contexto elementar (u.c.e), que continham 413 palavras ou formas diferentes. Desconsideraram-se da análise todos aqueles vocábulos que tinham uma frequência inferior a 4.

Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obtiveram-se 42 palavras analisáveis e 50 palavras intrumentos (foram, no total, 92 palavras). As 42 palavras analisáveis ocorreram 438 vezes e, teoricamente, pelo princípio de equiprobabilidade de Barbetta (1998), cada uma destas contribuiu para a constituição do corpus com uma média de 4 vezes.

Das 47 u.c.e em que o corpus foi dividido, na etapa da Análise Hierárquica Descendente, foram obtidas 37 u.c.e, ou seja, a análise considerou 78,72% do total de u.c.e que o corpus tinha, descartando-se os 21,28% restantes das u.c.e.

No Dendograma 6 mostra-se a distribuição que as duas classes de representações sociais apresentaram no grupo de cuidadores de pessoas idosas, ao lhes perguntarmos sobre como percebiam um idoso doente.

DENDOGRAMA 6: Distribuição das classes na representação de um idoso doente - Grupo de cuidadores (n=20). Florianópolis, 1999.



O dendograma 6 mostra um esquema da distribuição das classes. Assim como se procedeu nos dendogramas anteriores, pode ser observado o título de cada uma das classes, seguido pelo número de u.c.e que a compõe, a descrição da classe de acordo com as variáveis, assim como as palavras de maior associação com a mesma em função do coeficiente obtido na prova de associação χ^2 . Conforme mostra o dendograma, houve

uma única repartição do corpus em que foram obtidas duas classes de representação social (as classes 1 e 2). A seguir, serão discutidas essas classes.

Classe: O idoso doente como uma pessoa dependente.

O número de u.c.e que compõe esta classe foi de 21, o que equivale a 56,76% do total de u.c.e do corpus. A classe ficou tipificada por 10 unidades que, na sua maioria, foram produzidas por mulheres (8 u.c.e). Outras variáveis que descreveram a classe foram o parentesco com o paciente idoso (filha ou filho), o tempo de cuidado do idoso (de 1 a 3 dias), o nível de escolaridade (Primário) e o fato de que quase todos os cuidadores que produziram as u.c.e eram cuidadores revezados (sete pessoas).

Observa-se no dendograma 6 que as palavras de maior associação com a classe estão relacionadas à dependência (depende, dependência, dependente, depender) ou às palavras pessoa/pessoas. Da mesma forma que as palavras, os conteúdos das u.c.e desse tipo de representação social remetem a uma noção do idoso doente como uma pessoa dependente. Contudo, os cuidadores compreendem um outro aspecto: o grau de dependência relaciona-se, também, ao estilo de enfrentamento que o indivíduo tem em relação a seu problema de doença.

Provavelmente, um dos aspectos que mais atinge um cuidador de pessoas idosas é a dependência. O cuidado de um idoso doente pode ter diferentes níveis. Pode ir desde um simples acompanhamento da pessoa para realizar exames ou frequentar consultas médicas, até um apoio total àqueles idosos que estão totalmente incapacitados para cuidar de si mesmos. Neste último caso, o esforço e dedicação que um cuidador deverá ter são bem maiores que na primeira situação.

A dependência para realizar atividades da vida diária é uma das principais causas que determina o cuidado. Muitas vezes, quando a doença foi adequadamente cuidada ou prevenida em fases mais jovens da vida, nem sempre o idoso chega a estados de dependência. Os estilos de vida das pessoas são uma das causas mais frequentes de dependência na velhice. Vejamos algumas u.c.e da classe:

“A doença na velhice é quando tu tens que depender dos outros, e pior ainda, quando tu não tens esses outros para te ajudar. Eu acho que a doença vai pela dependência da família, e não pelos problemas que a gente possa ter”
(Entrevistado 19, Cuidador revezado, filho do idoso, primeiro grau, 30 anos).

“O idoso doente é aquele que tem doenças, mas fica totalmente incapacitado e dependente dos outros. A dependência é a pior das doenças na velhice” (Entrevistado 10, Cuidador revezado, filha do idoso, universitária, 32 anos).

Este campo representacional mostra como os cuidadores compreendem que a condição de estar doente na velhice não descarta um diagnóstico médico, mas o perpassa. Eles têm em consideração o significado pessoal e social que tem um idoso doente dependente. Estar doente na velhice, porém manter-se autônomo, é motivo de bem-estar para muitos idosos e para os próprios cuidadores que podem continuar seu estilo de vida tradicional. São bem maiores o esforço e o desgaste do cuidador quando ele tem de abandonar seus papéis sociais para dedicar-se ao atendimento de um idoso inválido. Em correspondência a isso, um dado de interesse para essa interpretação é o fato de que as u.c.e anteriores pertencem a cuidadores de idosos doentes hospitalizados.

Um outro conteúdo desta classe de representação social faz referência uma vez mais à relação que existe entre os estilos de vida que o idoso desenvolveu ao longo da vida e a dependência na velhice. Por exemplo:

“Um idoso doente é aquele que nunca quis cuidar de si mesmo e que agora depende dos outros para poder viver” (Entrevistado 5, único cuidador, filho do idoso, primeiro grau, 29 anos).

A u.c.e antes relacionada mostra um aspecto da prevenção de problemas de saúde, que na atualidade está sendo muito pesquisado. Esperemos que, pelo menos, esses cuidadores de pessoas idosas consigam levar um estilo de vida tal, que lhes permita retardar ou evitar o desenvolvimento de estados de dependência na velhice.

Classe: O idoso doente dependente do cuidado dos outros.

O número de u.c.e que compõe essa classe foi inferior ao anterior (16, o que equivale a 43,24% do total de u.c.e do corpus). A classe ficou tipificada por 9 unidades que, na sua maioria, foram produzidas por mulheres (8 u.c.e). Outras variáveis que tipificaram a classe foram o nível de escolaridade (oito cuidadores com nível primário), e o fato de que havia tanto cuidadores revezados (cinco pessoas) quanto únicos cuidadores (quatro pessoas).

Cabe salientar que, na técnica de evocação livre de palavras, o grupo de cuidadores não evocou algum termo que pudesse associar-se ao cuidado ou ao apoio

sócio-familiar. Foi só, a partir da entrevista, que apareceram as primeiras referências a estes conteúdos no campo representacional de um idoso doente.

As palavras de maior associação com a classe estão relacionadas ao cuidado e à dificuldade que esse cuidado tem para a pessoa que o faz. Por exemplo: cuida/cuidado/cuidem/cuidar, difícil, pena, precisa. Tanto as palavras, quanto os conteúdos das u.c.e desse tipo de representação social, remetem à uma noção de idoso doente como uma pessoa que necessita ser cuidada, mas que é um cuidado difícil. Vejamos algumas u.c.e:

“Um idoso doente é muito difícil, é horrível, e não só para quem está doente, também para quem cuida é muito difícil, porque a gente enxerga todos os sofrimentos e não é fácil assimilar isso” (Entrevistado 2, único cuidador, esposa do idoso, primeiro grau, 58 anos).

“O idoso doente é muito difícil para se tratar e para se cuidar” (Entrevistado 7, cuidador revezado, filha do idoso, universitária, 53 anos).

“Um idoso doente é muita tristeza, é muita pena, porque tu enxergas esse pobre coitado e pensas que isso também vai acontecer com a gente e eu fico muito triste” (Entrevistado 13, cuidador revezado, parente do idoso, primeiro grau, 65 anos).

Para representar um idoso doente, esses cuidadores utilizam, fundamentalmente, duas acepções. Uma delas, associada às dificuldades que eles atravessam ao ter que atender uma pessoa idosa incapacitada. A outra, está relacionada aos sentimentos de pena daquelas pessoas que cuida e, até uma preocupação com o seu próprio futuro, caso fiquem na mesma condição de doentes. Diferente de alguns trabalhadores da saúde, os cuidadores, pelo fato de que muitos deles têm um vínculo afetivo com o idoso doente, não refreiam seus sentimentos e envolvimentos em relação ao mesmo. Daí, o alto comprometimento pessoal que está contido no campo representacional desta classe.

Existem outras u.c.e cujos conteúdos apontam ao cuidado especial que uma pessoa idosa doente requer, e que fez parte, também, de um dos sistemas periféricos da técnica de evocação de palavras no grupo de cuidadores (expressão indutora “doença na velhice”). Por exemplo:

“É uma pessoa que sofre, que precisa de muita atenção [...], que seja muito bem cuidado” (Entrevistado 9, cuidador revezado, filha do idoso, primeiro grau, 50 anos).

Nessa classe de representação social houve alguns conteúdos que exemplificavam o desgaste físico e psíquico que alguns cuidadores experimentaram pela responsabilidade do cuidado de um idoso doente.

“É muito chato porque às vezes incomoda e outras vezes a gente sente pena e deixa a gente muito mal” (Entrevistado 18, cuidador revezado, esposa do idoso, primeiro grau, 57 anos).

“Eles querem que a gente sempre esteja por perto e ainda reclamam de tudo o que a gente faz” (Entrevistado 13, cuidador revezado, parente do idoso, primeiro grau, 65 anos).

Nessa última representação social a ser discutida, as últimas três u.c.e apresentadas refletem ambivalências: de um lado, os entrevistados argumentam a necessidade de um cuidado especial; de outro, manifestam um desgaste frente à tarefa do cuidado. Cabe assinalar aqui, que toda representação social deve ser entendida no cenário das interrelações sociais. Esse é um dos fatores que determina mudanças nas representações, que não são estáticas, mas negociáveis e diversificadas.

As u.c.e desta classe de representação social mostram, justamente, essa diversidade. Ao mesmo tempo que os cuidadores que produziram esses conteúdos, sentem pena e compreendem que o idoso doente necessita de cuidado e de atenção especiais, expõem o estresse que está contido no cuidado. Seria interessante explorar qual desses dois conteúdos nos cuidadores age como um elemento negociável e qual como um aspecto central, o que infelizmente não foi possível pesquisar através deste estudo.

Após esse capítulo de análise e discussão dos resultados, serão expostas as considerações finais do trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eixo deste trabalho concentrou-se, fundamentalmente, em torno de duas questões. Uma dizia respeito a como pessoas idosas, trabalhadores da saúde e cuidadores de pessoas idosas doentes representavam dois assuntos: a saúde-doença na velhice, e a pessoa idosa doente ou sadia. A outra discutiu em que medida a representação social desses assuntos contribui com a expressão fenomenológica de necessidades sentidas de saúde, nos grupos de idosos pesquisados.

Os achados da técnica de evocação livre (com as expressões indutoras saúde e doença na velhice), permitiram-nos identificar todos aqueles elementos da representação que foram hierarquizados pelos sujeitos. Os resultados possibilitaram-nos fazer inferências sobre como se organizaram as representações em torno dos núcleos centrais.

Acreditamos que, com a técnica de evocação livre, identificaram-se aqueles conteúdos que, no âmbito das representações sociais, são centrais ou periféricos. Em consequência disso, explorou-se como o pensamento social acerca do assunto saúde-doença na velhice se organizava nos grupos estudados.

Os resultados da técnica de evocação livre, com o uso da expressão indutora “saúde na velhice”, apontaram um consenso em vários dos conteúdos. Alguns dos termos evocados ao redor deste assunto adotaram uma dimensão nominativa, ou seja, foram evocações que, na sua maior parte limitaram-se a descrever ou avaliar o fato de estar saudável na velhice. Nessa dimensão nominativa, tanto os dois grupos de idosos, quanto os grupos de trabalhadores da saúde e os cuidadores de pessoas idosas, compartilharam que os estados emocionais positivos são centrais na representação da saúde na velhice. A homogeneidade encontrada aqui justifica que, em torno desse conteúdo, existe, entre esses grupos, um pensamento social que está sendo compartilhado.

De outro ponto de vista, houve alguns termos evocados que justificaram a chamada dimensão funcional de uma representação social. Por exemplo, o termo evocado “cuidado preventivo”, contém elementos muito mais funcionais do que nominativos.

Desses aspectos funcionais, deduz-se que, para os quatro grupos entrevistados o cuidado preventivo representa um dos comportamentos necessários para estar saudável na velhice, tais como cuidar dos hábitos de alimentação e do estilo de vida.

A estabilidade psíquica foi outro dos conteúdos que apareceu fortemente ligado à história do grupo de idosos saudáveis. Na amostra total, também encontrou-se essa estabilidade na forma de núcleo central. Já no grupo de trabalhadores, este conteúdo expressou-se na forma de núcleo periférico distante. Estas diferenças de saliência mostram como diversos grupos individualizam os mesmos conteúdos das representações sociais, de acordo com suas experiências e práticas sociais. Conforme as características e funções dos sistemas centrais e periféricos, deduzimos que, no grupo de idosos saudáveis, a estabilidade psíquica foi um dos elementos que definiu a homogeneidade da representação nesse grupo. Dentro dessa representação social de saúde na velhice, a estabilidade psíquica foi um dos conteúdos que mais contribuiu com a estabilidade e a coerência da mesma.

Para o grupo de trabalhadores da saúde, diferente do grupo anterior, a estabilidade psíquica não fez parte dos elementos não negociáveis da representação social da saúde na velhice, ou seja, não se apresentou como um conteúdo central.

A renda financeira foi um dos conteúdos que, julgamos, agiu como um aspecto normativo da saúde na velhice. Tanto no grupo de idosos doentes quanto no grupo de trabalhadores, a renda financeira foi identificada na forma de núcleo periférico próximo. Esses grupos avaliam que, ao ter uma boa renda financeira (expressada através da palavra “dinheiro”), o idoso poderá manter melhor sua saúde. Estes dois grupos compartilham que, dependendo da renda financeira, as ações de saúde de um idoso lhe permitirão ou não manter o estado de saudável.

Na Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais coloca-se que, na organização interna das representações sociais, as características dos núcleos periféricos fazem com que os mesmos se integrem melhor às experiências, às histórias dos grupos, e aos contextos sociais mais imediatos. Daí que suportem melhor as heterogeneidades dos grupos. Neste estudo, muitos dos núcleos periféricos encontrados (próximos e distantes) mostraram essas heterogeneidades.

Por exemplo, façamos uma reflexão a respeito do conteúdo evocado “serviços de saúde”. Nos grupos de idosos doentes e de trabalhadores da saúde, o termo indutor “saúde na velhice” associado aos “serviços de saúde” apresentou-se como um sistema periférico próximo. Acredita-se que este elemento caracteriza a representação social da saúde na velhice, de acordo com o contexto social atual da saúde no Brasil, e especificamente da Policlínica de Florianópolis, que foi alvo de nosso trabalho. Parece ser que o atendimento à saúde, que os idosos entrevistados recebem no Centro de Saúde, influencia o pensamento social que têm deste assunto. O fato de os idosos e trabalhadores terem evocado esse conteúdo, mostra a importância que esse serviço de saúde tem na manutenção da saúde do idoso. É possível também que, pelas características dos núcleos periféricos de se adaptarem melhor às realidades concretas, esse conteúdo evolua positivamente, na medida em que os programas de saúde da Policlínica consigam satisfazer as necessidades de saúde que são sentidas pelos grupos de idosos pesquisados. Esperamos que, conforme possam ser satisfeitas essas necessidades de saúde, um outro conteúdo periférico encontrado no grupo de idosos doentes desapareça: a saúde na velhice como algo inalcançável.

Adicionalmente, deduz-se que os próprios trabalhadores entrevistados compartilham a representação social de que o serviço de saúde que eles oferecem não consegue satisfazer todas as demandas dos idosos que atendem. Este conteúdo poderia indicar o início da procura daquele ponto convergência entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde, conforme assinalou San Martín (1984).

Houve um outro conteúdo periférico que idosos saudáveis e trabalhadores compartilharam na representação social da saúde na velhice: as redes de apoio sócio-familiar. É como se esse conteúdo também explicasse o estar saudável na velhice. E, como já foi apontado na discussão dos resultados, o carinho da família e as relações sociais que um idoso estabelece podem ter um efeito protetor na evolução da doença e na manutenção da saúde.

Como foi exposto no referencial teórico, o conceito de representação social pode contribuir com a expressão fenomenológica e socializada de necessidades sentidas de saúde. Em 1982, na Assembléia Mundial do Envelhecimento, foram estabelecidas diversas políticas governamentais para a atenção de pessoas idosas que os diferentes

países do mundo deviam programar com a participação dos próprios idosos. Por um lado, a saliência de muitos dos conteúdos encontrados nos grupos de idosos doentes e saudáveis, reflete o que, dezessete anos antes, essa assembléia estabeleceu. Por outro, a saliência desses mesmos conteúdos mostra algumas das necessidades de saúde que eles sentem. A prática de atividades, o cuidado preventivo, uma renda financeira razoável e a qualidade nos serviços de saúde, entre outras, podem estar expressando necessidades de saúde que estas pessoas têm.

Esses achados mostram que as representações sociais podem ser indicadores de necessidades sentidas de saúde, compartilhadas pelos grupos de idosos saudáveis e doentes, e que as mesmas podem ser socializadas. Considera-se que a expressão de algumas necessidades sociais, como é o caso das necessidades de saúde, apresentam-se com muita mais força nos grupos do que num indivíduo isoladamente. Acredita-se que os programas de saúde ao idoso da Policlínica beneficiariam-se com o conhecimento destas necessidades de saúde de alguns dos idosos que atende.

Os núcleos das representações sociais que foram encontrados podem agir como novas categorias no diagnóstico de necessidades e de problemas de saúde dos idosos entrevistados. Contudo, salientamos que, pelas características do estudo, as considerações somente podem atingir os programas de saúde da Policlínica envolvida na pesquisa.

Ainda vale a pena ressaltar um dos benefícios do estudo para o trabalho deste Centro de Saúde. Tendo em conta a saliência dos núcleos das representações sociais encontradas, pode ser feita uma hierarquia de necessidades de saúde dos idosos entrevistados. Esse poderia ser um ponto de partida para que aquelas situações problemáticas tornem-se situações desejadas de saúde e, portanto, para que os idosos ajam como sujeitos coletivos e construtores de sua própria saúde.

Uma necessidade de saúde pode estar explicada, entre outros fatores, pela existência de um problema de saúde que está sendo percebido. Nem sempre os grupos populacionais conseguem expressar seus problemas de saúde e, em consequência, suas necessidades de saúde. Acredita-se que a utilização do conceito de necessidade de saúde está estreitamente associado ao conceito de representações sociais da doença. Conforme San Martin & Pastor (1989), essa associação pode mudar segundo a interpretação que façam os especialistas em saúde. No caso particular deste estudo, obtiveram-se alguns

conteúdos centrais e periféricos das representações do assunto “doença na velhice”. Os mesmos podem indicar expressões socializadas de problemas de saúde nos grupos de idosos entrevistados.

Foi o grupo de idosos doentes o que mais apontou elementos que fazem pensar na existência de problemas de saúde. É provável que isso possa estar relacionado com sua condição de pessoas doentes. Por exemplo, a renda financeira, a falta de cuidados de saúde, a falta de apoio sócio-familiar e a instabilidade psíquica foram alguns dos elementos evocados quando eles escutavam o termo indutor “doença na velhice”. Acredita-se que, por consenso, o grupo de idosos doentes expressou seus problemas de saúde sob a forma de representação social. É válido ressaltar que o grupo de trabalhadores da saúde também evocou algumas palavras que podem ser interpretadas como causas de problemas de saúde da população idosa (as incapacidades e a renda financeira).

Os núcleos centrais da representação social de um idoso doente dos grupos de idosos saudáveis, de trabalhadores e de cuidadores, agruparam diversos vocábulos e expressões que correspondem a aspectos avaliativos e nominativos. Houve muitos termos direcionados à descrição do fenômeno “doença na velhice”. Citamos aqui os núcleos centrais de doença como expressão de tristeza, a doença expressada através de enfermidades concretas e a doença como problema, entre outros.

A partir desta síntese dos resultados mais relevantes, retomam-se alguns aspectos do planejamento sanitário que foram desenvolvidos no referencial teórico. Naquele capítulo expõe-se que a necessidade de saúde é aquilo que faz falta para que a situação problemática se torne em uma situação desejada. Um dos aspectos que pode garantir essa transformação é através de um aumento na qualidade nos serviços de saúde, que, aliás, já está estabelecido na Política Nacional do Idoso (1998). Contudo, os resultados obtidos nos grupos de idosos (fundamentalmente, o grupo de idosos doentes) mostram que, de acordo com o que foi normatizado na política nacional, há problemas de saúde que não deveriam existir.

Infere-se, portanto, que não existe a esperada correspondência entre os programas de saúde e as necessidades sentidas de saúde dos grupos entrevistados, tal como foi normatizado na Política Nacional do Idoso (1998). As necessidades de saúde expressas

nos conteúdos das representações sociais correspondem-se com muitos dos decretos da referida Política. O problema está nos serviços de atendimento do Centro de Saúde pesquisado. Ao que parece, esse centro não consegue implementar todos os programas necessários para resolver os problemas de saúde da população idosa que atende e sobretudo dos problemas de saúde daqueles idosos que procuram o atendimento por sentir-se doentes. Em síntese, as expressões evocadas pelo grupo de idosos doentes refletem a contradição que existe entre a situação atual dos serviços de saúde da Policlínica e as necessidades dos idosos que foram entrevistados.

A técnica de entrevista possibilitou obter informações acerca do campo da representação social dos assuntos “idoso saudável” e “idoso doente”. Mediante o processamento dos dados no software Alceste, foram obtidas diferentes classes de representação social, cuja importância condicionou-se pelo número de unidades de contexto elementar (u.c.e.) que as compunham. As classes que foram consideradas mais importantes eram as que apresentaram um número maior de u.c.e. É sobre essas classes que as considerações finais foram elaboradas.

Nos grupos de idosos saudáveis e doentes, o campo da representação organizou-se em torno de duas proposições principais: os fatores psicológicos e a autonomia. Os fatores psicológicos relacionam-se com a influência que o psiquismo pode exercer na manutenção do estado de saúde de um idoso. A maior parte das u.c.e. típicas desta classe fizeram alusão à importância que a estabilidade psíquica tem na vida de uma pessoa idosa. Chamou a atenção o uso frequente da expressão “cabeça da gente”. Como se o estar saudável dependesse dos pensamentos de cada um. Parafraseando as u.c.e. produzidas pelos grupos entrevistados (idosos saudáveis e idosos doentes), uma pessoa idosa poderá ser classificada de saudável se a mesma manifesta bons pensamentos e mantém a alegria de viver. Confirma-se como os idosos entrevistados lhe atribuem uma estreita relação aos fatores físicos e psíquicos na manutenção da saúde.

Já a questão da autonomia diz respeito a explicar a condição de saudável a partir da independência que as pessoas idosas têm na sua vida diária. Uma vez mais confirmou-se que, para esses sujeitos, a independência na execução de atividades cotidianas é um dos indicadores mais importantes de saúde na velhice.

O desempenho funcional de um idoso nunca substituiria o diagnóstico clínico médico de uma doença. Contudo, no atendimento à pessoa idosa, a avaliação funcional do desempenho que a mesma tem na vida diária é um indicador muito importante da sua saúde. Para justificar esse fato, é suficiente colocar um exemplo que frequentemente acontece em pessoas idosas. Há casos em que o exame físico de um idoso não aponta para nenhuma doença em particular, no entanto ele não é independente na vida diária, ficando a maior parte do tempo dentro de casa, e nem sequer consegue se valer por si mesmo. A partir daí, o especialista infere que o idoso não é saudável. Saúde e autonomia são dois termos estreitamente relacionados. Sua relação tem sido comprovada, tanto no universo de conhecimentos reificados, quanto no senso comum dos idosos entrevistados.

No grupo de trabalhadores, a condição de saudável na velhice foi explicada a partir de duas proposições: o idoso saudável em dependência da prática de atividades, e o idoso saudável em dependência do acesso aos serviços sociais e de saúde.

De certa forma, o conteúdo da representação social “prática de atividades” associa-se com a autonomia como um dos conteúdos centrais que os idosos compartilharam. Ao representar um idoso saudável, os trabalhadores e os idosos entrevistados apresentaram um ponto em comum: quanto mais atividades um idoso execute (de preferência, de uma forma autônoma), mais probabilidade terá de ser classificado como uma pessoa saudável.

No grupo de trabalhadores, o segundo conteúdo que tipificou a representação social de idoso saudável foi o acesso aos serviços sociais e de saúde. Isto indica que, embora exista o serviço social ou de saúde, os programas dos centros de saúde da rede básica têm de garantir o acesso aos mesmos. Caso contrário, a condição de sadio de uma pessoa idosa estaria em risco. Independentemente deste conteúdo pertencer ao grupo de trabalhadores, é provável que um dos problemas de saúde de muitos dos idosos que são atendidos na Policlínica seja, justamente, a falta de acesso que eles têm aos serviços de saúde que a mesma oferece. Para citar só um exemplo, durante nossa coleta de dados, entrevistamos um idoso doente que, pela segunda vez, estava na fila para pegar uma ficha de atendimento. Na primeira vez, ele chegou à Policlínica às 04:00 horas e não a conseguiu. Na segunda tentativa, conseguiu a ficha depois de ficar na fila por mais de cinco horas.

No grupo de cuidadores de pessoas idosas, o campo da representação social de um idoso saudável apresentou dois conteúdos. Conforme o número de u.c.e. dessas duas classes de representação social, ambas contribuíram de maneira semelhante com a homogeneidade e a estabilidade da representação. Um desses conteúdos diz respeito ao estilo de vida, e o outro à autonomia.

Aprecia-se, novamente, que a autonomia foi um dos conteúdos que os diferentes grupos entrevistados compartilharam entre si. Embora os grupos fossem diferentes, a classe e representação social “idoso saudável em função de autonomia” suportou a heterogeneidade dos grupos, para tornar-se um pensamento consensual muito compartilhado entre todos os participantes entrevistados.

Por último, a classe “idoso saudável em dependência do estilo de vida” mostrou como os cuidadores ancoraram o fato de estar sadio na velhice a partir da história e dos hábitos de vida da pessoa. Para este grupo, a prevenção é um indicador da futura saúde na velhice.

Resumindo os resultados encontrados ao redor dos campos de representação social de um idoso saudável, percebe-se que, nos campos de autonomia e de prática de atividades houve consenso nos quatro grupos pesquisados. Entretanto, nos campos de estabilidade psíquica, de acesso aos serviços de saúde e de estilo de vida houve uma dissensão.

Na ordem hierárquica de importância e em relação às classes de representação social do assunto “idoso doente”, a classe que atingiu um número maior de unidades de contexto elementar foi a de “o idoso doente em dependência de fatores psíquicos e físicos”. No que diz respeito aos fatores psíquicos, aprecia-se que, para os idosos entrevistados, o aspecto emocional influencia a evolução da doença. A partir deste resultado, observa-se como um mesmo conteúdo (fatores psíquicos) pode caracterizar os campos de diferentes assuntos de representação social. Ou seja, os fatores psíquicos influenciam não só a saúde, mas também a doença.

Os fatores físicos da representação social de um idoso doente referem-se às limitações e as incapacidades que acompanham a doença na velhice. Este conteúdo foi compartilhado pelos quatro grupos entrevistados. Os participantes compartilharam que as

limitações e as incapacidades que um idoso doente apresenta em satisfazer suas necessidades, constituem um indicador essencial de doença na velhice.

No grupo de pessoas idosas entrevistadas, a necessidade de apoio e de carinho foi outro dos conteúdos centrais que configurou a representação social de um idoso doente. Ao comparar este resultado com o obtido na técnica de evocação livre, aprecia-se que esta noção também refletiu-se nas palavras evocadas. Essa saturação de conteúdos demonstra a importância que os idosos dão ao carinho familiar como um suporte para a cura. Tanto os idosos doentes quanto os idosos saudáveis apresentaram um pensamento social de grande afinidade. O consenso expressou-se no seguinte conteúdo: o abandono familiar e a falta de carinho podem agir como fatores de risco para adoecer.

Uma vez mais a representação social contribui com a expressão socializada de necessidades de saúde. Não podemos inferir que os idosos entrevistados apresentavam problemas relacionados com a falta de apoio e de carinho. No entanto, esses elementos, junto ao cuidado, são aspectos básicos do atendimento de um idoso doente.

Uma última classe de representação social do assunto “idoso doente” apresentou conteúdos que nos levaram a categorizar o idoso doente como a “pior coisa do mundo” e cuja única saída era a morte. É possível que a morte seja uma das realidades de muitos dos idosos doentes que não têm recursos para cuidar de sua saúde. Os idosos representaram o assunto “idoso doente” através de dois termos muito negativos: “a morte” e a “pior coisa do mundo”. Conforme os conteúdos das u.c.e. que foram produzidas nessa classe, para os idosos entrevistados, um idoso doente não pode modificar mais sua condição. Infere-se frente a essa ordem social que, para solucionar a doença, a um idoso doente só lhe resta aguardar a morte.

Em relação ao assunto idoso doente, o grupo de trabalhadores da saúde produziu quatro tipos de representações sociais. Pelo número de u.c.e. das mesmas, as duas classes mais importantes foram: “o idoso doente: reflexo de um desequilíbrio biológico, psicológico, social e econômico” e, “o idoso doente como uma pessoa incapaz”.

O consenso obtido no campo de representação social do desequilíbrio mostra que os trabalhadores deram uma ampla gama de significados ao assunto “idoso doente”. Os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos refletem as diferentes áreas com

as que o ser humano se relaciona. Alguns problemas nessas áreas podem levar aos idosos à condição de pessoas doentes.

Já a representação social de “idoso doente como uma pessoa incapaz” apresentou conteúdos que foram semelhantes aos obtidos em alguns núcleos periféricos próximos e distantes, de idosos doentes e de trabalhadores, respectivamente, na técnica de evocação livre. Pode comentar-se que, com uma técnica de evocação livre, obtém-se mais facilmente o universo semântico desejado. Contudo, a técnica de entrevista complementou alguns dos conteúdos que já tinham sido encontrados mediante a evocação.

Isto mostra que, para o grupo de trabalhadores, um estado de doença na velhice não deve mensurar-se unicamente pelo número de atos médicos ou pelos índices de morbilidade, mas também pelo número de dias que um idoso passa sem incapacidades.

No grupo de cuidadores de pessoas idosas, o campo de representação social mais importante associou-se com a noção de “idoso doente como uma pessoa dependente”. Como explicou-se no capítulo de discussão, acreditamos que tenha sido a prática social deste grupo a que determinou a produção dessa classe. Uma pessoa torna-se cuidador de um idoso quando este último precisa do cuidado dos outros. Chegado a este ponto, infere-se que o idoso, além de estar doente, é dependente de outra pessoa. O papel que os cuidadores desempenhavam no momento da coleta de dados era, justamente, o de cuidar de idosos doentes com diferentes graus de incapacidade.

A síntese de resultados que foi apresentada mostra que as representações sociais podem ser uma ferramenta muito importante para a exploração de necessidades sentidas de saúde dos idosos participantes. O diagnóstico psicossocial de representações sociais da saúde-doença na velhice que foi obtido, refletiu como o indivíduo leigo (neste caso os grupos de idosos e de cuidadores de pessoas idosas), representa o que são a saúde e a doença de um idoso.

Acredita-se que o trabalho mostra que as necessidades de saúde de um idoso não devem ser deduzidas somente de pessoas doentes. Encontraram-se vários conteúdos de representações da saúde-doença que foram compartilhados entre os diferentes grupos de pesquisa. Isso mostra que os achados deste trabalho podem contribuir com a eficácia daquelas ações de saúde, direcionadas ao idoso, que a Policlínica pretenda desenvolver.

Dada as características deste trabalho, os resultados do estudo não podem ser generalizados a outros grupos, nem a outros Centros de Saúde. Contudo, acreditamos que uma das contribuições mais relevantes da pesquisa é beneficiar os programas de atendimento ao idoso, que os trabalhadores da saúde da Policlínica II do Bairro de Estreito executam. Este benefício consiste em mostrar à Policlínica algumas das necessidades de saúde que os idosos entrevistados sentiam. Esse diagnóstico psicossocial de necessidades de saúde pode contribuir com uma melhora na oferta do serviço de saúde no Centro de Saúde.

Tendo em vista nossos resultados, achamos pertinente elaborar algumas sugestões para pesquisas adicionais. A partir dos conteúdos de representação que os diferentes participantes produziram, pode ser feito um outro processamento de dados que consiste numa análise de similitude, que permitiria estudar a estrutura interna dos elementos que tipificaram as representações sociais de saúde e de doença na velhice.

Numa pesquisa futura, trataria-se de pedir aos grupos de pessoas que já foram entrevistados que, acima das palavras que produziram na técnica de evocação livre, criem conjuntos de pares de palavras que lhes pareçam associadas. Conforme Abric (1994), essas listas de pares de palavras podem revelar a trajetória e os tipos de relações que os sujeitos utilizaram para associar os termos (relações de semelhança de sentido, de implicação, de contraste).

Acreditamos, como dizia Sá (1998), que os fenômenos das representações sociais se encontram espalhados por aí afora, na cultura, nas comunicações interpessoais, e nas práticas sociais. O fenômeno que foi explorado nesse trabalho se espalha em outro lugar que é alvo do atendimento à saúde: os Centros de Saúde. A saúde é um dos aspectos mais importantes da vida de um ser humano. Sem ela é impossível a própria sobrevivência, sobretudo na última fase da vida, em que as probabilidades de adoecer superam às de estar saudável.

Ao redor dos resultados obtidos pode ser feita uma última reflexão de tipo filosófica. É provável que alguns dos vocábulos evocados em relação ao termo “saúde na velhice” mostrem como a saúde-doença representa um contínuo no curso de vida de uma pessoa. O estar saudável pressupõe a possibilidade de ficar doente e *vice-versa*. Alguns núcleos centrais e periféricos das representações sociais podem exemplificar esse

contínuo do processo saúde-doença na velhice: estabilidade psíquica, estados emocionais positivos, expressão natural do processo de envelhecimento e cuidados de saúde.

No processo saúde-doença na velhice estão contidas duas condições: estar saudável e estar doente. Em relação à primeira condição, os grupos entrevistados apresentaram consenso para representá-la em função da prática de atividades, dos serviços de saúde, da autonomia e do apoio sócio-familiar. No que diz respeito à segunda condição (estar doente), o consenso refletiu-se em conteúdos tais como: enfermidades concretas, incapacidades, problema e morte, entre outros.

Embora não tenhamos conseguido captar todos os aspectos da representação social da saúde e da doença na velhice, nos grupos pesquisados, achamos que foi possível mostrar outra aplicação prática que a teoria das representações sociais tem nas Ciências da Saúde. A psicossociologia, que foi explorada com esse estudo, permitiu analisar como o social é qualitativamente diferente do número. As representações sociais da saúde e da doença na velhice, e as representações de um idoso doente e sadio, expressaram diversas necessidades de saúde que os idosos entrevistados apresentam. Acreditamos que, assim como as representações são socializadas, as necessidades de saúde encontradas também são compartilhadas e socializadas.

As representações sociais encontradas expressam o conhecimento prático que os diferentes grupos têm desenvolvido na tentativa de explicar o assunto saúde-doença na velhice. Contudo, é um pensamento leigo e social que poderia contribuir para o pensamento científico na área. Alguns dos conteúdos compartilhados entre trabalhadores, idosos e cuidadores mostram que, embora sejam grupos diferentes, existem sujeitos sociais que podem produzir conhecimentos consensuados a partir dos fatos da vida diária, e que esses conhecimentos podem ser muito valiosos para aqueles que programam os serviços de saúde.

A representação social pode agir na forma de expressão fenomenológica de necessidades de saúde. Nosso estudo mostrou algumas das representações que diferentes grupos de pessoas têm acerca de um mesmo assunto: a saúde e a doença na velhice. Consideramos que o conhecimento dessas representações pode ser um dos pontos iniciais para reconhecer o desvio que existe entre as necessidades normativas de saúde e as necessidades sentidas de saúde, apresentadas pelos grupos de idosos pesquisados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J.C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J.C (Ed). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994. p. 11-35.
- AEBISCHER, V., DECONCHY, J. P., LIPIANSKY, E.M (Eds). **Idéologies et représentations sociales**. Fribourg: DelVal. Cousset, 1991.
- BALTES, P.B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**., Washington, DC, v.5, p. 611-626, 1987.
- BALTES, P.B. The many faces of human aging. Toward psychological culture of old age. **Psychological Medicine**., London, v. 21, p. 837-854, 1991.
- BALTES, P.B. Envelhecimento Cognitivo: Potencialidade e Limites. **Gerontologia**., São Paulo, v. 2: 23-44, 1994.
- BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERGER, P. L & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1983.
- BERKMAN, L.F., SYME, S.L. Social Networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County Residents. **American Journal of Epidemiology**., Baltimore, v. 109, p. 186-204, 1979.
- BERLINGUER, G. **A Doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BERQUÓ, E: Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: **Anais do Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para final de século”**. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. Brasília D.F, 1996. p.16-34.
- BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Ave – Maria Ltda, 1996.

- BIRMAN, J. Interpretação e representação na saúde coletiva. *Physis. Revista de saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 7-22, 1991.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BRADSHAW, J. The Concept of Social Need. In: GILBERT, N.M., SPECHT, H (Ed). **Planning for Social Welfare, Issues, Models and Tasks.** New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1977. p. 290-296.
- CABRAL, O.R. **Nossa senhora do desterro.** Florianópolis: Lunardelli, 1979.
- CAMARGO, V.B. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Material do curso sobre Alceste. Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social. Centro de Filosofia e Ciências Humanas- CFH, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Comunicação pessoal, 1998.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C.A (Org). **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Dumará, 1993. p. 119-130.
- CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud.**, Washington, DC, v 10, n. 4, p.1-7, 1989.
- CAVALCANTI, M.G.P.H. Considerações Preliminares e o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento. In: **O Idoso na Grande São Paulo.** Coleção Realidade Paulista. Fundação Estadual de Análise de Dados- SEADE. São Paulo, Junho de 1990.
- COHEN, C.I., TERESI, J., HOLMES, D. Assessment of stress-buffering effects of social networks on psychological symptoms in an inner-city elderly population. **American Journal of Community Psychology.**, N.York, v.14, n. 1, p. 75-91, 1985.
- COSTA, L.V. A. Política Nacional do Idoso- Perspectiva Governamental. In: **Anais do Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para final de século".** Ministério da Previdência e da Assistência Social. Brasília, DF, 1996. p. 46-64

- DALBOSCO, A.M.P. **Representações sociais sobre a cura: um estudo exploratório**. Tubarão, 1998. 64p. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL.
- DE ROSA, A.S. Social Representations and Attitudes: Problems of coherence between the theoretical definition and procedure of Research. **Textes sur les représentations Sociales.**, Paris, v. 2, n. 3, p.178-192, 1993.
- DEBERT, G.G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: **Anais do Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para final de século”**.Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. Brasília D.F, 1996. p. 35-45.
- DIÁRIO OFICIAL. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional. Ano CXXXII- n.3. Quarta Feira, 5 de Janeiro de 1994.
- DOCUMENTOS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Boletim Informativo 8, Março 17 a 21. Brasília, DF, 1986.
- DURKHEIM, E. **As regras do Método Sociológico**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1963.
- _____ **Sociologia e filosofia** (1924). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.
- EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva**. Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- EIBENSCHUTZ, C (Org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ELSEN, I., SANTOS, L.L.C., GONÇALVES, L.H.T. Significado do Envelhecimento e da saúde para o idoso. **Revista Ciências da Saúde.**, Florianópolis, v.7, n. 8, p.71-85, 1988/89.
- FERNADEZ-BALLESTEROS, R., et al. **Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez**. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
- FERREIRA, F.A. G. **Moderna Saúde Pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1978.

- FILLENBAUM, G.G. Social Context and self-assessment of health among the elderly. **The J. of Health and Social Behavior.**, Washington, DC, v. 20, n. 1, p. 45-51, 1979.
-
- The wellbeing of the elderly: Approaches to multidimensional assessment. **WHO- Offset Publications** n. 84, Genève, 1984.
- FLAMENT, C. Consensus, Saliency and Necessity in Social Representations. Technical Note. **Papers on Social Representations Threads of discussion.**, Paris, v. 3, n. 2, p. 97-105, 1994.
- FOULCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOX, P.J., BREUER, W., WRIGHT, J.A. Effects of a health promotion program on sustaining health behavior in older adults. **American Journal of Preventive Medicine.**, Amsterdam 13, n. 4, p. 257-264, 1997.
- FRENCK, J. El concepto de accesibilidad. **Revista de Saúde Pública de Mexico** ., México, DF, v. 27, n. 5, p. 438-452, 1985.
- GALLI, I., FASANELLI, R. Health and Illness: a contribution to the research in the field of Social Representations. **Journal of Papers on Social Representations – Textes sur les représentations sociales.**, Paris, v. 4, n. 1, p. 15-27, 1995.
- GALTUNG, J. **Les besoins de l'homme, les droits de l'homme et les théories du développement**. Reports 37. Paris: UNESCO, 1979.
- GARCIA, J.C. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In NUNES. E.D (Org). **Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1993. p. 95-132.
- GELBECKE, F.L. Processo Saúde-Doença: à procura da essência. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, 1992.
- GONÇALVES, L. H.T., SANTOS, L.L.C., SILVA, Y.F. Ser ou Estar saudável na velhice. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem.**, Florianópolis, v 1, n. 2, p. 76-88, 1992.
- GONÇALVES, V.L.B. **“A gente que tem o amarelão tem que se conformar”**. A atenção à saúde na perspectiva dos idosos. São Paulo, 1994. p 81 Dissertação (Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP)- Universidade Estadual Paulista.

- GRENBOWSKI, D., PATRICK, D., DIEHR, P. Self-efficacy and health behavior among older adults. **The Journal of Health and Social Behavior.**, Washington, DC, v. 34, n. 2, p. 89-104, 1993.
- GUIA DE LA ATENCION A LA SALUD DEL ANCIANO.** Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud, 1992.
- GUIMARÃES, R.M.M. Proteção e Saúde do idoso. **Revista Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p.274-285, 1987.
- GUIMARÃES, V.T.M.C. **Velhice: perda ou ganho?** Florianópolis, 1997, 147p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GUIMARÃES, V.T.M.C. Velhice: perda ou ganho. **Revista Arquivos de Geriatria e Gerontologia.**, Rio de Janeiro, v 2, n. 2, p. 52-59, 1998.
- HECKHAUSEN, J., DIXON, R.A., BALTES, P.B. Gains and Losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. **Developmental Psychology.**, Washington, DC, v.25, p.109-121, 1989.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis. Revista de Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.
- HOOD, H.G., DINCHER, J.R (Org). **Fundamentos e Prática da Enfermagem. Atendimento Completo ao Paciente.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S (Org). **Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales.** Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.
- JOHNSON, R., WOLINSKI, F.D. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. **The Journal of Health and Social Behavior.**, Washington, DC, v. 34, n. 2, p. 105-121, 1993.
- KALACHE, A: Envelhecimento no Contexto Internacional. A perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: **Anais do Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para final de século"**. Ministério da

- Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. Brasília D.F, 1996. p. 13-5.
- KANE, R.A., KANE, R.L. **Evaluación de las Necesidades en los Ancianos. Guia Práctica sobre los instrumentos de medición.** Madrid: Fundación de la Caja de Madrid, 1993.
- KAPLAN, D., MANNERS, R.A. **Teoria da Cultura.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- KASTENBAUM, R., CANDY, S. The four percent fallacy. **International Journal of Aging and Human Development.**, Amityville, N.Y, v 4, n.2, p. 15-21, 1973.
- KERRIGAN, W.M. The World Assembly on Aging. **The Magazine of The World Health Organization.**, Genève, v. 27, p. 7-8, , 1982.
- KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte o o morrer.** São Paulo: EDART- Livraria Editora Ltda, 1977.
- LACHS, M.S., PILLEMER, K. Abuse and neglect of the elderly persons. **The New England Journal of Medicine.**, London, v. 332, n. 7, p. 437-443, 1995.
- LAKATOS, I. **Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales.** Madrid: TECNOS, 1974.
- LAVE, J.R et al. Participation in health promotion programs by the rural elderly. **American Journal of Preventive Medicine.**, Amsterdam, v. 11, n. 1, p. 46-53, 1995.
- LIMA, M.L.P. Atitudes. In: VALA, J., MONTEIRO, M.B (Org). **Psicologia Social.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 167-198.
- LUZ, M.T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" - anos 80. **Physis. Revista de Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MEDRADO, B.D. **Caíndo prá idade. A vivência da velhice em um contexto rural nordestino.** Recife, 1994. Dissertação (Mestrado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco- Recife). Universidade Federal de Pernambuco.
- MENDES, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V (Org). **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias**

do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 19-92.

_____ **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Anais do I Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final de Século”.** Brasília D.F, 1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978

_____ On social Representations. In: FORGAS, J.P (Ed). **Social Cognitions Perspectives on Everyday Understanding.** New York: Academic Press, 1981. p. 181-209.

_____ Social Representations Phenomena. In: MOSCOVICI, S & FARR, R (Eds): **Social Representations.** Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

_____ Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology.**, Chichester, G.B, v. 18, p. 211-250, 1988.

_____ Présentation. **Bulletin de Psychologie.**, Paris, v. XLV, n. 405, p. 137-143, 1991-92a.

_____ Introductory address at the First International Conference on Social Representations. **Textes sur les Représentations Sociales.**, Paris, v. 2, n. 3, p.160-170, 1993.

NASCIMENTO-SCHULZE, C.M., GARCIA, A.I.F., ARRUDA, D.C. Health paradigms, social representations of health and illness and theirs central nucleus. **Papers on Social Representations. Threads of discussion.**, Paris, v.4, n. 2, p. 187-198, 1995.

NAVAS, H., MOISO, A. Modelos Conceptuales para la investigación de necesidades de salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas. **Cuadernos Médico Sociales.**, Santiago de Chile, v. 69, p.33-46, 1994.

NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho\velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas, 1988. Tese (Livre Docência em Psicologia da Educação) UNICAMP.

- _____. A Pesquisa em Gerontologia no Brasil. Análise de Conteúdos de Amostra de Pesquisa em Psicologia no Período de 1975-1996. **Revista Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 69-105, 1997.
- NUNES, E.D. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989.
- OMS. Organización Mundial de la Salud: Conferencia Internacional de la Salud. New York, Julio, 1946.
- OMS: Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un Grupo Científico de la OMS sobre la Epidemiología del Envejecimiento. **Serie de Informes Técnicos 706**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1984.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud: una antología. **Publicación Científica 557**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC, 1992.
- PATTISON, E.M. **The experience of Dying**. London: Prentice-Hall, 1977.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C. **La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias**. Barcelona: Masson, S.A, 1989.
- PINOTTI, J.A. **A doença da saúde. Por uma política de saúde no Brasil**. Campinas: Almed - UNICAMP, 1984.
- PITA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. Programa Nacional de Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Poder Executivo. Ministério de Justiça. Brasília, D.F, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Lei Nro 5371\98. Gabinete da Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC. Portaria Oficial. Setembro 24 de 1998.
- QUEVEDO, E.V., HERNANDEZ, M.A. La articulación del conocimiento biológico y social em la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. **Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 1**. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de la salud. Organización Panamericana de la salud. Washington, DC, 1994.

- REINERT, M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G de Nerval. **Bulletin de méthologie sociologique.**, France, v. 28, p. 24-54, 1990.
- RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ROSE, D et al. Questioning consensus in Social Representations Theory. **Papers on Social Representations. Threads of discussion.**, Paris, v. 4, n. 2, p. 150-155, 1995.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social. Ensaios sobre a História da Assistência Médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980
- SÁ, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-EdUERJ, 1998.
- SALGADO, M. Políticas Sociais na Perspectiva da Sociedade Civil: Mecanismos de Controle Social, Monitoramento e Execução, Parcerias e Financiamento. Síntese de Conferência. In: **Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Final de Século"**. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. Brasília D.F, 1996. p. 65-70.
- SAN MARTIN. **Crisis Mundial de la salud. Salud para nadie en el año 2000?** Madrid: Ciencia, 1984.
- SAN MARTIN, H., PASTOR, V. **Salud Comunitaria. Teoria y Práctica**. Madrid: Díaz Santos, 1988.
- _____. **Economia de la Salud**. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1989.
- SANT'ANNA, M.R. **O Velho no Espelho: um cidadão que envelheceu**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em História)- Departamento de História da Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, M.F.S. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária- EPU, 1990.
- _____. Velhice: Uma Questão Social. **Revista Temas em Psicologia**, Riberão Preto, v. 2, p. 123-131, 1994.

- _____. **A velhice na Zona Rural. Representações Sociais e Identidade.** Manuscrito do Laboratório de Interação Social Humana – LABINT. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Comunicação pessoal, 1996.
- SEMIN, G.R., GERGEN, K. **Everyday understanding Social Scientific Implications.** London: Sage Publications, 1990.
- SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. Sobre la teoría y la práctica de la salud Pública: un debate, múltiples perspectivas. La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. OPS (Washington, DC), 1992.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais da saúde e da doença. **Cadernos de saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993.
- SHAPIRA, M.V. Representación del Proceso de Salud-Enfermedad y la Valoración de la Atención Médica desde la perspectiva de la mujer. **Cuadernos Médico Sociales.**, Santiago de Chile, v.65-66, p. 41-54, 1993.
- STEDFORD, A. **Encarando a morte: uma abordagem do relacionamento com o paciente terminal.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TRENTINI, M., SILVA, V.G.D. Condição Crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.76-88, 1992.
- VELOZ, T. M. C., NASCIMENTO-SCHULZE, C., CAMARGO, V.B. Representações sociais do envelhecimento. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica.**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 479-501, 1999.
- VERGÈS, P. L' évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie.**, Marseille, v. XLV, n. 405, p. 203-209, 1991-1992.
- VIVEROS, M. La noción de Representación Social. **Revista Colectiva de Antropología.**, Bogotá, v.XXX, p. 239-260, 1993.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization. Resolution WHO 30,43. Geneva, 1977.
- ZIMERMAN, D.E. Psicoterapias de Grupo. In: CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 225-240.

7. ANEXOS

***ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COM SERES HUMANOS***



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
 CEP 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 TEL.: (048) 234-1000 - FAX: (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer

Processo nº: 006/98

Projeto de Pesquisa: Representações sociais da saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde.

Pesquisador Responsável: Maria Cristina Triguero Veloz

Instituição: UFSC

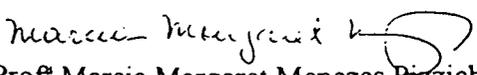
Parecer dos Relatores:

- aprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Justificativa: O projeto é bem descrito e fundamentado, contendo todas as etapas necessárias; o tema é relevante; o pesquisador revela conhecimentos sobre o assunto. Inclui toda a documentação necessária e está de acordo com os termos das Resoluções 196/96 e 251/97. O parecer é pela aprovação do presente projeto.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 05/04/99.

Florianópolis, 07/04/99.


 Profª Marcia Margaret Menezes Pizzichini
 Coordenadora

**ANEXO 2: EXEMPLO DE PLANILHA DE CÁLCULOS DA
TÉCNICA DE EVOCAÇÃO LIVRE**

<i>palavras</i>	<i>frequência</i>	<i>ordem média</i>
<i>alegria/felicidade</i>	12	1.6
<i>caminhar/andar</i>	8	2
<i>disposição</i>	6	2.1
<i>dinheiro</i>	6	2.6
<i>paz</i>	5	1.6
<i>coisa boa</i>	4	1
<i>trabalhar</i>	4	2.5
<i>alimentação</i>	3	1.6
<i>tratamento</i>	2	1.5
<i>impossível</i>	2	1.5
<i>difícil</i>	2	1.5
<i>vida</i>	2	2
<i>independência</i>	2	2.5
<i>cuidado</i>	2	2.5
<i>atenção</i>	2	3
<i>viajar</i>	2	3
<i>problema</i>	2	3
<i>modo de vida</i>	1	1
<i>forças</i>	1	1
<i>exercícios</i>	1	1
<i>não ficar parado</i>	1	1
<i>prioridade</i>	1	1
<i>espetacular</i>	1	1
<i>atendimento</i>	1	1
<i>acolhimento</i>	1	1
<i>preparação</i>	1	1
<i>útil</i>	1	1
<i>afazeres</i>	1	1
<i>saúde</i>	1	1
<i>vitalidade</i>	1	1
<i>deus</i>	1	1
<i>sorte</i>	1	1
<i>missão concluída</i>	1	1
<i>doença</i>	1	1
<i>desejada</i>	1	1
<i>aceitar</i>	1	1
<i>viver bem</i>	1	2
<i>fazer movimentos</i>	1	2
<i>discriminação</i>	1	2
<i>apoio</i>	1	2
<i>consolo</i>	1	2
<i>normal</i>	1	2

<i>dormir bem</i>	1	2
<i>boa cama</i>	1	2
<i>alto astral</i>	1	2
<i>passear</i>	1	2
<i>sair</i>	1	2
<i>esperança</i>	1	2
<i>estrutura familiar</i>	1	2
<i>final da vida</i>	1	2
<i>compartilhar</i>	1	2
<i>amor</i>	1	2
<i>lutar</i>	1	2
<i>qualidade de vida</i>	1	3
<i>bem-estar</i>	1	3
<i>ânimo</i>	1	3
<i>mente boa</i>	1	3
<i>bons pensamentos</i>	1	3
<i>descaso</i>	1	3
<i>carência</i>	1	3
<i>orientação</i>	1	3
<i>biológico</i>	1	3
<i>genética</i>	1	3
<i>conversar</i>	1	3
<i>dançar</i>	1	3
<i>vida abalada</i>	1	3
<i>procurar o próximo</i>	1	3
<i>ter meus remédios</i>	1	3
<i>não sofrer</i>	1	3
<i>sensibilidade</i>	1	3
<i>não se entregar</i>	1	3

Total de palavras = 71

Total de evocações=120

as palavras de frequência igual ou superior a 1.6 farão parte da tabela

Média da frequência média = 3

Média da ordem média = 2.0

ANEXO 3: EXEMPLO DE SAÍDA DE DADOS DO SOFTWARE ALCESTE

* Logiciel ALCESTE (4.0 - 04/02/97) *

Plan de l'analyse :Alidsaud.pl ; Date : 17/12/98; Heure : 11:34:15

C:\Arquivos de Programas\ALCESTE4\Cris\Alidsaud.doc\&&_0\

Alidsaud.txt

ET 1 1 1 1

A 1 1 1

B 1 1 1

C 1 1 1

D 1 1 1 0 0

A1 1 0 0

A2 3 0

A3 1 1 0

B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0

B2 2 2 0 0 0 0 0 0

B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0

C1 0 121

C2 0 2

C3 0 0 1 1 1 2

D1 0 2 2

D2 0

D3 5 a 2

D4 1 -2 1

D5 0 0

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :

N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 80

A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes : 925

Nombre d'occurrences : 6008

Fréquence moyenne par forme : 6

Nombre de hapax : 497

Fréquence maximum d'une forme : 389

69.62% des formes de fréq. < 2 recouvrent 13.17% des occur. ;
82.59% des formes de fréq. < 5 recouvrent 20.49% des occur. ;
90.70% des formes de fréq. < 12 recouvrent 30.81% des occur. ;
94.27% des formes de fréq. < 23 recouvrent 40.31% des occur. ;
96.54% des formes de fréq. < 34 recouvrent 50.00% des occur. ;
98.05% des formes de fréq. < 61 recouvrent 60.82% des occur. ;
98.92% des formes de fréq. < 85 recouvrent 70.39% des occur. ;
99.46% des formes de fréq. < 147 recouvrent 80.19% des occur. ;
99.89% des formes de fréq. < 275 recouvrent 93.53% des occur. ;
100.00% des formes de fréq. < 389 recouvrent 100.00% des occur. ;

A3 : Liste des clés et valeurs d'analyse (ALC_CLE) :

```

-----
K 0 Nombres en chiffre
M 2 Mots en majuscules
U 0 Mots non trouvés dans DICIN (si existe)
X 1 formes non reconnues et fréquentes
0 2 Auxiliaire ESTAR
1 2 Auxiliaire TER
2 2 Auxiliaire HAVER
3 2 Auxiliaire SER
4 2 Prépositions simples et locutions prépositives
5 2 Conjonctions et locutions conjonctives
6 2 Interjections
7 2 Pronoms
8 2 Numéraux
9 2 Adverbes
  1 Formes non reconnues

```

```
A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000
```

```

Nombre de mots analysés : 511
Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 221
Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 127
Nombre d'occurrences retenues : 6007
Moyenne par mot : 7.439891
Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 1981 soit 36.375320%
Nombre d'occurrences supplémentaires : 3465
Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 561

```

```

-----
B1: Sélection des uce et calcul des données
-----

```

```

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 26
B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 120
Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 100
Nombre total de mots : 220
Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 127
Nombre de lignes de B1_DICB : 347

Nombre d'occurrences analysées : 1981

Nombre d'u.c.i. : 80
Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 10.593580
Nombre d'u.c.e. : 187
Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 187
100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
Nombre de couples : 4335

```

```

-----
B2: Calcul de DONN.1
-----

```

```

Nombre de mots par unité de contexte : 10
Nombre d'unités de contexte : 156

```

```

-----
B2: Calcul de DONN.2

```

```

-----
Nombre de mots par unité de contexte      :      12
Nombre d'unités de contexte                :      138

```

```

-----
B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1
-----

```

```

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
  0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables              :      93
Nombre d'unités de contexte              :      156
Nombre de "1"                            :      1630

```

```

-----
B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2
-----

```

```

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
  0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables              :      92
Nombre d'unités de contexte              :      138
Nombre de "1"                            :      1575

```

```

-----
C1: intersection des classes
-----

```

```

Nom du dossier traité                    C:\Arquivos de Programas\ALCESTE4\Cris\Alidsa
ud.doc\&&_0\
Suffixe de l'analyse                     :121
Date de l'analyse :17/12/98
Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

```

```

Nombre minimum d'uce par classe      :      10

```

```

DONN.1 Nombre de mots par uc :      10
      Nombre d'uc           :      156

```

```

DONN.2 Nombre de mots par uc :      12
      Nombre d'uc           :      138

```

```

105 u.c.e classées sur 187 soit 56.15 %

```

```

Nombre d'u.c.e. distribuées:      112

```

```

Tableau croisant les deux partitions :

```

```

RCDH1 * RCDH2
classe * 1 2 3
poids * 76 18 18
1 79 * 75 0 4
2 21 * 1 18 2
3 12 * 0 0 12

```

```

Tableau des chi2 (signés) :

```

```

RCDH1 * RCDH2
classe * 1 2 3
poids * 76 18 18
1 79 * 90 -51 -24

```

```

2  21 *  -47  92  0
3  12 *  -28  -2  70

```

Classification Descendante Hiérarchique...
Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :

```

      ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 75uce) |-----+
                18                |-----+
Cl. 2 ( 18uce) |-----+          |
                19                +
Cl. 3 ( 12uce) |-----+

```

Classification Descendante Hiérarchique...
Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :

```

      ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 75uce) |-----+
                18                |-----+
Cl. 3 ( 12uce) |-----+          |
                19                +
Cl. 2 ( 18uce) |-----+

```

C2: profil des classes

```

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot      :      2.00
Nombre de mots (formes réduites)             :      220
Nombre de mots analysés                      :      120
Nombre de mots "hors-corpus"                 :      127
Nombre de classes                            :           3

```

105 u.c.e. classées soit 56.149730%

```

Nombre de "1" analysés                       :      925
Nombre de "1" suppl. ("r")                   :     1300

```

Distribution des u.c.e. par classe...

```

1eme classe :    75. u.c.e. 628. "1" analysés ; 912. "1" suppl..
2eme classe :    18. u.c.e. 189. "1" analysés ; 239. "1" suppl..
3eme classe :    12. u.c.e. 108. "1" analysés ; 149. "1" suppl..

```

Classe n° 1 => Contexte A

```

Nombre d'u.c.e.                             :    75. soit : 71.43 %
Nombre de "uns" (a+r)                       :   1540. soit : 69.21 %
Nombre de mots analysés par uce             :    8.37

```

num	effectifs	pourc.	chi2	identification
5	8.	8.	100.00	3.46 alimenta+
13	13.	13.	100.00	5.93 cabeca
19	25.	29.	86.21	4.29 coisa+
28	10.	10.	100.00	4.42 das
34	7.	7.	100.00	3.00 dinheiro
38	13.	13.	100.00	5.93 doenca+
39	10.	10.	100.00	4.42 doente+
57	16.	16.	100.00	7.55 idade
59	13.	14.	92.86	3.63 import+
90	11.	12.	91.67	2.72 problema+
113	12.	13.	92.31	3.17 velhice

117	29.	36.	80.56	2.24	vida
119	11.	11.	100.00	4.91	viv+
124 *	5.	5.	100.00	2.10 *	0 estao
151 *	10.	10.	100.00	4.42 *	5 quando
177 *	29.	34.	85.29	4.74 *	7 na
213 *	6.	6.	100.00	2.55 *	9 o-mais
218 *	13.	14.	92.86	3.63 *	M A
222 *	11.	12.	91.67	2.72 *	*id_2
242 *	22.	22.	100.00	11.13 *	*sx_m
244 *	15.	16.	93.75	4.61 *	*Conv_2
246 *	41.	49.	83.67	6.75 *	*Eciv_1
254 *	25.	29.	86.21	4.29 *	*Filh_3
261 *	49.	61.	80.33	5.65 *	*Gru_1
289 *	6.	6.	100.00	2.55 *	*S_29

Nombre de mots sélectionnés : 25

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 18. soit : 17.14 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 428. soit : 19.24 %
 Nombre de mots analysés par uce : 10.50

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
14	4.	4.	100.00	20.10	caminh+
15	3.	5.	60.00	6.79	cas+
31	3.	8.	37.50	2.53	deu+
36	5.	5.	100.00	25.38	divert+
37	4.	6.	66.67	10.99	do
41	2.	3.	66.67	5.33	dos
47	8.	24.	33.33	5.74	faz+
49	5.	9.	55.56	10.23	feliz+
50	8.	15.	53.33	16.14	fic+
54	7.	9.	77.78	25.48	gost+
62	5.	5.	100.00	25.38	ir
74	5.	5.	100.00	25.38	mundo
84	9.	32.	28.13	3.91	pod+
85	4.	8.	50.00	6.58	poss+
86	3.	7.	42.86	3.49	precis+
92	6.	8.	75.00	20.41	quer+
96	3.	3.	100.00	14.93	sair+
101	3.	3.	100.00	14.93	sint+
105	4.	12.	33.33	2.50	tenh+
131 *	2.	3.	66.67	5.33 *	2 ha
138 *	13.	60.	21.67	2.02 *	4 de
152 *	16.	76.	21.05	2.96 *	5 que
153 *	7.	24.	29.17	3.17 *	5 se
158 *	2.	3.	66.67	5.33 *	7 alguem
162 *	4.	12.	33.33	2.50 *	7 ele
165 *	2.	3.	66.67	5.33 *	7 esse
168 *	6.	16.	37.50	5.51 *	7 isso
169 *	3.	7.	42.86	3.49 *	7 me
184 *	3.	8.	37.50	2.53 *	7 outros
185 *	5.	16.	31.25	2.64 *	7 o-que
187 *	2.	4.	50.00	3.16 *	7 qualquer
201 *	4.	10.	40.00	4.07 *	9 ainda
203 *	7.	17.	41.18	8.25 *	9 bem
206 *	2.	3.	66.67	5.33 *	9 hoje
212 *	2.	4.	50.00	3.16 *	9 nunca
219 *	9.	29.	31.03	5.44 *	M E
231 *	2.	3.	66.67	5.33 *	*id_66
241 *	18.	83.	21.69	5.76 *	*sx_f
243 *	6.	18.	33.33	4.01 *	*Conv_1
249 *	5.	10.	50.00	8.40 *	*Filh_0
258 *	2.	4.	50.00	3.16 *	*Filh_7
340 *	2.	3.	66.67	5.33 *	*S_75

Nombre de mots sélectionnés : 42

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 12. soit : 11.43 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 257. soit : 11.55 %
 Nombre de mots analysés par uce : 9.00

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
46	7.	7.	100.00	58.13	famili+
51	4.	7.	57.14	15.48	filhos
52	3.	5.	60.00	12.24	frente
60	8.	8.	100.00	67.11	incomod+
76	5.	13.	38.46	10.71	os
98	10.	68.	14.71	2.05	saud+
111	3.	6.	50.00	9.35	vai
135 *	2.	5.	40.00	4.23 *	3 sou
137 *	5.	24.	20.83	2.72 *	4 com
149 *	2.	7.	28.57	2.18 *	5 nem
174 *	2.	6.	33.33	3.02 *	7 minha
188 *	2.	4.	50.00	6.11 *	7 quem
219 *	6.	29.	20.69	3.39 *	M E
233 *	2.	4.	50.00	6.11 *	*id_68
235 *	2.	4.	50.00	6.11 *	*id_72
241 *	12.	83.	14.46	3.59 *	*sx_f
248 *	9.	42.	21.43	6.92 *	*Eciv_3
255 *	5.	16.	31.25	7.33 *	*Filh_4
262 *	11.	44.	25.00	13.78 *	*Gru_2

Nombre de mots sélectionnés : 19
 Nombre de mots marqués : 173 sur 220 soit 78.64%

Liste des valeurs de clé :

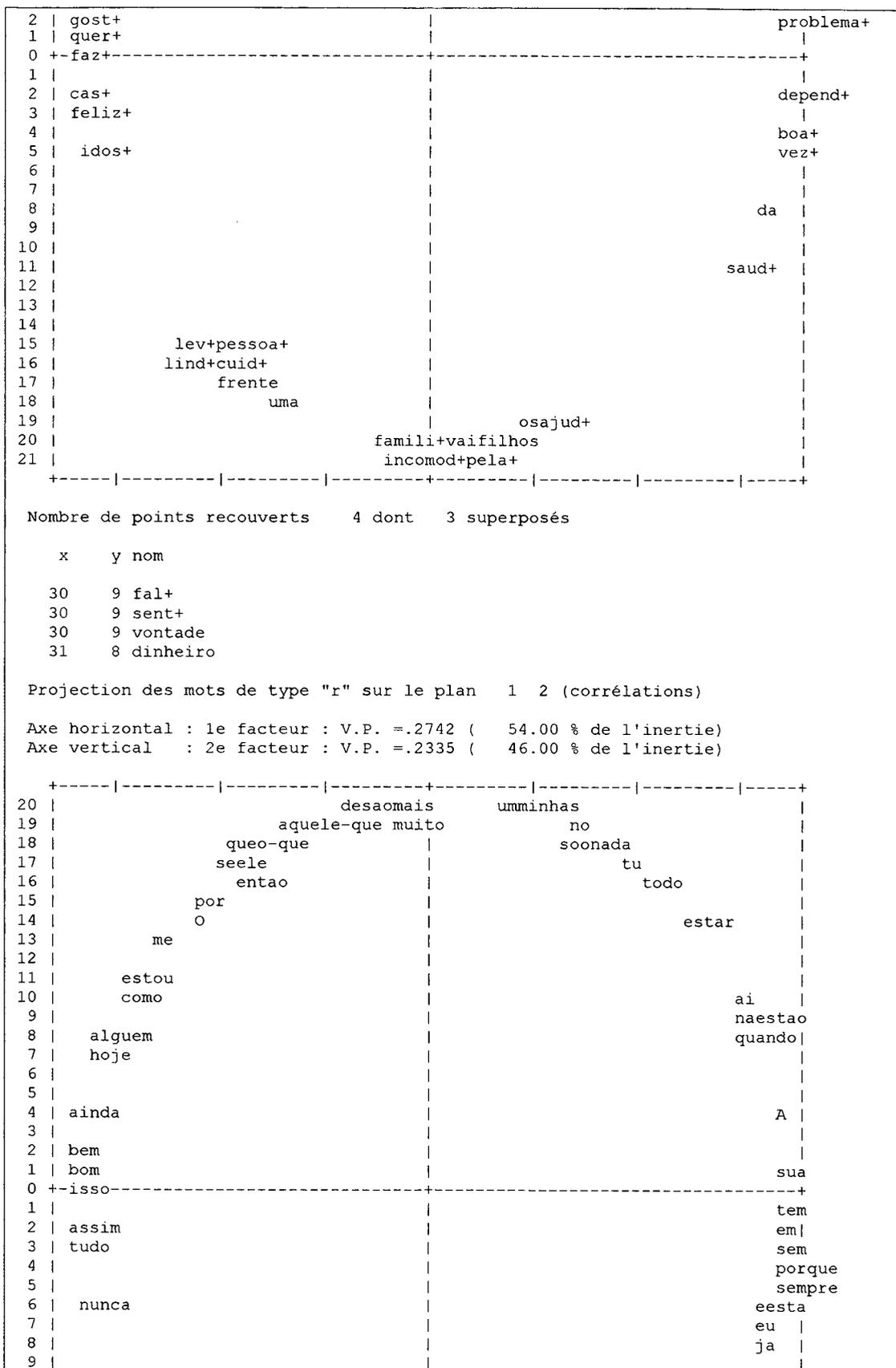
0 si chi2 < 2.71
 1 si chi2 < 3.84
 2 si chi2 < 5.02
 3 si chi2 < 6.63
 4 si chi2 < 10.80
 5 si chi2 < 20.00
 6 si chi2 < 30.00
 7 si chi2 < 40.00
 8 si chi2 < 50.00

Tableau croisant classes et clés :

	* Classes *		1	2	3
Clés	* Poids *		780	207	126
M *	55 *		35	12	8
0 *	20 *		16	3	1
1 *	68 *		50	8	10
2 *	3 *		1	2	0
3 *	30 *		18	7	5
4 *	173 *		122	30	21
5 *	175 *		122	34	19
6 *	18 *		14	3	1
7 *	366 *		260	64	42
8 *	26 *		19	5	2
9 *	179 *		123	39	17

Tableau des chi2 (signés) :

	* Classes *		1	2	3
Clés	* Poids *		780	207	126
M *	55 *		-1	0	0



10		outros				naopara	
11		E				mas	
12						mimque-se	
13		ser					
14						a	
15		essa				tendo	
16		pouco				comela	
17						nem	
18						ninguem	
19		quem				ter aquelaminha	
20				embora		sou	

-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

 D1: Sélection de quelques mots par classe

Valeur de clé minimum pour la sélection : 0

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :

idade(16), cabeca(13), doenca+(13), coisa+(25), das(10), doente+(10), viv+(11),
 alimenta+(8), dinheiro(7), import+(13), problema+(11), velhice(12), ach+(17),
 as(11), boa+(12), cham+(2), chei+(2), conhec+(2), da(15), depend+(7), disposicao(3),
 dor+(4), faco(3), fal+(4), gente(21), grande+(3), perna+(3), sent+(2), serv+(2),
 sozinha(3), val+(3), vez+(6), vida(29), vir+(2), vontade(3);

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :

caminh+(4), divert+(5), gost+(7), ir(5), mundo(5), quer+(6), do(4), fic+(8),
 sair+(3), sint+(3), cas+(3), feliz+(5), dos(2), faz+(8), poss+(4), acab+(1),
 anos(1), consegu+(1), grupo+(1), jovens(1), pod+(9), sozinho+(1), tempo(1),
 precis+(3), alegr+(4), atencao(1), desej+(1), deu+(3), dificil+(1), felicidade(1),
 idos+(7), lugar+(1), maravilhos+(1), ment+(1), muita(1), pens+(1), principal+(1),
 sab+(1), tenh+(4), tens(1), ver(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 3 :

famili+(7), incomod+(8), filhos(4), frente(3), otim+(2), aos(1), os(5), vai(3),
 pela+(1), reclam+(1), ajud+(3), crianca+(1), cuid+(2), lev+(1), lind+(1), lut+(1),
 pessoa+(6), presente(1), saud+(10), uma(6);

Mots outils spécifiques de la classe 1 :

estao(5), temos(3), quando(10), ai(3), olha(4), esta(16), mesmo(4), na(29), nos(2),
 outra(3), te(3), todas(2), todo(7), tu(6), voce(3), dentro(3), o-mais(6),
 sempre(12), tambem(2), A(13), o(18);

Mots outils spécifiques de la classe 2 :

estou(1), ha(2), era(1), ate(1), de(13), dentro-de(2), pelo(1), por(3), assim(2),
 como(1), que(16), se(7), muito-bom(1), alguem(2), aquele-que(3), ele(4), esse(2),
 isso(6), me(3), meu(1), nenhum(1), outros(3), o-que(5), qualquer(2), tudo(7),
 agora(1), ainda(4), bastante(1), bem(7), entao(2), hoje(2), nunca(2), pior(1), E(9),
 O(3);

Mots outils spécifiques de la classe 3 :

tendo(1), ter(5), ser(3), sou(2), com(5), para(7), embora(1), nem(2), aquela(2),
 ela(1), essa(1), meus(1), mim(4), minha(2), ninguem(3), pouco(1), quem(2), toda(1),
 nao(8), a(10), e(12);

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :

*id_1(38), *id_2(11), *id_4(4), *id_65(3), *id_80(4), *sx_m(22), *Conv_2(15),
 *EciV_1(41), *Filh_2(13), *Filh_3(25), *Filh_6(4), *Filh_8(4), *Gru_1(49),
 *Ren_3(15), *S_1(2), *S_23(2), *S_24(2), *S_26(2), *S_28(2), *S_29(6), *S_3(3),
 *S_35(2), *S_36(3), *S_38(2), *S_40(2), *S_44(2), *S_47(3), *S_5(2), *S_56(2),
 *S_58(2), *S_6(2), *S_61(2), *S_62(2), *S_71(2), *S_9(2);

Mots étoilés spécifiques de la classe 2 :

*id_3(2), *id_63(2), *id_66(2), *id_74(1), *id_82(1), *sx_f(18), *Conv_1(6),
 *EciV_2(4), *Filh_0(5), *Filh_7(2), *Ren_6(1), *S_10(2), *S_13(2), *S_18(1),

```
*S_19(1), *S_21(1), *S_31(1), *S_34(1), *S_7(2), *S_72(2), *S_75(2), *S_79(1),
*S_80(1);
```

```
Mots étoilés spécifiques de la classe 3 :
*id_61(1), *id_62(1), *id_67(1), *id_68(2), *id_72(2), *id_75(1), *id_78(1),
*Conv_3(10), *Eciv_3(9), *Filh_10(2), *Filh_4(5), *Gru_2(11), *Ren_2(4), *Ren_4(5),
*S_4(1), *S_42(1), *S_46(1), *S_54(2), *S_57(1), *S_60(1), *S_65(1), *S_68(1),
*S_69(1), *S_77(2);
```

```
-----
D1: Sélection des mots et des uce par classe
-----
```

```
D1 : Distribution des formes d'origine par racine
```

```
-----
Formes associées au contexte A
-----
```

```
A4 idade : idade(16);
A3 cabeca : cabeca(19);
A3 doenca+ : doenca(13), doencas(3);
A2 coisa+ : coisa(18), coisas(13);
A2 das : das(10);
A2 doente+ : doente(6), doentes(6);
A2 viv+ : vive(1), viver(9), viveu(1);
```

```
-----
Formes associées au contexte B
-----
```

```
B6 caminh+ : caminha(1), caminhar(3);
B6 divert+ : divertir(5);
B6 gost+ : gosta(4), gosto(3);
B6 ir : ir(5);
B6 mundo : mundo(5);
B6 quer+ : quer(6), quero(2);
B5 do : do(4);
B5 fic+ : fica(5), ficar(4), fico(2);
B5 sair+ : sair(3);
B5 sint+ : sinta(1), sinto(2);
B4 cas+ : casa(3), casas(1);
B4 feliz+ : feliz(4), felizes(2);
B3 dos : dos(2);
B3 faz+ : faz(3), fazer(7);
B3 poss+ : possa(2), possam(1), posso(1);
B2 acab+ : acaba(1), acabada(1);
B2 anos : anos(1);
B2 conseg+ : consegue(1);
B2 grupo+ : grupos(1);
B2 jovens : jovens(1);
B2 pod+ : pode(7), podem(1), poder(6), podes(1);
B2 sozinho+ : sozinho(1);
B2 tempo : tempo(1);
```

```
-----
Formes associées au contexte C
-----
```

```
C9 famili+ : familia(11), familiar(1);
C9 incomod+ : incomoda(3), incomodar(5), incomodo(1);
C5 filhos : filhos(4);
C5 frente : frente(3);
C5 otim+ : otimismo(1), otimo(2);
C4 aos : aos(1);
C4 os : os(7);
```

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

36 17 eu me divirto sempre, vamos a festas. A #doenca nao esta nas #pernas, esta na #cabeca, no coracao. nao #importa ter uma pequena #coisa, o bom e ter alegria de #viver.

12 14 essa e uma #das #coisas que mais peço a deus, porque nao adianta tu ter #dinheiro e nao ter a saude. nao adianta nada, eu #acho que o #dinheiro e #importante, mas ele nao resolve nada quando estamos #doentes.

52 5 O idoso saudavel, para mim, e aquele-que sempre esta contente, sem #importar nem a propria #doenca. E a alegria de #viver.

60 5 E aquela pessoa que e alegre, que nao e preguiçoso, que esta sempre firme. para mim o-mais #importante e a #cabeca #das pessoas. eu, por exemplo, #falo uma #coisa e #as #vezes perco o assunto, porque a #idade faz com-que isso ocorra, mas eu #faco outras #coisas para nao dar tanta importancia a isso.

96 5 para mim, o-que mais #fala de saude na #velhice e a #alimentacao.

142 5 A #gente #vive toda uma #vida abusando de tudo, sobretudo #da #alimentacao e quando a #gente chega a uma certa #idade, ai e quando e. A #gente esta #cheia de #doencas e de saude nada. A saude e uma reliquia que-se a #gente a tem, tem que cuidar muito bem dela.

145 5 saude na #velhice, sem #dinheiro nao existe.

51 4 quando ele tem contentamento e quando tem alegria de #viver, quando ele sabe controlar nao ter #dores, nao ter #doencas e ter uma #boa #cabeca para estar sempre alegre.

134 4 estar saudavel na #velhice e estar com um bom astral, lutar por tudo na #vida. quando eu vejo alguem #doente eu fico longe, porque saude se contamina, mas #doenca tambem.

163 4 A saude e tudo na #vida e na #velhice e melhor ainda. ser idoso e ainda poder curtir a #vida e muita #coisa linda viu. saude e #vida, nao #importa a #idade que a #gente tenha.

7 3 em qualquer #idade a saude e prioridade, a saude e todo na #vida. A #vida e a saude, a vitalidade, assim tem-se a #disposicao para a #vida e para #viver.

88 3 O idoso saudavel, para mim, olha eu #acho que tudo esta na #cabeca #da #gente. ha idosos que nao tem nada e estao #doentes, porque eu #acho que e um #problema #da #cabeca #das pessoas, e um #problema psicologico e muitas #vezes eles ficam #doentes para #chamar a atencao porque estao com falta de carinho.

135 3 saude e nao ter nada de #doenca. quando a #gente tem um pequeno #problema, ja nao e mais saudavel.

14 2 E a saude. um idoso com saude e poder ter tudo, porque na saude vai tudo o-que voce possa imaginar. desde #alimentacao ate #dinheiro. saude para mim, e poder fazer minhas #coisas sem ajuda de ninguem. agora mesmo eu nao tenho saude porque #dependo de outros pelo #problema #da #perna que esta me estourando, me atrapalha tudo.

22 2 #acho que a #grande felicidade #da #vida e poder #viver com saude, resolver os #problemas, porque a #doenca e o-pior que existe, principalmente no idoso, porque ja ele tem uma #idade e se a #doenca #vir junta e bem pior, e o fim #da #vida.

74 2 saude e nao pensar em besteiras e em #problemas, porque a #gente ve que os salarios sao horriveis, e ainda nao ser saudaveis e demais para minha #cabeca.

75 2 E uma #coisa maravilhosa porque se tu tens a saude tu tens tudo na #vida. E aquela pessoa que faz tudo #sozinha, nao #importa a #idade, o-que #importa e a saude.

87 2 E aquele-que faz tudo, que e alegre, que tem #vontade de #viver, que tem sua #cabeca #boa, que pode trabalhar que e o-mais #importante na #vida.

101 2 eu #conheço pessoas que so #falam de mal, de #doenca, conversa que nao leva a crescer, que so te puxa para baixo. em qualquer #idade a sabedoria esta em poder administrar a #cabeca de cada quem, tenho certeza absoluta disso.

Clé sélectionnée : B

44 18 E a coisa mais #maravilhosa #do #mundo, e uma pessoa que tem #muita saude, que #pode viajar bastante, que #faz tudo o-que ele #quer. um #idoso saudavel #gosta de se arrumar, de #ir para tudo o-que-e canto e se #divertir, que nao #fica dentro-de #casa, porque nao tem nada pior que #ficar dentro-de #casa e se a gente se arrumar e #sair, isso e saude.

77 17 eu #gosto de ser trabalhadora e isso e #poder ter a saude que eu #quero. nao #quero nunca #ficar dependendo #dos outros.

186 15 E uma pessoa que #pode passear, que #pode #ir a excursos, #caminhar, #sair, se #divertir e #fazer tudo o-que #deus manda. sao pessoas que ate #podem ser

mais #felizes que qualquer moco, porque o #idoso aproveitando #pode ser muito mais #feliz que as pessoas #jovens, mas para isso #precisa de saude.

173 13 ha cinco #anos atras eu ainda trabalhava como domestica. hoje, nao #posso mais, porque tem dias que nao me #sinto bem e eu nao #gosto de faltar nas #casas de minhas patronas.

43 11 E aquele-que nao se considera morto de espirito, que esta bem, que acompanha o #mundo bem. participar de #grupos e muito-bom e e saude. E bom nao #ficar isolado, amar, se #divertir, #fazer tudo o-que ele #quer e #principalmente cuidar da sua saude.

184 9 eu #fico #feliz e #fico #desejando que essas pessoa #possa continuar assim por muito #tempo ainda. para mim, e uma #alegria e uma #felicidade porque a pessoa #pode #ir a todo quanto e #lugar sem #precisar de ajuda de ninguem.

16 8 E #caminhar, e #poder #fazer aquilo que a gente #gosta, e #poder ter alguem junto com essa pessoa, e #poder ter apoio na vida, ter #atencao, que esse #idoso nao #precise #fazer tudo o-que ele #quer, por exemplo,

48 8 E tudo na vida, seria o-melhor #do #mundo, mas quase nunca a gente #pode ter a saude total. E o #idoso que #caminha, que #faz tudo, que #possa levar a vida para a frente.

164 8 um #idoso saudavel e a coisa melhor #do #mundo. ha dois coisas que me deixam #felizes, um #idoso bem cuidado e uma crianca. O #idoso saudavel e aquele-que acorda de-manha, que nao tem preguica de nenhum tipo, que #faz tudo #sozinho em qualquer momento, que #gosta de #fazer tudo com-amor e sacrificio sem pedir nada em troca.

25 7 eu #gosto de desenho animado, de #alegria e isso e saude, nao #ficar dentro-de #casa. eu me #sinto bem. E a #mente quem coordena todos nossos passos.

17 5 que-se ele #quer #fazer algo #dificil que #tenha ajuda de outros. devem existir pessoas que #possam ajudar para-que esse #idoso se #sinta #feliz, amado e querido.

33 3 E uma pessoa que nao #fica sempre cobrando #dos outros, dizendo que o antigo era bem-melhor que agora, eu acho assim, eu #tenho varios netos que sao criados #do jeito de hoje e meu marido #fica cobrando deles direto.

34 3 isso nao e bom, isso nao e saudavel. O #mundo muda e e dinamico, entao tu nao #podes cobrar, isso nao e saudavel. acho que uma pessoa que aceita mudancas e #consegue conviver com isso, e uma pessoa saudavel.

133 3 estar saudavel e #poder #fazer o-que a gente #quer, ser #alegre, ser #feliz, #ver a vida bem, lutar pelo que a gente #quer.

165 3 saude e tudo na vida de um #idoso. E aquele-que #gosta de se #divertir e que nao #fica reclamando de tudo.

71 2 E aquela pessoa que tem um bem de #deus, porque e uma #alegria, ja-que estar velho e ainda ter a saude, e muito lindo, #sabe. E um bem de #deus. ser saudavel e #poder #caminhar, andar, #sair, se #divertir, #ir a uma igreja, rezar. isso so #pode ser feito por alguem que #tenha saude.

Clé sélectionnée : C

104 75 E a #pessoa alegre que #vai para #frente, que nao #incomoda #os outros, que convive com #os #filhos e que nao e #uma carga para a #familia.

127 27 E #uma #pessoa animada, que nao #incomoda, que #vai para a #frente, que sempre esta feliz e conforme com vida. eu acho que #saude e nao ter que #reclamar de nada.

149 27 #saude e ter um bom ambiente #familiar, ter boas amizades e #levar tudo para a #frente sem problemas. E ter #otimismo para enfrentar #os problemas da vida.

92 21 para mim, e ter #saude, ser feliz, porque quem-e feliz e porque tem #saude. #uma #pessoa idosa saudavel e quem faz tudo sem a #ajuda de ninguem, sem ter que #incomodar a #familia, #aos #filhos.

132 14 E aquela #pessoa que para mim, eu sempre digo que eu quero ser #uma #pessoa idosa saudavel, porque para mim, #saude e nao #incomodar #os meus #filhos nem ter que depender de outras #pessoas.

158 13 O idoso saudavel eu acho #otimo, porque da para fazer muitas coisas, por exemplo, #cuidar de #criancas, #ajudar #os #filhos e nao #incomodar ninguem. para mim, e #otimo ter essa #saude, embora ter que fazer tudo devagarinho, o importante e poder fazer tudo com calma. devagar, mas indo pouco a pouco.

9 12 E #uma coisa muito boa, eu assim, que a #pessoa ja e idosa, e as vezes ela #incomoda #os outros e tendo #saude ela ja nao #vai #incomodar mais #os outros.

125 11 para mim, e aquela #pessoa que esta de bem com a #familia toda, que tem paz com sua #familia, que #luta ainda #peia vida, que gosta de se reunir com a #familia.

125 5 #saude e estar bem com tua #familia, curtir a #familia. eu sou saudavel, porque tenho #uma #familia e nao #incomodo minha #familia. eu sou velha, mas eles nao tem que-se preocupar comigo, porque eu sou saudavel.

157 7 em casa quem #ajuda sou eu e quem faz tudo sou eu. isso e a #saude na velhice. E nao #incomodar ninguem nunca, nem a propria #familia.

179 2 #saude e um #presente precioso que esta na gente e tem que ser #cuidado com-amor e carinho, pena que a #familia da gente nao aprecia isso.

 D2: Calcul des "segments répétés"

Seuls les 20 SR les plus fréquents sont retenus ici :

2 30 para mim
 2 25 por exemplo
 2 14 na vida
 2 12 gost+ de
 2 10 eu nao
 2 9 faz+ tudo
 2 9 da gente
 2 8 um idos+
 2 8 que nao
 5 8 sem a ajud+ de ninguem
 2 8 a gente
 2 8 pessoa+ que
 2 8 da vida
 2 7 nao e
 3 7 tudo na vida
 2 7 eu sou
 3 7 que nao tem
 2 7 que esta
 2 7 que tem
 3 7 que a gente

 D2: Calcul des "segments répétés" par classe

*** classe n° 1 (20 SR maximum) ***

2 1 14 para mim
 2 1 9 na vida
 2 1 6 que nao
 2 1 6 da gente
 2 1 5 nao e
 2 1 5 um idos+
 2 1 5 por exemplo
 2 1 4 A gente
 2 1 4 minhas coisa+
 2 1 4 eu nao
 3 1 4 eu ach+ que
 2 1 4 eu ach+
 3 1 4 que a gente
 2 1 4 tendo saud+
 2 1 4 pessoa+ que
 2 1 3 nao import+
 2 1 3 isso e
 2 1 3 que esta
 2 1 3 que tem
 5 1 3 sem a ajud+ de ninguem

*** classe n° 2 (20 SR maximum) ***

2 2 6 gost+ de
 2 2 4 ele quer+
 2 2 4 se divert+
 2 2 3 do mundo
 3 2 2 nao e saudavel
 2 2 2 nao fic+
 2 2 2 um idos+
 2 2 2 eu tenh+
 2 2 2 que o
 3 2 2 que a gente

Poids total du tableau : 58

```

      |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
B6 divert+ |-----+-----+-----+-----+-----+
B6 ir      |-----+-----+-----+-----+-----+
B6 quer+   |-----+-----+-----+-----+-----+
B6 gost+   |-----+-----+-----+-----+-----+
B5 fic+    |-----+-----+-----+-----+-----+
B6 mundo   |-----+-----+-----+-----+-----+
B3 faz+    |-----+-----+-----+-----+-----+
B4 feliz+  |-----+-----+-----+-----+-----+
B2 pod+    |-----+-----+-----+-----+-----+

```

C.A.H. du contexte lexical C

Fréquence minimum d'un mot : 5
 Nombre de mots sélectionnés : 3
 Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 12
 Seuil du chi2 pour les uce : 0
 Nombre de mots retenus : 3
 Poids total du tableau : 20

 * Fin de l'analyse *

Date : 17/12/98; Heure : 11:37:49

Temps d'execution : 0 h 3 mn 35 s