



Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação Avançada

Programa de Doutoramento em Ciências da Educação

Tese de Doutoramento

**Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento
ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**

Elizabeth Falcão Clarkson

Orientador(es) | Clarinda de Jesus Pomar
Sônia Maria Dantas Berger

Évora 2022





Universidade de Évora - Instituto de Investigação e Formação Avançada

Programa de Doutoramento em Ciências da Educação

Tese de Doutoramento

**Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento
ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**

Elizabeth Falcão Clarkson

Orientador(es) | Clarinda de Jesus Pomar
Sônia Maria Dantas Berger

Évora 2022



A tese de doutoramento foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor do Instituto de Investigação e Formação Avançada:

Presidente | Bravo Nico (Universidade de Évora)

Vogais | Armando Paulo Ferreira Loureiro (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)
Carolina Moreira da Silva de Fernandes de Sousa (Universidade do Algarve)
Clarinda de Jesus Pomar (Universidade de Évora) (Orientador)
Luisa Maria Serrano De Carvalhoo (Instituto Politécnico de Portalegre)
Marília Cid (Universidade de Évora)

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Izabel, por sua grande força e coragem
Ao meu pai, Edward Joseph (“in memoriam” e com muita saudade)
Aos meus filhos Tatiana, Patrícia e Bruno, meus maiores incentivadores.
Às minhas netas Jessie e Sammy com amor e carinho.

EPÍGRAFE

Há tanta
suavidade em nada dizer
e tudo entender

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Quando concluimos uma pesquisa nos damos conta da gratidão imensa que sentimos pela conclusão e por todo apoio recebido de diversas Instituições e pessoas. Em primeiro lugar, agradeço à Universidade Federal Fluminense por meio da Divisão de Afastamento Capacitação e Qualificação Docente por conceder o meu afastamento da docência no Departamento de Saúde e Sociedade desta Instituição de Ensino Superior e sem o qual este trabalho não poderia ter acontecido.

Em segundo lugar às orientadoras deste trabalho de pesquisa de Doutorado, a Professora Doutora Clarinda Pomar e a Professora Doutora Sônia Maria Dantas Berger. À primeira, agradeço à Professora Doutora Clarinda Pomar pela acolhida em Portugal, na Universidade de Évora, e em continuidade, no Brasil, com o apoio necessário e acompanhamento do meu trabalho de pesquisa dentro do critério do rigor científico e na contribuição de suas sugestões teóricas, mas também sensível aos problemas que o atravessaram concretizado na tragédia pandêmica mundial do Coronavírus e nas questões inerentes à tese.

À segunda orientadora é difícil encontrar palavras para agradecer à minha amiga e orientadora Professora Doutora Sônia Maria Dantas Berger. Desde o início da sua orientação encontrei nela uma incentivadora e uma crítica atenta e criteriosa do meu trabalho, sempre se mostrou disposta a orientar, incentivar e apoiar, fazendo, não raro, muito mais que sua função de orientadora exigiria. A sua visão ampla acerca dos fenômenos éticos, políticos, sociais e estéticos contribuiu de forma decisiva para o meu crescimento intelectual, na medida que pôde me mostrar novos caminhos de reflexão teórica sobre a realidade estudada.

Aos meus colegas do Trabalho de Pesquisa na UFF Marlene, Enilce, Paula, Mônica, Ranulfo e aos alunos, Kennedy, Carol, Letícia, Mariana, Thayná que compreenderam a minha pouca participação nos projetos de estudos e deram continuidade com muita boniteza, presteza e determinação. E às colegas Maria Martha, Cláudia, Helen, com muito carinho.

À Mônica Theresa, por estar sempre ao meu lado e na ajuda inestimável na análise das entrevistas num esforço da composição, necessária ao trabalho na realização da investigação.

A todos os colegas de turma do doutorado agradeço imensamente a troca de experiências partilhadas dentro e fora de sala de aula quer seja nos estudos em grupo, quer seja nos almoços de confraternização em Évora. Agradeço em especial àquele e àquelas que

ao se deixarem afetar me afetaram, no território das relações do amor fraterno, ao meu amigo Paulo Santana e às minhas amigas Beatriz, Carina, Maria Jacinta, e Helena.

Aos professores deste doutoramento que no ensino dialógico e problematizador pude aprender além do conteúdo dado, a cultura portuguesa, e na relação ensino-aprendizado-cultura os liames que abarcam o ser professor que passei a admirar.

À Marli com afeto, pelo apoio e amizade que se inicia assim que ingresso na universidade em Évora.

À minha família, minha mãe Izabel que na sabedoria no topo dos seus 93 anos me apoiou em todo o processo.

Ao meu filho Bruno e minhas filhas Tatiana e Patrícia agradeço o apoio e a confiança depositados no meu trabalho, bem como a paciência e a compreensão que sempre tiveram.

À minha querida irmã Margareth gostaria de agradecer o seu exemplo de força, determinação e amizade sincera.

À minha cunhada Sandra e meu irmão Eduardo, ambos tem sido fonte de crescimento, sabedoria e compreensão e que me acompanharam neste trajeto de construção da pesquisa e torcem sempre para que consiga alcançar meus objetivos em sua plenitude.

Aos colegas do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva que me apoiaram desde o início no desejo manifesto de ir estudar fora do Brasil, por me incentivarem no trabalho da pesquisa e também nas aulas remotas necessárias por não haver condições de aulas presenciais diante da pandemia de Coronavírus.

Também gostaria de agradecer aos meus alunos de TCS IA, turmas 220 e 121, da Faculdade de Medicina da UFF, que foram bem compreensíveis diante das dificuldades enfrentadas no início do ensino remoto, e por colaborarem com as reflexões feitas no tema do envelhecimento.

Ao professor António Neto, in memoriam, pela forma afetuosa e prestativa que me acolheu na Universidade de Évora.

Por fim, gostaria de agradecer às instituições representativas da velhice, especificamente os trabalhadores sociais dos projetos de extensão *PrevQuedas* e *Espaço Avançado*, ambos projetos da UFF, desenvolvidos pelas Faculdades de Educação Física e de Serviço Social, respectivamente, e os indivíduos idosos frequentadores dos projetos e atores sociais, por terem me recebido de forma tão cordial para a realização da pesquisa de campo, bem como a todos os idosos que nos concederam as entrevistas. Sem a colaboração dessas pessoas e instituições, certamente esse trabalho não teria sido possível.

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!

Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro

RESUMO

Esta tese partiu do pressuposto de que a experiência do envelhecer é influenciada por estereótipos e crenças sobre a velhice e, a depender das propostas político-pedagógicas que subsidiem as práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso, será mais ou menos possível caminhar no sentido emancipatório do envelhecimento ativo. A abordagem qualitativa do estudo exploratório desenvolvido aliou investigações de cunho bibliográfico e empírico, tendo como objetivo identificar aspectos subjetivos e socioculturais do processo de envelhecimento que colaboram para subsidiar as práticas de Educação em Saúde. A construção empírica está ancorada na análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas com nove (09) idosos, e sete (07) trabalhadores sociais que desenvolvem atividades educativas em projetos de extensão universitária na cidade de Niterói /Rio de Janeiro – Brasil. Para ambos, cada indivíduo tem seu processo de envelhecer. Para os idosos, um envelhecimento mais pleno e feliz é uma conquista de cada um e da própria sociedade, sendo a resiliência e os mecanismos de proteção categorias que evidenciaram estratégias que utilizam para superação das adversidades tais como a socialização, o respeito às autonomias e a abertura para novas aprendizagens. Observou-se que a produção do conhecimento a partir do diálogo e das experiências partilhadas entre os educadores/ trabalhadores sociais e educandos/ idosos nas atividades extensionistas, colaboraram para a conscientização sobre a cidadania na terceira idade e, sobre seus corpos na produção do cuidado de si. Ressaltou-se o papel do trabalhador social enquanto mediador do conhecimento quando toma para si a responsabilidade de dar suporte psicossocial às pessoas nas suas diversas velhices, por meio da educação em saúde emancipatória. Conclui-se que o estudo colaborou para o reconhecimento dos trabalhadores sociais enquanto potenciais fomentadores do envelhecimento ativo, identificou diretrizes político-pedagógicas para as práticas educativas e sinalizou a necessidade de maior investimento na formação dos mesmos.

Palavras-Chave: envelhecimento; saúde do idoso; educação em saúde; envelhecimento ativo; redes de cuidado comunitário

The meanings of old age and the promotion of active aging: educational challenges in the
Brazilian context

ABSTRACT

This thesis is based on the assumption that the experience of aging is influenced by stereotypes and beliefs about old age and depending on the political-pedagogical proposals that support the practices of social workers in the spaces of care for the elderly, it will be more or less possible walking towards the emancipatory direction of active aging. The qualitative approach of the developed exploratory study combined bibliographic and empirical investigations aiming to identify subjective and sociocultural aspects of the aging process that collaborate to support Health Education practices. The empirical construction is anchored in the analysis of the content of semi-structured interviews with nine (09) elderly and seven (07) social workers who develop educational activities within university-extension projects in the city of Niterói /Rio de Janeiro – Brazil. In both cases, each individual has your aging process. For the elderly, fuller and happier aging is an achievement of each one and of the society itself. The resilience and protection mechanisms are categories that evidenced strategies they use to overcome adversities such as socialization, autonomies respect and openness to new learning. It was observed that the production of knowledge from dialogue and shared experiences between educators/social workers and students/elderly in extension activities, contributed to raising awareness about citizenship in the third age and about their bodies in the production of care for themselves. The role of the social worker as a mediator of knowledge is highlighted when they assume the responsibility of providing psychosocial support to people in their different old ages, through emancipatory health education. It is concluded that the study contributed to the recognition of social workers as potential promoters of active aging, identified political-pedagogical guidelines for educational practices \ and signaled the need for greater investment in their training.

Keywords: aging; elderly health; health education; active aging; community care networks

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Perfil Sociocultural-Demográfico dos Idosos	229
Quadro 2 – Perfil Sociocultural-Demográfico dos Trabalhadores Sociais	230
Quadro 3 - Quadro de Oficinas/ Atividades do Espaço Avançado UFFESPA/ UFF Programa de extensão UFF Espaço Avançado: Participação e Cidadania para pessoas idosas	231
Figura 1 – Pirâmides Etárias, (fonte: IBGE, 2018)	21
Figura 2– Categorias iniciais – Pesquisa empírica com os idosos.....	232
Figura 3 – Elaboração das categorias Intermediárias – Pesquisa empírica com os idosos.....	233-237
Figura 4–Categorias Intermediárias – Pesquisa empírica com os idosos	238-240
Figura 5– Categorias Finais – Pesquisa empírica com os idosos	241
Figura 6– Síntese da Progressão das Categorias dos Idosos	242
Figura 7 – Categorias iniciais – Pesquisa empírica com os trabalhadores sociais	243
Figura 8 – Categorias Intermediárias – Pesquisa empírica com trabalhadores Sociais	244-247
Figura 9 – Categorias Finais – Pesquisa empírica com trabalhadores sociais	248-249
Figura 10 – Síntese da Progressão das Categorias na análise dos discursos dos trabalhadores sociais	250-251

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC	Centro Internacional de Longevidade do Brasil
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISC.....	Instituto de Saúde Coletiva
CEI	Conselho Estadual do Idoso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNI	Conselho Nacional do Idoso
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DH	Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MP	Ministério Público
MSS	Departamento de Saúde e Sociedade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRAV	Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCS I-A.....	Disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I-A
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF.....	Universidade Federal Fluminense

UFFÃOSalão de Ginástica e Musculação da UFF
UFFESPAUFF – Espaço Avançado
USPUniversidade de São Paulo
ZDP Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Epígrafe	iv
Agradecimentos	v-vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Lista de tabelas e ilustrações	ix
Lista de abreviaturas e siglas	x-xi
Sumário	xii-xvii

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 – Motivações de partida.....	01-02
1.2 – O desafio de educar.....	02-11
1.3 – Contextualização do problema.....	11-13
1.4 – Objetivos do estudo e apresentação da tese.....	13-17

CAPÍTULO II – SAÚDE DO IDOSO, VULNERABILIDADES E DIREITOS

HUMANOS: PERSPECTIVAS CRÍTICAS E DESAFIOS PRÁTICOS.....18-40

2.1 – Os aspectos demográficos, epidemiológicos e biopsicossociais da velhice e do envelhecimento populacional.....	20-27
2.2 – Direitos e Saúde do Idoso: marcos legais, políticos e programáticos no Brasil.....	27-32
2.3 – Estereótipos e crenças associados à velhice e ao envelhecimento.....	32-35
2.4 – A Violência contra o idoso: um fenômeno social abrangente.....	35-40

CAPÍTULO III – PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO NO

CONTEXTO DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DO IDOSO:

CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1 – A concepção ampliada de saúde e a Saúde Coletiva: algumas lutas e invenções brasileiras.....	41-42
--	-------

3.2 – Os princípios doutrinários do SUS, a atenção integral à saúde e a intersectorialidade das ações no cuidado aos idosos.....	43-47
3.3 – Trajetórias e perspectivas da Educação em Saúde no contexto brasileiro: do ensino baseado no autoritarismo científico para mudança de hábitos individuais aos processos dialógicos para produção de autonomia dos sujeitos e coletivos	47-50
3.4 – Educação em Saúde para a Promoção da Saúde na perspectiva emancipatória freireana: o envelhecimento ativo em foco.....	50-57
CAPÍTULO IV – CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO EDUCADOR.....	58-72
4.1 – Educação e Sociedade Contemporânea.....	72-85
CAPÍTULO V – MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO	86-103
5.1 – Conceitos e categorias teóricas iniciais	86-89
5.2 – Desenho e abordagem do estudo	89-90
5.3 – Caracterização do campo de pesquisa empírica	90-94
5.4 – Entrada em campo, recrutamento de participantes e critérios de inclusão e exclusão	94-97
5.5 – Procedimentos e técnicas de coleta de dados empíricos	97-100
5.6 – Organização, tratamento, análise dos dados	100-103
5.7 – Aspectos éticos	103
CAPÍTULO VI – PESQUISA EMPÍRICA COM IDOSOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	104-126
6.1. Caracterização dos entrevistados.....	104-105
6.1.a. Resumo do Perfil Socioeconômico e Demográfico dos Idosos ...	105
6.2. Compreensão dos Sentidos e Análise das Experiências das Entrevistas com Idosos – Categorizações a partir dos objetivos do estudo, do guião e das especificidades dos sujeitos da pesquisa	105-108
6.3 Dimensões Subjetivas e Biopsicossociais das Velhices e do Processo de Envelhecimento, sob a perspectiva dos Idosos	108

6.3.1 - A velhice como construção social: são velhices!	108
6.3.1.a. Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice: percepções e vivências dos idosos	109-110
6.3.1.b. Experiências de viver a boa velhice	110-111
6.3.1.c. Experiências de viver a má velhice	111-113
6.3.2 - O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida	113
6.3.2.a Percepções sobre o processo de saúde-doença-cuidado no cotidiano de vida dos idosos	113-115
6.3.2.b Qualidade de vida e “estilo de vida”	115-116
6.3.3. Fatores de Risco e Mecanismos de Proteção para o Envelhecimento Ativo	117
6.3.3.a Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade:	117-120
6.3.3.b Afetividade, assertividade e autoestima no cuidado de si	120
6.4. Aspectos Políticos, Pedagógicos e Socioculturais que colaboram para subsidiar as Práticas de Educação em Saúde na Atenção prestada à população idosa	121
6.4.1 - Cidadania na terceira idade	121
6.4.1.a Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos	121-122
6.4.1.b Acesso e garantia de direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade	122-123
6.4.2 - Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso	123
6.4.2.a - Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade	123-125
6.4.2.b - O reconhecimento dos projetos universitários	125-126

CAPÍTULO VII – PESQUISA EMPÍRICA COM TRABALHADORES SOCIAIS: RESULTADOS E DISCUSSÃO	127-173
7.1. Caracterização dos resultados	127-128
7.1.a. Resumo do perfil sociocultural-demográfico dos trabalhadores sociais 	128
7.2. Compreensão dos Sentidos e Análise das experiências das Entrevistas com Trabalhadores Sociais – Categorizações a partir dos objetivos do estudo, do guião e das especificidades dos sujeitos da pesquisa	128-131
7.3. Trajetórias na formação do trabalhador social, de modo a demarcar experiências significativas em suas práticas educativas	132
7.3.1. O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis	132
7.3.1.a. Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade	132-135
7.3.1.b. Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares	136-137
7.3.1.c. Experiências desenvolvidas na produção acadêmica	137-139
7.3.1.d. Experiências na convivência clínica com as velhices	139-141
7.3.1.e. A importância dos projetos do estudo na qualidade de vida e na participação cidadã	142-143
7.3.2. As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implicam respostas urgentes das políticas sociais	144
7.3.2.a. O trabalho em equipe multiprofissional	144-146
7.3.2.b. Situações ou aspectos que dificultam ou facilitam o processo do trabalho no cuidado ao idoso com relação a qualidade da atenção prestada	145-147
7.3.2.c. O acompanhamento singular das questões subjetivas e socioculturais no desenvolvimento do idoso	148-149
7.3.2.d. Corresponsabilidades e o Cuidado de si	149-152
7.3.3. Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento	152

7.3.3.a. Sentidos dados ao conceito de Envelhecimento e da Velhice	152-155
7.3.3.b. Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice	155-159
7.3.3.c. A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento	159-160
7.3.3.d. Experiências da boa velhice	160-161
7.3.3.e. Experiências da má velhice	161-162
7.4. As práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso no sentido emancipatório do envelhecimento ativo	163
7.4.1 – Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde	163
7.4.1.a. Educação nos estudos sobre os direitos dos idosos desde a creche até a universidade	163-164
7.4.1.b. Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país	165-167
7.4.2 - Sentidos atribuídos ao que é saúde, o envelhecimento ativo e a educação em saúde e sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo	167
7.4.2.a. Sentidos atribuídos sobre a saúde	167-168
7.4.2.b. Sentidos Atribuídos sobre Envelhecimento Ativo	169
7.4.3. O trabalhador social como educador integral, na educação em que a aprendizagem é fundamentada na pedagogia participativa e dialógica	170
7.4.3.a. Concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde; sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo	170-173
CAPÍTULO VIII – SÍNTESE DOS RESULTADOS	
8.1. Os sentidos da velhice	174-176
8.2. Ter saúde ou não	176-177
8.3. O Envelhecimento Ativo	178-179
8.4. Afetividade, assertividade e autonomia no cuidado de si	180-181

8.5. Cidadania na terceira idade	181-182
8.6. Acesso e garantia de direitos humanos. Políticos e sociais na terceira idade	182-183
8.7. Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade	183-185
8.8. O reconhecimento dos projetos universitários	186-187
CAPÍTULO IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS	188-193
CAPÍTULO X – REFERÊNCIAS	194-213
CAPÍTULO XI – ANEXOS	214-251
11.1 – Anexo I – Aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense CEP/ UFF	214-217
11.2 – Anexo II – Guião de Entrevista Idosos e Trabalhadores Sociais	218-224
11.3 – Anexo III – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Idoso	225-226
11.4 – Anexo IV – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Profissional	227-228
11.5 – Anexo V – Quadro 1 – Perfil Socioeconômico-Demográfico dos Idosos	229
11.6 – Anexo VI – Quadro 2 - Perfil Sociocultural-Demográfico dos Trabalhadores Sociais	230
11.7 – Anexo VII – Quadro 3 – Quadro de Atividades/ Oficinas do Espaço Avançado (UFFESPA)	231
11.8 – Anexo VIII – Figura 2– Categorias Iniciais – Pesquisa Empírica com os Idosos	232
11.9 – Anexo IX– Figura 3– Elaboração das categorias Intermediárias – Pesquisa Empírica com os Idosos	233-237
11.10 – Anexo X – Figura 4– Categorias Intermediárias – Pesquisa Empírica com os Idosos	238-240
11.11 – Anexo XI – Figura 5 – Categorias Finais – Pesquisa Empírica com os Idosos	241
11.12– Anexo XII – Figura 6– Síntese da Progressão das Categorias dos Idosos	242

11.13– Anexo XIII – Figura 7– Categorias Iniciais – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais	243
11.14– Anexo XIV – Figura 8 – Categorias Intermediária – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais	244-247
11.15– Anexo XV – Figura 9– Categorias Finais – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais	248-249
11.16– Anexo XVI – Figura 10– Síntese da Progressão das Categorias na análise dos discursos dos trabalhadores sociais	250-251

I – INTRODUÇÃO

“A beleza existe em todo lugar. Depende do nosso olhar, da nossa sensibilidade; depende da nossa consciência, do nosso trabalho e do nosso cuidado. A beleza existe porque o ser humano é capaz de sonhar”

Gadotti (2011, p.17)

1.1 – Motivações de partida

Este trabalho interessa-se por desdobrar uma experiência que vem se fazendo há algum tempo, enquanto médica sanitária e docente no Departamento de Saúde e Sociedade (MSS) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), com experiência no ensino da graduação em determinadas áreas da saúde (enfermagem, serviço social, nutrição, medicina) e nesta última com participação da implantação e renovação do currículo médico, através de disciplinas que surgiram considerando a realidade da formação médica e que acompanha o cotidiano das práticas de saúde pública nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Foram exatamente as marcas dessa experiência nas unidades de atenção primária e secundária em saúde do SUS, que me fizeram conectar com outros profissionais e com a realidade de diferentes grupos sociais, respeitadas as diferentes classes sociais, gêneros e idades. Uma conexão transdisciplinar na qual passamos a pensar o campo das práticas educativas em Saúde Coletiva, a partir do que ele tem de potência de criar e recriar a cada instante.

Há mais de trinta anos percorro um caminho que não se esgota, pelo qual fui lançada ao sonho de ser professora nesta universidade, perpassando em todo o meu percurso a questão da formação do profissional da saúde, trabalhador que vai atuar junto à população. População esta que tem reconhecidamente os seus saberes, as suas estratégias e atitudes contraditórias diante dos desafios colocados pela busca da sua saúde e que vem requisitando dos profissionais a criação de novas formas de abordagem dos problemas de saúde mais integradas com o agir popular.

¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista do povo brasileiro. Com a Constituição de 1988, a sociedade brasileira buscou aprofundar o sentido da democracia numa postura de ampliar os direitos sociais e políticos da época, como por exemplo no artigo 197, que afirma a relevância pública dos serviços de saúde e no artigo 198 que define a participação da sociedade na gestão do SUS (Brasil, Senado Federal, 1988). O SUS concretiza-se nos pilares da universalização, integralização e equidade, e de acordo com os princípios constitucionais declara-se a “Saúde como um direito de todos e um dever do Estado”

E neste caminhar venho acumulando experiências docentes de interação com a comunidade, em projetos de intervenção e criação de vínculos entre a academia e o fazer cotidiano da população, que permitem a reflexão sobre a prática educativo-crítica ou progressista, em favor da autonomia do ser dos educandos.

Em igual medida, ao sonho de ser professora me aproximei, com interesse em compreender os saberes indispensáveis a prática docente, saberes estes, demandados pela exigência da prática educativa que se desenvolve e constrói, cria e inventa, junto aos grupos sociais, independentemente, de opção política ou ideológica. Ou seja, neste exato sentido de podermos no ensinar e no aprender, numa certa experimentação do cotidiano respeitar o saber popular como parte de uma realidade em existência, e considerar a inseparabilidade que existe entre o educador e a presença do educando, apesar das diferenças que os conotam, no ensinar que aprende ao ensinar, em constante diálogo e compreensão de que quem aprende também ensina ao aprender, na qualidade que tem o ser humano como ser histórico e inacabado. Dentro da experiência pedagógica que, como diz, Paulo Freire, “desperta, estimula e desenvolve em nós o gosto da alegria na prática educativa sem a qual perde-se o sentido” (Freire, 1996, pág. 160)

1.2 – O desafio de educar

Cotidianamente ligada à educação como professora de universidade e médica antes da atuação na educação. Vindo para a educação de área diferente, não deixo de associar às minhas práticas de educadora, de pensá-las e de pensar o que existe em torno delas. De pensar coletivamente em vários espaços de troca na universidade, em encontros, em colegiados, em reuniões de equipe de preceptores, entre alunos, com alunos, em simpósios, congressos, para serem debatidos, criticados e usados. Ligada a grupos e movimentos de educação popular e humanização nas práticas de saúde, mestre em Saúde Coletiva, docente e preceptora em disciplina teórico-prática em Saúde Coletiva na faculdade de medicina da Universidade Federal Fluminense.

E no sonho de ser educadora, ao caminhar nos processos de ensino-aprendizado, sou motivada a partilhar o conhecimento construído, nos diferentes desafios da prática educativa, ora na formação, com os educandos/ alunos da área da saúde, ora na educação permanente, com os profissionais da saúde e, ora, na comunidade em projetos de extensão da universidade, com os grupos de atores sociais, neste caso da nossa investigação, os idosos,

na interação da rigidez do conteúdo técnico/ científico relacionando-o com o viver na sociedade.

Necessariamente, foi na busca dessa interação, que compreendo com profundo respeito a cultura popular, pois, consideramos tanto a cultura popular quanto a dita cultura erudita ou científica como expressões humanas do sentimento e da vida de um povo, fundamentais para a formação da identidade de uma sociedade, e que, a pluralidade cultural promove a igualdade entre os grupos humanos. A diferença entre ambas é a de que, nessa última, se tem quase que essencialmente um estudo, um aprofundamento, um conhecimento mais aprimorado, e a primeira, aparece associada ao senso comum, ou seja, ao conhecimento espontâneo do povo. Tanto a cultura popular quanto a erudita são fundamentais. (Chauí, 1982)

Talvez, diz Valla (1996), uma das coisas mais difíceis para os profissionais/ mediadores compreenderem, com relação aos contatos que desenvolvem com a população, é na realidade, compreender do que está sendo dito parte da nossa capacidade de entender quem está falando, relacionada muito mais com a nossa postura, do que com as questões técnicas, por exemplo, as linguísticas.

A nossa postura principalmente em aceitar que há uma produção do conhecimento elaborados pelas pessoas "humildes, pobres, moradores da periferia" e que estas, são capazes sim, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, dessa forma, contribuir com a avaliação que fazemos da mesma sociedade. Compreender a cultura popular como uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade" (Valla, 1996, p.178). Com distinção entre os saberes, os da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. A própria forma de relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem faz o relato. (Valla, 1996)

E recuperar a pedagogia como arte de ensinar, é função do educador. (Chauí, 1982)

Em seu livro *Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido*, Moacir Gadotti (2011) nos fala de boniteza, de sonho, de educar com sentido, pois para ele, o ser humano está sempre em movimento, está sempre a procura de sentido, e no caso do ser educador, o 'sentido' ou seja 'o caminho não percorrido' mas que se deseja percorrer, significa projeto, sonho e utopia, que quer dizer, "aprender e ensinar com sentido é aprender e ensinar com um sonho na mente; e a pedagogia deve servir de guia para realizar esse sonho" (Gadotti, 2011, p. 17)

Para escrever este livro Gadotti (2011) se inspira em Paulo Freire (1996, p. 67), na *Pedagogia da autonomia*, seu último livro, no qual diz da "boniteza de ser gente", da

boniteza de ser professor: “ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” ao se fixar à essencialidade do componente estético da formação do educador (idem, p 160). Este educador, nos ensina que, “*formar* é muito mais do que permanente *treinar* o educando no desempenho de destrezas” daí a necessária compreensão, na formação do profissional da saúde, de que é preciso ver a prática criticamente, e refletir, principalmente se consideramos o sistema neoliberal, diante do “cinismo da sua ideologia fatalista e a sua recusa inflexível ao sonho e à utopia”. (Freire, 1996, p.67)

Na sociedade adoecida e autoritária do Brasil, num mundo crescentemente desigual, competitivo, individualista e violento, a boniteza de ser professor, dependendo da educação que realizamos, pode contribuir para transformar o mundo, num mundo mais justo, solidário e sustentável.

Para dar um novo sentido a oposição humanidades-tecnocracia sugerido por Marilena Chauí (1982), seria preciso um pensamento, para o qual, a subjetividade, a objetividade, a teoria e a prática fossem questões abertas e não soluções já dadas.

Refletindo sobre as nossas práticas para problematizá-las enquanto educadores, no sentido do ser educador nos dias de hoje, naquilo que buscamos das nossas ações, Ângela Antunes, no prefácio deste mesmo livro de Gadotti (2011) ajuda-nos a pensar as questões: Qual é o sentido do nosso trabalho como educadores? Qual a boniteza de ser professor? Em que consiste ensinar-e-aprender com sentido? Como realizar essa tarefa nos tempos atuais?

Não são questões fáceis de serem aprofundadas e problematizadas, pois conforme Paulo Freire, se a história é “tempo de possibilidade”, de “possibilidade coletiva”, significa, que cabe a cada um de nós, quando mostra um pouco do sentido do nosso trabalho como educadores ao pensar na luta pela educação de qualidade, em estar em permanente busca de “ser mais”, tanto no âmbito pessoal, quanto no profissional, numa dimensão individual, mas que cabe a todos nós também, no coletivo a pensar em “quais os espaços de luta por uma educação de qualidade e pela valorização do educador?” (Antunes, 2011, p.13). Esta é a boniteza de ser professor:

Moacir Gadotti fala desses educadores, dos verdadeiros, daqueles que não perdem a capacidade de sonhar e, como as rosas, que, segundo o poeta, ‘não falam; apenas exalam o perfume que roubam de ti’, não desistem de buscar caminhos para extrair o potencial de vida em cada classe, em cada grupo de alunos. Ele educa. Tira de

dentro, aquilo que temos de bom, partejando vida, como quem sabe que ela ‘anda nua e pode ser vestida de desejos’ (Mário Quintana) e, onde há desejo, há terreno fértil para a transformação, para projetos de vida. (Antunes, 2011, p.13)

Refletindo um pouco mais sobre a nossa prática educativa compartilhamos à da participação ativa na implementação da reforma curricular do curso de medicina da UFF, sendo esta necessária e requisitada pelos profissionais, alunos, movimentos sociais e sociedade, num tempo, concomitante, à de outras universidades brasileiras trazendo em seu campo, o principal enfoque, que é o de orientar as mudanças de atitudes para a promoção de um ensino menos fragmentado e não reducionista, em direção da medicina integral e na formação de futuros médicos mais sensíveis às questões sociais e humanas. Necessariamente, humanizar a área da saúde, apoiados na constatação da perda do equilíbrio dos processos de adoecimento não ser constituído apenas do saber biomédico, mas também ser um processo vinculado à história de vida do indivíduo, da família e da sociedade.

A Reforma Curricular da Faculdade de Medicina, da UFF, neste momento vai eleger como ponto de partida para a reflexão, os poderes e os limites sobre as atitudes fragmentadas no ensino médico, torna-se, uma possibilidade, de transformação do profissional de saúde, percebido na relação com o “outro” como uma figura neutra, fria, descomprometida com o social, disposta sempre a responder tecnicamente às solicitações que lhe sejam feitas, e passar a ser aquele que é capaz de apreender de seus pacientes suas necessidades de modo mais integral. (Mattos, 2001, p.45)

Fundadas as práticas na participação do usuário, em que a sua expressão é o principal valor. Práticas em que a autonomia dos participantes se amplia pela escuta coletiva, pelo respeito à palavra do outro, pelo compartilhamento das experiências coletivamente. Práticas em que os profissionais precisam sair do lugar a que habitualmente ocupam nas relações de saúde, em que é preciso renunciar a posição de quem diagnostica, orienta, prescreve remédios, prescreve atividades, comportamentos, interpreta e dá respostas com base em saberes pré-estruturados. São práticas em que os usuários são protagonistas e o profissional é um facilitador, um moderador, um participante que também é afetado pelo grupo que passa por transformações. Práticas em que se constituem num coletivo livre da tutela e o cuidado pode ser compartilhado.

Assim, considerando o momento histórico no Brasil, há um movimento significativo entre os profissionais de saúde, em busca de uma prática mais integral, participativa e equitativa, não apenas no nível individual, mas também de reorientação da Política Nacional de Saúde, em meio a críticas sobre a prática da atenção e cuidado à saúde, e, também, à saúde pública nos moldes da praticada nos Estados Unidos. Em consequência às críticas, surge o movimento da medicina integral associada ao movimento da medicina geral comunitária ou medicina preventiva, que posteriormente constitui uma das bases do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, consolidada nos anos 1980 (Mattos, 2001, p.46).

O movimento da Reforma Sanitária trouxe importantes desdobramentos na história brasileira, como a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), e particularmente, aqueles que dizem respeito à consolidação de modos de formação em saúde que sejam adequados a suas exigências éticas e políticas, assim como estão expressos, nas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos universitários da área da Saúde (Almeida, 2003, Koifman & Saippa-Oliveira, 2014).

É importante destacar que nessa nova realidade do SUS foram incorporados matizes específicas que constituíram o campo da Saúde Coletiva², na qual passa-se a considerar as práticas em saúde como práticas sociais, no momento em que envolvem o coletivo de pessoas da sociedade, e assume a proposta da saúde como conquista e direito dos indivíduos, que apresenta a integralidade da atenção à saúde na relação de integração dos seus níveis de atenção e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado. Portanto, nesse aspecto justifica-se inserir na formação em saúde, as estratégias de ensino e aprendizagem da Saúde Coletiva, considerando sua inserção como “potencializadoras de movimentos emancipatórios” e seus espaços de produção que podem se dar tanto nas salas de aula quanto nos cenários múltiplos de lugares de produção de saberes e práticas, como nos serviços de saúde, espaços de gestão do sistema e o controle social. (Koifman & Saippa-Oliveira, 2014)

Foram justamente as experiências desenvolvidas no ensino, como docente de alunos da graduação de Medicina, que tive a oportunidade de desenvolver uma maior aproximação com o tema do *Envelhecimento e da Velhice*, foco de nosso estudo, e especificamente no

² Saúde Coletiva é o campo do saber que estuda as Políticas Públicas e a Saúde das populações. Um campo do saber que, necessariamente, ao intervir na saúde de uma população considera a intervenção em sujeitos singulares, pessoas que se relacionam entre si, com objetos, ambientes e consigo mesmas.

viés do campo da saúde, nas interfaces deste projeto de ensino na preceptoria, com os projetos da pesquisa e da extensão, indissociáveis nesta universidade. Apontamos que a associação à extensão aqui referida, trás o sentido de uma certa ampliação do ensino universitário, que transcorre para além de seus muros as experiências de ensino-aprendizagem dos alunos, na interação com a própria comunidade em estudo.

Em igual medida a preceptoria possibilita aos estudantes e aos profissionais que estão em suas práticas de saúde, em territórios de ensino-aprendizagem, a vivenciarem ativamente a aprendizagem através da construção partilhada de conhecimento por meio da reflexão sobre suas próprias práticas, de modo que eles, os educandos, participem das atividades de ensino, junto aos grupos dos atores sociais dos idosos, nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem, como nos Centros de Convivência de idoso, no nosso exemplo especificamente nesta pesquisa, nas universidades, nas práticas educativas onde atividades educativas são desenvolvidas para e com os idosos nas diferentes oficinas, ou mesmo nas praças, nas ruas, em associações de idosos, na atuação em voluntariados (como exemplo citamos o voluntariado de idosos no INCA/ Instituto Nacional do Câncer/RJ)³ e outros.

Numa prática que convoca o educando a se implicar, tanto para se aprofundar no conhecimento em investigações sobre a realidade vivida pelos idosos em sociedade, no coletivo, enfim, com as questões que envolvem o idoso, quanto na interação destes com os grupos sociais de idosos principalmente àqueles que levem à reflexão sobre o papel do profissional de saúde, como técnico, e como educador junto à esta população considerada de participantes que são, de uma luta organizada para conseguir preservar a vida, tornando claro que a saúde está ligada diretamente ao aspecto da educação na qual vai depender essencialmente do nível organizativo da população.

É um desafio para o profissional de saúde levando em conta a sua atuação junto a uma população organizada, e que luta pela preservação da vida. Ao se juntar á população, na medida em que estão trabalhando *com* ela, e na troca desses dois saberes (o científico e técnico, e o popular), esses façam com que a população se organize, de modo a exigir das autoridades os recursos que elas deveriam fornecer, e principalmente, ao levar em conta a perspectiva de que a saúde é alguma coisa muito mais ampla do que o indicado pela

³O INCA (Instituto Nacional do Câncer) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil.

Organização Mundial de Saúde (OMS), o de bem-estar físico, psíquico e mental, mas sim, na luta da população por água, por luz, por esgoto, por trabalho, por escola e por saúde dentro de uma visão global.

Para a escritora, filósofa existencialista e feminista Simone Beauvoir (1990), está em questão a própria sociedade, a que vive o idoso, pois para “compreender a realidade e o significado da velhice, é, indispensável examinar qual o lugar nela atribuído aos velhos, qual a imagem que deles se tem em diferentes épocas e em diferentes lugares” (Beauvoir, 1990, p. 41).

Nessa perspectiva como o profissional poderá levar adiante este desafio junto à população? Como se estender para além da de sua competência na área da saúde e serem realizadas realmente ações educativas em saúde de modo a organizar a população para que entenda o quadro no qual ela está? Essa é uma grande preocupação no sentido de se entender todo um processo educativo que vai se dando em um tipo de procedimento coletivo. É saber como se dá a prática de determinado grupo social a partir da própria prática, e com isso, poder formular propostas de ação dentro de todo um processo de educação popular.

Partimos do princípio de que temos uma sociedade hoje, formada em redes e movimentos, uma sociedade de múltiplas oportunidades de aprendizagem, uma sociedade em que a educação tem um extraordinário papel em sua construção, e que esse profissional de saúde enquanto educador integral, deve junto aos grupos de idosos, na comunidade, considerar o mais importante ‘criar o conhecimento’, em oposição à ‘reproduzir informações’, e isso só é possível se ele, ou ela, aprender a trabalhar colaborativamente, saber pesquisar, ser sujeito da construção do conhecimento, estar aberto a novas aprendizagens, conhecer as fontes de informação, saber articular o conhecimento com a prática e com outros saberes, entre outras determinações educativas (Gadotti, 2010).

É romper com a educação formal, que hoje, como está apresentada no nosso sistema educacional brasileiro, é reduzida à infância e à juventude e, composta por estruturas curriculares rígidas e técnicas disciplinadoras, a partir de uma pedagogia restringida à formação de mão-de-obra qualificada para o mercado de trabalho (Peres 2007).

No exato propósito de questionarmos no sistema capitalista, a dificuldade de se pensar uma educação que no método de ensino-aprendizagem, nos moldes apresentados por Paulo Freire (2002) venha a “educar para a liberdade”, no sentido da educação que irá

contribuir para a formação de indivíduos verdadeiramente livres e autônomos, que saibam criticar, criar e transformar com liberdade, à ponto de se ter uma educação elaborada nos moldes daquela que vai romper com a sua funcionalidade em relação ao capitalismo, na redução, e vai se tornar abrangente (e não restrita e excludente) (Peres, 2007).

Também se propõe uma formação de profissionais da saúde como “ação educativa”, planejadas na busca de sentidos para uma determinada formação transformadora e libertadora, vista como um acontecimento vivo, situado no tempo e no espaço e no movimento, ou seja, na “ação”. Como tal, estas exigem a constante tomada de decisões, em contextos de incerteza, pois planeja o aprender mais sobre a realidade de vida, e o apreender numa visão não ingênua e mais crítica tanto às políticas de proteção às pessoas desta faixa etária, quanto às políticas educacionais.

Para este pensamento, considerando a educação de adultos idosos, ver a educação como transformação social, passa por compreendermos os limites reais da educação sistemática e formal, sem desconsiderar a sua importância, e sem reduzir a atividade desta área, mas, compreendendo também a prática educacional ampliando nossos objetivos políticos em possibilidades de intervenção social junto às políticas públicas, fora da sala de aula nos projetos que tornam possível ampliar o trabalho político, e agir nestes locais (Freire e Shor, 1986).

No que implica, segundo Paulo Freire e Shor, que “o professor não se torne um especialista em transferir conhecimento”. Segundo estes educadores a educação deve ser integradora, unificando estudantes e professores numa criação e re-criação do conhecimento, comumente partilhadas, associando o ensino à pesquisa, com a produção de conhecimento. Ou seja, o ensino e a pesquisa não são dicotômicos, não são isolados um do outro, pois se relacionam dialeticamente, e se está produzindo pesquisa quando se está com um grupo de alunos discutindo, por exemplo, no nosso tema de interesse⁴: “A situação social do idoso no contemporâneo” e propuséssemos além da leitura de alguns artigos sobre o tema e a problematização do que encontraram nesta investigação (teoria), fizessem uma relação com a situação social do idosos, na percepção vivenciada por seus avôs e suas avós, portanto na atualidade, em entrevista proposta (prática). E no ato de produção do conhecimento, assim proposto, me reporto à Paulo Freire, utilizando de sua fala, “estou *re-conhecendo* aquilo que

⁴ Planejamento de aula síncrona, para alunos da Faculdade de Medicina da UFF (1º período/ turma 1º semestre de 2021), em preceptorial de disciplina teórico-prática Trabalho de Campo Supervisionado IA (2021)

pensei que conhecia, com estudantes que estão começando a conhecer essas questões” (Freire e Shor, 1986, p.19)

Esse ensino-pesquisa tem grande valor prático. Ele educa o professor a projetar um currículo intrinsecamente motivador. Também diminui a distância profissional entre o professor e os alunos.

Nessa percepção existe uma dicotomia entre os dois momentos do ciclo do conhecimento, mas que, na mesma forma do ensino e pesquisa, não devem ser dicotômicos, pois se relacionam dialeticamente, tanto um dos momentos do ciclo do conhecimento, o momento da produção de um conhecimento novo, de algo que seja novo, quanto o outro momento que é aquele em que o conhecimento já é conhecido. É importante não os dicotomizarmos, para assim ganharmos as qualidades indispensáveis, requeridas na produção do conhecimento, assim como no conhecer o conhecimento existente. São, portanto, “virtudes indispensáveis para o sujeito cognoscente, por exemplo, a ação, a reflexão crítica, a curiosidade, o questionamento exigente, a inquietação e a incerteza” (Freire e Shor, 1986, p.18)

Através da educação libertadora esse ensino-pesquisa tem grande valor prático, para conseguir o pensamento crítico, ao estimular a participação do aluno em sala de aula, diminuindo a distância profissional entre o professor e o aluno, mas principalmente para a motivação do aluno ao aprofundamento do conhecimento na leitura dos textos e que ao ler o texto possam fazer uma conexão entre o texto e o contexto do texto e também vincular o texto/ contexto com o contexto do leitor (Freire e Shor, 1986)

Nos métodos da educação dialógica, para se conseguir o pensamento crítico se inclui o conhecimento da sociedade pelo aluno, como é o contexto político e histórico em que se insere, como ato de conhecimento.

É indispensável a educação para se ter saúde, principalmente ao se considerar o trabalho educativo dialógico e libertador para com grupos sociais de adultos, de movimentos sociais, e/ou de coletivos sociais. Endossa-se a qualidade da educação que queremos para se atingir um máximo na qualidade de vida do idoso. São grandes os desafios para os profissionais de saúde, em se tratando de criar estratégias da educação para a promoção da saúde de modo a alcançar um envelhecimento ativo.

E é, justamente, a partir das conexões do meu trabalho docente e minha vida pessoal e profissional que compondo este amplo cenário de práticas vivenciadas, especialmente àquelas que pudessem discutir as implicações de um trabalho em saúde junto a grupos populares, fui convocada a desdobrar estas experiências, agora, no projeto de pesquisa “**Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**”, a partir do aprendizado realizado no curso de Doutorado em Ciências da Educação na Universidade de Évora, em Portugal.

1.3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A Organização Mundial de Saúde, define idoso como a pessoa com 60 anos ou mais, e são ao todo, no mundo hoje, cerca de 841 milhões de idosos, isso devido ao crescimento da longevidade, que está cada vez mais acelerada (OMS, 2014). A estimativa prevista para 2050 vai passar a ser de 2 bilhões de idosos. Esta expectativa pelo aumento de idosos e o crescimento da longevidade, leva a novos desafios de saúde pública global, ou seja, o necessário controle das doenças crônicas inerentes a esta faixa etária e o bem-estar destas pessoas.

A partir desta visão tem-se o envelhecimento do país, de um país jovem passa-se a um país envelhecido, como aspecto diferencial em relação ao restante do mundo, no Brasil tivemos o envelhecimento de forma rápida e intensa, na circunstância de a população idosa brasileira, ser composta por 29.374 milhões de pessoas, na proporção de 14,3% da população total do país. Nesta correspondência, tomando como parâmetro o ano de 2016, obteve-se um crescimento significativo na expectativa de vida dos brasileiros para ambos os sexos, para 75,72 anos, sendo 79,31 anos para a mulher e 72,18 para o homem (Brasil, 2018). Este crescimento representa uma importante conquista social, como resultado consequente da melhoria das condições de vida, do acesso ampliado dos serviços médicos preventivos e curativos, do avanço da tecnologia médica, da ampliação da cobertura de saneamento básico, e o aumento da escolaridade e da renda, dentre outros determinantes sociais de saúde.

E a consequência da transição demográfica brasileira com suas características peculiares e grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento impacta, e traz mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, que implicam em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar. Associado a esse quadro,

ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

Diante do fenômeno do envelhecimento da população no mundo, destacamos a diferença da velocidade do envelhecimento da população no Brasil em comparação com o envelhecimento populacional nos países europeus, pois a expectativa de vida dos brasileiros dobrou em relativamente poucas décadas, ao contrário dos países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer, no que permitiu que estes países se organizassem mais e melhor para os seus desafios. (Minayo e Coimbra Jr, 2002).

Somam-se ao fenômeno demográfico do envelhecimento da população no país, as realidades socioculturais e econômicas que evidenciam um cenário de preconceitos e discriminações contra os idosos, os quais são marcados com estigmas de “descartáveis” e considerados um “peso social” (Debert, 1998; Guimarães, 1997; Martins & Rodrigues, 2004; Nogueira, 1996).

Neste sentido, enfatizam-se as considerações de Beauvoir (1990) sobre o desprezo com que a sociedade capitalista sempre tratou a velhice. Segundo a escritora, filósofa e feminista, no início do processo de industrialização a atribuição de valor social aos indivíduos era dada de acordo com a sua capacidade produtiva, transformando os trabalhadores idosos em figuras desinteressantes, tanto pelas classes empresariais quanto pelo Estado. (Beauvoir, 1990)

A própria velhice, não era identificada claramente como uma fase específica e diferenciada da vida humana, sendo que até o final do século XIX não havia lei de proteção ou política de atenção à velhice. (Peres, 2007). Além disso, não se pode deixar de lado a desigualdade de gênero operada na lógica do processo histórico da sociedade capitalista, pois, de acordo com Santos e Oliveira (2010), “o sistema do capital se beneficia da opressão vivenciada pelas mulheres” o que se reflete tanto na “reprodução do papel conservador da família e da mulher, como na perspectiva da inserção precária e subalterna no mundo do trabalho” (p.14).

Diante do contexto brevemente apresentado, questionam-se quais seriam os efeitos do mesmo no processo saúde–doença–cuidado de idosas e idosos brasileiros?

Constata-se com o aumento da longevidade que o padrão de adoecimento no Brasil mudou, e os idosos podem adquirir doenças, incapacidades e sequelas que exigem ações integrais do sistema de saúde, sendo que, as principais causas de morte são as doenças

crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias (Miranda; Mendes e Silva, 2016). Assim, diante das demandas crescentes de cuidado dos indivíduos de 60 anos e mais, muitas delas situadas no âmbito do processo de determinação social da saúde (Garbois; Sodré e Dalbello-Araujo, 2017) torna-se necessário se investir, sob a perspectiva da Saúde Coletiva, em ações de promoção da saúde do idoso, de prevenção das doenças, na preservação das condições de saúde (Consensus, 2014; Clarkson, 2016).

Ratifica-se que a Saúde Coletiva traz contribuições teóricas de vários campos disciplinares para o entendimento de questões de saúde, com um olhar voltado para as coletividades expostas a riscos e agravos em saúde e para a complexidade do processo saúde-doença (Nunes, 2006). Neste caminho, é notória a importância da Educação em Saúde para a promoção da saúde, a qual é atravessada pela valorização da participação comunitária, o aumento da autonomia do indivíduo e responsabilização para que se possa concretizar uma melhoria de estilos de vida que influenciem diretamente à sua saúde.

Além disso, a Educação em Saúde também coloca em foco o papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis nas novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social, o que, no caso da população idosa, se relaciona diretamente com a promoção do “envelhecimento ativo” que, para a OMS se caracteriza como uma experiência positiva de longevidade, com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, cuja garantia de condições de vida e de políticas sociais é um privilégio (WHO, 2002).

1.4 – Objetivos do estudo e apresentação da tese

Este estudo está situado na interface dos saberes das Ciências da Educação e das Ciências da Saúde, referenciada teoricamente no diálogo fecundo entre conceitos e reflexões propostos por John Dewey, Lev Vygotsky, Paulo Freire, Moacir Gadotti, Gastão W.S. Campos, Maria Cecília de S. Minayo, Victor V. Valla e Eduardo Stotz, bem como, nos marcos políticos e programáticos vigentes no Brasil para a proteção social e o cuidado dos idosos. Parte-se do pressuposto de que a experiência do envelhecer é influenciada por estereótipos e crenças sobre a velhice e, a depender das propostas político-pedagógicas que subsidiem as práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso, será mais ou menos possível caminhar no sentido emancipatório do envelhecimento ativo. **A principal questão norteadora do estudo é: quais seriam os desafios da educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo, desde uma concepção do cuidado de si?**

Sendo assim, por meio de uma abordagem qualitativa de pesquisa, o estudo exploratório desenvolvido na tese aliou investigações de cunho bibliográfico e empírico, tendo como objetivo geral identificar aspectos subjetivos e socioculturais do processo de envelhecimento que colaborem para subsidiar as práticas de Educação em Saúde na atenção prestada a população idosa, atendida em programas voltados para esta faixa etária na cidade de Niterói /Rio de Janeiro – Brasil.

Logo, para se atingir o objetivo geral proposto se faz necessário:

1) compreender os diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre os idosos que participam de espaços de cuidados em projetos de extensão nas Faculdades de Educação Física e na de Serviço Social da UFF;

2) analisar as experiências dos idosos com relação ao processo saúde-doença, ao envelhecimento ativo e à sua inserção laboral e social, sob os marcos do processo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes no país;

3) paralelamente identificar os diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo entre trabalhadores sociais que desenvolvem atividades junto a estes idosos para problematizar seus efeitos nas práticas de Educação em Saúde junto aos idosos na atenção em saúde e psicossocial prestadas.

O que se espera com os resultados da pesquisa numa realidade vivida pelos idosos na sociedade contemporânea, atravessada pelo envelhecimento populacional com a possibilidade de perdas funcionais, doenças crônicas e mentais é a construção de subsídios advindos de programas de Educação em Saúde para a Promoção da Saúde necessários para nos preparar melhor para o envelhecer. E pensar a saúde, doença, as políticas sociais implica pensar os elementos essenciais à re-produção da vida. Para isso, de acordo com a relevância científica e prática do meu estudo, é fundamental pensar a socialização como medida de proteção do idoso na reinvenção de modos de viver, re-significando a vida no contexto do dia-a-dia, quer esteja no trabalho, no deslocamento de um lugar para outro, quando está em casa, quando ama, e com as garantias das condições de saúde e autonomia por políticas públicas mais adequadas. A relevância do estudo vai colaborar para a formação de educadores/ trabalhadores sociais enquanto fomentadores de estilos de vida saudáveis, nas novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitária e social.

A estrutura proposta para a apresentação e desenvolvimento teórico, metodológico e ético da tese está organizada em 10 Capítulos que se complementam:

No primeiro capítulo, constitui-se na introdução da tese onde a autora apresenta-se em sua trajetória tecendo as redes de experimentação e conexões com o ensino, na área da

saúde que foi se construindo ao caminhar, na medida que prosseguia no caminho, e que deram consistência ao saber científico não distanciado do saber popular no desenvolvimento das práticas de saúde. Na medida em que ia adentrando no universo sociocultural e político da realidade dos grupos de idosos, nas questões da Vida em Sociedade. A realidade foi se apresentando ao longo dos anos com mais dúvidas do que certezas, com mais questões sobre o que estava fazendo com a sua saúde, com a sua vida, e no desdobramento, nas ações planejadas junto ao cuidado aos idosos. O que esperava alcançar na composição com estes indivíduos idosos, com os profissionais, com os estudantes/ alunos da graduação na área da saúde, enfim, com os participantes nos projetos de educação em alguns espaços da universidade onde é aprendiz. As motivações, os desafios, de ser educadora numa visão de dimensões éticas, estéticas e políticas na boniteza de ser professora num país cheio de desigualdades sociais e de incertezas principalmente quando o foco é o mais pobre.

No segundo capítulo apresentamos a concepção de saúde voltado especificamente para o idoso, suas vulnerabilidades, riscos e perspectivas críticas e desafios práticos, para os direitos humanos. Nesse capítulo vemos a velhice na imagem do sistema capitalista e o idoso na sua relação com o trabalho, e a aposentadoria influenciando na vida do idoso e as redes de socialização que são criadas nas diferentes conexões sociais, na correspondência de uma vida melhor; e o envelhecimento populacional como uma realidade mundial de crescimento do número de idosos, tomados como problema na sociedade, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Os estereótipos criados em sociedade e sugestões de como lidar com eles principalmente pela compreensão dos seus efeitos benéficos e/ou maléficos na vida do idoso.

No terceiro capítulo mostramos a importância da Saúde Coletiva na medida em que se firma como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos, nasce em meio ao cenário de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, e a criação do SUS, um sistema de saúde que se constitui com princípios doutrinários da universalidade da atenção, da equidade e o da integralidade da ação, e com princípios organizativos como são a regionalização e a hierarquização de serviços. A Saúde Coletiva foi fundamental para a conquista tanto do direito da população à saúde, a partir de então considerado um dever do Estado, como o do estabelecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde. Neste capítulo mostra-se a importância deste princípio da integralidade da atenção na prática de saúde e na visão da pessoa como um todo, atendendo às suas necessidades através da integração de ações, e para isso inclui-se a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e a recuperação da saúde; capaz de prestar

assistência integral; com a articulação da saúde com outras políticas públicas, na sua atuação intersetorial entre diferentes áreas que tenha repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. O cuidado à saúde do idoso através do princípio da integralidade tem na promoção da saúde a sua principal ferramenta com as estratégias e atividades voltadas para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e de uma forma mais ampla a qualidade de vida, tem destaque a educação em saúde na promoção da saúde do idoso no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

No quarto capítulo temos as concepções das ciências da educação que de alguma forma contribuíram e contribuem para a formação do educador/ trabalhador social. Neste capítulo vamos nos referir aos aspectos gerais do modo como a educação interfere no mundo, e na vida de um determinado grupo social, no caso o de idosos, como exemplo de uma educação que propõe uma reinvenção de uma velhice ou como de uma vida que se fortalece no meio social. Trazendo para o cenário uma reflexão sobre a importância da educação na sociedade contemporânea, e as concepções criadas através da história da educação em saúde compreendendo as experiências práticas desenvolvidas na saúde sob a influência da educação.

O quinto capítulo é composto pela apresentação das diferentes concepções apresentadas através dos marcos teórico-metodológicos e éticos da investigação que atravessam a estrutura da Tese “Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro”, ao longo do trajeto desenvolvido na construção do conhecimento.

No sexto capítulo apresentamos a Pesquisa empírica com idosos: resultados e discussão, em análise da investigação sob a perspectiva dos idosos entrevistados. O presente capítulo centra-se na apresentação e análise interpretativa dos dados obtidos, através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com idosos que participam do território de convivências em ambiente universitário em cujas atividades estruturadas através de oficinas, exercícios físicos específicos e outras atividades, são mediadas por profissionais/ trabalhadores sociais, que junto com os idosos criam e re-criam os caminhos de partilha do conhecimento, na concepção buscam formar idosos autônomos e independentes no viés do envelhecimento ativo, nos projetos de extensão (ensino/pesquisa) “Espaço Avançado” e o “Prev-Quedas” da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Neste e no capítulo seguinte, a análise da investigação é desenvolvida na abordagem e tratamento dos fenômenos educativos e dos fenômenos da saúde, na importante busca da complementariedade entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa por meio de metodologias do tipo da técnica (ou conjunto de técnicas) da análise de conteúdo, para o tratamento dos dados da investigação, na perspectiva do paradigma interpretativo e sócio-crítico.

No sétimo capítulo intitulado “Pesquisa empírica com trabalhadores sociais: resultados e discussão” procedemos à análise interpretativa dos dados recolhidos e tratado das entrevistas com os profissionais procurando dar aos mesmos uma visão holística.

No oitavo capítulo apresentamos uma Síntese Final dos Resultados

Por último, as Conclusões contemplam as Considerações Finais resultantes da nossa reflexão sobre todo o processo investigativo desenvolvido. Apresentam-se, assim, os resultados do estudo; os limites e relevância do mesmo, os contributos do estudo para o nosso desenvolvimento e formação, em termos pessoais e profissionais, e pistas de trabalho e investigação para o futuro.

As Referências Bibliográficas incluem todas as referências que nos serviram de suporte na construção e fundamentação da tese.

De referir, também, que a tese contém Anexos, onde se encontram os instrumentos utilizados para a recolha de dados, com os quadros de sistematização da grade de categorias da análise de conteúdo, para consultas posteriores

II – SAÚDE DO IDOSO, VULNERABILIDADES E DIREITOS HUMANOS: PERSPECTIVAS CRÍTICAS E DESAFIOS PRÁTICOS

Entre o gasto dezembro e o florido janeiro, entre a desmistificação e a expectativa, tornamos a acreditar, a ser bons meninos, e como bons meninos reclamamos a graça dos presentes coloridos. Nessa idade – velho ou moço – pouco importa. Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir enquanto as coisas em redor se derretem e somem como nuvens errantes no universo estável. Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos gulosos a um sol diferente que nos acorda para os descobrimentos. Esta é a magia do tempo. Esta é a colheita particular que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante, no acreditar na vida e na doação de vive-la em perpétua procura e perpétua criação. E já não somos apenas finitos e sós. Somos uma fraternidade, um território, um país que começa outra vez no canto do galo de 1º de janeiro e desenvolve na luz o seu frágil projeto de felicidade.

Carlos Drummond de Andrade
(Reinauguração)

“Somos sempre o jovem ou o velho em relação a alguém”.

Pierre Bourdieu

A cada dia nos renovamos, vivendo a vida com a intensidade do tempo vivido, vivendo o momento e nos sentindo, como está na epígrafe (Andrade, 1966), “vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir”, e à medida que os anos vão passando, no mundo inteiro cada vez é maior o número de idosos, este é um fenômeno relacionado entre vários fatores, a queda no número de nascimentos e ao aumento da expectativa de vida. Afinal, são 29.374 milhões de pessoas idosas, quase 30 milhões de pessoas, numa proporção de 14,3% da população total do país (Brasil, 2018).

Se pensarmos o conceito de idoso só pelo fato de chegar à determinada idade, seria idosa a pessoa que chegasse aos 60 anos de idade ou mais, esta concepção não define propriamente o que é ser velho e está ultrapassada, porque a idade não é mais utilizada como parâmetro de velho como era antes, e sim a classificação deste na integralidade, que não, necessariamente, tem que ser uma pessoa portadora de um acumulado de doenças crônicas. Por isso, não importa se a pessoa tem 60 anos ou mais, mas, se ela está em condições de

trabalhar, de produzir, de manter sua autonomia e não estar dependendo da previdência ou de cuidados especiais (Assis, 2005).

Esta autora, apoiando-se em Ferrari (1999), menciona justamente que não há uma correspondência linear entre a idade cronológica e a idade biológica, sendo o envelhecimento humano um processo universal, progressivo e gradual em que cada indivíduo tem a sua experiência do processo de envelhecer a partir dos múltiplos fatores, quer seja de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica ou cultural. E, variam de acordo com cada indivíduo e nos diferentes ritmos, e nestes o envelhecimento tende a acentuar-se conforme as oportunidades e forças vigentes, sob dadas condições sociais (Ferrari, 1999), no que reforça a ideia de existirem múltiplas formas de envelhecer de acordo com suas singularidades no viver.

Baseado na concepção da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a definição de envelhecimento recai em “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OMS, 2005).

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”, já dizia a letra da música de Arnaldo Antunes, poeta e autor da música *Envelhecer*, feita em 2009. A canção fala com ironia e bom humor sobre a chegada da velhice. Mas o tempo não para! Será que estamos preparados para envelhecer? (Consensus, 2014). Essa questão traz muitas preocupações em relação ao ‘cuidado em saúde’ e este, não diz respeito, ao fato de haver muitos, ou poucos idosos, mas sim à garantia das condições de saúde e autonomia dessas pessoas.

Neste sentido, para o presidente do Centro Internacional de Longevidade do Brasil (ILC), o médico geriatra Alexandre Kalache⁵, o aumento da expectativa de vida da população, e, conseqüentemente, o aumento da população idosa traz desafios importantes para o país, diz ele, “A expectativa de vida não aumenta só ao nascer. As pessoas que chegam aos 60 anos também continuam vivendo cada vez mais e isso exige políticas públicas mais adequadas”⁶ (Consensus, 2014).

⁵ O brasileiro, Alexandre Kalache dirigiu o Programa Global de Envelhecimento e Saúde da OMS, de 1995 até 2008, voltado para o estabelecimento de políticas pautadas no conceito de envelhecimento ativo/ OMS, como, por exemplo, o movimento global das cidades amigas dos idosos através do “Programa Cidade Amiga do Idoso”. Criou o Centro Internacional de Políticas para o Envelhecimento no Rio de Janeiro após sair da OMS em fevereiro de 2008.

⁶ Esta afirmação foi proferida por Alexandre Kalache, na sua participação no Fórum Saúde Brasil, promovido pelo jornal Folha de S. Paulo no dia 27 de março de 2014.

De modo que envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, desenvolve alguma perda funcional – como as doenças crônicas e fragilidades, mais custos e menos recursos sociais e financeiros – e segundo Veras (2016) para isso, é necessário se pensar o cuidado do idoso com uma assistência especial demandada, voltada para o idoso que não essencialmente, deve ser o que hoje é a utilizada, ou seja, com foco prioritário na doença, na multiplicação de consultas de especialistas, na informação não compartilhada, e gastos com inúmeros remédios, exames e outros procedimentos que fragmentam a atenção ao idoso.

E, sim para a busca da excelência da qualidade nas práticas de saúde com o desafio que vai além do conhecimento das ciências biológicas, a de interlocução com as ciências sociais e econômicas, ou seja, pensar o atendimento para o idoso de forma integral que gere maiores benefícios para a qualidade de vida e participação social, e que possa reunir um fluxo de ações mais ampliadas de promoção e educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, manutenção da independência e da autonomia (Veras, 2016).

2.1 – Os aspectos Demográficos, Epidemiológicos e Biopsicossociais da Velhice e do Envelhecimento Populacional.

Consideramos a velhice e o envelhecimento complexos e compostos por múltiplas faces, presentes e delimitadas nas diferentes dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido percebe-se, que são *velhices e envelhecimentos*, cujos sentidos se destacam sob o ponto de vista cultural, quando vem a ser compreendida diferentemente de acordo com cada lugar, e, nos diferentes países. Hoje, ela é “estatizada” e “medicalizada”, transformando-se ora em problema político, ora em problema de saúde. É importante dizer que em certas sociedades a velhice é dita como doença, ou privação, e dependência, tristeza ou frustração, mas ao contrário do que é o imposto pela sociedade, não é igual à doença, o envelhecimento é tido como ativo, em que a vida do idoso tem valor na medida em que é repleta de oportunidades e de projetos.

Segundo Minayo e Coimbra Jr (2002, p.11) “pelas regras de classificação dos ciclos da vida que vigoram em nossa sociedade, o Brasil precocemente entrou na rota do envelhecimento populacional”, e na consulta ao IBGE (2019) para aquelas pessoas que nasceram no Brasil em 2019 a expectativa de viver, em média, é de até os 76,6 anos. Concluiu-se que em relação a 2018 houve um aumento de três meses (76,3 anos). Portanto, a expectativa de vida dos homens passou de 72,8 para 73,1 anos e a das mulheres foi de 79,9 para 80,1 anos. Consideram, estes autores, baseados no belíssimo poema de Carlos Drummond de Andrade (1966), o poema, epígrafe deste capítulo, retrata bem o que se

almeja ao se envelhecer, pois o homem ao chegar à idade da velhice “vai reinaugurando, ano a ano, seu frágil projeto de felicidade após os 60” E é cada vez maior a população que, parafraseando o poeta, vai reinaugurando, “Esta é a magia do tempo. Esta é a colheita particular que se exprime no cálido abraço e no beijo comungante, no acreditar na vida e na doação de vive-la em perpétua procura e perpétua criação” (Andrade, 1966, p.56 citado por Minayo e Coimbra Jr 2002, p.11).

Nas novas projeções populacionais para todos os países, para as regiões e para o total mundial, segundo a Divisão de População da ONU (2019) a população brasileira que foi em 2019, estimada, em 211 milhões de pessoas, em 2020 passou a ser estimada em 212,6 milhões de habitantes. Afere-se ainda que, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. (ONU, 2019).

Este processo de mudança demográfica pode ser observado graficamente na figura 1, e mostra as mudanças no formato da pirâmide etária⁷ ao longo dos anos, seguindo a tendência mundial em que aparece um estreitamento da base com um menor número de crianças e jovens e o alargamento do corpo com os adultos e do topo com os idosos:

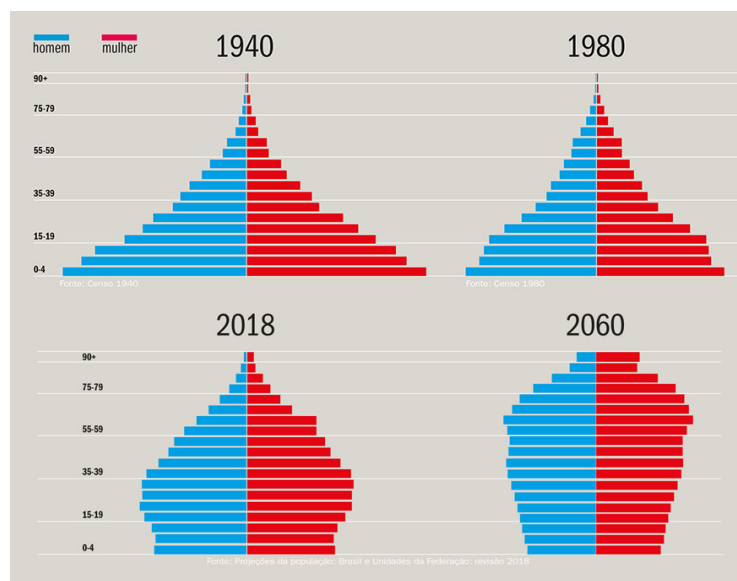


Figura 1 – Pirâmides Etárias (fonte: IBGE, 2018)

⁷ As “pirâmides etárias” são representações gráficas que auxiliam na visualização da distribuição populacional por sexo (homens à esquerda e mulheres à direita) e faixas etárias – na base temos os mais jovens e no topo os mais velhos (0-4 15-19 35-39 55-59 75-79 90+ anos). É possível observar que, com o envelhecimento populacional e queda da fecundidade, o formato vai deixando de ser piramidal (em 2018 e na projeção para 2060), o que é característico de países desenvolvidos. Fonte: Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação: fev 2019 Revista “Retratos IBGE/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

As principais causas para essa tendência do envelhecimento seriam um menor número de nascimentos a cada ano, devido a uma queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida do brasileiro segundo o IBGE (Perissé, C & Marli, M., 2019). Em entrevista fornecida à revista *Retratos do IBGE*, a demógrafa do IBGE, Izabel Marri⁸, afirma serem as estatísticas levantadas pelo IBGE, neste assunto, importantes e de interesse de pesquisadores e gestores públicos, pois, ao se obter estimativas populacionais pode-se aproveitar melhor as características da população atual que envelhece, e reforça “É fundamental que a gente tenha esses números, para saber quem somos, que idade temos, como a gente se distribui no território brasileiro”. Em relação à gestão pública, as alterações demográficas interferem diretamente em seu planejamento, e para que os idosos de hoje e do futuro tenham qualidade de vida, é preciso garantir seus direitos em questões como saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes, através de políticas que podem contribuir nos cuidados específicos com a população que envelhece. No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional do Idoso⁹, bem como o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente.

Ana Amélia Camarano¹⁰, pesquisadora do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), também entrevistada pela revista do IBGE (Perissé, C & Marli, M., 2019), afirma que o desafio para o futuro seria considerar as especificidades dentro da ampla faixa etária em que se inclui o idoso, “na verdade, ‘60 ou mais’ é muito heterogêneo. Você vai olhar no Estatuto do Idoso e tem políticas para 65, como transporte gratuito e prioridade no Imposto de Renda. Agora tem a prioridade da prioridade”. Camarano cita a faixa de idosos a partir de 80 anos, que podem merecer um outro estatuto. O estatuto dos ‘superidosos’, pois, segundo a pesquisadora, “a velhice ficou velha, mas não morreu. Você tem as fragilidades que são típicas da idade, mas cada vez mais tarde”. (Perissé, C & Marli, M., 2019)

Mas afinal o que é o envelhecimento? Veras (1995, p25, citado por Minayo & Coimbra Jr, 2002, p.14) faz esta pergunta em seu livro *País Jovem para Cabelos Brancos*

⁸ IBGE/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Revista *Retratos*, fev 2019.

Avenida Franklin Roosevelt, 166/ sala 900 A - Centro - Rio de Janeiro - RJ 20021-120 é uma publicação mensal do Instituto para distribuição interna e externa. revistaretratos@ibge.gov.br fev 2019 retratos a revista do ibge

⁹ Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994)

¹⁰ IBGE/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Revista *Retratos*

Avenida Franklin Roosevelt, 166/ sala 900 A - Centro - Rio de Janeiro - RJ 20021-120 é uma publicação mensal do Instituto para distribuição interna e externa. revistaretratos@ibge.gov.br fev 2019 retratos a revista do ibge

onde vai definir a *velhice* como sendo “um termo impreciso, ...nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social”. Portanto, dependente da cultura, em cada país, uma das primeiras questões a serem consideradas por estudiosos no assunto é a desnaturalização do fenômeno da velhice para então estudá-la como uma categoria social e culturalmente construída (Minayo & Coimbra, 2002).

O processo do envelhecimento vai comprometer uma série de mudanças. Mudanças essas biológicas, psíquicas e sociais que acontecem em tempos diferentes, não podendo ser generalizado a todos os indivíduos, e como o indivíduo trabalhará essas mudanças é o que fará a diferença ao pensarmos o envelhecimento de uma, ou mais pessoas (Neri, 1995).

Nesse sentido, se comparadas duas pessoas da mesma idade, com vivências e culturas diferentes, certamente serão encontradas muitas diferenças entre elas, possivelmente mais diferenças que semelhanças nos seus processos de envelhecimento. Mas ao se deter apenas à idade cronológica talvez não se possa perceber que mais importante que a idade cronológica é a forma como os anos foram vividos, as construções que foram feitas e a maneira como esse idoso se sente e se percebe (Neri, 1995). Portanto, na atualidade, faz-se necessário cada vez mais refletir sobre o que é ser velho e o envelhecer (Zimmerman, 2000).

Se por um lado, os ciclos de vida biológico do ser humano são considerados semelhantes ao dos outros seres vivos, todos nascem, crescem e morrem, por outro lado, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas. Scott (2002) vai afirmar sobre essa possibilidade da compreensão do lugar social dos idosos através da forma como a sociedade organiza a estrutura, as funções e os papéis de cada grupo etário específico. Quer seja, os estudos antropológicos apontam que é no processo biológico da infância, da adolescência, da vida adulta e da velhice, ou, nas fronteiras etárias, que se vai definir o sentido político e organizador do sistema social. Assim, neste sentido Scott (2002), reafirma que “estes não são iguais em todas as sociedades nem na mesma sociedade, em momentos históricos diferenciados” (p.15).

O que seria então, um sujeito idoso? O poema supracitado de Andrade (1966) nos convoca a pensar quem nos tempos atuais, é esse sujeito idoso. E o poeta diz:

Nessa idade – velho ou moço – pouco importa. Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata beleza que vem dos

gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir enquanto as coisas em redor se derretem e somem como nuvens errantes no universo estável. Prosseguimos. Reinauguramos. (Andrade, 1966, p.56)

Esse sujeito idoso que na definição de Goldfarb (1998) é afetado pelas alterações do corpo, dos limites representados pelo corpo, pelas alterações dadas nas características biopsicossociais do idoso, como citado pelo autor:

(...) um sujeito psíquico em constante crescimento e evolução, altamente afetado pela representação de um corpo que se deteriora e pela consciência da finitude. Mas, estamos falando de um limite e não de uma limitação. Limite que será o do corpo biológico que sofre uma involução, mas não daquele outro que sabemos capaz de ter prazer, instrumento de amor e que deverá ser incentivado a sentir e se sensibilizar com a proximidade dos outros e a força dos vínculos. (Goldfarb, 1998, p. 62)

Essa realidade do envelhecimento populacional no Brasil, tem o seu crescimento em consequência de uma importante conquista social que surge numa época de respeitável melhoria das condições de vida, além de ter um sistema de saúde público, com o acesso ampliado e de grande demanda da população brasileira, serviços médicos tanto preventivos quanto curativos, avanço da tecnologia médica com o fornecimento de vacinas e medicamentos mais acessíveis para a grande maioria da população, ampliação da cobertura de saneamento básico, e o aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes.

O envelhecimento da população brasileira trouxe para o cenário a consciência da existência da velhice como uma questão social, uma questão pública, do coletivo, com o foco demandado de grande atenção a esta demanda específica, diretamente relacionada com a crise de identidade, a mudança de papéis, a aposentadoria, as perdas diversas e a diminuição dos contatos sociais. Transversalmente a esse quadro também ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

Todas essas mudanças, na realidade, caracterizam a dinâmica demográfica¹¹ dos países em geral, e no Brasil, elas ocorrem no século XXI, basicamente determinada pela transição demográfica¹² ocorridas em sua maior parte, no século XX, quando advêm as grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento¹³, impactando e trazendo mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país e produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais mais consistentes implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à de atenção domiciliar. (Zimerman, 2000)

Quais as consequências deste aumento do percentual de idosos em uma determinada população, como o que vem ocorrendo no denominado envelhecimento demográfico? Este aumento traz efeitos nas questões sociais, médicas e econômicas consideráveis para o país.

As implicações sociais são caracterizadas aqui pela natural convivência na família de três a quatro gerações, e que em cada família pode-se ter um ou mais idosos, com a questão de gênero marcante por ter mais mulheres longevas, e, maior número de mulheres idosas vivendo em instituições de longa permanência de idosos.

Traz consequências médicas, principalmente com o aumento de doenças crônicas como a hipertensão, o diabetes, e as doenças cardiovasculares, exibidas pela crescente procura por serviços de saúde, com mais gastos com remédios, maior ocupação de leitos hospitalares e provavelmente com maior período na internação, e ao aumento na incidência de transtornos mentais e demência.

¹¹ Podemos entender melhor esse fenômeno das mudanças das populações por meio da demografia, que estuda as tendências e as técnicas para medi-las. Interessam à demografia questões como a mortalidade, a fecundidade e as migrações, principais responsáveis pelas alterações no perfil populacional.

¹² A transição demográfica é o maior fenômeno social de transformação do comportamento de massa da história da humanidade. Desde o surgimento do Homo sapiens, a humanidade busca a sobrevivência tentando equilibrar as taxas brutas de natalidade ao padrão pré-existente de altas taxas de mortalidade. Porém, com os avanços na produção de alimentos, o aumento do bem-estar e os avanços da medicina, da higiene e do saneamento básico o percentual de mortes precoces foi diminuindo e a esperança de vida foi aumentando. Um certo lapso de tempo após o início do declínio das Taxas Brutas de Mortalidade (TBM), as Taxas Brutas de Natalidade (TBN) também começam a cair.

¹³ A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842/ 94) na qual se afirmam os direitos da pessoa idosa, propiciando capacidade de gerenciar sua vida, com participação ativa na sociedade e garantia do direito à saúde nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei visa justamente evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país, considerando as grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento.

E as consequências de repercussão econômica, estão no aumento do número de pessoas com menos condições econômicas, o aumento de despesas com saúde e a queda da renda devido à redução de pessoas economicamente ativas. Por isso tudo que se dá ênfase à necessária e oportuna reestruturação social, política e econômica em função dessa mudança do perfil demográfico mundial (Zimerman, 2000).

É importante se considerar as limitações funcionais que ocorrem com o avançar dos anos de vida das pessoas nas realizações das suas “atividades instrumentais de vida diária” (AIVD), que de acordo com os parâmetros apontados pela Política Nacional de Saúde (PNS) cerca de 17,3% dos idosos, vão apresentar limitações, tais como por exemplo: fazer compras, administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone e, realizar trabalhos domésticos. Essa proporção, segundo o IBGE (Perissé, C & Marli, M., 2019), aumenta para 39,2% entre os idosos de 75 anos ou mais, e fica mais evidente ainda nas idades mais avançadas.

E devido à essa dinâmica demográfica, muitas vezes a população idosa e a longevidade são vistas pela sociedade como problema, porque primeiro, aumenta em muito a demanda para a Saúde Pública onde crescem as discussões e as análises sobre a adequação ou não do Sistema de Saúde para lidar com os problemas da saúde da população em geral, e em especial para esse grupo social. Pois, com o seu acelerado crescimento esta população etária, esse “novo usuário”, se junta aos considerados alvos principais dos programas sanitários, desafiando ainda mais a competência dos profissionais, e dos equipamentos da saúde pública brasileira.

As doenças crônicas no acometimento das pessoas idosas, se tornam prevalência de elevada mortalidade¹⁴ e morbidade¹⁵ devido às condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. Se percebe daí que, necessariamente, o cuidado em saúde da pessoa idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, à instalação e aos desfechos dos agravos em saúde, traduzidos pela maior

¹⁴ A taxa de mortalidade ou coeficiente de mortalidade é um índice demográfico que reflete o número de mortes registradas.

¹⁵ Em epidemiologia, **morbidade** ou **morbilidade** é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multisetoriais com foco no cuidado.

Cabe também destacar que o quadro apresentado em relação à saúde dos idosos, não significa, necessariamente, a limitação de suas atividades, ou a restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social. Ao contrário do que se pensa, apesar do aumento da expectativa de vida da população, e conseqüentemente o aumento da população idosa, um desafio se apresenta em relação ao “cuidado em saúde” que independente do número de idosos, será o de incluir a discussão sobre o *envelhecimento da população brasileira* nas agendas estratégicas das políticas públicas, mais pela garantia das melhorias das condições de saúde e autonomia dessas pessoas na direção das ações do âmbito da saúde, das políticas de saúde adequadas no âmbito do acesso, da inclusão, da potencialização do cuidado integral, e da concretização das ações intersetoriais nos territórios.

Para o médico geriatra Kalache (2008) os países têm buscado cada vez mais compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para a independência dos idosos tanto na sua integração social quanto economicamente. Porque este é o desafio imposto pela presença crescente de pessoas idosas na sociedade aquele que exige o de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas, e principalmente o de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando assim, a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações do âmbito da proteção social. (Batista et al, 2008)

2.2 - Direitos e Saúde do Idoso: Marcos Legais, Políticos e Programáticos no Brasil

Velhice, como já foi explicitado é um termo impreciso e complexo nas diferentes dimensões, nos seus limites fisiológicos, psicológicos e sociais. Culturalmente é compreendida diferentemente em cada país, pois depende especificamente da expectativa de vida desse país em análise, por conseguinte, num país com a expectativa de vida de 37 anos, como é o exemplo de Serra Leoa, tem-se o entendimento sobre a velhice diferente de como é no Japão, o país considerado pela OMS cujo desenvolvimento humano (DH) e qualidade de vida tem o 1º lugar – divulgada em abril de 2000, pela OMS – e com expectativa de vida para mulheres, de 83,82 anos, e para os homens de 77,19 anos (JOICFP, 1999, p.21).

Tomando como exemplo países desenvolvidos cujo aumento da esperança de vida resultou das melhorias consideráveis de condições de vida das populações, o Brasil, sendo um país tão marcado por desigualdades sociais, hoje tem muitos indivíduos vivendo por mais tempo sem dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias. (Kalache, 1990, 1991) O envelhecimento populacional se torna uma preocupação que pode reforçar essas desigualdades em termos de qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a **exclusão dos idosos** (Berquó, 1999). É, portanto, um grande desafio para as políticas públicas, principalmente no contexto brasileiro, que apresenta a exigência para o aumento da inclusão do envelhecimento populacional nos cenários das discussões e implementações de novas políticas e investigações científicas (Uchôa et al, 2002).

O sistema brasileiro de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e concretizado através da *Lei Orgânica da Saúde* (Lei Federal nº 8080, 1990), foi construído sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (Aciole, 2006; Silvestre e Costa Neto, 2003), faz o reconhecimento da saúde como direito do idoso, cujos princípios foram criados voltados para a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa; para a integralidade da assistência; e para a fixação de prioridades com base na epidemiologia **regulamentando o direito à saúde**. Na forma de um sistema nacional de saúde hierarquizado e de proteção social. Inclui, ainda que não o mencione explicitamente, o cuidado e a promoção da saúde aos indivíduos da terceira idade.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) veio a ser instituída no ano de 1999 como resultado das medidas político-institucionais comemorativas do Ano Internacional do Idoso, em 1998, fundamentadas com ações do setor saúde na atenção integral à população idosa em conformidade com a Lei Orgânica do SUS. Tem como propósitos basilares a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem; e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (Portaria Lei nº 1.395, 1999).

Como um marco norteador da saúde pública a promoção da saúde surge a partir dos anos 1970, e desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um princípio ordenador

das ações e políticas de saúde (Buss; Czeresnia, 2004). No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde, foi fortalecida por eventos internacionais em que foram sendo lançadas novas propostas na redefinição das políticas públicas direcionando um novo olhar para o contexto da saúde, visando reconstruir uma estrutura ético-normativa e jurídico-institucional que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania (Acirole, 2006; Machado et al, 2007).

A integralidade no cuidado – tanto de pessoas como de grupos e coletividades – pode ser definida como um conjunto de ações que integrem: medidas curativas e assistenciais e medidas preventivas e promocionais. Em ambos os casos, é preciso perceber e compreender o usuário, que pode ser criança, jovem, adulto ou idoso, como sujeito holístico, ou seja, histórico, social e político, articulado ao meio ambiente, à sociedade na qual se insere e em seu contexto familiar (Machado *et al*, 2007).

Ao falarmos de saúde integral, nos remetemos à interdisciplinaridade do cuidado, do indivíduo como um todo, das relações de serviços entre os diferentes níveis de atendimento, das relações no trabalho em equipe. Em 1º de outubro de 2003 foi criada a Lei nº 10.741, que instituiu o Estatuto do Idoso. (Lei Federal nº 10.741, 2003)

O Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741, 2003) tem como premissa enfatizar a interface entre a intersetorialidade e o direito à saúde. No seu Artigo 24, por exemplo, reforça a estruturação do direito e da atenção à saúde dos idosos por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo, das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. O Estatuto abrange, portanto, os direitos assegurados nas dimensões do direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde, à convivência familiar e comunitária. (Lei nº 10.741, 2003)

O ano de 1999 foi proclamado o Ano Internacional das pessoas idosas pelas Organizações das Nações Unidas, que tem o Brasil como um de seus membros. A proclamação foi oficializada a 1º de outubro de 1998, Dia Internacional dos Idosos. Nesse domínio foram consolidados vários princípios – o da dignidade, o da autonomia, o do desenvolvimento pessoal, o do acesso aos cuidados básicos e por fim o da participação ativa na sociedade – todos fundamentados nos setores da cidadania, da emancipação e da pluralidade.

No início do ano de 2002, em Madri, foram conduzidos pela ONU uma série de debates sobre o Envelhecimento da População Mundial que se materializou no Plano Internacional para o Envelhecimento, cujo principal objetivo foi o de garantir um envelhecimento seguro e digno, no que concretamente, representaria uma maior liberdade para esta população na qual o idoso implicado, conhecedor de seus direitos, e deveres, tem maior participação e lugar nas sociedades como cidadãos plenos de direitos.

Em 2006 a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o dia 15 de junho como um marco com o objetivo de criar uma consciência mundial, social e política da existência da violência contra a pessoa idosa.

No Brasil, nos anos de 2013 e 2014, a ‘Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde’, atual responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁶, publica o documento das “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral”. Representando neste documento um grande avanço na busca de seus direitos enquanto cidadão idoso e a conquista de sua autonomia. (Portaria nº 2.528, 2006)

Essa coordenação criou como principais diretrizes: um envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações Inter setoriais, fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas – atuando na ordenação e organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica, é a principal porta de entrada para o SUS, e é a ordenadora do cuidado, e neste sentido, deve considerar as especificidades desse grupo populacional a partir de sua capacidade funcional. Além de ser estratégico e fundamental lançar mão da avaliação multidimensional da pessoa idosa, no que auxiliaria no próprio planejamento do cuidado na transdisciplinaridade, realizadas necessariamente, por equipes multiprofissionais. Algumas iniciativas integradas foram criadas e são importantes para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional, a saber, as criações da Caderneta

¹⁶ A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁶ foi normatizada pela Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

de Saúde da Pessoa Idosa¹⁷ e do Caderno da Atenção Básica (CAB 19) e a capacitação dos profissionais de saúde.

Especificamente, os direitos dos idosos que estão assegurados à saúde pela constituição brasileira, são expostos na forma da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo às pessoas de mais de 60 anos o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Incluem também o direito a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, garantia do direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital, e, ao direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento.

Em 2013, foram comemorados os 10 anos de criação do Estatuto do Idoso indicando um resultado favorável com o significativo reconhecimento no campo dos direitos, embora, ainda muito tem o que se fazer por parte das políticas públicas. O estatuto fica fortalecido com o lançamento, nesse mesmo ano, pelo Decreto Presidencial de Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, coordenado pela Secretaria dos Direitos Humanos e com a participação de doze ministérios, incluindo o Ministério da Saúde.

Os direitos garantidos à saúde do idoso tem pelo Estatuto do Idoso a abrangência de outros direitos, como, por exemplo:

A garantia no desconto de pelo menos 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer; a gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, com reserva de 10% dos assentos, que deverão ser identificados com placa de reserva; a reserva de duas vagas gratuitas no transporte interestadual para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para

¹⁷ A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi estruturada pelo Ministério da Saúde (MS) para ser um instrumento estratégico de **acompanhamento longitudinal das condições de saúde** da população idosa nos serviços de saúde. De acordo com a condição funcional da pessoa idosa identificada a partir da avaliação realizada com o uso da Caderneta, será elaborado o plano de cuidados. A elaboração desse plano, coordenado e integrado, em curto, médio e longo prazo, visa especialmente à recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. O sucesso do plano de ação depende do envolvimento do usuário, dos familiares e da equipe de saúde.

os idosos que excedam as vagas garantidas; reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados; prioridade na tramitação dos processos e dos procedimentos na execução de atos e diligências judiciais; direito de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir dos 65 anos de idade, desde que não possua meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida pela família; direito a ter 25% de acréscimo na aposentadoria por invalidez (casos especiais); a notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público (MP); Conselho Municipal do Idoso (CMI); Conselho Estadual do Idoso (CMI); Conselho Nacional do Idoso (CNI), nos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos (Lei nº 10.741, 2003)

2.3 – ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS ASSOCIADOS À VELHICE E AO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano é um tema abrangente que traz à tona muitos desafios às diversas áreas do conhecimento. Além das transformações características do envelhecimento, outro aspecto evidenciado nos estudos sobre a velhice e o envelhecimento refere-se à imagem sociocultural da velhice, influenciada por preconceitos e estereótipos negativos (Alencar e Carvalho, 2009; Laranjeira, 2010).

Idoso, pessoa idosa, velho, ancião, senil, terceira idade? Qual é o termo mais propício para se designar o indivíduo que envelhece? O que é a velhice e o que é o envelhecimento? A velhice como é definida, é a última fase do processo de envelhecimento, não sendo um processo como o envelhecimento, é antes um estado próprio do ser humano. E como é singular as formas de se envelhecer podemos dizer que são ‘várias velhices’ e é um estado desejado por todos considerando uma velhice saudável (Neri, 2007).

Como diz a autora da obra *A velhice*, Simone de Beauvoir, não é fácil circunscrever uma concepção bem definida para velhice, dada a pluralidade de experiências de cada ser, torna-

se impossível estabelecer limites que conceituem isoladamente o envelhecimento e a velhice (Beauvoir, 1990). Contudo, a velhice é uma etapa normal do ser humano para todos os que conseguem alcançá-la. O que muitas vezes se desconsidera é que a velhice é um processo contínuo desde o nascimento.

E podemos dizer que o envelhecimento populacional no Brasil, é uma conquista do povo brasileiro, porém, uma conquista, acompanhada sobretudo nas sociedades ocidentais, pela ilusão de que o envelhecimento, se não pode ser evitado, pode ou deve ser retardado o mais possível. Assim, dá-se o culto da juventude, que é cada vez mais reforçado, e a velhice passa a ser permeada por estereótipos e preconceitos que a reduzem a uma fase de declínio e perdas.

No Brasil além da violência aos quais os idosos são submetidos como os expressos pelos preconceitos e estereótipos negativos em relação à velhice, observam-se diversas outras violências desde abandono/ negligências até maus-tratos psicológicos, verbais e físicos, além de que, quando não conseguem internar seus idosos em instituições asilares ou psiquiátricas, segregam-nos dentro de suas próprias casas.

E, ainda têm que lidar com a invisibilidade das suas demandas sociais em que num sistema capitalista como o nosso os processos de exclusão são principalmente produzidos pelas iniquidades sociais e em saúde através de questões como dificuldades nas relações familiares e sociais e nas situações de vulnerabilidades quer pela desvalorização dos seus saberes e experiências, quer pelas limitações físicas, econômicas e/ou sociais dos idosos. (Campos et al, 2012)

De acordo com Neri (2005), atitudes de preconceito são derivadas de dois tipos de processos cognitivos: supergeneralização e supersimplificação. A manutenção de estereótipos reflete esses dois processos. No caso da velhice, aos idosos associam-se usualmente estereótipos negativos, os quais contribuem para a manutenção da percepção social negativa e homogênea que se tem acerca do envelhecimento, por exemplo ‘Os idosos são solitários e dependentes’ (Neri, 2005, citado por Couto et al, 2009).

Em estudo sobre discriminação contra idosos no Brasil, Couto, Koller, Novo e Soares (2009) verificaram maior número de indicadores discriminatórios nos âmbitos social e da saúde. Ao comparar esses resultados com outros dois estudos de referência realizados nos Estados Unidos e em Portugal, concluíram que mesmo que existam diferenças e semelhanças nos tipos de discriminação contra idosos nos diferentes contextos, o estereótipo negativo associado à velhice apresenta-se como um fenômeno transcultural (Couto et al, 2009).

Para estes autores estudos no campo da psicologia revelam que os estereótipos são fontes de influência para a percepção que as pessoas têm de si próprias. A discriminação contra os idosos – ageísmo – é sustentada principalmente pela manutenção de estereótipos (negativos e positivos) quanto à idade avançada. Em seus estudos na avaliação dos estereótipos contra os idosos revelam a existência de impacto negativo do ageísmo em diferentes domínios. Entre eles, os relacionados com o declínio da performance dos idosos em tarefas cognitivas após a exposição a estereótipos negativos do envelhecimento são um exemplo (Levy, 1996; Levy & Langer, 1994). Todavia na autopercepção positiva pode não ter o impacto negativo esperado se um/a idoso/a não se identifica com certos traços estereotípicos do seu grupo de pertença, pode relacionar-se ao uso de estratégias de proteção que idosos utilizam para lidar com situações de discriminação (Couto et al, 2009).

Couto e os outros autores da investigação (2009) citam Crocker e Major (1989) na discussão sobre os efeitos do estigma social na autoestima que apontam alguns mecanismos através dos quais indivíduos que pertencem a grupos estigmatizados podem proteger a sua autoestima de eventos negativos, tais como atitudes de preconceito e discriminação. Com esses mecanismos de proteção, Crocker e Major (1989) propõem que nem sempre o preconceito e a discriminação social implicam prejuízos na autoestima de membros de grupos estigmatizados (Couto et al, 2009).

O primeiro mecanismo consiste em o indivíduo atribuir ao seu grupo as respostas sociais negativas (preconceito) ao invés de atribuí-las a si próprio. Por exemplo, isso pode ocorrer quando é dito a um idoso que ele não compreende bem as coisas. Nesse caso, o idoso pode atribuir tal resposta negativa ao grupo de idosos em geral, mas não a si próprio (o que o levaria a pensar que realmente não compreende bem). O segundo mecanismo consiste em utilizar estratégias de comparação de resultados pessoais com os resultados de indivíduos que pertencem ao mesmo grupo. Ou seja, ao invés de comparar-se com jovens com melhor desempenho em atividades com o computador, um idoso tenderia a comparar o seu desempenho em tais atividades com o desempenho de outros idosos que julga não terem tão bom desempenho. Finalmente, o terceiro mecanismo pelo qual membros de grupos estigmatizados protegem a sua autoestima consiste em desvalorizar

aqueles atributos que não são desempenhados plenamente pelo grupo e valorizar aqueles que o são. Assim, um idoso poderia valorizar a sua habilidade de leitura, mas não a sua habilidade para praticar esportes radicais, por exemplo. (Couto et al, 2009)

Estes autores afirmam que “por não se reconhecerem como idosos, podem, desse modo, não reconhecer eventos de discriminação vividos”. Pois vão se embasar em Levy (2003) na sua afirmação de que a identificação com o grupo é um fator fundamental para que idosos reconheçam um estereótipo como parte de sua identidade (Couto et al, 2009).

É importante destacar que assim como os grupos sociais de nossa investigação, também neste estudo de Couto e outros autores (2009) a amostra foi composta por idosos que participam de grupos de atividades para a terceira idade, e o envolvimento nesses grupos contribui para uma reelaboração do significado de velhice, e repensar a velhice de forma positiva tem o potencial de promover a autoestima, fortalecendo o indivíduo para lidar com eventos negativos, tais como o preconceito.

2.4 – A Violência Contra o Idoso: um fenômeno social abrangente.

Como já dito anteriormente, os grandes avanços na área da saúde proporcionaram melhora da qualidade de vida das pessoas e conseqüente aumento da expectativa de vida¹⁸, e um importante e gradual aumento da população de sessenta anos e mais, representando 16,2% da população brasileira em geral de idosos, e com, a diminuição da taxa de fecundidade¹⁹ que de 2,4 no ano 2000 e passou a 1,8 em 2013, com a estimativa de que em 2025 se chegue à uma taxa de fecundidade de 1,6 e com a correspondente taxa bruta de natalidade²⁰ de 11,8, caracterizando a transição demográfica²¹, com impactos importantes na nossa sociedade. Também considerando a distribuição dessa população por sexo, segundo

¹⁸ Expectativa de vida ou esperança de vida, é um índice (número médio) que representa quantos anos se espera que um indivíduo possa viver quando nasce.

¹⁹ Taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo

²⁰ Taxa bruta de natalidade é o número de nascidos vivos que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área.

²¹ A partir de 1950 o Brasil iniciou alterações importantes nas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade e esta evolução caracteriza o processo de **transição demográfica no Brasil**. De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio há uma diferença no número de mulheres idosas proporcionalmente ao de homens idosos, de 55,5% (Alves, Silva, Faria, Castro & Meirelles Junior, 2019).

Além do avanço da tecnologia em saúde e um maior acesso aos serviços de saúde, a melhora na qualidade de vida dessa população de faixa etária de sessenta anos e mais, é decorrente de melhores condições de higiene e saneamento básico, com a correspondente redução dos índices de doenças infecciosas e parasitárias. Mas, concomitantemente, há um crescimento nos índices de doenças crônicas degenerativas, não transmissíveis, como os problemas cardiovasculares e respiratórios, o diabetes e os diversos tipos de câncer, e o aumento de doenças decorrentes de causas externas, principalmente os acidentes de trânsito, como os atropelamentos, muito comuns em idosos. (Teixeira, 2004).

Esse contínuo envelhecimento da população aumenta a incidência e a prevalência de problemas relacionados à idade, percebidos nas doenças crônicas e nas deficiências ou incapacidades funcionais a elas relacionadas. A doença crônica é, por sua vez, a maior causa de incapacidade funcional, especialmente entre os mais velhos (OMS, 2005).

De tudo que foi argumentado até o momento, concluímos, que há: uma redução importante dos nascimentos e o aumento no número de adultos (a maioria do sexo feminino); as mudanças das taxas de morbimortalidade relacionadas às doenças crônico-degenerativas com aumento da demanda por serviços de saúde e da previdência; um número significativo de idosos brasileiros que está em plena atividade social e econômica, assumindo papéis diferentes na comunidade, na família e entre os amigos; o aumento da sobrevivência e o envelhecimento populacional que está intimamente relacionado ao desenvolvimento de novas tecnologias e à melhoria do acesso à saúde e à seguridade social; com a longevidade eleva-se a vulnerabilidade física e mental dessa população, tornando-a vítima em potencial da violência. (Alves, Silva, Faria, Castro & Meirelles Junior, 2019)

Nesse sentido a mudança na distribuição etária de um país vai alterar o perfil das políticas sociais, exigindo estratégias e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos, principalmente, na parcela daqueles que se encontram em situação de abandono ou vítimas de maus tratos praticados na maioria das vezes pelos seus próprios familiares, sendo as mulheres idosas as mais afetadas devido ao histórico de marginalização ao qual esse gênero está submetido. (Brasil, 2005)

A violência em si, para Minayo e Souza (2003, p.14), produz na sociedade a desestabilização da cidadania e da convivência, portanto é “expressão da exacerbação dos

conflitos sociais”, no momento atual da realidade brasileira, quando ela aparece como uma produção sociocultural própria da sociedade, e que reflete qual o tipo de sociedade ao qual que estamos nos referindo, em cujo desafio é de “submetê-la e submeter-se à ação política transformadora se oriente para a construção de uma cidadania vigorosa, persistente e inclusiva”. O seguinte excerto espelha esta ideia apresentada por Minayo e Souza (2003):

A violência hoje aparece como preocupação de alta relevância em todas as instâncias públicas, em todos os discursos, em propostas políticas e em agendas de ação. Não como uma manifestação de busca de mudanças, como Engels e Marx pensavam seu sentido, mas como um subproduto da sociedade dita pós-moderna, movida pela financeirização da vida e pelo consumo. Esse tipo de fenômeno que causa tanto horror e que tomou lugar nas nossas salas de visitas expõe o país negativamente perante a tantas nações capazes de apresentar uma sociabilidade muito menos conflituosa. A violência tal como se está configurando no Brasil, aparece como aquele bode malcheiroso do qual todos queremos nos livrar. Ela se nutre e se reproduz no cenário de grandes interesses econômicos, de negócios milionários, de propostas de corrupção, de envolvimento dos mais diferentes agentes sociais, gestando-se dentro de instituições acima de qualquer suspeita, à margem ou à sombra da ação política transformadora. Mesmo quando alicia os pobres, sobretudo os jovens urbanos e das periferias, e torna-se para eles um mercado de trabalho, uma forma de ter dinheiro, bens de consumo e poder, esse tipo de violência infrapolítica que nos preocupa não tem interesses de integrá-los socialmente. Transforma-os na ponta de lança de negócios escusos, para cuja consecução os métodos usados são profundamente autoritários e reprodutores da exclusão social. O crescimento exorbitante (115%) das taxas de homicídio, correspondendo a mais de 40 mil mortes por ano no Brasil de hoje, constitui um sinal dessa infrapolítica que se exerce

concomitantemente às propostas políticas oficiais dos diferentes governos. (Minayo e Souza, 2003, p.13)

Para essas autoras, a violência sob o ponto de vista de alguns autores do campo da saúde coletiva que trabalharam com a abordagem interdisciplinar do problema, quanto das ciências sociais, se apresenta como um fenômeno complexo. Pois estes autores consideram que no âmbito sócio-histórico estão contextualizadas a necessidade de tornar as manifestações de violência específicas, articuladas com o todo, e os processos subjetivos incluídos na análise. Ao mesmo tempo, questiona a postura reducionista que privilegia a causalidade biológica pura e simples assim como a unicausalidade macrosocial e microssocial (Minayo e Souza, 2003).

E, é difícil conceituar violência, pelo fato de ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia. De qualquer maneira a conceituação da violência, é dirigida pelo julgamento social. Ela não é uma, é múltipla e segundo Minayo e Souza, (2003, p. 25), ela se refere:

“...às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro” e os eventos violentos se referem, para quem os analisa, a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais, circunstâncias –, realidades muito diferentes. (Minayo e Souza, 2003, p. 25)

Tenciona-se ao fato da violência contra a pessoa idosa, ser tema de estudo e intervenção na área da saúde, somente, a partir do século XX, em que se firma, intencionalmente, como questão de direitos humanos (Brasil, 2005). Sendo definida pela OMS como “ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social” (OMS, 2004). Após a definição dada pela OMS deu-se maior visibilidade a questão,

principalmente, na necessidade de inclusão do idoso na vida social, cultural, econômica e política das sociedades. Exigiu-se, cada vez mais, políticas públicas que criassem medidas de inclusão social para as pessoas idosas, neste mundo perturbado diante dos desafios do processo de globalização.

O conceito dado pela OMS foi ampliado por Minayo (2005, p.28) para: “ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social” numa interpretação coerente com a coletividade da população dos idosos, para os quais “a violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral)” (Minayo, 2005; São Paulo, 2007).

A preocupação com o problema da violência contra o idoso, oficializa-se através de uma portaria que é gerida e definida pela Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências²² (Brasil, 2001) para as concepções de ações que resultariam em violência contra as pessoas dessa idade, como as de abandono, de abuso financeiro, abuso físico ou maus-tratos físicos, de abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos, abuso sexual, negligência, autonegligência, dando assim maior visibilidade à essa questão, enfocando-o como prioridade.

Essa Portaria Ministerial vai oferecer várias ações: 1) pela realização do monitoramento padronizado contínuo e adequado das informações de acidentes e violências; 2) pela padronização das fichas pré-hospitalares e hospitalares, com a inclusão de todas as lesões e causas externas e 3) pela capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar, notificar e acompanhar os indivíduos que sofreram maus-tratos (Brasil, 2001).

Consideram-se também duas concepções de violência: a do tipo estrutural – quando a pessoa idosa é desrespeitada, desvalorizada e discriminada quando apresenta baixo poder econômico – e a concepção do tipo institucional – quando a violência ocorre pelos serviços públicos, por ação ou omissão e ocorre desde a falta de acesso ao serviço até à má qualidade dos serviços públicos e privados (Minayo, 2005).

No Brasil, após estudos e debates de organizações governamentais e não governamentais, levou-se a criação de uma Política Nacional do Idoso concretizada na Lei nº 8.842/94 — que afirma os direitos da pessoa idosa, propiciando capacidade de gerenciar sua vida, com participação ativa na sociedade e garantia do direito à saúde nos diversos

²² Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. (Portaria Ministerial 737/2001) (Brasil, 2001)

níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei visa evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país. E após, doze anos, em 2006, o Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pela Portaria nº 2.528, que preconiza a realização de ações integradas para combater a violência doméstica e institucional e coibir ações de abusos e exploração de trabalho com idosos.

O Estatuto do Idoso, surge como um dos grandes ganhos em defesa e proteção do idoso, e que foi aprovado pela Lei nº 10.741/ 2003. O Documento especifica que “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles [...]” (Lei nº 10.741, 2003). O estatuto considera a violência contra a pessoa idosa como “[...] qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. (Lei nº 10.741, 2003).

No caso brasileiro, as violências contra a geração mais velha se expressam em tradicionais formas de discriminação, pelo indivíduo – quando a eles são atribuídas denominações ofensivas, como “descartáveis” e “peso social” – e também pelo Estado, que hoje responsabiliza o idoso pelo custo da Previdência Social, e ao mesmo tempo sofre a omissão desse, quanto a programas de proteção específicos, apesar de uma política específica tenha sido formulada (Portaria Lei nº 1.395, 1999). A essa forma de violência denomina-se “abuso estrutural” (OMS, 2002)

Para os profissionais de saúde perceberem qualquer problema em relação à violência contra o idoso, é necessário, uma escuta diferenciada, uma ‘ausculta’ dos sentidos através da empatia e diálogo, criados com os idosos, além de habilidade em perceber tal demanda.

Desde a preocupação mundial pela OMS sobre o cuidado a saúde do idoso, a inclusão social e a visibilidade maior sobre a violência e a saúde do idoso, torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra o idoso tem alta relevância na saúde. As consequências como da violência contra o idoso são físicas e mentais, sendo que os problemas físicos provenientes das violências, são evidenciadas como resultados de qualquer forma de agressão física ou maus-tratos, e podem variar desde lesões, dor, desidratação e desnutrição, aos distúrbios do sono, aumento do risco de novas doenças, exacerbação de doenças preexistentes, e aumento do risco de morrer prematuramente. De acordo com a OMS, a depressão, estresse psicológico, desamparo, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação e estresse pós-traumático estão dentre as consequências psicossociais, provenientes da violência (OMS, 2002).

III - PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DO IDOSO: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1 – A Concepção Ampliada de Saúde e a Saúde Coletiva: algumas lutas e invenções brasileiras

Desde a sua institucionalização, no final dos anos 1970, no bojo das transformações teóricas, práticas e políticas advindas com a Reforma Sanitária Brasileira, a Saúde Coletiva vem se constituindo como um novo paradigma, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença. (Campos, 2005).

Historicamente, fizeram parte desse processo, os movimentos preventivistas e o da medicina social, os quais culminariam na revisão da concepção sobre a prevenção em saúde, no sentido da aproximação de uma dimensão ampliada das políticas de saúde, em direção à promoção da saúde. A Medicina Social, por meio de indagações básicas sobre o caráter social das ciências médicas, demarcou o impacto das condições sociais e econômicas sobre o processo saúde-doença, apontando então, para tal, a necessidade de medidas de proteção da saúde como sendo, tanto sociais quanto biomédicas, analisando assim, a prática médica como um todo que articula os saberes das ciências sociais na compreensão do processo saúde-doença, com os da epidemiologia, da organização social da saúde e das relações saúde e trabalho (Nunes, 2006).

Segundo o médico e professor de saúde pública da Unicamp, Gastão Wagner Campos²³, existiam estudos e reflexões, desde a década de 1960, de cientistas sociais, e profissionais sanitários que faziam críticas à visão positivista da saúde, que era muito focada na doença, e a partir dessas foi-se construindo a Saúde Coletiva fundada na visão ampliada pela determinação social do processo de saúde e doença, e sem deixar de considerar outros fatores que influenciavam a saúde como, os planos sociais, o plano de influência da afetividade e subjetividade e o plano orgânico: os fatores orgânicos, genéticos, de idade e outros.

A constituição da Saúde Coletiva no Brasil, enquanto área de conhecimento das Ciências da Saúde a partir de uma concepção ampliada de saúde, valoriza o tema da determinação social do processo de saúde e doença. Neste sentido considera-se a Saúde Coletiva como um

²³ Entrevista de Raquel Júnia feita ao médico e professor de saúde pública Gastão Wagner Campos publicada no site da Agência Fiocruz de notícias: saúde e ciências para todos. “Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável”, publicado em 1º de abril de 2011. End.: Avenida Brasil, 4365, Castelo Mourisco, sala 15 – Mangueiras, Rio de Janeiro – CEP 21040-300 tel: (0xx21) 2270-5343. copyright@fundacaooswaldocruz_ministeriodasaude_2013

campo interdisciplinar, extenso e diversificado, e Nunes (2006, p.29) a caracteriza como um campo amplo de práticas, semelhante à imagem do “mosaico”, pois “as disciplinas em suas partes separadas se juntam na compreensão de problemas ou propostas de práticas que se situam além dos limites de cada campo disciplinar” e se organizam em pelo menos três subáreas de conhecimento: a das ciências sociais e humanas, (antropologia, sociologia, economia, política, história, filosofia, ética, estética), a da epidemiologia e a da política e planejamento.

Desde sua institucionalização a Saúde Coletiva vem se fortalecendo como um movimento que se potencializa no tempo, e que se expressa, de alguma forma, através dos cursos que promove (graduação, especialização, residência, pós-graduação), e nos congressos e publicações (Ciência e Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Physis – Revista de Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Epidemiologia) (Nunes, 2006).

Para Nunes “a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o político, entendeu-se a Saúde Coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos” (Nunes, 2006, p.26). Dentre os marcos históricos que foram capazes de impactar a estruturação das políticas de saúde no Brasil, e, nos quais, os saberes e o agir da Saúde Coletiva foram estruturantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi fundamental para a conquista tanto do direito da população à saúde – a partir de então considerado um dever do Estado – como do estabelecimento da atenção primária, como porta de entrada do sistema de saúde (Nunes, 2006). Nasce assim, em meio ao cenário de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, o atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como atores-chave o movimento sanitário brasileiro e, por conseguinte, a Saúde Coletiva.

3.2 – Os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, a atenção integral à saúde e a intersetorialidade das ações no cuidado aos idosos

O sistema de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS) que é assegurado pela Constituição de 1988, e regulado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei Federal nº8080, 1990) com princípios doutrinários como os da *universalidade da atenção, da equidade e o da integralidade da ação*, e com princípios organizativos quando se refere à regionalização e à hierarquização de serviços. São os princípios doutrinários que determinam a filosofia praticada no sistema, na qual se reforça o conceito ampliado da saúde e o princípio

do direito à saúde. Já, os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar a partir dos princípios doutrinários que são os eixos norteadores (Roncalli, 2003).

A Universalidade da Atenção, ou seja, a saúde como um direito de cidadania, que, pelo menos, com relação à saúde, todos os indivíduos passam a ter esse direito garantido pelo Estado, no acesso às ações e serviços que deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde (Roncalli, 2003). A ideia de direito à saúde não é ter direito a serviços de saúde ou à assistência à saúde, esta última, está incluída na primeira, mas sim a ações articuladas de políticas sociais mais amplas como o conjunto de políticas sociais ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc, como diz Paim (1987).

A Equidade na conceituação “oficial” significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (Lei Federal nº 8080, 1990) que assegura a disponibilidade dos serviços de todos os níveis, para todos, sem privilégios ou barreiras, sendo seu objetivo diminuir as desigualdades, apesar de que, isso, não quer dizer que todos são iguais. Embora todos tenham direito aos serviços, as pessoas não são iguais, pois, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (Cunha & Cunha, 1998). No caso brasileiro, equidade foi definida como igualdade no acesso, como está no artigo 196 que fala do acesso universal e igualitário (Roncalli, 2003).

A Integralidade da Atenção é o princípio do SUS que está mais relacionado à prática de saúde, e é interpretada como, o ato médico individual com o atendimento integral e com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais (Lei Federal nº 8080, 1990; Mattos, 2004). Este se diferencia na medida em que: considera a pessoa como um todo, atendendo as suas necessidades; quando se proporciona a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, e recuperação da saúde; quando as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (Mattos, 2004).

Neste sentido o homem como um ser integral, bio-psico-social, deverá ser atendido por um sistema voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. Ao mesmo tempo o

princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre diferentes áreas que tenha repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Lei Federal nº 8080, 1990; Cunha & Cunha, 1998).

O Estado, na sua relação com a sociedade, depende muito de como essa relação se dá para se estabelecer a saúde de uma população nas suas condições de existência. No exato sentido, de que sejam construídas ações do Estado por meio das políticas públicas para a qualidade de vida de seus cidadãos, com políticas voltadas para o sistema de proteção social, nas quais, estão incluídas as políticas da saúde além das políticas públicas de natureza social (Roncalli, 2003).

Neste sentido todos os brasileiros, independente de terem ou não um plano particular de saúde, fazem uso e se beneficiam do SUS. A longevidade é uma realidade no país e ocorre em consequência do domínio dos diferentes determinantes do processo saúde-doença e também no controle das doenças, através de medidas preventivas e de promoção da saúde nas ações educativas, nas práticas de saúde, pelo princípio da integralidade em saúde do SUS. Algumas doenças como a diarreia, tétano, sarampo, meningite, HIV, sífilis, por acidente de trabalho, por picada de cobra ou escorpião, tuberculose, câncer (de boca, ou de pulmão, ou de útero), infecção alimentar, de dengue, ou gripe, precisam ser tratadas no campo da chamada “Saúde Coletiva”, ou melhor, são tratadas no coletivo e pelo coletivo da sociedade que é assistida pelo SUS, por um sistema de saúde universal, igualitário e em todos os níveis de assistência, através de medidas de controle.

Outras políticas sociais que dizem respeito à nossa saúde e, portanto, ao SUS, é a política que regula o sistema de água potável e esgoto por causa das verminoses, e também a que regula a qualidade da carne, a higiene dos restaurantes e os medicamentos, faz transplantes e hemodiálises incluindo a manutenção de uma rede de doadores de sangue e órgãos, com excelência em tecnologia. Também é do SUS a Farmácia Popular e a SAMU (ambulâncias que atendem ao sistema hospitalar de saúde), distribuídas em todo o Brasil.

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil, com uma quantidade de indivíduos de mais de 60 anos considerados idosos, crescentes nas últimas décadas cuja atenção já representa um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde o fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social (WHO, 1998).

O indivíduo ao envelhecer desenvolve alguma perda funcional, quer tenha, ou não, doenças crônicas e fragilidades. E, para pensar o cuidado ao idoso, é pensar em suas

particularidades, em que se exige uma demanda para uma assistência especial que seja voltada, especificamente, para o idoso, que não, necessariamente, deve ser o que é a assistência utilizada hoje: com foco prioritário na doença, na multiplicação de consultas de especialistas, na informação não compartilhada, em inúmeros remédios, exames e outros procedimentos que fragmentam a atenção ao idoso.

Então, um grande desafio para o SUS, é exatamente essa busca da excelência da qualidade, nas práticas de saúde com os idosos, que vai para além do conhecimento das ciências biológicas, e faz interlocução com as ciências sociais e econômicas, ou seja, é pensar o atendimento para o idoso de forma integral que gere maiores benefícios para a qualidade de vida e participação social, e que possa reunir um fluxo de ações mais ampliadas de promoção e educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, com a manutenção da independência e da autonomia.

Considerando que, para se ter qualidade de vida é preciso ter um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, ter boas condições de trabalho e oportunidades de educação ao longo da vida, um ambiente físico limpo, o apoio social para famílias e indivíduos, um estilo de vida responsável, e um espectro adequado de cuidados de saúde (Buss, 2000). A partir de uma concepção mais ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, junto à mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e particulares para o seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000).

O Estatuto do Idoso assegura a atenção integral à saúde do idoso, e por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita ao idoso o acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Brasil, 2006). É evidente, que o acesso garantido às pessoas idosas aos serviços de saúde, é vital para a qualidade de vida relacionada à saúde dessa população. (Lima-Costa, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – implementada pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (MS) – reforça a assistência à pessoa idosa através das suas principais diretrizes, tais quais, o envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento do controle social; a garantia de orçamento; o incentivo a estudos e pesquisas.

O cuidado à saúde do idoso, desenvolvida através do princípio da integralidade do SUS tem na promoção da saúde a sua principal ferramenta, com estratégias e atividades voltadas para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde, e de uma forma mais ampla a qualidade de vida (Souza e Carvalho, 2003).

No contexto internacional, a Carta de Ottawa/ Canadá, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, definiu-a como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Este termo está associado a uma série de valores como qualidade de vida, solidariedade, saúde, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria entre outros. Tem relação com estratégias como as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais na responsabilização e na solução de problemas, passando a representar recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. (Buss, 2000)

O envelhecimento da população segundo Vecchia, Ruiz e Corrente (2005) é uma questão que ultrapassa a esfera familiar, ou seja, da responsabilidade individual, para ser de âmbito público, portanto do Estado, das organizações não governamentais e dos diferentes segmentos sociais. Assim, buscam-se parcerias importantes de mobilização comunitária, tanto para pequenos e específicos programas de educação em saúde, como para grandes campanhas nacionais de comunicação de massa. Seguindo este modelo foram planejados grupos de promoção à saúde, como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento continuado do nível de saúde e condições de vida do idoso.

Apoiados em diversos estudos, temos os Centros de Convivência de Idosos de iniciativa de caráter público e/ou privado, ou produzidos por Universidade Públicas através de projetos de extensão, projetos estes, indissociados da pesquisa e do ensino como são os projetos de extensão da Universidade Federal Fluminense/ UFF – Niterói/ RJ em investigação junto aos grupos sociais de idosos participantes de oficinas específicas com atividades oferecidas de acordo com suas demandas, às quais têm a condução de profissionais, nas Faculdades de Serviço Social e a de Educação Física como nos projetos intitulados “Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas” e “Prev-Quedas”, ambos projetos de extensão cujas atuações ocorrem no campo comunitário, abrindo possibilidades para ações das ciências da saúde e do homem que transpõe o objetivo

de combater as doenças dos indivíduos idosos, através do cuidado com a própria identidade na busca da sua saúde física, mental e social, para si e para a sociedade em que vivem.

3.3 – Trajetórias e perspectivas da educação em saúde no contexto brasileiro: do ensino baseado no autoritarismo científico para mudança de hábitos individuais aos processos dialógicos para produção de autonomia dos sujeitos e coletivos

Nos diversos sistemas de saúde as ações educativas são planejadas de acordo com as necessidades da população-alvo, ou grupo social a que se destina. Porém, como vemos na prática, as ações de educação em saúde compõem em todo o sistema de saúde a apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, correspondendo estas à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem nos quatro diferentes ambientes, como na escola, no local de trabalho, no ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação e na comunidade, esta última, aqui compreendida como contendo a população-alvo que não se encontra nas três outras dimensões (Candeias, 1997).

A educação em saúde, no Brasil, historicamente, adotou modelos tecnicistas e baseados no arquétipo econômico e no rigor científico, proposta numa lógica que mascarava a doença, e a educação era fadada a ficar fora da prática da saúde pública e subordinada a ela, ligados através de modelos institucionalizados de educação dentro da lógica formal de ensino. Assim, dificilmente se conseguiria uma prática de ensino que refletisse sobre o conceito de saúde e da doença como fenômeno do viver e que derivassem das situações da vida, das relações que os grupos sociais mantêm com seu meio e com outros grupos sociais (Mello, 1963; Falkenberg et al, 2014).

Ao longo da história, o termo educação em saúde foi sendo utilizado pela saúde pública, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), numa época em que se ampliava a medicina preventiva para algumas regiões do país, porém apresentava um processo educativo empregado em propostas de ações autoritárias, tecnicistas e biologicistas, considerava a população passiva e incapaz de iniciativas próprias (Vasconcelos, 2001). E nesta época, cabia ao Estado, a promoção de ações através de campanhas sanitárias onde predominavam ações verticais de caráter informativo, apenas no intuito de transformar hábitos de vida, colocando então o indivíduo e somente ele como o responsável pela sua saúde. (Falkenberg et al., 2014).

E, pretendeu-se por em prática uma educação em saúde baseada no paradigma cartesiano e na medicina científica, com as ações divididas entre trabalhadores que somente atuavam na saúde e àqueles que somente atuavam na educação. Aos trabalhadores que

atuavam na saúde cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível, e aos trabalhadores da educação cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. E, ambos os trabalhadores atuavam na lógica de não se levar em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população. (Falkenberg et al., 2014).

Pilon (1986), pedagogo e doutor em saúde pública e promoção da saúde cita a “educação como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como um indivíduo e como parte de um ambiente complexo, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e físicos que formam o fio da existência”. E, tanto a informação científica quanto as técnicas por si só não dão conta de alterar os estilos de vida dos indivíduos. Uma vez que a função da educação não é dizer para as pessoas o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam por si mesmos a importância das coisas, e para isso, “depende muito mais de que as pessoas adquiram novas formas de se relacionar, de circunstâncias que permitam decisões livres e seleção de alternativas em um contexto adequado de informação, habilidades cognitivas e suporte social” (Pilon, 1986, p.391).

Ainda que permaneça a forma tradicional de se levar às populações conteúdos de saúde por comunicação unilateral, enfatiza-se atualmente no Brasil o desenvolvimento de processos que habilitem as pessoas a decidir em conjunto sobre as maneiras adequadas de atender suas necessidades e interesses (Brasil, 1984). É uma forma de desenvolver nelas a capacidade de encontrar o melhor caminho para o seu projeto de vida. A educação deve favorecer a troca dos universos conceituais entre educador e educando, que resulte na transformação de ambos ao mesmo tempo.

Para uma visão de conjunto é importante recuperar conceitos de distintas áreas como as da filosofia, antropologia, psicologia que se tornam essenciais para a compreensão do homem e de seu projeto de vida. Sem dúvida, a saúde e a qualidade de vida dependem de se facilitar à população, de maneira sistemática, as informações e habilidades necessárias para o cuidado de si, e no que se refere à prevenção primária, de tal forma que as pessoas, grupos e as comunidades incorporem conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas apropriadas para o seu projeto de vida.

Para o educador Pilon (1986) a expressão das necessidades humanas são diferentes, assim:

Las necesidades humanas son comunes, pero se expresan diferentemente según los individuos, grupos y comunidades. Ninguna necesidad humana tiene, imbricada en si misma, la dirección de la acción. Así, el comportamiento no expresa directamente la necesidad, pero sí su importancia para el individuo, su congruencia con su proyecto de vida. El proyecto de vida es el eslabón que une necesidades y acciones. Por eso el trabajo educativo en salud debe pasar, siempre, por la discusión y definición de los objetivos de vida de la población y de como cree posible lograrlos. (Pilon, 1986, p.391).

A educação em saúde busca proporcionar essa participação do indivíduo, em grupos sociais, no sentido de se obter maior possibilidade de mudanças sobre sua saúde a partir do conhecimento sobre a realidade social e política em que está inserido, e da participação desses diferentes atores enquanto sujeitos nas ações. Tal concepção foi muito influenciada por experiências de Educação Popular, inspiradas nas contribuições de Paulo Freire (2018), na concepção da educação como caminho para a justiça social, em seu caráter emancipatório e dialético, apostando-se na dialogicidade do processo de ensino- aprendizagem com sentido.

A concepção da educação popular, historicamente, surgiu a partir de movimentos de resistência à repressão política e econômica exacerbada pela ditadura militar nos anos 60, e, junto às igrejas católicas, principalmente aquelas em que o ponto de vista da teologia da libertação era dominante. Muitos profissionais de saúde, sem perspectivas de trabalhar livremente nas instituições de saúde públicas ou privadas, tiveram que se dirigir para regiões mais periféricas urbanas e rurais engajando-se em trabalhos sociais voltados para a organização e educação da população, e acabaram se aperfeiçoando em educação popular, que era a referência central nas atividades pastorais das igrejas. (Vasconcelos, 2017).

A partir da expectativa freireana, a educação em saúde que se reconhece enquanto uma educação popular em saúde é compreendida como um processo político pedagógico, no qual se requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde, para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (Machado, et al., 2007).

Somente nos anos mais recentes, mais precisamente, a partir dos anos 2000, sob forte influência dos saberes da Saúde Coletiva e da Educação Popular Freireana já dentro do escopo político programático do SUS, a Educação em Saúde passou a ser definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores afim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (Brasil, 2006)

Pressupõe-se nessa definição, a valorização das medidas preventivas e as da promoção da saúde desenvolvidas com a população, para a construção de conhecimentos que aumentem a sua autoestima nos cuidados individuais e coletivos, tanto pelos profissionais de saúde, para além das práticas curativas, quanto pelos gestores no apoio aos profissionais, entendendo que nos serviços de saúde, a educação é intrínseca à saúde. Mesmo que essas práticas em saúde nem sempre estejam na rotina dos serviços ficando relegadas a um segundo plano na execução das ações de cuidado, e na própria gestão do serviço de saúde de onde deveria sair da retórica, para, de fato uma prática que se concretizasse e produzisse o aumento da autonomia das pessoas e da comunidade para que façam suas próprias escolhas e adotem hábitos saudáveis de vida. (Falkenberg et al., 2014).

Portanto nem os serviços, nem a atenção médica formal, nem os medicamentos por si só garantem a melhoria da saúde das populações, mas sim a inclusão das pessoas, grupos e comunidades na discussão de seu projeto de vida, de seus objetivos, de valores e crenças, dos aspectos psicossociais, políticos, econômicos e naturais que afetam sua direção na vida (OMS, 1983)

3.4 - Educação em Saúde para a Promoção da Saúde na Perspectiva Emancipatória Freireana: o envelhecimento ativo em foco

Embora o envelhecimento populacional seja uma conquista da humanidade, é um fenômeno que tem consequências socioculturais e político-econômicas, que exigem políticas públicas com soluções novas que gerem maior qualidade de vida ao idoso, agregando vida aos anos vividos (Tolstij, 2001). É uma questão que ultrapassa os limites da família, e,

portanto, sai da responsabilidade individual, para ser de responsabilidade pública contando com ações de políticas públicas que envolve o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais (Portaria Lei nº 1.395, 1999).

Nas diferentes etapas de vida do desenvolvimento humano, a velhice se constitui em um aprendizado, assim como nas outras etapas as pessoas vivenciam um conjunto de perdas e ganhos, entretanto, a ideia de incapacidade, de doença, de isolamento e de dependência ainda prevalece nas imagens sobre a velhice (Neri & Freire, 2000).

A longevidade pode significar anos de sofrimento, de perdas, de incapacidade e dependências, uma forma de envelhecimento como um fenômeno complexo que é, e que se defronta com problemas e limitações de ordem biológica, psicológica, política e econômica, cujo entendimento é essencial para o cuidado integral desse grupo populacional.

O processo do envelhecimento gera efeitos como a perda da capacidade funcional²⁴, causando dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária necessária para uma vida participativa, independente e autônoma (Lebrão, 2007; Carvalho & Rodriguez-Wong, 2008).

Neste sentido entende-se que o desenvolvimento humano não se cristaliza no período que decorre do nascimento à vida adulta, senão, que tem lugar durante todo o curso da vida, inclusive no tempo de viver a velhice. O envelhecimento e a velhice são considerados por Néri e Cachioni (1999) como realidades heterogêneas conforme tempos históricos, culturais, classes sociais, histórias pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros. E chamam a atenção para a importância de se compreender esses processos acumulados de fatos anteriores em interação permanente com as múltiplas dimensões do viver.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) apontam quatro diferentes sentidos atribuídos ao envelhecimento: em sua heterogeneidade e polissemia (a) há o envelhecimento como híbrido biológico-social, pois se, por um lado, o ser humano tem seu ciclo biológico – todos nascem, crescem e morrem – por outro, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas, com diferentes práticas e representações sobre a velhice, e a necessidade de se desnaturalizar o fenômeno da velhice; (b) há o sentido do envelhecimento como problema, a visão depreciativa dos mais velhos, alimentada pela ideologia ‘produtivista’, à redução de

²⁴ A capacidade funcional indica o grau de saúde dos idosos em uma sociedade e serve como base à formulação de políticas públicas e ações preventivas. A Portaria que rege a Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528 de 2006) afirma que a perda da capacidade funcional é um dos principais problemas da população idosa e indica as responsabilidades de cada instituição na busca e promoção de um envelhecimento saudável, da manutenção da capacidade funcional e do cuidado integral (Brasil 2009)

capacidade laboral; a sobrecarga dos cuidadores ao ser associado às novas demandas de cuidado na estrutura familiar moderna, de ter a adaptação da arquitetura da casa; o aumento de despesa para o sistema previdenciário e para os sistemas de saúde (para respostas eficientes à prevenção de enfermidades, principalmente às doenças crônicas não infecciosas e doenças incapacitantes); (c) como questão pública, na medida em que as pessoas idosas se tornam um grupo social organizado, com mais visibilidade, em uma outra percepção do que era percebido tradicionalmente como decadência física e inatividade, e (d) o idoso como "ator social", individual e coletivo, que está redefinindo relações familiares, influenciando os rumos da política e criando uma nova imagem de si.

Portanto, dentro da complexidade do que é o tema do envelhecimento, se faz necessária, colocar o envelhecimento num movimento positivo pois é o que desejam os profissionais da saúde/ trabalhadores sociais ao trabalhar a atenção ao cuidado do idoso de forma participativa e efetiva, considerando os limites existentes entre o que se pode relacionar a um envelhecimento normal com as alterações fisiológicas gradativas, e as patologias que podem se instalar ao longo da vida.

No envelhecimento dito “normal”, em que pese o desgaste dos anos, a perda fisiológica na velhice não é o que determina decisivamente a doença e a incapacidade, pois o organismo trabalha com níveis de reserva e superávit. (Lazaeta, 1994). Segundo a autora, os problemas de saúde comuns são possíveis de serem controlados através de assistência adequada, podendo o idoso conviver com algumas limitações ou doenças preservando uma perspectiva de vida pessoal e social. A distinção entre o que é o envelhecimento dito “normal”, portanto, a velhice, e a patologia, e a probabilidade de reduzir incapacidades em idosos através do fornecimento de serviços de saúde e de bens essenciais à vida foi concretizado na Declaração de Brasília, nos anos 90:

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que frequentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. (Brasil, 1996, p.1)

Tanto a prevenção de doenças quanto o controle dessas, são vitais na velhice, mas estes estão relacionadas organicamente às dimensões do viver que potencializam condições de satisfação das necessidades básicas e sentimento de realização. Conforme Rowe e Kahn (1997), nos anos 90, o termo envelhecimento “bem-sucedido” ganhava popularidade, e, em estudos de idosos que tinham certos comportamentos indicavam ter esse bom envelhecimento, e tinham baixa probabilidade de ter doença e incapacidade, alta capacidade funcional física e cognitiva e o engajamento ativo com a vida. Estes, além de demonstrarem um potencial para fazerem atividades físicas e cognitivas, para além disso, tinham habilidades outras, seja no plano das relações interpessoais, seja no domínio de uma atividade produtiva.

A partir dessas discussões, surge o conceito de envelhecimento ativo, definido pela OMS, nos anos 90, como “o processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002). Este conceito se diferencia do conceito de envelhecimento saudável, pois é mais inclusivo ao considerar a participação como engajamento continuado na vida, e que pode ser feito, mesmo que venha associado a alguma limitação e incapacidade.

A habilidade de manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho sofre influência de um conjunto de determinantes sociais econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde que interagem continuamente para o envelhecimento ativo, transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. Para tal, as políticas públicas devem articular ações intersetoriais voltadas para esses determinantes (Assis, 2005).

A educação em saúde é um campo de práticas que incidem no nível das relações sociais, normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde/ trabalhadores sociais entre si, com a instituição e envolvendo os diversos atores/ idosos presentes no cotidiano de suas atividades. Não se consegue pensar serviços de saúde sem refletir nas relações entre esses atores, uma vez que para haver a interação, deve pelo menos, ser entre duas pessoas (L’abbate, 1994).

Com a diversidade de alcance e de localização geográfica, as organizações de mobilização comunitária podem se transformar em parceiros tanto para programas específicos de educação em saúde, como para grandes campanhas nacionais de comunicação de massas (Levy et al, 1997). Estas visões fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos construídos entre os desejos e expectativas da população por uma vida

melhor e as projeções e estimativas dos governantes a melhorar a eficiência dos programas de saúde (Levy et al, 1997).

Pois a OMS pontua que os objetivos da Educação em Saúde “são os de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva” (OMS, 2005).

Por isso a importância das Políticas de Saúde ao contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento saudável e ativo é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa (Ciosak et al., 2011).

As inúmeras mudanças postas em destaque pelos fenômenos de transição, epidemiológica, demográfica e político-institucional, ao longo dos anos, podem ser traduzidas pela profunda mudança de enfoque dos cuidados, basicamente são: a emergência de doenças agudas em jovens, para as doenças crônicas em idosos; pelo deslocamento do objeto das práticas, de indivíduos para famílias; da cura para a prevenção e promoção da saúde; pelo desenvolvimento de novas abordagens voltadas para hábitos e estilos de vida e de novas concepções de práticas educativas; pela necessidade de capacitação de provedores de cuidados na própria família, e a busca de novos cenários de práticas de saúde, além dos tradicionais cenários (Goulart, 1999).

A conceituação da Promoção da Saúde se iniciou no Canadá, a partir do Relatório Lalonde, em 1974, partindo inicialmente do conceito de ‘campo da saúde’ como algo que englobava *biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária*, neste momento o então ministro da saúde Marc Lalonde criticou o crescente investimento em assistência médica que se fazia e seus limites para melhorar a saúde da população, considerando então, a influência predominante de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade (Lalonde, 1996; Terris, 1996 e Buss, 2000). Assim, através das informações obtidas do referido relatório, percebeu-se que a questão da saúde também se inseria em outros setores da vida social, para além da percepção biologicista de saúde (Carvalho, 2007).

O conceito de promoção da saúde surge como paradigma para as políticas públicas para ampliar a atenção para as dimensões positivas da saúde, além do controle das doenças. Nesse sentido, nas políticas públicas se faz necessário, a existência de suportes psicossociais

em conformidade com os idosos se sentindo amados, à segurança para lidar com os problemas de saúde, com a alta autoestima, e no enfrentamento das adversidades da vida com resiliência e bom humor tornando-se como efeito positivo, no bem-estar psicológico (Ramos, 2002).

O aumento da longevidade na questão social e a busca da qualidade de vida dos idosos emerge como desafio à promoção da saúde, desenvolvida desde as últimas décadas e que pode ser uma estratégia ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo (Terris, 1996).

Então, resgatando as contribuições da nova promoção da saúde que valoriza o sujeito ativo, Assis (2005) enfatiza que para as ações de educação em saúde com pessoas idosas, devem ser consideradas as reflexões sobre os determinantes do envelhecimento e estimular a participação na vida por meio da construção de espaços em que as pessoas sejam vinculadas afetivamente, e que sejam valorizadas a sua história de vida e seus saberes. E também Assis (2005) recomenda, se investir no autocuidado da pessoa idosa como expressão de sua autonomia, no que vai implicar o investimento em atividades que valorizem suas capacidades e habilidades (como o enfrentamento aos estigmas que associam velhice com "decadência").

Apesar de existirem cinco formas de intervenção social no cenário da saúde pública para a promoção da saúde, como as abordagens aqui citadas: a abordagem biomédica, a abordagem da mudança de comportamento, a abordagem educativa, a abordagem centralizada no cliente e a abordagem societária. Cada qual buscando a consecução de determinados objetivos, e para tanto, recorrendo a pressupostos teóricos e conceituais, e a especialistas provenientes de vários campos de conhecimento científico, constata-se que a abordagem educativa dificilmente é uma proposta bem aceita pela administração pública já que as ações têm apostas maiores no modelo biomédico de intervenção, com ênfase na doença e não na saúde (Candeias, 1997).

O problema é que, para se fazer o planejamento da política de ação, em qualquer sistema de saúde, precisa-se antes considerar o planejamento educativo. Se isso ocorrer, a prática seguinte será equivocada e, portanto, ilógica no que diz respeito às necessidades da população-alvo que se pretende alcançar. (Candeias, 1997)

Para Assis (2005), no planejamento das ações educativas, é imperioso se trabalhar ‘em grupos de idosos’ com temas abrangentes que vai para além de temas sobre doenças, tais como, sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos, entre outros assuntos que vão de acordo com suas necessidades, anseios e desejos. E também devem-se

estimular e criar condições para a participação ativa do idoso na realidade social e política, por exemplo, via participação popular em conselhos de segurança pública, assistência social, saúde etc. (Assis, 2005)

As atividades em grupo são importantes, na medida em que se reafirma a atividade educativa enquanto primordial na apropriação de novas formas da pessoa idosa relacionar-se consigo mesma, com os outros e com o mundo, possibilitando, *pari passu*, transformá-los. Tais atividades, além disso, visam a superar práticas educativas pautadas exclusivamente nas doenças, com vistas às orientações centradas nos profissionais para o comportamento individual e o autocuidado (Assis et al., 2007).

Não obstante, as ações desses grupos não devem abarcar os temas apenas como problemas dos idosos, mas como do ser humano, pois as atividades de promoção de saúde estão diretamente relacionadas com a construção da subjetividade e do desenvolvimento da consciência tanto individual quanto social (Kahhale, 2003). A autora também enfatiza a informação, a reflexão e a ação como momentos interdependentes no processo de promoção da saúde: a informação que leva a reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem a comunidade para as ações se efetivarem (Kahhale, 2003, p. 171).

Aos profissionais/ educadores integrais que atendem a este grupo etário, cabe serem respeitosos e valorizarem a sua autonomia, condição fundamental para se trabalhar com esses indivíduos de mais de 60 anos de idade. E mais, alguns cuidados relacionados são necessários tais como: chamá-los pelo nome; estabelecer contato visual com o idoso, pois alguns idosos podem apresentar diminuição na acuidade auditiva; ficar atento aos sinais não-verbais, pois é muito difícil o idoso falar de si mesmo; questioná-lo em primeiro lugar e, posteriormente, o seu cuidador; ouvir e considerar suas experiências, crenças e valores; acompanhar o seu próprio ritmo para realizar as atividades, responder perguntas e concluir pensamentos; solicitar o consentimento da pessoa idosa para entrar no seu espaço doméstico e/ou tocar o seu corpo, já que a pessoa idosa foi criada em uma época em que o corpo ainda era um tabu (Brasil, 2006c).

Por fim, ratifica-se que a promoção de saúde deve ser um processo que vise a capacitar os indivíduos, incluindo os idosos, e comunidades para desenvolverem seus potenciais de saúde, ou seja, proporcionar oportunidades de conhecimento e controle sobre fatores determinantes de sua saúde. Assim, ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viverem melhor, assim como oportunidades para fazerem escolhas mais saudáveis constituem-se nos principais elementos capacitantes nesse processo (Buss, 2000).

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio.

IV – CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO EDUCADOR

É preciso ousar, no pleno sentido desta palavra, para falar em amor, sem temer ser chamado de piegas, de meloso, de a-científico, senão de anticientífico. É preciso ousar para dizer cientificamente que estudamos, aprendemos, ensinamos, conhecemos com o nosso corpo inteiro. Com sentimentos, com as emoções, com os desejos, com os medos, com as dúvidas, com a paixão e também com a razão crítica. Jamais com esta apenas. É preciso ousar para jamais dicotomizar o cognitivo do emocional.

Paulo Freire²⁵

As Ciências da Educação são entendidas como o resultado da interpenetração e entrelaçamento dos múltiplos discursos científicos, por vezes convergentes, por vezes, ignorando-se mutuamente, por vezes, antagônicos. Nesta lógica, se constrói a mestiçagem epistemológica e metodológica, produzindo de fato uma comunidade científica autônoma com uma cultura própria.

Embasado nas teorias da educação, as ciências da educação abrangem um conjunto de ‘ciências aplicadas’ à educação que contribuem para a formação de professores/educadores, nos domínios científicos da filosofia, da sociologia, da psicologia, da gestão e da administração, no campo da educação. Por isso entendemos o ensino voltado para formar o ser humano com humanidade e com competência técnica, não privilegiando nem um nem outro.

Outros conhecimentos como os da teoria do currículo, da didática, da avaliação educacional, entre outros dão grande aporte a estas ciências associadas e articuladas, na procura de respostas exigidas por questionamentos possíveis, ligados ao campo da educação. Principalmente importante por respeitar as pessoas ao conhecer a forma como as pessoas aprendem, melhorando seu processo de aprendizagem através de um trabalho profissional.

²⁵ Artigo do educador gaúcho Euclides Redin: Paulo Freire – da “linguagem da crítica” para a “linguagem da possibilidade”. Foi publicado no *Cadernos pedagógicos 2*, da Secretaria de Educação do Governo do Rio Grande do Sul, como parte da “Semana Pedagógica Paulo Freire” em Porto Alegre, no ano de 2001. (Redin, 2001 copiado de Brandão, 2002)

Ainda que se lute para que essa integração aconteça, em algumas formações do ensino superior seja pela questão da tradição e da política do ensino superior, estas instituições fazem a formação de professores apenas considerando, como suficientes, o conhecimento dentro do domínio de seu campo científico específico, sem valorizar a necessária aprendizagem destes futuros professores no que diz respeito aos métodos, técnicas e tecnologias de ensino e à respectiva fundamentação teórica. Excluem-se as contribuições das ciências da educação, principalmente ao que se referem à forte carga humanista, portanto desconsideram o caráter humanístico que qualquer ciência em última análise possui. (Neto, 2007)

Numa perspectiva ampla, a educação é um processo de humanização que ocorre ao longo de toda a vida. De modos diferentes, ela ocorre em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola e entre outros contextos (Brandão, 1995). Além de acontecer em múltiplos espaços e diferentes situações da vida, a educação está ligada à aquisição e à articulação entre os conhecimentos, popular e científico (Rodriguez, Kolling e Mesquita, 2007)

Consideram-se as contribuições das ciências da educação na colaboração para uma educação que se diferencia, justamente, pelo cuidado às pessoas, ao cuidado de si e do coletivo para se ter mais saúde, na busca de autonomia das pessoas no governo de si.

Enfim, uma educação dialógica entre o profissional da saúde enquanto educador, e, grupos de atores sociais entre eles o de idosos na relação visada horizontal e dialógica para a empatia, e o ensino e aprendizado que se espera desenvolver nas práticas de saúde, juntamente, na relação vertical de transformação dos “dispositivos mentais” para a produção da autonomia desta comunidade ou grupo social.

Os conceitos sobre determinadas coisas nos ajudam a compreender certos fenômenos, e, no caso, os referentes à educação vai mostrar a sua evolução histórica que também adentram pelas várias formas de expressão e datam desde o final do século 18, quando as ciências, em geral, inclusive a da educação ganhavam maior visibilidade, na história.

A denominação de Ciências da Educação inicialmente surge como uma expressão aglutinadora da educação e da pedagogia no final do século XIX. Nos últimos decênios, a noção de educação alargou-se, estabelecendo relações com as disciplinas científicas tradicionais. Com a crise da ciência, paralelamente, a educação viveu também um período de crise, diretamente relacionadas com as profundas alterações das sociedades modernas: “por um lado, mudanças no plano científico e tecnológico, demográfico e econômico, sócio-

cultural e político; e, por outro, mudanças a um nível filosófico que passam pelo emergir de uma nova visão do Homem e da sociedade” (Polônio, 1997, p.4).

A expressão Ciências da Educação trata-se de algo mais profundo pois o estudo científico só poderá ser realizado na medida do conhecimento da realidade a que ele se refere ou de se conhecer o campo em que se pretende intervir. Trata-se, portanto, “como um conjunto de abordagens científicas de um real pedagógico” recorrendo a conceitos e métodos de ciências já constituídos, com possível aplicação no campo da educação como, a psicologia, a psico-sociologia e a economia (Polônio, 1997, p.4). Todas estas disciplinas tem um ponto em comum, um objetivo muito preciso: o estudo das situações e dos fatos em educação. Um estudo de caráter transdisciplinar significa um pensamento aberto a troca de diferentes saberes e conhecimentos, com o planejamento pedagógico contemplando necessariamente os diálogos entre os conteúdos das disciplinas na perspectiva transversal.

Portanto uma educação fundada na transdisciplinaridade, como nas Ciências da educação é apoiada na multidimensionalidade humana, que vai além do racionalismo clássico, e reconhece a importância das emoções e dos sentimentos, a voz da intuição dialogando com a razão e com a emoção subjacente, recuperando a polissemia dos símbolos, as diferentes linguagens e as possibilidades de expressão do ser humano. Enfim, reconhece a subjetividade humana não como uma realidade “coisificante”, mas como um processo vivo do indivíduo/ sujeito concreto.

A organização do trabalho pedagógico, sob a perspectiva transdisciplinar, implica a formação do ser humano em suas múltiplas dimensões, promovendo o desenvolvimento integral do ser que pensa, fala, deseja e age, em vivências que favorecem o autoconhecimento, e tornando o pensamento aberto a tudo que transcenda a fragmentação do conhecimento e do ser.

Vemos, portanto, para a nossa pesquisa nas Ciências da Educação, as contribuições desta área da educação para orientações pedagógicas na Educação em saúde aos profissionais/ trabalhadores sociais com possibilidades de influenciar a própria formação do profissional, principalmente para as áreas de cuja formação estão voltados para o cuidado à saúde do idoso, no trabalho junto às práticas de saúde da atenção e cuidado do idoso, assim como o cuidado do outro, juntamente ao cuidado de si, são expressões muito comuns nas áreas de formação do profissional da saúde (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, educador físico, farmacêutico, assistente social, e mais.)

Necessariamente na sua percepção social e na importância que temos na educação reforçando e compreendendo o seu papel, fundamental na intervenção social contra a desigualdade social, na busca da autonomia do indivíduo, na mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais.

Pelo que se conhece, a mudança e a conscientização são as preocupações básicas da pedagogia de Paulo Freire, que na intercessão de Gadotti (1979), fica explícito que esse educador luta pela possibilidade de uma educação libertadora e transformadora da sociedade, quando faz a distinção clara entre a pedagogia das classes dominantes, da pedagogia das classes oprimidas, e tenta, assim, aprofundar e compreender “o pedagógico da ação política e o político da ação pedagógica”. Gadotti questiona se, de fato, a educação pode operar essa mudança, pois há limites e possibilidades da educação, mas nasce para esse educador o “pensamento pedagógico que leva o educador e todo profissional a se engajar social e politicamente, a perceber as possibilidades da ação social e cultural na luta pela transformação de estruturas opressivas da sociedade classista” (Gadotti 1979, p.10).

Analisamos a educação como o de seu papel fundamental para a conscientização de todo cidadão e colaborador social, em uma educação que para Gadotti “é um ato de conhecimento e de conscientização e que por si só, não leva uma sociedade a se libertar da opressão” mas vai movimentar os grupos sociais enquanto cidadãos que são e colaboradores sociais nos seus enfrentamentos cotidianos, em uma sociedade desigual e opressora como é o Brasil na contemporaneidade (Gadotti 1979, p.11).

Como já descrito anteriormente, a educação como um setor específico da atividade humana, constitui-se por um campo de estudo, onde se cruzam múltiplos olhares, da sociologia à psicologia, da história à economia, da ciência política à demografia, na concepção de uma educação ampliada e na direção do ensino e da aprendizagem que dê sentido. E tem, portanto, a aprendizagem como a alma da educação, logo, numa sociedade da informação como a nossa, de redes e movimentos, de múltiplas oportunidades de aprendizagem, de aprendizagem global, como diz Gadotti (2010) torna-se fundamental para o profissional/ trabalhador social:

“...aprender a pensar autonomamente, saber comunicar-se, saber pesquisar, saber fazer, ter raciocínio lógico, aprender a trabalhar colaborativamente, saber organizar o próprio trabalho, ter disciplina, ser sujeito da construção do conhecimento, estar

aberto a novas aprendizagens, conhecer as fontes de informação, saber articular o conhecimento com a prática e com outros saberes” (Gadotti, 2010, p.14)

Essa é a aprendizagem que queremos, seguindo o caminho do educador Gadotti (2010) em suas reflexões sobre os fundamentos da aprendizagem, no qual o educador passa a ser um mediador do conhecimento, um problematizador, e deixa de ser um lecionador para ser, um organizador do conhecimento, um investigador, ou seja, um aprendiz. Neste sentido, entendemos que “a estética não está separada da ética. E elas se farão presentes quando houver prazer e sentido no conhecimento que construímos” (Gadotti, 2010, p.14).

Assim se demonstra a coerência da epígrafe desse capítulo de tese, quando o educador, o mediador do conhecimento, o operador do ensino, afeta e é afetado, na relação com o educando, nas diferentes construções partilhadas do conhecimento, pois, também, é preciso “[...] ousar para dizer cientificamente que estudamos, aprendemos, ensinamos, conhecemos com o nosso corpo inteiro. Com sentimentos, com as emoções [...] com a paixão e também com a razão crítica. Jamais com esta apenas. É preciso ousar para jamais dicotomizar o cognitivo do emocional ” (Gadotti, 2010, p.14).

Segundo Chauí (1982), para Spinoza, filósofo do século XVII, o sentimento é elucidado nas suas duas dimensões, a fenomenológica a qual explica um ‘modo de existir’ e a ontológica exprime um ‘modo de ser’. Os afetos são considerados como disposição interior na percepção da implicação de nossas vidas, por inteiro, (corpo e alma) numa história afetiva (Chauí, 1982).

E ainda Spinoza, em sua obra *Ética*, declara alegria e tristeza como as formas originárias dos afetos e dos quais nascerão todas as outras. A alegria é o que sentimos ao perceber que nossa realidade aumenta, porque nossa força interna e nossa capacidade de agir aumentam, isto é, produz o aumento de pensamento e de ação, o caminho de autonomia individual e política. E a tristeza é o que sentimos ao perceber que nossa realidade diminui porque nossa capacidade de agir encontra-se diminuída ou travada (Chauí, 1982).

E a educação também está associada à gestão democrática e à avaliação, como é apresentado no *Documento de Referência da Conferência Nacional de Educação*, (Brasil, 2009) em que uma educação de qualidade vem especificamente com a proposta de estimular a participação da sociedade na escola – com a garantia de espaços de deliberação coletiva, para dar sentido à aprendizagem com a participação ativa dos alunos – entendendo, pois,

uma educação ampliada em que “só aprende quem participa ativamente no que está aprendendo” (Brasil, 2009, p. 30).

Este documento se materializa nas variáveis que vão interferir no campo das relações sociais mais amplas, envolvendo as questões macroestruturais como a concentração de renda, a desigualdade social, a garantia do direito a educação, dentre outras. Com isso, enfatiza a articulação da educação com as diferentes dimensões e espaços da vida social, sendo ela própria, elemento constitutivo e constituinte das relações sociais mais amplas. Assim, a educação tem os seus limites e possibilidades na dinâmica pedagógica, econômica, social, cultural e política de uma dada sociedade (Brasil, 2009).

E, a educação associada à gestão democrática, quer dizer que ela é para todos nós, inclusive e, principalmente, para as pessoas mais pobres se considerarmos a educação de qualidade dentro da escola pública e, dentro dos “campi” das Universidades Públicas, universais e de qualidade, em que todos têm o direito de estar nela, todos têm o direito de estudar, de modo que, este requer que seja apropriado para esse público, e ser igualmente de qualidade sociocultural, possibilitando a inclusão, não só dos saberes curriculares, mas também de outros saberes, como da saúde, transporte, alimentação, vestuário, cultura, esporte e lazer, onde inclui-se igualmente o público, a sua cultura, os seus desejos, os seus sonhos, a vontade de “ser mais”.

No Brasil, a escola de tradicional pedagogia, numa realidade de imensa desigualdade social, limita o aprendizado à sala de aula.

Enquanto “os grandes debates” só ficarem dentro da escola, que se isola socialmente ficando longe das decisões políticas, não existirá uma educação libertadora. (Freire, 2007). Uma conscientização que partisse só do educador, limitada ao campo escolar, é insuficiente para operar uma verdadeira mudança social. Hoje, o “educador, o intelectual engajado, cimentado com o oprimido, não pode limitar-se a conscientizar dentro da sala de aula. Deverá aprender a se conscientizar com a massa” (Freire 2007, p.12).

Na necessária melhoria da relação professor-aluno, e à maior compreensão da realidade do educando, no diálogo singular educador-educando permitiu-se ultrapassar os muros da escola para ela ter acesso à rua, e invadir a cidade, a vida, quebrando então, com a forma de cercear, de limitar a ação pedagógica, impostas pela burguesia tentando reduzir certas manifestações do pensamento das classes emergentes, e oprimidas da sociedade, submetendo a escola ou a universidade, a um controle ideológico.

É importante dizer que nem a criança, nem o adulto, por menos que sejam, são um papel em branco. E, ao longo da vida, ninguém é somente ensinado, ou, alvo da ação

consultora da educação proporcionada por outrem, mas também ensina, e, conduz o próprio processo, mediatizado pelo mundo, e com a possibilidade de exercer sobre ele, uma reflexão cada vez mais crítica (Todaro, 2008).

Na concepção de Polanyi (1974) existem dois tipos de conhecimentos, o tácito e o explícito. As diferenças entre estes dois tipos de conhecimento é de que o tipo tácito é mais pessoal, e o explícito, mais formal, e ambos estão intimamente relacionados com a forma como utilizamos a linguagem, especificamente, a linguagem verbal.

A construção de conhecimento pelo homem, em que se inclui naturalmente o conhecimento científico, passa antes a ser entendida como o resultado da ação conjugada de grupos mais ou menos coesos, que, trabalhando em comunidade (Kuhn, 1970), partilham e negociam o seu conhecimento e as suas práticas, procurando chegar a sistemas simbólicos comuns, num processo que tem, uma natureza eminentemente tácita. (Neto, 2007)

E a natureza tácita do conhecimento, socialmente partilhado nas atividades educativas interativas, pode se estender para além dos muros da escola, assim como, em qualquer dos locais de práticas de ensino trabalhados em comunidade, compreendendo que estes se fazem nas relações, nos encontros, quer seja, entre professor-aluno, quer seja, entre grupos sociais de outros espaços de convívio social, como no exemplo de uma prática pedagógica que se faça com idosos, quer seja em Centros de Convivência de idosos, quer seja em universidades públicas ou privadas, enquanto instituições que acolhem os diferentes grupos sociais nos seus espaços de interação universidade-comunidade.

Pode ser que nestas atividades/ projetos, nem sempre as relações são de real interação, e as vezes, o distanciamento entre o “professor” – supostamente “um especialista” – e os “alunos” – alegadamente “leigos” – se tornam dissociados na comunicação pedagógica. Neste sentido, diante dessa realidade, talvez, faça-se necessária a aproximação nas leituras e reflexões sobre os diferentes conhecimentos, as diferentes linguagens e saberes, entre o conhecimento popular (tácito) e o conhecimento científico (explícito), num diálogo constante entre os saberes.

Esse diálogo se dá quando se faz na função política e conscientizadora da educação, e na universidade ele se faz em dois caminhos escolhidos que levam à ação-intervenção na sociedade como comunidade. Um externamente, quando a universidade atravessa os próprios muros em comunicação com os grupos sociais, através de ações de extensão, através de projetos de extensão em diversos locais, como, por exemplo, nas escolas, nos movimentos sociais, nas ruas, nas praças públicas ou em outros locais.

E outro caminho é feito quando a universidade acolhe a população incluindo-a nos seus programas e projetos, utilizando-se dos estabelecimentos da própria universidade, numa crescente possibilidade da interação-planejada, na relação de ensino-pesquisa-extensão com a comunidade local, trazendo-a para dentro da própria universidade.

Temos um caminho percorrido e a percorrer, precisamente nos campos em estudo com os idosos que participam dos projetos e com os profissionais/ trabalhadores sociais que passam a ser investigadores, tanto no projeto de extensão “Espaço Avançado” da Faculdade de Serviço Social/ UFF e no projeto de extensão “Prev-Quedas” da Faculdade de Educação Física/ UFF. Ambos os projetos escolhidos para o trabalho de pesquisa deste doutoramento, em que desenvolvem suas atividades de oficinas e outras ações inteiramente disponibilizadas para os idosos que se inscrevem no programa, sendo que outras pessoas de diferentes idades podem se inscrever e participar das oficinas, ficando estes incluídos no programa, apesar que a grande maioria dos inscritos são idosos. Ao participarem das ações e reflexões educativas nos projetos, os idosos podem circular por todos os serviços/ espaços universitários, inclusive o refeitório, o que possibilita a permanência por um tempo maior na universidade. A presença dos idosos também permite que assistam a aulas junto com os estudantes matriculados nas respectivas faculdades, principalmente nas disciplinas interativas podendo as atividades práticas serem desenvolvidas na intergeracionalidade, nas respectivas áreas de competência. Neste viés, há um ganho para ambos os grupos etários, em que se faz importante esta interação. E, no caso dos idosos o modo intergeracional presente produz importante ferramenta com contribuição real para a possibilidade da implicação deste idoso num projeto e o aumento da auto-estima²⁶.

As relações de cuidado, nas quais, estão incluídas, pela equipe multiprofissional de Profissionais/ Trabalhadores Sociais ações pedagógicas interativas e dinâmicas, apoiadas nas oficinas, nas quais, os idosos encontram apoio como nas oficinas de: Teatro, Yoga, Dança de Salão, Prevenção de Quedas, Grupo de Estudos da Cidadania, Psicologia, Tai Shi, num processo de ensino-aprendizagem que ocorra entre ambos, os idosos e os profissionais também assumidos investigadores e integrantes dos projetos, que determinam, após as

²⁶ No campo de saúde mental, o primeiro e mais importante problema entre os idosos é a depressão. As causas são inúmeras e podem ser encontradas não só em fatores genéticos, biológicos ou psicológicos, mas também em circunstâncias sociais e ambientais. A depressão também leva ao isolamento, a uma contínua perda de autoconfiança, podendo, em casos extremos, levar ao suicídio. Outro problema sério é a medicalização

primeiras organizações, segundo Neto (2007) a novas propostas de ação e reflexão, para as relações entre o papel da educação e os novos aspectos da didática com a cultura, a arte, a vertente social e afetiva do ato de aprender e conhecer, o papel das linguagens e da interação e comunicação com os outros. (Neto, 2007).

Aponta-se para a proposta do cuidado ao idoso, de ação-intervenção voltada para o idoso e desenvolvidas pelos profissionais/ docentes dos projetos de extensão, pesquisa e ensino. Para se conhecer o universo dos idosos em suas relações homem-mundo, homem-realidade para a mudança esperada tanto no nível pessoal – governo de si, autonomia –, como no social – o ser no mundo numa sociedade que se transforma constantemente, transformando o ser. Será este um compromisso do profissional com a sociedade? É uma pergunta que impõe uma outra: quem pode comprometer-se?

Nos apoiamos em Freire (2007) para responder a essas questões, quando este educador qualifica o compromisso como práxis, que está na ação e reflexão sobre a realidade, numa real inserção nela, não podendo ser um ato passivo, mas implicado, no conhecimento da realidade, fundado cientificamente, com a exigência de que tenha o seu constante aperfeiçoamento. Assim, esta condição na ação e na reflexão em que a relação homem-mundo, homem-realidade está, é que vai se dar o compromisso com o mundo que deve ser humanizado, pois é igual a se responsabilizar com a humanização dos homens, com os homens e com a história. E, nesta proposição o “verdadeiro compromisso” é solidário. (Freire, 2007, p.21)

Na sua obra *Pedagogia do Oprimido*, Paulo Freire parte da ideia de sermos uma sociedade dividida em classes sociais, com os indivíduos da classe social dominante e os da classe social dos oprimidos, nas quais a educação está como um bem a ser negociado, e uma exclusividade da classe dominante, espelhando uma condição dessa nossa sociedade de privilégios. Os opressores naturalizam a sua superioridade e não se vêem como tal, e naturalizam excluindo os pobres da cultura formal, e assim, os culpabilizam pela própria condição de vida, quando consideram ser demérito pessoal, como se não existissem muitos determinantes sociais que impedissem essa ascensão social. (Freire, 2007)

Seguindo estas ideias em Paulo Freire, neste sentido o autor vai trabalhar com a ideia de uma concepção da educação problematizadora, em que o conhecimento e o conhecer se dão como um processo, que se estabelece no contato do Homem com o mundo vivido (Freire, 2007). Freire se mune do diálogo na relação de comunicação com o receptor/ aluno, que mobiliza, e faz pensar criticamente ou problematizando os acontecimentos. A palavra está em composição com a ação e reflexão para a mobilização do educando, nas práxis, com real

participação na investigação do seu próprio universo temático, na “ad-mira-ção” desse universo, e esta “ad-mira-ção” cresce cada vez mais a capacidade deste de crítica e de transformação do mundo. Considerando-se que na concepção de uma educação dialógica, problematizadora, o ensino não pode ser excludente, ele inclui as pessoas com suas respectivas leituras de mundo.

Na concepção de Gadotti (2010) a educação com qualidade está ligada, exatamente, a melhoria da vida das pessoas, a todas as pessoas, ligada diretamente ao bem-estar de todas as nossas comunidades, a partir da comunidade escolar. Portanto, a educação para o bem-estar vai depender diretamente da qualidade do professor, do aluno e da comunidade. (Gadotti, 2010, p.7) E o tema da democratização do ensino, dentro dessa nova abordagem é um componente essencial da qualidade da educação, e quando “qualidade para poucos, não é qualidade, é privilégio” (Gentili, 1995, p.177, citado por Gadotti, 2010).

Dewey²⁷ utilizando-se da expressão “psicologizando a didática”, se refere aos educadores como capazes de reinterpretar os currículos, ou seja redecodificar e redesenhar sejam em seus conceitos e métodos, de modo a ficarem de mais fácil compreensão aos alunos, e Neto e Almeida (1990) fazem menção a esse filósofo para esclarecer que o professor deve transformar a lógica do discurso científico para a lógica do ensino de acordo com as condições dos alunos, das suas capacidades, interesses e enquadramento social e cultural (Neto e Almeida, 1990), e ele deve, em suma, subordinar a lógica singular do ensino às lógicas plurais da aprendizagem (Gardner, 1999)

Bruner vai dizer que um assunto sempre pode ser ensinado desde que seja levado em consideração as diversas etapas do desenvolvimento intelectual sendo que cada uma das etapas é caracterizada de acordo com a qual o indivíduo visualiza o mundo e explica-o a si mesmo, assim a tarefa de ensinar determinado conteúdo a uma criança, em qualquer idade é a de representar a estrutura deste conteúdo em termos da visualização que a criança tem das coisas. Para Bruner o que é relevante é sua estrutura, suas ideias e as relações fundamentais. (Moreira, 1983)

É neste sentido, o da busca para o ensino-aprendizagem com os adultos maduros, os idosos, que me aproprio destes autores, embasando os projetos de ensino, de extensão e de pesquisa, como se propõe a educação integral, incluindo também nesta, a formação para a

²⁷ John Dewey (1859-1952), filósofo, psicólogo e pedagogo liberal norte americano, exerceu grande influência sobre a pedagogia contemporânea. Defensor da *Escola Ativa*, que propunha a aprendizagem através da atividade pessoal do aluno (Gadotti, 1999, p.148-149)

cidadania no sentido do que Paulo Freire especifica como uma educação emancipadora, como direito humano.

Uma educação integral vai considerar o projeto de vida das pessoas numa perspectiva ética, estética e ecopedagógica, quando “a educação integral precisa visar à qualidade sociocultural da educação, que é sinônima de qualidade integral” (Gadotti, 2010, p.9). A compreensão do papel do trabalhador social, é a do profissional engajado, comprometido com um projeto de uma sociedade diferente, isto é, de uma “sociedade aberta”. A educação é sempre um ato político.

Em nossa compreensão sobre a percepção política do viver em sociedade, nos esforçamos em mostrar como a política é transversal aos problemas de saúde e do viver independente de idade. No envelhecer com saúde, se considerarmos a situação social do idoso no contemporâneo, o envelhecer com saúde passa por políticas públicas de proteção a pessoa idosa, para que independente de cor, sexo e classe social este cidadão tenha um envelhecimento ativo e saudável e, não se sinta excluído da sociedade. O que é o cuidado com o idoso? Quem é o oprimido dentro do meio social do idoso?

E, quando alguém diz que a educação é afirmação da liberdade e toma as palavras à sério, se obriga, neste mesmo momento, a reconhecer o fato da opressão do mesmo modo que a luta pela liberdade. Segundo Weffort (2002, p.13), a *visão da liberdade*, a partir do ponto de vista da educação, parte de “uma matriz pedagógica que atribui sentido a uma prática educativa que só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos”. Busca-se no movimento de educação popular, reunir homens do povo no trabalho comum pela conquista da linguagem. E, as palavras, elas dizem respeito ao seu trabalho, à sua dor, à sua fome. Daí o compromisso desde o início do educando, e também do educador, como homens concretos, e que não possa limitar-se jamais ao estrito aprendizado de técnicas ou de noções abstratas.

A educação se faz, assim, algo que seja força de mudança e de libertação. Por isso, entre uma educação “domesticadora”, para a alienação, e uma educação realmente libertadora e por isto respeitadora do homem, enquanto ser de relações que não apenas está no mundo, mas está com o mundo, pois organiza-se e age (Weffort, 2002).

Também nos apropriamos das ideias de Vigotsky, estudioso que enfrentou o desafio de criar uma nova psicologia que desse embasamento científico também à pedagogia, a partir de sua “nova” concepção de homem como forma de ancorar às relações sociais, à educação, à mediação com a cultura, um caráter dirigente do processo de desenvolvimento de todos os indivíduos em sociedade (Piletti e Rossato, 2018).

Vygotsky, filósofo e psicólogo-educador tinha uma preocupação muito maior com o desenvolvimento interpessoal, cujas funções são centradas na pessoa, no sujeito histórico-cultural dando ênfase aos processos de trocas, ou seja, de interação do sujeito com seu meio social e com a cultura. É a visão, na abordagem sócio-histórica da educação, na qual este educador acredita no homem possuidor de uma natureza social, no exato sentido de que todo homem nasce em um ambiente carregado de valores culturais. Por isso, diz-se da convivência social, como um fator fundamental para transformar o homem, de um ser biológico em um ser humano social (Oliveira, 1995, p.57).

Para este pensador, o ensino-aprendizado deve ter como ponto de partida o desenvolvimento da criança e, como ponto de chegada, os conhecimentos que estão latentes, mas ainda, não desabrocharam, e o professor tem um papel importante como mediador e estimulador da “zona de desenvolvimento proximal” provocando avanços nos conhecimentos que ainda não aconteceram, onde o erro, deve ser visto também como parte do processo do ensino-aprendizado.

Vygotsky²⁸ analisa a reflexão sobre os vários aspectos do desenvolvimento e da aprendizagem do ser humano, da forma como o homem se desenvolve através da cultura, do seu convívio social e do ambiente em que o mesmo está inserido. Este psicólogo se baseia no conhecimento prévio de uma criança, que se formula em conceitos *espontâneos* no qual a criança assimila na sua natural interação com o meio físico, social e cultural os conceitos ditos *científicos* que a mesma criança adquire de um modo formal e sistemático. Para Vygotsky, a criança desde o seu nascimento, já tem as duas condições para ser formada, uma fazendo parte da outra, ambas não são assimiladas pela criança de uma forma definitiva e acabada, pois depende muito da “história” interior e exterior ao indivíduo no que experimentam um longo e complexo processo de desenvolvimento (Neto, 2007).

Para Vygotsky, justamente por sua ênfase nos processos sócio-históricos, a ideia de aprendizado inclui a interdependência dos indivíduos envolvidos no processo (Oliveira, 1995) no que ainda para a autora, Martha Korn de Oliveira (1995) o termo russo, *obuchenie*, utilizado por Vygotsky, define-se como “processo de ensino aprendizagem” no que inclui sempre aquele que aprende, aquele que ensina e a relação entre essas pessoas (Oliveira, 1995, p.57).

²⁸ Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934) psicólogo bielo-russo, nascido na cidade de Orsha em 17 de novembro de 1896, morreu aos 37 anos na cidade de Moscou, em 11 de Junho de 1934.

Seguindo as definições dadas por este psicólogo existem dois níveis ou zonas de desenvolvimento, o primeiro, é o nível de desenvolvimento onde está a capacidade da criança para realizar as tarefas propostas para o seu desenvolvimento, que já foram completadas e a outra é a Zona de desenvolvimento proximal ou potencial, que é o nível que se deseja alcançar, nesse, são inseridas novas informações, e feitas com ajuda de adultos ou de companheiros. É quando é imprescindível a responsabilidade do professor que conhece a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) do aluno para se aproximar com os novos conhecimentos. (Oliveira, 1995)

Segundo Oliveira (1995) a mediação de outra pessoa interferindo no comportamento desta, vai ocorrer em um certo nível de desenvolvimento, mas não antes, e depende da capacidade de se beneficiar de uma colaboração de outra pessoa, pois a Zona de desenvolvimento Proximal se coloca como o elo entre aquilo que a criança já sabe e o que deve ser inserida dentro da zona de conhecimento da criança com novas informações. Ou seja, a aprendizagem da criança, ativa todo um grupo de processos de desenvolvimento, sendo que a aprendizagem em si, não é desenvolvimento, mas a criança se desenvolve com a correta organização da aprendizagem. Neste sentido para Oliveira (1995), a ativação vem com a aprendizagem que é necessária e universal para que a criança desenvolva características humanas não naturais, mas formadas historicamente. (Oliveira, 1995, p. 115 citado em Vieira et al, 2011)

A convivência de uma formação científica adequada, ou treinamento no domínio de tecnologias, com a reflexão, a liberdade, e a criatividade não tem sido muito fácil, no cenário contemporâneo. As concepções prevalentes acerca das relações entre ciência, verdade e razão estão intimamente relacionadas à essas dificuldades apontadas.

Vygotsky se atém à dimensão afetiva e emocional que tem grande influência na aprendizagem. E no caso, o construtivismo contemporâneo continua a preocupar-se com a cognição individual, porém, tenta agora compreendê-la em função das suas circunstâncias sociais e culturais; aborda a razão, mas na sua relação universal com a emoção, procura a unidade, mas em respeito pela diversidade, quando recorre a cognição da cognição (metacognição).

Pensar a educação de forma dialógica, contextualizada e comunitária, coloca em foco, a importância nas significações, principalmente nas narrativas onde vão ocorrer as trocas culturais (Freire, 1975) Em igual medida é a cultura que faculta as ferramentas para organizar e compreender o mundo de modo comunicável, e na opinião de Bruner parte-se de uma das ferramentas da cultura, a linguagem verbal, que na evolução cognitiva da mente

humana, se constitui num marco distintivo relativo às outras espécies (Freire, 1975, citado em Neto, 2007).

Vygotsky na sua noção de zona do desenvolvimento próximo, através da linguagem moldou com o apoio da comunicação e da educação, para além do condicionamento, que nos faz conhecer, pensar e sentir, aquilo que se diferencia na capacidade que se tem para reconhecer e aprender caminhos outros. (Freire, 1975; Vygotsky, 1979, 1986, citados em Neto, 2007).

Para Vigotsky a criança ao internalizar as funções psicológicas, particularmente as de nível superior, acede a níveis mais elevados de pensamento. E essa internalização ocorre principalmente na interação ou com o professor ou com um colega e por meio da externalização do pensamento entre eles, tornando a ação cognitiva mais pública, negociável e “solidária”. Ao expô-la ao grupo, na medida exata, da reflexão da palavra, criam-se possibilidades metacognitivas.

É na interação nos grupos sociais em comunidade que a criança, descobre a sua cultura, que está inserida na sua concepção de mundo. O mundo para as crianças é a sua comunidade. É através da cultura que a criança se desenvolve e se prepara para a vida. E a escola deve ser ou pelo menos deveria ser uma mediadora nesta relação que potencializa e interage, no ensino formal, criança/aluno; professor/escola; mundo. Será o ensino na escola próprio a preparar a criança para viver em comunidade, no sentido do viver inserido na compreensão do coletivo, na compreensão do mundo? Seguindo a fala vygotskiana “aquilo que a criança consegue fazer com ajuda hoje, sê-lo-á capaz de fazer sozinha amanhã”. (Neto, 2007). A possibilidade educativa através da linguagem verbal tanto quanto outra forma de linguagem se relacionam na construção da *intersubjetividade* – capacidade humana de compreender a mente dos outros – na transmissão da cultura ao captar os cenários nos quais as palavras e outras formas de expressão corporal, por exemplo ocorrem.

A comunicação pedagógica na sala de aula pode ser veiculada por outra via que não a verbal segundo Gordillo, (2003) e tem influência na aprendizagem principalmente nos problemas abstratos que os torna mais concretos como em disciplinas da matemática, da física ou da química, por exemplo, tomam como recurso de ensino a intuição e a imaginação (Neto, 2007). Ganham especial conexão as propostas da aprendizagem como algo que deverá ser entendido em comunidade, mesmo que a comunidade de aprendizagem, ou de práticos que são os alunos, num aprender social e culturalmente enraizados. Com uma crítica às matrizes curriculares dos sistemas educativos atuais, com ênfase dada à matéria e à lógica disciplinar, com um leque diversificado de competências com transmissão linear e vertical

de informação, tantas vezes descontextualizadas.

4.1 – Educação e Sociedade Contemporânea

Autores que relatam a importância das Ciências da Educação nos ajudam aqui, a compreender a importância da educação na vida das pessoas, a influência sobre o homem e sobre o mundo, assim como o poder que exerce neste homem e neste mundo! Vamos trazer a visão de pensadores como o francês Émile Durkheim, o norte americano John Dewey, a abordagem sócio-histórica de Vigotsky e a sociologia compreensiva de Max Weber sobre o fenômeno da educação iniciando pelo modo ou maneira de como esses pensadores os focalizarem.

Para o francês Emile Durkheim (1858-1917) em sua visão sociológica da educação a concepção de educação está atrelada à preparação das gerações atuais para a vida social realizada pelas gerações anteriores:

A educação é o processo pelo qual a sociedade vai se conduzindo, determinada pelo poder em que nós adultos ditamos as regras do jogo social, sendo, portanto, mandatários socialmente, e, capazes de influenciar nas questões democráticas, na nossa cultura (Durkheim, 2013, p. 31).

E então enuncia:

A educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre aquelas que ainda não estão maduras para a vida social. Ela tem como objetivo suscitar e desenvolver na criança um certo número de estados físicos, intelectuais e morais exigidos tanto pelo conjunto da sociedade política quanto pelo meio específico ao qual ela está destinada em particular (Durkheim, 2013, p. 53-54).

As práticas educativas contribuem para a manutenção de um *status quo* de determinadas regras sociais e o papel das gerações anteriores passa a ser o de preparar as novas gerações para se adaptarem à vida em um determinado contexto social (Durkheim, 2013 p. 79).

As crianças recebem as influências do adulto, num processo educativo inconsciente e que nunca vai terminar, pois é baseada através das palavras pronunciadas ou, nas suas ações. Assim, Durkheim designa uma educação para um coletivo, não a realizada por uma pessoa com um fim racional, mas por acontecimentos no domínio do homem, da sociedade e da cultura. A educação para Durkheim é a soma das influências que partem da sociedade com o objetivo de criar em cada homem o “ser social”.

Já o sociólogo, Max Weber, em estudos de Almeida (2016), vê a educação partindo da definição do conceito de sociologia, e através dele, vai procurar uma maneira de estudar a conduta e o comportamento humano. Por isso, através da compreensão da ação social do indivíduo, Weber vai descobrir e estudar o comportamento deste na sociedade, classificando-os de acordo com os diferentes tipos: os que têm relação com os fins, os que têm relação com os valores, quanto à afetividade, e/ou quanto à tradição (Weber, 1987, op. cit., p. 41).

Nesta direção, segundo este autor a sociologia compreensiva weberiana é uma sociologia que busca o entendimento e o estudo do comportamento e da conduta humana – ou o sentido que os indivíduos atribuem a suas ações – através da criação de tipos ideais que se aproximam o mais possível da realidade, sabendo que ela, a realidade, é infinita e inesgotável. Levando em consideração esses pressupostos teórico-metodológicos, Weber pensava a educação associada ao processo de racionalização, e de desencantamento do mundo, uma educação ligada ao processo de desenvolvimento do capitalismo. Pois, segundo Almeida “para Weber a educação tem um papel, o de criar um corpo burocrático especializado e treinado para gerir os interesses e os negócios da máquina estatal a partir de uma lógica pautada na dominação tradicional e legal-burocrática” (Almeida, 2016)

Segundo Roiz & Fonseca (2009), na percepção do norte americano, John Dewey (1859-1952)²⁹, a definição da educação recai como uma “função da sociedade”, ou seja, a educação tendo uma função social, na qual, o desenvolvimento das pessoas imaturas, são asseguradas através da participação na vida do seu grupo, num processo de crescimento contínuo. Para este filósofo, o conhecimento era uma atividade dirigida para a experiência, que não tem um fim em si mesmo, tem as ideias funcionando como orientadoras dessa ação. E, a educação dá as devidas condições à criança de ela própria resolver os seus problemas,

²⁹ John Dewey (1859-1952), filósofo, psicólogo e pedagogo liberal norte americano exerceu grande influência sobre a pedagogia contemporânea. Defensor da Escola Ativa, que propunha a aprendizagem através da atividade pessoal do aluno, Dewey através de sua filosofia da educação, foi determinante para que a Escola Nova se propagasse por quase todo o mundo (Gadotti, 1999, p.148-149, citado por Roiz&Fonseca, 2009)

“e não as tradicionais ideias de formar a criança, de acordo com modelos prévios”, nem mesmo àqueles modelos que seriam para orientá-la para o futuro. (Dewey, 1956; Montessori, 2003, citados por Roiz & Fonseca, 2009, p.75).

Dewey afirmava que a criança era diferente do adulto não por pensar mal ou errado, mas sim por pensar diferente. E, assim, para ele:

[...] não são os conceitos em si que devem ser postos como importante para ela ou para o homem, em um mundo incerto, em mundo em constante mudança com um futuro pouco previsível. O que seria necessário para a criança e para o adulto seria o aprendizado de como lidar com a mudança constante. Assim, para Dewey o aprendizado da resolução de problemas valia mais do que propriamente os problemas em si e cada uma das soluções. (Ghiraldelli Júnior, 2002, p. 16-17, citado por Roiz & Fonseca, 2009, p.76).

Neste sentido, a educação para Dewey “era a organização de experiências humanas de crescimento em benefício da possibilidade de mais ricas experiências, aumentando a diversidade e a capacidade de inventividade” (Ghiraldelli Junior, 2002; Gadotti, 1999, citados por Roiz & Fonseca, 2009, p.77). Para Dewey, era o modo como a escola deveria colaborar com a democracia.

E não havendo como separar vida e educação, para Dewey, esta deve preparar para a vida, promovendo o seu desenvolvimento (Roiz & Fonseca 2009, p.77). Assim, para ele, vida, experiência e aprendizagem estão unidas, de tal forma que a função da escola se encontra em possibilitar uma reconstrução permanente feita pela criança, a partir da experiência.

Podemos, assim, notar que todo o projeto de Dewey não era o intelecto, mas os “interesses”. Esses “interesses”, na teoria de Dewey, eram de base psicológicas, mas gerados por situação de experiência humana com o meio ambiente – a *experiência da vida*, ou seja, a experiência psíquica e social diversificada (Ghiraldelli Junior, 2002. p. 15).

Daí o valor em considerar o significado educacional da concepção do desenvolvimento, que para Dewey, ambos, as crianças e os adultos, estão comprometidos no crescimento, respeitadas as diferenças que acontecem nos modos de crescimento apropriados a diferentes condições. Por exemplo o desenvolvimento da criança, está

direcionada para as capacidades necessárias ao seu crescimento, e o do adulto, dependem de novos estímulos e interesses que reorientam as suas faculdades e as mantêm em desenvolvimento

E especificamente, no caso em nossa pesquisa os indivíduos adultos na terceira idade em que para que haja um desenvolvimento contínuo pode vir por vários estímulos e interesses, e uma variedade de possibilidades, como através da arte, da cultura, de um “cuidar” das plantas no jardim, de composição nas relações com grupos sociais, na intergeracionalidade, e outros.

No contexto da educação em nossa sociedade contemporânea, vivemos num mundo dito de um “progresso tecnológico” pela ideologia dominante, de domesticação dos nossos corpos e espíritos e num processo de trabalho fragmentado e desprovido de sentido, segundo Chauí (1982, p.57), filósofa e professora universitária, o “progresso sequestra a identidade pessoal, a responsabilidade social, a direção política e o direito à produção da cultura por todos os não-dominantes”

A sociedade brasileira tanto em sua estrutura quanto em sua história, quanto na política quanto nas ideias, é descrita, narrada e interpretada segundo cortes e visões próprios da classe dominante. E numa sociedade liberal, como a nossa “os dominados penetram nas pesquisas universitárias sob as lentes dos conceitos dominantes, são incluídos numa sociedade que os exclui, numa história que os vence periodicamente, e, numa cultura que os diminui sistematicamente”. (Chauí, 1982, p. 70)

Segundo Chauí (1982, p. 68) considerando a sociedade democrática como uma “democracia social e política fundada numa cidadania concreta que começa no plano do trabalho, é a passagem dos objetos sociopolíticos em que nos tornamos, à de sujeitos históricos”. Nesta perspectiva, para a autora, a democracia coloca a violência como um problema da redução de um sujeito social à condição de uma coisa, ou um objeto manipulável.

Nisto também está em questão a universidade, que pela pesquisa e pela pedagogia, no cotidiano de nossas práticas também exercemos a violência, que passa sem notarmos e é reforçada pela própria universidade, enquanto professores e pesquisadores desta instituição, no contexto autoritário, perceptível na relação pedagógica, no poder do saber e pesquisas com o uso do saber para exercício de poder reduzindo os estudantes à condição de coisas, roubando-lhes o direito de serem sujeitos de seu próprio discurso, quando deveríamos ser mediadores desse diálogo e não seu obstáculo. Se não pensarmos sobre o significado do ato

de ensinar e de aprender, não seremos capazes de pensar a democracia universitária. (Chauí, 1982)

Para esta educadora (Chauí, 1982), num mesmo processo de denúncia e anúncio, o discurso (e a prática) científico enquanto competente, é poderoso instrumento de dominação, como reprodutor da divisão das classes sociais e dos sistemas de exclusão social, e quando vulgarizados e banalizados os resultados científicos, através da mídia, e, através da escola, têm a finalidade de interpor entre a experiência real de cada um e sua vida, a fala do especialista. Ele é poderoso elemento de dominação porque é fonte de intimidação.

“as falas científicas ou técnicas têm a finalidade de tornar a realidade absolutamente transparente, dominável, controlável, previsível, determinando de antemão o que cada um de nós deve ser para, simplesmente, poder ser. Interpostas entre nós e nossas experiências, esses discursos competentes têm a finalidade de fazer-me considerar minha própria vida como desprovida de sentido enquanto não for obediente aos cânones do ‘progresso científico’ que me dirá como ver, tocar, sentir, falar, ouvir, escrever, ler, pensar e viver” (Chauí, 1982, p.58)

Consideramos ainda que a democracia liberal não é a única forma de democracia, mas sim uma forma historicamente determinada dando as ideias democráticas um conteúdo próprio, assim nesta visão a comunidade, na ideia de democracia “é definida por aquilo que há em comum entre os membros da coletividade, aquilo que os torna equivalente a partir de uma ‘medida’ comum e que é a liberdade, pela qual se estabelecerá a igualdade na participação no poder e na repartição dos bens”. (Chauí, 1982, p.67)

No tocante ao indivíduo e a sociedade, para Edgar Morin (2011, p.94), a democracia favorece essa rica e complexa relação, “em que os indivíduos e a sociedade podem ajudar-se, desenvolver-se, regular-se e controlar-se mutuamente”. Para ele a democracia:

[...] fundamenta-se no controle da máquina do poder pelos controlados e, desse modo, reduz a servidão (que determina o poder que não sofre a retroação daqueles que submete); nesse sentido, a democracia é mais do que um regime político; é a

regeneração contínua de uma cadeia complexa e retroativa: os cidadãos produzem a democracia, que produz cidadãos. Diferentemente das sociedades democráticas, que funcionam graças às liberdades individuais e à responsabilização dos indivíduos, que não são mais do que sujeitos; na democracia, o indivíduo é cidadão, pessoa jurídica e responsável; por um lado, exprime seus desejos e interesses; por outro lado, é responsável por sua cidade e solidário com ela. (Morin, 2011, p.94)

Nesse sentido, educação, cultura, desenvolvimento e linguagem e, tacitamente, aprendizagem, comunicação e sociedade são palavras que correspondem, segundo Neto (2007), as grandes preocupações temáticas de Bruner.

Ao considerar a realidade sociocultural, Bruner, no livro *The culture of education* (1996), se aproxima das ideias de Vygotsky, num sentido mais geral, ao construtivismo sociocultural, temas nucleares da mudança em didática e, naturalmente, da própria ciência, na sua relação sinérgica com os outros ramos da cultura (Freire, 1975, citado em Neto, 2007)). O que convém a educação convém obviamente à cultura (Neto, 2007), que é como Bruner (1996) se refere a cultura e de como ela é de grande influência ao que se entende hoje, sobre aprendizagem e o desenvolvimento humano, e por extensão, a educação.

No mesmo modo, Antonio Neto (2007), adere ao pensamento de Bruner e ao de Vygotsky, e aposta na interação dialética, na procura de sinergias, embora reconhecendo sempre o direito à diferença e o dever que a escola tem de o respeitar. Este autor identifica em Bruner (1996), “a importância da linguagem, em particular da linguagem verbal em termos de aprendizagem e promoção de desenvolvimento, algo bem refletido na clara identificação de Bruner com o significado científico e pedagógico do conceito vygotskiano de zona do desenvolvimento próximo”. (Bruner, 1996, citado por Neto, 2007)

Com o envelhecimento populacional mundial numa velocidade aumentada a velhice se tornou uma questão social. Segundo Goldenberg (2013), o médico e diretor da Universidade Aberta da Terceira idade (UnATI/ UERJ) Renato Veras³⁰ sempre que se refere ao perfil demográfico de nossa sociedade, descreve o Brasil como um “país jovem de cabelos brancos”, ao qual, todo ano, são incorporados cerca de 700 indivíduos nesse segmento da pirâmide etária, e descreve a velhice como “inevitável para todos nós e que um

³⁰ Renato Veras, médico e diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/Uerj) escreve o prefácio do livro *A Bela Velhice*, de Mirian Goldemberg (2013)

envelhecimento mais pleno e mais feliz é uma conquista de cada indivíduo e da sociedade como um todo” (Veras, 1995) (Goldenberg, 2013).

A nossa sociedade exclui o indivíduo de sessenta anos e mais, das ações de desenvolvimento intelectual, na medida em que o estigmatiza em construções representativas, muitas vezes pejorativas, quando se refere a ele como velho e descartável, como na expressão “velhos são os trapos” ou quando o associa ao “velho” como uma pessoa má, feia e decrépita como são representados nos “bruxos e bruxas” das histórias infantis, e as vezes “como obsoleto e ultrapassado” para as novidades do mundo contemporâneo e em comunidade, além do que, se os estereótipos são socialmente criados, também eles, os idosos, de alguma forma, se colocam nesse lugar de vulnerabilidade.

Porque não passar a expressão citada na afirmativa “velhos são os trapos”, por exemplo, para a interrogativa “Velhos? – São os trapos! “ São expressões que acenam para a mudança de concepções obscurantistas sobre o envelhecimento e a velhice, para imagens como as de vitalidade, atividade e empreendedorismo da realidade atual do protagonismo da população mais velha e o envelhecimento ativo. (Laranjeira, 2010)

Segundo Laranjeira (2010, p.767) na visão antropológica, determinados fenômenos permitem concretizar fixações e definir identidades socioculturais, sendo que, “a cultura é uma matriz que articula dimensões simbólicas e práticas socioculturais, uma das características da humanidade será o de criar, atribuir e reproduzir, de forma sistemática racional e estruturada, significados e sentidos ‘às coisas do mundo’”.

Com o aumento do envelhecimento demográfico, existe a necessidade de capacitação dos idosos e das comunidades, para a criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais (educação para a saúde), que deverão ocorrer na nova percepção do envelhecimento, igualmente, pelas dimensões mentais, comportamentais e relacionais. Pela centralidade do corpo nos processos de construção identitária e das imagens sobre envelhecimento, são centrais para o envelhecimento ativo³¹ os conceitos de autonomia, envolvimento, participação, entre outros pilares. (Laranjeira, 2010)

No livro *A velhice*, Simone de Beauvoir, num cenário, em que reflete a própria velhice, deu destaque para a exclusão e a invisibilidade dos mais velhos, no qual, os velhos são ignorados, desprezados, estigmatizados, abandonados. E, a escritora Miriam Goldemberg em seu livro “A bela velhice” tentando compreender a expressão “Velho é o outro” de Beauvoir, no mesmo livro “A velhice”, diz que os indivíduos não se sentem velhos, ou

melhor, só se sentem velhos através do olhar do outro, mas na verdade, para esta autora, a velhice está em cada um de nós, e só seremos capazes de enfrentar os nossos medos, os estereótipos e os preconceitos existentes em torno da velhice se a “assumimos em todas as nossas fases da vida, de que somos ou seremos velhos”. E, para Goldenberg (2013) ainda na reflexão sobre a obra de Beauvoir:

Para transformar radicalmente uma sociedade, ela diz que é preciso concentrar os esforços no destino dos mais desafortunados e exigir que os homens permaneçam homens em sua idade mais avançada. Ela acreditava que o fracasso da nossa civilização podia ser medido pela maneira como os indivíduos são tratados nos últimos anos de suas vidas: “não são mais homens, com uma vida, atrás de si” mas “cadáveres ambulantes”. Afirmava que a sociedade, com relação às pessoas idosas, não é apenas culpada, mas também criminosa. (Goldenberg, 2013, p.28)

São esses alguns dos desafios das políticas públicas para o envelhecimento populacional, numa real busca de soluções que resultem em dar maior visibilidade e desenvolvimento cultural, político e social para o idoso, pois lhes faltam também oportunidades em ações novas e criativas, com maior envolvimento das várias gerações, e dos próprios idosos para serem vistos como seres participativos da sociedade, com contribuição experienciada a oferecer à sociedade.

Na pedagogia de Paulo Freire (2018a) em que nos apoiamos, “a prática educativa está presente na prática social” e segundo esse pedagogo e filósofo “se o homem é capaz de transformar a matéria ele é capaz de transformar a sociedade” (Freire, 2018a, p.46) e como todo o ser vivo o indivíduo na terceira idade é um ser relacional, em cujas motivações ou não, se fortalecem ou não, na relação com o meio ambiente, com outras pessoas, consigo mesmo. Segundo Neto (2007), por esse mesmo ponto de vista, John Dewey reforça que todos os seres humanos se relacionam entre si, num meio social e tem as suas atividades vinculadas a outros seres, precisando, portanto, ficar atento aos outros para realizar as suas tendências (Neto, 2007)

A teoria da educação de John Dewey, dentro de uma sociedade democrática – esboçada em sua obra *Vida e educação*, segundo Schmidt (2009) em referência aos estudos

de Anísio Teixeira sobre Dewey, está subordinada à premissa democrática que fundamenta a própria filosofia social desse pensador e caracteriza a educação como reconstrução contínua da experiência, que para o filósofo corresponde ao agir de um corpo sobre outro corpo e o sofrer de outro corpo uma reação. Ou seja, não é só um atributo puramente humano, a experiência alarga-se à atividade permanente de todos os corpos, uns com os outros. Agir e reagir que ganham no ser humano uma possibilidade de escolha, preferência e seleção pelo campo biológico até que alcancem a reflexão, o conhecimento e a reconstrução. Neste sentido a experiência humana anterior fornece material e direção para as experiências atuais, resultando ser a vida nada mais que um tecido de experiências de toda espécie ou uma longa aprendizagem, uma vez que não podemos viver sem estar constantemente sofrendo e fazendo experiências (Schmidt, 2009).

Neste sentido, a experiência educativa quando reflexiva, em que para Schmidt, (2009, p. 145) segundo a teoria da educação de Dewey “a experiência educativa é, pois, essa experiência inteligente, em que participa o pensamento, através do qual se vêm a perceber relações de continuidade antes não percebidas”. A experiência alarga, deste modo, o conhecimento, enriquece o nosso espírito e dá, dia a dia, significação mais profunda à vida. E é nisso que consiste a educação. Educar-se é crescer, não já no sentido puramente fisiológico, mas no sentido espiritual, no sentido humano, no sentido de uma vida cada vez mais larga, mais rica e mais bela, em um mundo cada vez mais adaptado, mais propício, mais benfazejo para o homem (Teixeira, 1978, p. 17).

Por isso tomamos o exemplo dos grupos de idosos em comunidade ou em outros grupos sociais, em que essa experiência educativa, reflexiva seja feita com o idoso e este com o alcance de suas experiências anteriores possam, ao se atentar no antes e no depois do seu processo, adquirir novos conhecimentos. Por essa definição a educação é fenômeno direto da vida, tão inelutável como a própria vida. A contínua reorganização e reconstrução da experiência pela reflexão, constitui o característico mais particular da vida humana, desde que emergiu do nível puramente animal para o nível mental ou espiritual (Teixeira 1978, p. 17).

A experiência, portanto, para Dewey, não é algo que se oponha à natureza mas constitui uma fase dela, na qual situação e agente são modificados pela interação, assim se refere Schmidt (2009):

A vida não é mais que um tecido de experiências de todo tipo, pois não podemos viver sem estar permanentemente sofrendo e fazendo experiências, resultando a vida

numa interminável aprendizagem. Devido a este fato não se pode separar a vida, a experiência e a aprendizagem, pois vivemos, experimentamos e aprendemos ao mesmo tempo. E a experiência educativa, para Dewey, é nada mais que uma experiência inteligente, que alarga nossos conhecimentos, enriquece nosso espírito e traz um sentido mais profundo a nossa vida. É nisso que consiste a educação: um crescer permanente. E esse contínuo reconstruir, que é a educação, tem por objetivo melhorar a qualidade da experiência atual pela inteligência. Desse modo, ao ser definida por Dewey como processo ou experiência em constante reconstrução, a educação não deve ser confundida com processo de preparação localizado em determinado período da vida, eis que como processo em permanente reconstrução e reorganização perpassa toda a vida, restituindo-a ao seu lugar natural na vida humana como resultado inevitável das experiências. (Schmidt, 2009, p.146)

Neste sentido se considerarmos a educação como *práxis*, que está na prática social, na aprendizagem através da experiência que poderemos modificar minimamente a realidade em que estão estes idosos, numa aproximação concreta com os seus desejos, e na confiança de que concomitante à construção do conhecimento, venham mudanças sociais mais inclusivas para este grupo social e venha com a necessária redução da desigualdade social existente ao longo da história.

Vemos na nossa sociedade os estereótipos e preconceitos que cercam a ideia de velhice no contemporâneo, principalmente para uma etapa da sua atividade produtiva, que é a da aposentadoria, com muitas aspás, à ideia associada socialmente como as seguintes expressões relacionadas como: “ao se aposentar vai parar com tudo e ficar em casa, para descansar”, numa justificativa socialmente construída, “do processo do trabalho ser penoso para uma certa idade”, e segundo essa, “pelo muito que o idoso já contribuiu”, e em consequência, neste período, o idoso é excluído da sociedade e se torna cada vez mais invisível, perante a mesma sociedade.

Portanto, é preciso dar maior visibilidade aos indivíduos nesta faixa etária, na justa medida, em que se quebrem os estereótipos, e que se possa considerar um contínuo desenvolvimento do ser humano e principalmente que o ensino e a aprendizagem possam

ocorrer em qualquer idade, pois ser idoso, não significa deixar de aprender. E, a idade não impede o seu próprio desenvolvimento, principalmente quando o idoso se implica na construção de um novo mundo e deixa de ser passivo diante do mundo e da realidade que está em constante processo de mudança.

Porém, quem é esse idoso? Onde está esta população de idosos? Onde está “o povo”? Como trabalhar pela emancipação de uma população que não se vê enquanto idoso ou não é vista pelos demais como “povo”? O idoso neste sentido é o oprimido nessa sociedade de classes? Ou é o opressor?

Boff (Freire, 2018b), se refere no que seria de grande valor de Paulo Freire na sua interpretação e formulação de uma pedagogia do oprimido, uma legítima educação libertadora de forças adormecidas e socialmente reprimidas no educando, numa ruptura histórica com a educação tradicional, na medida em que volta sua atenção para atuações em diferentes áreas do trabalho popular, seja em sindicatos, em associações diversas e em movimentos sociais, especificamente para o oprimido, como sujeito de sua libertação: quando a tradição educativa secular, tinha uma intenção manifesta ao se ocupar com a pessoa humana só que essa seria a elite, no caso o opressor.

Pois é ampliando o trabalho de Freire, que Dullo (2014) vai dar visibilidade a estas questões principalmente na questão da autonomia do idoso em que pergunta sobre qual a operação viável para que um indivíduo se torne autônomo, capaz de decidir por si mesmo? Será a educação para o seu desenvolvimento contínuo que vai nos dar essa resposta?

No seu livro “Pedagogia do Oprimido”, Paulo Freire (2018b) dá foco a uma pedagogia criativa e crítica, em que o autor sinaliza no processo ensino-aprendizagem, dois tipos de educação, uma bancária e outra problematizadora, a primeira, a forma que é utilizada aprisiona o educando, e torna-o passivo na relação educador-educando, e o aluno deixa de participar na construção do conhecimento, “a educação bancária, quando enche de conteúdos a cabeça do educando, com o conhecimento que o educador tem e somente ele sabe, nega o conhecimento como processo de busca, como estímulo à sua capacidade de perguntar, de questionar []”, e na educação problematizadora, nesta construção do conhecimento, assim também no campo prático do relato feito, o conhecimento leigo e o científico se compõem e ambos são valorizados pelos educadores, nesta mediação entre o aluno/ educando e o conhecimento.

Assim, também são percebidas as vozes e, as implicações dos educandos culminando no conhecimento construído por este coletivo a partir da participação real deles, educandos.

O que se espera da educação é a de que ela faça o educando pensar, ajude a criar um conhecimento novo, é a que leva em consideração o conhecimento que já se tem sobre o assunto, ajude a usar mais a cabeça do que as mãos, aumente o interesse do educando em conhecer mais e os ajude a resolver as situações problemas do dia-a-dia através da participação das soluções de problemas de saúde, assim como enxergar melhor o papel deste, na solução dos mesmos. (Valla, et al,1993; Valla & Stotz, 1993b)

A participação popular real, com a conotação de tomar parte nas decisões sobre a nossa saúde, teve seus avanços legais explícitos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na lei orgânica de Saúde, em 1990. Apesar dos ganhos conquistados houve também um recuo conjuntural devido a crise no setor público de saúde. Entretanto, o processo participativo é uma força social imprescindível para impulsionar mudanças, passando-se da teoria discursiva para as ações práticas e concretas.

A Educação em Saúde, que queremos dar relevo, é aquela que vai instrumentalizar os profissionais da saúde, da educação, líderes comunitários e outros para o desenvolvimento do processo educativo problematizador, em especial, na inclusão do componente educativo no planejamento das ações educativas, no contexto da saúde coletiva, ou seja a saúde do coletivo/ do povo com ênfase na promoção da saúde no Sistema Único de Saúde. O fim mesmo da ação educativa em saúde é a de desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.

Considerando, portanto, a aprendizagem através da linguagem para o desenvolvimento humano como determina Bruner, vemos que isso se torna possível através da dialogicidade entre os saberes, no exato sentido de o saber popular dialogar com o saber científico para dar conta da complexidade dos problemas de Saúde Coletiva, na perspectiva da Educação Popular com a abordagem de Paulo Freire teórico-metodológica e participativa, na própria compreensão da realidade em contextos de luta contra a opressão.

Numa definição operacional, a Educação em Saúde vai combinar as múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas aos múltiplos determinantes do comportamento humano, considerando um processo de educação de saúde sistematicamente planejado e que possibilita ações voluntárias conducentes à saúde, de modo que as pessoas participam ativamente do processo, sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas, em que os indivíduos tiveram que se reinventar no seu processo de envelhecimento com medidas

comportamentais adotadas, seja pela pessoa, pelo grupo ou pela comunidade envolvida, de modo a alcançarem um efeito intencional sobre a própria saúde. (Green e Kreuter, 1991).

Nesta conexão entre educador-educando e ambiente, prosseguimos com Bourdieu (2001) em seu artigo “Compreender”, no qual destaca o sentido dado ao termo a partir da avaliação contínua, quando esta se dá na melhor direção e fluxo do pensamento desenvolvido no coletivo. Para esse autor “compreender é a gente se colocar em questão na relação com o outro”, ou seja, “compreender é incorporar a dimensão da subjetividade e colocar em questão qual o nosso lugar”, pois nos processos de avaliação que se dá durante o processo de construção partilhado do conhecimento, nas aulas interativas e participativas nas quais estão educandos implicados, não há como não repensar as nossas práticas, se o objetivo for o de transformação, sempre as avaliando (Bourdieu, 2001)

Neste sentido, é importantíssimo nos percebermos na relação com o outro, respeitando as diferenças territoriais, de classe, de gênero, de etnia, segundo o sociólogo Boaventura de Sousa Santos³², em entrevista à Javier Lorca, (2018) a universidade solidária, deve ter esse papel com base na ideia de um bem comum, em uma ‘aliança social’ na qual a universidade “deve se abrir para dialogar com as classes populares e empobrecidas, as vítimas do colonialismo e do patriarcado, os corpos racionalizados e sexualizados”. E, ainda nesta entrevista, na fala deste autor, Boaventura, nos firmamos na qualidade da extensão universitária, que “não é a de levar o conhecimento para fora, mas trazer o conhecimento não universitário para dentro, e, por sua vez articular os diferentes saberes populares” (Javier Lorca entrevista Boaventura, em 2018, p.12)

E para isso acreditamos no alcance da educação popular e na interação comunitária do conhecimento entre saberes populares, culturais, e o saber científico, como um aporte da educação para os adultos jovens e os idosos, pois, ao mesmo tempo, nos convida a refletir sobre uma pedagogia da inclusão. Seguindo o pensamento de Clodovis Boff (Freire e Nogueira, 2018, p.10) a ‘pedagogia do oprimido’, “conferiu ao processo educativo um conteúdo social, e não mais individualístico, em uma dimensão ativamente política, e não passiva e acrítica” atribuindo assim, que “a noção de educação popular, em Paulo Freire, inclui ao mesmo tempo, a consciência e o mundo, a palavra e o poder, o conhecimento e a política e a teoria e a prática” na acepção em que se reforça “que a realidade não é estática,

³² Em reportagem de Javier Lorca, pág 12, em 15 de junho de 2018 sobre a apresentação de Boaventura de Sousa Santos na Conferência Regional de Educação Superior da América Latina e o Caribe, em Córdoba/ Argentina, terminada em 16 de junho de 2018 no tema “Boaventura de Sousa Santos destrincha o assédio neoliberal contra as universidades”

e deve ser decifrada e reinventada a cada momento, no sentido de uma educação como ato dinâmico e permanente de conhecimento centrado na descoberta, análise e transformação da realidade pelos que a vivem” (Freire e Nogueira, 2018, p.10).

Freire e Nogueira (2018) entende a educação popular como o esforço de mobilização e capacitação das classes populares (p.33). Segundo Clodovis Boff (Freire e Nogueira, 2018, p.33), o grande desafio é o de buscar “soluções populares” que “produza ao mesmo tempo modificar as relações com esse mundo, e a partir dessas mudanças se elabora uma visão de transformação”. E elas as “soluções populares” são desenvolvidas “em andamento, e vai se inventando o caminho ao caminhar”.

V – MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

5.1 – Conceitos e Categorias Teóricas Iniciais

A concepção de Educação em Saúde que se almeja fortalecer com os resultados da pesquisa se orienta pelos pressupostos da obra de Paulo Freire, que tem o homem como sujeito ativo de um processo em mudanças, e propõe uma ação transformadora pautada na reflexão do saber e das vivências cotidianas. No Brasil, Freire (2018b) deixa como legado uma teoria educacional na abordagem sociocultural, onde a educação é percebida no sentido amplo e na complexidade das dimensões política, epistemológica e estética que a constituem, na medida em que, compreende a educação como um ato político (Freitas, 2001), pois para Freire, não existe uma educação neutra, mas sim uma educação que ajuda a converter as pessoas em membros analíticos, criativos, livres, ativos e responsáveis pela sua sociedade.

Este educador considera que as pessoas participam sempre em situações pelas quais tem sentimentos fortes, e a educação para elas é como uma busca comum para encontrar soluções aos problemas, ou seja, numa ação de problematização que coloca os diferentes sujeitos numa relação dialógica de construção de conhecimento, com vistas às transformações necessárias de suas realidades.

O estudo da educação em saúde, da prática educativa em saúde coletiva e da educação popular em saúde, são três temas emblemáticos para a formação médica e a dos profissionais da saúde como um todo e de importância fundamental na história da saúde no Brasil

Na produção teórica de alguns autores, tais como, Moacir Gadotti, Carlos Rodrigues Brandão, Victor Valla e Eduardo Stotz vemos fortalecidos este conceito nos campos da Educação e da Saúde Coletiva. Estes últimos Victor Vicente Valla e Eduardo Stotz por trabalharem a participação popular nos serviços de saúde e o controle social como exercício de cidadania, e tantos outros valores que com seus estudos e pesquisas têm buscado refletir a ação educativa como eixo estruturante das ações de promoção e proteção à saúde do cidadão (Valla & Stotz, 1993b).

No que se refere à categoria “trabalhadores sociais” proposta na investigação, identifica-se na obra Educação e Mudança (Freire, 1979) ‘o homem’ sabidamente inacabado, capaz de refletir sobre si mesmo na busca constante de ser mais. Portanto, a educação implicada numa busca realizada por um sujeito que é ‘o homem’, que por sua vez deve ser o sujeito de sua própria educação e não o objeto dela. Esta busca constante de ser mais se dá

na relação com outros seres, que também procuram ser mais, na percepção de que, o ‘homem’ não é uma ilha, é um ser em comunicação. Ao educando, portanto, deve ser estimulada a consciência reflexiva, para refletir sobre sua própria realidade e compreendê-la, levantar hipóteses, o desafio imposto pela realidade e buscar soluções para transformá-la. (Freire, 1979)

No entanto, segundo Freire (1979), ‘o trabalhador social’, não deve ser um homem neutro frente ao mundo, frente à desumanização ou humanização, frente à permanência do que já não representa os caminhos do humano ou à mudança destes caminhos, ele precisa fazer uma opção, quer seja pela mudança do mundo quer pela anti-mudança. Se for pela mudança, significa que o ‘trabalhador social’ se interessa pelo desenvolvimento da percepção crítica da realidade por parte dos indivíduos, pelo exercício de reflexão dos indivíduos sobre sua ação, e sobre a sua própria percepção que possam ter da realidade: uma realidade histórico-cultural, humana, criada pelos homens e que pode ser transformada por eles. (Freire, 1979)

Durante a década de 1960, vários países realizaram debate sobre a determinação econômica e social da saúde, processo que contribuiu na perspectiva de uma abordagem positiva da saúde, cujo objetivo era superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Um dos movimentos históricos que contribuiu para a reorientação da abordagem à saúde foi o Movimento de Promoção à Saúde no Canadá.

A concepção de Promoção da Saúde surge como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Esta definição vem ancorada na Política Nacional de Promoção da Saúde/PNPS³³, no Brasil, que se propõe a ser uma política transversal com vistas a favorecer o diálogo entre os diversos setores do governo, setores privados e sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população. Ela surge como uma das estratégias de produção de saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitassem responder às necessidades sociais em saúde.

Neste sentido a concretização da promoção da saúde no SUS brasileiro, baseia-se no conceito ampliado de saúde e apresenta a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com

³³ A institucionalização da PNPS, foi feita por meio da portaria MS/GM nº 687/2006

responsabilidades para os três entes federados. Portanto, com o entendimento de que este ultrapassa, o conceito de saúde relacionada à ausência de doença, para uma visão mais ampliada de saúde dando um novo sentido para o que se considera a saúde, quer dizer que esta se dá, a partir de elementos que fundam as condições objetivas de vida, ou seja, o que é constitucional para garantir o exercício do viver, como, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Brasil, 2021).

Tanto a Educação em Saúde quanto a Promoção da Saúde procuram sempre contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada, mas são distintos

Para que haja promoção da saúde nos seus processos de envelhecimento, as ações educativas com os idosos, devem favorecer a reflexão sobre o envelhecimento em suas múltiplas determinações e estimular o investimento desejante e participativo na vida (Assis et al., 2002). No processo educativo estimula-se a participação entre profissionais de saúde/trabalhadores sociais e idosos, quando nos encontros criam-se espaços-afetivos que vinculem as pessoas, principalmente ao se valorizar suas trajetórias de vida e seus saberes, e busca-se garantir o direito à informação e ao debate sobre temas que articulem saúde e cidadania (Dias et al, 2018)

No entanto, o envelhecimento populacional é um dos grandes desafios da atualidade, num momento em que vivenciamos um retrocesso social, político e econômico de natureza mundial, que por vezes ameaça e fragiliza a garantia e efetivação dos direitos humanos.

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e a OMS prevê que, até 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muitos idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. É preciso compreender também o envelhecimento, como um processo que envolve vários fatores como pessoais, sociais, ambientais, entre outros não menos importantes; e desvelar estratégias direcionadas a pessoa idosa nos espaços de decisões, pois são fundamentais na construção do envelhecimento ativo. (Soares, Del Masso & Oliveira, 2016)

Segundo a OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande no país, a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social (WHO, 2005).

A OMS (2002) pontua, o conceito de Envelhecimento Ativo que “consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com

vistas a melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem”. Esta maneira de pensar concede que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Neste conceito a palavra “ativo” especifica a participação como engajamento continuado na vida, independente de onde está a pessoa idosa, ou, se tem alguma incapacidade funcional, e pretende transmitir uma mensagem mais inclusiva, não necessariamente àquela que se restringe à habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho.

Para se obter um envelhecimento ativo, portanto, existe a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. As políticas devem articular ações intersetoriais voltadas a esses determinantes (Assis, 2005).

A promoção do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas e nos princípios como independência, assistência, participação, dignidade e auto-realização; constitui-se também, num desafio para as sociedades que excludentes camuflam os problemas sociais, políticos e econômicos, em que as políticas sociais apresentam-se fragilizadas e fragmentadas.

5.2 – Desenho e Abordagem do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, na medida que, tem o objetivo de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, possibilitando a formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores (Gil, 1999). A metodologia utilizada é de natureza descritiva e, essencialmente qualitativa (Guba e Lincoln, 1998; Cresswell, 2007), com o foco nos contextos singulares e nas perspectivas dos atores individuais. Uma investigação ativa com prática interpretativa (Erickson, 1986) uma vez que pretende conhecer e interpretar a realidade estudada sem nela interferir ou modificá-la, sendo assim este tipo de pesquisa busca os fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (Minayo, 2001). Esta tese, apresenta a seguinte questão de partida: Quais seriam os desafios da Educação em Saúde para a promoção de um envelhecimento ativo, desde uma concepção do cuidado de si? E o objetivo geral: Identificar aspectos subjetivos e socioculturais do processo de

envelhecimento que colaborem para subsidiar as práticas de Educação em Saúde na atenção prestada a população idosa, atendida em programas voltados para esta faixa etária na cidade de Niterói/ Rio de Janeiro - Brasil

Na perspectiva da triangulação metodológica (Minayo, 2005) foram realizadas investigações do tipo bibliográfica, por meio de revisão integrativa de literatura, para identificar as evidências científicas sobre as ações educativas em saúde voltadas à promoção da saúde do idoso no contexto brasileiro, entre 2008 e 2018, uma investigação empírica cujos detalhes são descritos a seguir e os resultados encontram-se nos capítulos VI e VII da tese e anotações na observação de campo

5.3 – Caracterização do Campo em Pesquisa Empírica

A universidade como uma instituição de ensino superior, pluridisciplinar, responsável pela formação de quadros de profissionais de nível superior de investigação, de domínio e cultivo do saber humano, contribui para o desenvolvimento científico-tecnológico e os avanços na melhoria da qualidade de vida humana, sendo a ciência um dos pilares mais importantes de uma sociedade moderna.

O campo de pesquisa empírica, foi desenvolvido em territórios onde atuavam os profissionais/ docentes multidisciplinares, e também profissionais inscritos no curso Lacto Sensu de Residência Multiprofissional na área de estudos de Saúde do Idoso, além de profissionais voluntários colaboradores dos projetos, e junto aos alunos/ idosos inscritos nos projetos de pesquisa/ensino e extensão da universidade além dos estudantes da graduação da educação física, da medicina, do serviço social, da nutrição, da farmácia e outros.

A universidade tem o compromisso para com a sociedade na sua forma de produzir pensamento e conseqüentemente conhecimento, de um valor imprescindível para a busca de respostas aos problemas que o mundo contemporâneo vem engendrando, em sua manifestação local ou global. E tem na sua constituição a defesa da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Tomamos como espaço de estudos a Universidade Federal Fluminense, uma universidade pública e comunitária localizada no Estado do Rio de Janeiro/ Brasil, com programas em áreas diversas de produção de conhecimento, entre elas as que contribuem no campo da educação e no campo da saúde voltados para a população em geral, e que via de regra, preocupa-se em atender as problemáticas de certos segmentos fragilizados da sociedade e no caso de nossa investigação em específico a abertura das portas universitárias às gerações mais antigas, destacando-se nesse movimento grande número de

profissionais especialistas nas problemáticas da questão emergente deste século XXI – a longevidade humana e o envelhecimento estendido.

Escolhemos dar relevo à realidade vivida por esses atores sociais dentro de dois programas voltados para a população de pessoas idosas, mais especificamente, o *Programa de Extensão UFF-Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas*, que é coordenado pela Escola de Serviço Social da UFF, e o *Programa de Extensão Prev-Quedas* da Faculdade de Educação Física coordenado pelo Instituto de Educação Física da UFF.

O projeto de extensão UFF - Espaço Avançado/ UFFESPA possui uma equipe multidisciplinar constituída pelas áreas de serviço social, enfermagem, psicologia, computação, educação física, e outras. Sua origem é do final de 1993, a partir da composição de um grupo de estudos, composta por professores e técnicos das áreas de serviço social, educação física e medicina, que vinham se deparando com a questão do envelhecimento em suas práticas cotidianas. Em março de 94 foi implementado enquanto programa de extensão UFF - Espaço Avançado/ UFFESPA com parcerias de outros departamentos além da Educação Física e de Serviço Social, com as áreas de concentração da informática, da educação, da enfermagem, e da psicologia, engendradas em oficinas específicas.

O programa ficou sendo constituído com apenas dois subprojetos: Serviço Social e Educação Física e tem como objetivo possibilitar processos participativos de reflexão, debates e ação sobre as questões do cotidiano que se relacionam com os idosos participantes ou que envolvam o envelhecimento humano nas diferentes situações sociais e no enfrentamento da realidade. Tal objetivo se aprofunda na tentativa de analisar as políticas sociais e as questões relacionadas ao envelhecimento da população brasileira; identificar e problematizar a participação social e os processos de exclusão/inclusão nos serviços ou programas públicos ou privados para idosos de Niterói e entorno; facilitar aprendizados, capacitação e trocas de experiências entre a equipe e participantes na perspectiva da organização social e política dos idosos frente aos direitos sociais; e, por fim, atuar em projetos, trabalhos e atividades na melhoria da qualidade de vida e do desempenho individual e coletivo dos participantes.

O funcionamento/ estrutura destes projetos com os idosos inicia-se com a inscrição destes no programa, quando haverá a escolha das oficinas de interesse, e o preenchimento de um questionário, e uma entrevista social com qual o idoso é identificado. A partir da inscrição desse idoso no programa este é acompanhado em sua evolução biopsicossocial e o programa passa a se responsabilizar na observação das possíveis evoluções e também se

houver alguma intercorrência de saúde será encaminhado à rede interssetorial de serviços da região.

Todas as atividades, estejam elas diretamente relacionadas ao campo do direito, à educação e à cultura, buscam contribuir para a viabilização de espaços participativos, entendendo o idoso enquanto sujeito, empenhado na garantia de seus direitos como cidadão.

As oficinas e múltiplas atividades, regularmente realizadas, contemplam diversas áreas do conhecimento e, na maioria das vezes de forma articulada. A cultura, com produções teatrais, artes plásticas, música e dança. A educação está diretamente presente, enquanto temática, nos cursos de línguas e oficina de textos e no atravessamento com a saúde e qualidade de vida do idoso. Na promoção da saúde compreende-se a visão integral da saúde e é abrangente através das atividades físicas (oficina de prevenção de quedas, alongamentos, ginástica, memória cognitiva), nas áreas de direitos humanos e políticas sociais nos encontros temáticos das oficinas de cidadania e todas as discussões direcionadas ao estímulo da busca por direitos em âmbito individual e coletivo. Entretanto, estes elementos – cultura, educação, saúde, direito e cidadania, entendidos enquanto constitutivos da vida social, são dimensões que se apresentam entremeadas e transversalizadas nas práticas criativas desenvolvidas.

As oficinas e outros projetos são desenvolvidos em pequenos grupos (de mais ou menos 30 idosos cada oficina) na Escola de Serviço Social da UFF, num grande salão, como as intituladas Oficinas de Memória Cognitiva e de Memória Social; de yoga; de Tai Chi Chuan; de Dança de Salão; de Teatro e dos Encontros Temáticos; além de projetos de Terapias Alternativas e de Assistência da Psicologia, que são apresentadas como atividades integradas do Espaço Avançado.

E, como dito, grande parte das oficinas e atividades se configuram como projetos vinculados ao Espaço Avançado, localizados em diferentes unidades e departamentos da UFF, possuindo coordenação própria por parte dos respectivos docentes responsáveis.

O “Prev-Quedas” é um projeto de extensão de prevenção de quedas cujas atividades visam ampliar a coordenação humana, agilidade e equilíbrio contribuindo para diminuição de incidência de quedas entre os idosos, por meio de exercícios físicos como alongamentos, caminhadas, hidroginástica entre outras. Ele está vinculado ao ensino e à pesquisa através do programa de pesquisa “Atividade Física e o idoso” cujos objetivos são os de inclusão social dos idosos com atividades que gerem benefícios diversificados no cuidado a estes indivíduos de 60 anos e mais, em ações de promoção da saúde do idoso, na preservação das condições de saúde.

Com seu início em 2001, foi programado para ter a duração de seis meses e com as solicitações dos idosos de dar continuidade, para além desse tempo inicial, se estendeu por mais seis meses, e depois na continuidade passou a ser de duração indeterminada, funcionando até os dias de hoje, há 20 anos. Ele tem idosos inscritos desde aquela época de sua criação, e que ainda permanecem no projeto, e outros tantos que entraram depois. No total de inscritos chegou-se a ter mais de 400 idosos.

O “Prev-Quedas” tem seu trabalho desenvolvido na Faculdade de Educação Física e também na Escola de Serviço Social, sendo que no último são feitas atividades físicas de ginástica e musculação em grandes grupos de idosos, e na Faculdade de Educação Física são feitas outras modalidades de atividades físicas, divididos em grupos menores de idosos. Algumas aulas são desenvolvidas no salão de musculação e de ginástica em pequenos grupos, no prédio do UFFÃO; e em outras modalidades de atividades, como as aulas de natação e de hidrogenástica na piscina.

A Faculdade de Educação Física da UFF apresenta em seu território um grande espaço para a prática de diferentes modalidades de esportes com piscina, quadras de desportos, campo de futebol e pistas de atletismo, além disso tem as salas de aula com alunos normalmente matriculados no ensino superior mediante provas de admissão para o estudo na área de conhecimento da Educação Física. Além das salas de aula, nas quais os alunos da graduação e os estudantes idosos frequentam, tem a assistência especializada em um Serviço Ambulatorial de Atenção Primária, com a atuação de profissionais de competência multiprofissional, ou seja, em várias áreas de abrangência na saúde, tais como Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e outras, que compõe o corpo profissional docente do curso de Residência Multiprofissional da área de abrangência de Saúde do Idoso.

O curso de Residência Multiprofissional da Saúde do Idoso é oferecido anualmente aos profissionais de diferentes áreas da saúde (enfermeiro, nutricionista, odontólogo, fârmaco, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico e outros) que quiserem aprofundar os estudos, numa especialização no tema da ‘Atenção à Saúde do Idoso’ ‘Envelhecimento’ e ‘no Cuidado ao Idoso’. E conta com profissionais graduados em múltiplas áreas de conhecimento como as de Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Farmácia, Serviço Social, Fisioterapia e outras.

Ambos os projetos aqui apresentados têm características próprias, muito semelhantes à estrutura, filosofia e funcionalidade dos Centros de Convivência de Idosos,³⁴ criados pela Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 2006b).

Portanto, para o trabalho de campo, optou-se por eleger como campo prático da investigação desta pesquisa os programas acima descritos. A preferência por estes campos deu-se devido às diferentes experiências de vivências destes idosos buscando o envelhecimento ativo e saudável em seus objetivos, transversal à sua socialização.

5.4 – Entrada em Campo, Recrutamento de Participantes e Critérios de Inclusão E Exclusão.

O programa da UFF atende de preferência aos indivíduos de mais de 60 anos. Uma vez escolhidas, as oficinas ficam agendadas nos horários acertados com os idosos matriculados, que se comprometem a estabelecerem uma frequência mínima de 75% da carga horária, tanto no Espaço Avançado ou UFFESPA, quanto no Prev-Quedas, ambos fazem as suas atividades de oficina e outros projetos, no espaço de um grande salão, na Escola de Serviço Social da UFF onde ocorrem as Oficinas de ginástica, em grupos maiores (uma das atividades do projeto de extensão Prev-Quedas) e as Oficinas de Memória Cognitiva e de Memória Social; Oficina de yoga; Oficina de Tai Chi Chuan; Assistência da Psicologia; Oficina de Dança de Salão; Encontros Temáticos; Terapias Alternativas e Oficina de Teatro, (atividades integradas do Espaço Avançado).

O “Prev-Quedas” tem seu trabalho desenvolvido na Faculdade de Educação Física, e na Escola de Serviço Social (UFFESPA), sendo que na última são feitas as atividades físicas como a ginástica com o grupo maior, e na Faculdade de Educação Física outras modalidades, por conseguinte, algumas aulas sendo desenvolvidas no salão de musculação no prédio do UFFÃO (musculação e as de ginástica com grupos menores); além de atividades desenvolvidas na piscina como as aulas de natação e de hidroginástica para grupos de idosos.

A Faculdade de Educação Física da UFF tem seu complexo esportivo num grande espaço, com piscina, quadras de desportos, campo de futebol e pistas de atletismo além das salas de aula onde são desenvolvidas as suas atividades de ensino com alunos normalmente matriculados no ensino superior mediante provas de admissão para o estudo da Educação Física. Além das salas de aula em que os alunos da graduação e os estudantes idosos

³⁴ As políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos, como por exemplo os Centros de Convivência – espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido.

frequentam, tem a assistência especializada de um consultório com profissionais de competência em várias áreas de abrangência na saúde, tais como Farmácia, Nutrição, Educação Física e outras, que compõem o corpo de docentes do curso de Residência Multiprofissional da Saúde do Idoso

O trabalho de campo foi realizado no período de três meses. A metodologia adotada de caráter qualitativo, seguiu a orientação de Richardson (1989), possibilitando a compreensão dos fenômenos sociais, das atitudes, e das particularidades da vida dos entrevistados. O esforço de coleta de dados foi realizado através de entrevistas individuais semiestruturadas, observação direta e revisão integrativa da literatura. Foram entrevistados nove (09) idosos e sete (07) profissionais/ trabalhadores sociais da saúde.

O instrumento da entrevista na coleta de dados se deu com a apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa primeiramente para os coordenadores dos projetos de extensão, especificamente o do “Prev-Quedas” na Faculdade de Educação Física, e o do “Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas”, na Escola de Serviço Social, e através deles, possibilitou-se entrar em contato com os idosos e com os profissionais que seriam convidados a participarem como voluntários das entrevistas.

Com os idosos a aplicação do instrumento metodológico das entrevistas foi individual, com duração, em média, de 50 minutos cada, e devidamente consentido, foi realizado no intervalo, entre o término de uma atividade e o início de outra, facilitado pelo fato dos idosos já estarem no local destinado às atividades/ oficinas que eles participavam, cinco das entrevistas com os idosos se deu nestes locais e quatro em locais agendados, como foi a entrevista feita no espaço externo na área do jardim, três dentro de sala de aula, e uma na residência do entrevistado. A amostra aleatória dos idosos foi de nove (09) idosos, sendo um (01) homem de 69 anos e oito (08) mulheres, com idades entre 64 a 86 anos, todos inscritos e participantes dos projetos de extensão da UFF aqui citados.

Já a seleção dos profissionais foi com pessoas chaves, por serem os entrevistados, profissionais que atuam nos respectivos projetos de extensão formados por dois (02) docentes/ assistentes sociais da Escola de Serviço Social, dois (02) docentes da Faculdade de Educação Física – um (01) educador físico e um (01) farmacêutico – e três (03) profissionais-estudantes do curso de Residência Multiprofissional – um (01) educador físico, um (01) nutricionista e um (01) farmacêutico – e as entrevistas foram operadas, a maioria, no ambiente das relações com os idosos, no local de trabalho, e somente um (01) profissional foi na própria residência.

A coleta de dados pelas entrevistas deu-se após a apresentação da pesquisadora ao entrevistado, quando foram explicadas a proposta, a importância do estudo e que seriam preservados o anonimato. E após o consentimento mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitou-se aos voluntários tanto aos idosos quanto aos profissionais, o preenchimento do questionário, por meio de entrevistas, com a permissão da gravação destas.

O primeiro contato com o projeto foi com um grupo de idosos animados e bem-humorados, na maioria de mulheres, que estavam em sala de aula sentados em cadeiras dispostas em roda, numa dinâmica de grupo, participando da oficina “Encontros Temáticos e de Memória Social” do projeto “Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas”, e a professora coordenadora da oficina fez a apresentação da investigadora da pesquisa, no momento em que os idosos estavam terminando a atividade. E na sequência foi cabível também apresentar o projeto de pesquisa e seus objetivos e após as apresentações foi feito o convite para que participassem da pesquisa como voluntários, e no mesmo instante quatro idosos se interessaram e se disponibilizaram, agendando as primeiras entrevistas, sendo que duas das entrevistas foram logo após a oficina, e as demais ficaram agendadas para outro dia, no intervalo entre duas outras oficinas, e em sequência os agendamentos foram feitos a partir da técnica da bola de neve (quando o entrevistado indica outra pessoa para ser entrevistada).

Algumas dificuldades foram encontradas: nas entrevistas com os idosos, principalmente por escolhas dos locais nem sempre adequados para o tipo de atividade, ora em local fechado muito abafado e quente, ora em locais abertos, como a entrevista feita no espaço de um jardim da universidade (em frente ao edifício da Faculdade de Serviço Social), em que em alguns momentos o entrevistado se distraía. O que facilitou foi a apresentação do projeto ao grupo de idosos da oficina, e da investigadora pela coordenadora do projeto de extensão, além dos idosos se apresentarem disponíveis a responder as perguntas, sempre com um sorriso nos lábios.

As entrevistas feitas com os trabalhadores sociais/ profissionais da saúde, seguiram-se de maneira um pouco diferente da que foi com os idosos, na qual os coordenadores após a concordância desta pesquisa forneceram alguns nomes de profissionais e os respectivos contatos e foi agendado o encontro para a entrevista, de acordo com quem tinha disponibilidade e que estavam diretamente ligados às atividades planejadas naqueles espaços de ensino-aprendizagem.

Os critérios de inclusão adotados para os idosos foram indivíduos com 60 anos e mais, social e fisicamente ativos e inscritos em pelo menos um dos dois projetos de extensão da UFF, e os critérios de exclusão foi a de idosos e idosas que tivessem alguma deficiência física ou mental, idade abaixo de 60 anos, e não estarem inscritos nos programas/ projetos da UFF que estamos trabalhando na investigação e que tratam das questões do envelhecimento.

E os critérios de inclusão dos profissionais/ trabalhadores sociais foram o de: indivíduos que trabalham ou trabalharam com os idosos no território no tema do “envelhecimento e saúde do idoso” e que de alguma forma contribuíram ou ainda contribuem para os projetos “Espaço Avançado” e “Prev-Quedas” e, os critérios de exclusão foi o de indivíduos que nunca trabalharam nos respectivos projetos de extensão.

5.5 – Procedimentos e Técnicas de Coleta de Dados Empíricos

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas com os idosos foram tanto de caráter objetivo (idade, cor, religião/ praticante ou não, estado civil, número de filhos/ netos, local de residência, se mora sozinho, com cônjuge ou com parentes, escolaridade, ocupação, renda média individual, fonte de renda, renda familiar, uso de programa social, tipo de sistema de saúde utilizado) quanto de caráter subjetivo, segundo roteiro de entrevistas do Guião de entrevistas dos idosos (Anexo II).

E os dados coletados nas entrevistas dos profissionais que trabalham com este grupo etário tiveram fatores objetivos (idade, cor, religião/ praticante ou não, estado civil, número de filhos/ netos, local de residência, escolaridade, ocupação) e fatores subjetivos, segundo roteiro de entrevistas, do Guião de Entrevistas dos Trabalhadores Sociais (Anexo II) O Guião de entrevista para os Idosos foi construído em função dos objetivos específicos da pesquisa, que determina por sua vez os objetivos das seções correspondentes buscando demarcar quais os principais tópicos a serem abordados. Foram produzidas 35 questões.

O Guião de entrevista está dividido em partes de acordo com os objetivos:

a) Parte I: Legitimação da entrevista e recolha de dados caracterizadores individuais (objetivos específicos – Garantir participação voluntária e informada do entrevistado; Conhecer o perfil dos idosos), para os seguintes objetivos da seção (Clarificar os aspetos formais e éticos; Caracterizar o entrevistado em relação aos elementos sociodemográficos). Os principais tópicos a serem abordados são as Assinatura do Termo de Consentimento livre

e Esclarecido (TCLE) e os dados do entrevistado: idade; residência, nível de escolaridade; rendimento econômico: profissão/ocupação atual religião, estado civil.

b) Parte II: Sentidos sobre a velhice e o envelhecimento (objetivo específico – 1) Compreender os sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre idosos que frequentam os programas “Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas” e “Prev-Quedas), para os seguintes objetivos da seção (Identificar principais sentidos atribuídos à velhice; Analisar as percepções dos idosos sobre o envelhecimento). Os principais tópicos a serem abordados são os Estereótipos e crenças associados à velhice e as vivências e valores pessoais e associados ao processo de envelhecimento

c) Parte III: Saúde e envelhecimento ativo (objetivo específico 2: Analisar as experiências dos idosos com relação ao processo saúde-doença, ao envelhecimento ativo e à sua inserção social sob os marcos do processo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes no país), para o seguinte objetivo da seção (Contextualizar os sentidos dados ao envelhecimento frente às vivências do entrevistado relacionadas ao adoecimento, à qualidade de vida e aos recursos pessoais, familiares e socio-políticos). Os principais tópicos a serem abordados são a concepção de saúde do entrevistado, concepção sobre qualidade de vida do entrevistado, concepção sobre envelhecimento ativo, agravos em saúde e sociais mais comuns, conhecimentos e percepções do entrevistado sobre as políticas públicas e marcos legais para idosos

d) Parte IV: Trabalho e inclusão social dos idosos (objetivo específico 2 – continuação: Analisar as experiências dos idosos com relação ao processo saúde-doença, ao envelhecimento ativo e à sua inserção laboral e social, sob os marcos do processo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes no país.), para os seguintes objetivos da seção (Conhecer a relação do entrevistado com o trabalho e as redes de sociabilidade e seus efeitos no processo de envelhecimento); os principais tópicos a serem abordados são as ocupações e empregos do entrevistado ao longo da vida ; percepções do entrevistado sobre : as condições de trabalho dos idosos no mundo público e privado na contemporaneidade, atividades sociais e redes das quais participa, efeitos do projeto ou programa na vida do entrevistado

O Guião de Entrevista para os profissionais/ trabalhadores sociais foi construído em função dos objetivos específicos da pesquisa, que determina por sua vez os objetivos das seções buscando demarcar quais os principais tópicos a serem abordados. Foram produzidas 25 questões.

a) Parte I: Legitimação da entrevista e recolha de dados caracterizadores individuais (objetivos específicos – Garantir participação voluntária e informada do entrevistado e Conhecer o perfil dos trabalhadores sociais), para os seguintes objetivos da seção (Clarificar os aspetos formais e éticos; Caracterizar o entrevistado em relação aos elementos sociodemográficos). Os principais tópicos a serem abordados são as Assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e os dados do entrevistado: idade; residência, nível de escolaridade; rendimento económico: profissão/ocupação atual religião, estado civil;

b) Parte II: Um trajeto a se seguir no cuidado ao idoso (objetivo específico 3 – Conhecer a formação e a trajetória profissional dos trabalhadores sociais que atuam com idosos nos programas selecionados), para os seguintes objetivos da seção (Identificar aspectos positivos e negativos associados à história pessoal e profissional dos entrevistados, em suas diferentes categorias profissionais, que interferem na escolha do trabalho junto aos idosos; Levantar conhecimento dos profissionais quanto às políticas públicas voltadas para o cuidado e proteção social do idoso - Política Nacional do Idoso, Política de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso,...). Os principais tópicos a serem abordados são as características ou habilidades pessoais do entrevistado, situações ou aspectos familiares dos entrevistados que contribuíram para o trabalho com idosos, situações ou aspectos educacionais que incentivaram à escolha pelo trabalho com a população idosa, situações sociais e políticas que influenciam o trabalho

c) Parte III: Sentidos da Velhice, do Envelhecimento ativo e sua relação com a promoção da saúde (objetivo específico 4 – Analisar os sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo entre trabalhadores sociais que desenvolvem atividades junto aos idosos e seus efeitos na atenção em saúde e psicossocial prestada), para os seguintes objetivos da seção (Conhecer principais sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo e suas interfaces com a promoção da saúde, com foco nas ações de Educação em Saúde; Identificar os limites e potencialidades para integração da atenção integral em saúde aos idosos em situação do

violência na prática dos trabalhadores sociais). Os principais tópicos a serem abordados são os Estereótipos e crenças associados à velhice; Expectativas sociais referentes aos idosos; concepção de saúde do entrevistado: concepção sobre qualidade de vida do idoso, concepção sobre envelhecimento ativo, concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a educação em saúde. Antes da realização do estudo empírico, propriamente dito foi realizado um pré-teste das entrevistas com uma pessoa idosa no que se mostrou adequado e pertinente para esta pesquisa

Após a elaboração do Guião de entrevista, este passou pela etapa de validação do conteúdo por 03 especialistas em Ciências da Educação, tendo as suas observações sido incorporadas no documento final.

Os entrevistados para esta pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto a proposta do estudo, a importância deste para a sociedade e a preservação do anonimato mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitado aos voluntários o preenchimento do questionário por meio de entrevistas com o consentimento da gravação. O registro foi através de gravação/ autorizada, e relatórios em diários de campo.

5.6 – Organização, Tratamento e Análise dos dados

A investigação deste Doutorado de Ciências da Educação parte do pressuposto de que a experiência do envelhecer é influenciada por estereótipos e crenças sobre a velhice e, a depender das propostas político-pedagógicas que subsidiem as práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso, será mais ou menos possível caminhar no sentido emancipatório do envelhecimento ativo. A principal questão norteadora do estudo é: quais seriam os desafios da educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo, desde uma concepção do cuidado de si?

Sendo assim, por meio de uma abordagem qualitativa de pesquisa, o estudo exploratório desenvolvido na tese aliou investigações de cunho bibliográfico e empírico, tendo como objetivo geral identificar aspectos subjetivos e socioculturais do processo de envelhecimento que colaborem para subsidiar as práticas de Educação em Saúde na atenção prestada a população idosa, atendida em programas voltados para esta faixa etária na cidade de Niterói /Rio de Janeiro – Brasil.

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos que a pesquisa deste Doutorado de Ciências da Educação se propôs, com os dados coletados analisamos os discursos dos idosos entrevistados seguindo as etapas da técnica da análise de conteúdo

propostas por Bardin (2016) organizadas em três fases: 1) pré-análise, com a organização dos materiais disponíveis, 2) a exploração do material com a sua codificação e categorização do material, e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretados, com a interpretação dos resultados obtidos por meio da inferência, que é um tipo de interpretação controlada. Para Bardin (2016) esta inferência

... apoia-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”. Por isso, é preciso prestar atenção no emissor ou produtor da mensagem; no indivíduo (ou grupo) receptor da mensagem; na mensagem propriamente dita; e no *médium*, o canal por onde a mensagem foi enviada. (Bardin, 2016, p. 165),

Esta técnica se caracteriza por um estudo de natureza descritiva, na busca de se conhecer e interpretar a realidade estudada, sem interferir nela ou modificá-la. Esta pesquisa busca analisar para descobrir e também observar os fenômenos, em igual medida que os descreve, os classifica e os interpreta. E, ao fazer esta análise considera-se à inferência por meio da identificação objetiva de características das mensagens que consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos se faz pela análise categorial. (Silva & Fossá, 2015),

Portanto, a interpretação dos dados se deu pelo método análise de conteúdo, respaldada pelas observações in loco, e como técnica de análise das comunicações analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (Silva & Fossá, 2015)

E vai se buscar os sentidos produzidos nos diferentes discursos, segundo Marquês, (2004) para Foucault (1995), estes estão presentes nos diversos modos de expressão: oral, escrito (como encontrados nos livros e documentos), ou como os expressos em imagens, (quando veiculadas, as impressas, televisivas ou cinematográficas, ou por imagens expressas pelo próprio corpo). Para o filósofo, estes tipos de discursos vêm de vários personagens, que pode ser de autoridades, de trabalhadores sociais ou outros, ligados e reconstituídos conforme interesses pessoais ou de grupos, de modo que, dependendo de como os discursos

são abordados eles poderão ser determinantes nos efeitos na vida das pessoas, inclusive na saúde (Marquês, 2004).

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo quanto a interpretação transita entre dois pólos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, e é definida por esta professora como:

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. (Bardin, 2016, p.15)

E após a descrição dos dados obtivemos a sua interpretação, resultando então um conhecimento ampliado cujos conteúdos foram classificados em categorias.

As categorias iniciais configuram-se como as primeiras impressões acerca da realidade estudada. Resultaram do processo de codificação das transcrições das entrevistas feitas com os idosos voluntários de nossa investigação, num total de 13 (treze) categorias. E as categorias iniciais de análise dos dados empíricos dos trabalhadores sociais, após o processo de codificação resultaram em 21 (vinte e uma) categorias. Cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados e, também, conta com o respaldo do referencial teórico. As categorias iniciais foram dispostas nesta sessão de análise dos dados, através de citações ilustrativas das narrativas dos entrevistados, juntamente com o referencial teórico balizador.

Vamos analisar os discursos referidos aos idosos que foram entrevistados sendo 09 (nove) idosos participantes das atividades de oficinas criadas e estruturadas nos projetos de extensão da Escola de Serviço Social e da Faculdade de Educação Física da UFF, respectivamente denominados “Espaço Avançado” e “Prev-Quedas”. Estes espaços/territórios do cuidado do idoso, são expandidos para as universidades, a partir dos serviços nas unidades de atenção primária do SUS.

Em seguida vamos analisar os discursos referidos aos trabalhadores sociais (multiprofissionais) entrevistados, no total de sete (07) trabalhadores sociais que têm suas formações em múltiplas áreas de conhecimento como a da Educação Física, da Nutrição, do Serviço Social, Farmácia, enfermagem, psicologia, e outros e que atuam nestes programas

junto aos idosos. Dentre estes, 03 (três) profissionais são alunos do curso de Residência Multiprofissional/ HUAP/ UFF com foco na saúde do Idoso e estão sendo acompanhados por preceptores-docentes da UFF.

Neste sentido, organizaremos a análise dos dados de forma a ir de encontro aos objetivos a que nos propusemos:

1) compreender os diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre os idosos que participam de espaços de cuidados em projetos de extensão nas Faculdades de Educação Física e na de Serviço Social da UFF;

2) analisar as experiências dos idosos com relação ao processo saúde-doença, ao envelhecimento ativo e à sua inserção laboral e social, sob os marcos do processo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes no país.

3) paralelamente identificar os diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo entre trabalhadores sociais que desenvolvem atividades junto a estes idosos para problematizar seus efeitos nas práticas de Educação em saúde junto aos idosos na atenção em saúde e psicossocial prestadas.

5.7 – Aspectos Éticos

Com relação aos aspectos éticos, em consonância com norma orientadora de pesquisas com seres humanos - Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466, 2012), informa-se que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF sob o nº 2.766.751 no dia 11 de julho de 2018. De acordo com o recomendado no país, utilizar-se-á do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual constam os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo. O documento será lido para o convidado e, caso aceite participar, o mesmo assinará o termo em duas vias (uma do entrevistado e outra da pesquisadora).

VI – PESQUISA EMPÍRICA COM IDOSOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização dos entrevistados:

Os dados das entrevistas são compostos por uma amostra formada por 09 (nove) idosos, sendo que 08 (oito) são mulheres com idades entre 64 e 86 anos e 01 (um) homem com idade de 69 anos. Ao traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos entrevistados utilizamos as seguintes características: cor³⁵, religião, estado civil, número de filhos/ netos, escolaridade, ocupação, renda média individual, fonte de renda, renda familiar, de acordo com o recebimento de ajuda de algum programa social, moradia e o sistema de saúde que é utilizado pelos indivíduos idosos. E para manter o anonimato os chamamos por nomes fictícios como: Azaléia, Dália, Hortêncina, Íris, Lavanda, Begônia, Cravo, Rosa, Violeta.

Construindo, portanto, o perfil segundo as características dos idosos, temos: a) quanto a cor, cinco idosos se auto denominaram de cor branca, três mulatos e um de cor parda; b) quanto a religião oito são católicos, sendo que destes, cinco são praticantes, um é evangélico/ praticante; c) quanto ao estado civil dois idosos estão casados, três divorciados, três são viúvas e um é solteiro; d) quanto ao número de filhos/netos, um têm um filho, outro dois e outro três filhos e o restante não têm filhos; três têm entre um e dois netos; e) quanto a escolaridade difere muito e vai desde o que tem pouca instrução, dois com 1º grau, dois com o 2º grau completo e um com o 3º grau; f) quanto a ocupação: cinco são aposentados, três são do lar e um não se aposentou e recebe ajuda da família; g) quanto a renda média individual: seis idosos ganham um salário mínimo, um não sabe quanto recebe porque recebe ajuda da família (aluguel, etc.) e um dos idosos recebe mais de três salários mínimos; h) quanto à fonte de renda, seis idosos recebe a aposentadoria, dois recebem pensão do cônjuge falecido e um recebe ajuda de parentes; i) quanto a renda familiar: quatro recebem um salário mínimo, um recebe de um a dois salários mínimos, três recebem mais de três salários mínimos e um recebe ajuda de parentes para se sustentar e não sabe precisar quanto; j) quanto ao recebimento de ajuda de algum programa social: nenhum dos idosos recebe qualquer apoio neste sentido; k) quanto a moradia: sete tem casa própria, dois pagam aluguel; l) quanto

³⁵ A cor da pele é um fator de grande relevância no cenário populacional brasileiro das desigualdades que se somam. Pois há ainda discriminação para quem se autodenomina negro. Ao se autodenominar de cor parda e mulata os idosos, optam pelo não reconhecimento, no que sinaliza uma tentativa de branqueamento, preconceito, etc. Uma vez que pardos e mulatos seriam categorizados como negros.

ao tipo de sistema de saúde utilizado: apenas dois utilizam o sistema público de saúde, o SUS, inclusive através do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/ UFF), que recebe fomento do SUS, o restante utiliza o sistema privado de saúde. (Anexo V – Quadro 1)

6.1.a. Resumo do Perfil Socioeconômico e Demográfico dos Idosos:

Resumindo o que é a representação desta amostra no perfil socioeconômico e demográfico dos idosos que entrevistamos pois, são 09 (nove) idosos, a maioria mulher, entre 64 e 86 anos, branca, católica praticante, divorciada, estudou até o 2º grau completos, pertence à classe média, vive com a renda individual da aposentadoria e a familiar de três salários mínimos em média, mora em casa própria e têm 01 (um) filho. Não participa de nenhum programa social. Quando precisa recorrer ao sistema de saúde utiliza o sistema privado e não o SUS que é público

6.2. Compreensão dos Sentidos e Análise das Experiências das Entrevistas com Idosos – Categorizações a partir dos objetivos do estudo, do guião e das especificidades dos sujeitos da pesquisa

Os dados reunidos a seguir são resultantes de um processo de pesquisa que teve o desafio de encontrar fios narrativos lógicos no discurso dos idosos, no caso, reconhecidos em suas especificidades e modos de pensar e agir, enquanto Sujeitos do estudo. Sendo assim, em alguns casos, a tarefa foi mais difícil, justo por vivenciar-se na interação e prática de pesquisa algo que os próprios entrevistados disseram fazer parte de seu modo de viver a velhice - uma certa lentidão dos seus ritmos, a demanda por uma conversa mais livre e solta, menos voltada para as obrigações e mais para os desejos e afetos.

Foi dentro desse contexto que o esforço de análise e interpretação da investigação precisou objetivar e construir um quadro lógico e coerente de categorias e inferências para alcançar os objetivos 1 e 2 da pesquisa, os quais concentram-se na compreensão dos diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre os idosos e na análise de suas experiências com relação ao processo saúde-doença e ao envelhecimento ativo.

Sendo assim, para introdução das temáticas centrais da pesquisa nas entrevistas, foi perguntado aos idosos como gostariam de ser chamados ou identificados ao longo da conversa: Idoso/a, velho/a ou pessoa na terceira idade? Por que?

A partir dessa provocação inicial e do seguimento com as questões que compuseram as partes I, II e III do Guião (Anexo II), foram identificadas nas narrativas apresentadas os sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento pelos idosos, contextualizadas em suas trajetórias de vida, de modo a demarcar experiências significativas quanto à vivência de suas próprias velhices, ao processo de envelhecimento e aos fatores de proteção e risco que colaboram para um envelhecimento ativo.

Para que o avanço na direção dos objetivos que o estudo de doutoramento se propôs alcançar se materializasse, os dados coletados foram analisados considerando temáticas identificadas nas narrativas dos entrevistados, no referencial teórico e nas observações da pesquisa, tendo como produto 11(onze) categorias iniciais, 05 (cinco) categorias intermediárias e 02 (duas) categoriais finais, sumarizadas no quadro resumo a seguir e detalhadas, no 11.12 – Anexo XII, figura 6, onde estão também registradas as unidades de registro centrais:

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1- Estereótipos e crenças atribuídos à velhice: percepções e vivências dos idosos	A velhice como construção social: são velhices	DIMENSÕES SUBJETIVAS E BIOPSISSOAIS DAS VELHICES E DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A PERSPECTIVA DOS IDOSOS
2- Experiências de viver a boa velhice		
3- Experiências de viver a má velhice		
4- Percepções sobre o processo saúde-doença- cuidado no cotidiano de vida dos idosos	O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida	
5- Qualidade de vida e “estilo de vida”		
6- Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade	Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo	
7- Afetividade assertividade e autoestima na produção do cuidado de si		
8- Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos	Cidadania na terceira idade	ASPECTOS, POLÍTICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIOCULTURAIS QUE COLABORAM PARA SUBSIDIAR AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRESTADA À POPULAÇÃO IDOSA
9- Acesso e garantia dos direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade na cidade:		
10- Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade	Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso	
11 - O reconhecimento dos projetos universitários:		

Vale ainda esclarecer que, a partir das duas categorias finais, a saber, das *Dimensões Subjetivas e Biopsicossociais das Velhices e do Processo de Envelhecimento, sob a perspectiva dos idosos* e, dos *Aspectos Políticos, Pedagógicos e Socioculturais que Colaboram para Subsidiar as Práticas de Educação em Saúde na Atenção Prestada à População Idosa*, serão apresentados e discutidos os principais resultados da análise de conteúdo realizada.

Por meio da apresentação e problematização das 11 (onze) categorias temáticas iniciais centrais que compuseram as 05 (cinco) categorias intermediárias, buscar-se-á colocar em cena reflexões que aprofundem o olhar sobre o objeto de estudo, dialoguem com os principais sentidos e apontem tendências e singularidades que contribuam para o avanço do conhecimento científico sobre o cuidado e os direitos dos idosos, na interface entre os campos da Saúde e da Educação.

6.3 Dimensões Subjetivas E Biopsicossociais das Velhices e do Processo de Envelhecimento, sob a perspectiva dos Idosos

Na visão dos idosos participantes do estudo foram três as principais categorias intermediárias que aglutinaram os sentidos que demarcaram as dimensões biopsicossociais da velhice e do envelhecimento: 6.3.1 - *A velhice como construção social: são velhices!*; 6.3.2 - *O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida*; e, 6.3.3 - *Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo*.

6.3.1 - A velhice como construção social: são velhices!

Na composição da primeira categoria intermediária da seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 6.3.1.a ao 6.3.1.c.

Como observado, são singulares as formas de se envelhecer, viver e sentir a velhice, já que são ‘várias velhices’ (Neri, 2007). Assim, tanto a literatura como os nossos entrevistados confirmaram ser a velhice uma construção social, como demonstrado nos tópicos seguintes:

6.3.1.a. Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice: percepções e vivências dos idosos

A maior parte dos idosos entrevistados, aparentemente, não deu importância ou não se mostrou incomodada por ser identificada como uma pessoa velha, da melhor idade, da terceira idade ou idosa, como expresso no relato “*Não incomodo nem com idoso, nem velho, nem nada. Eu sei a idade que eu tenho(...)*” (Violeta). Pelo menos sete deles disseram não se importar, ora se posicionando em termos de preferência por ser nomeado como idoso ou idosa, ora por pessoa da melhor ou da terceira idade, sendo o termo velho o menos citado ou o mais rejeitado, como é possível perceber na escolha de Hortência quando diz que “*gostaria de ser chamada como pessoa na terceira idade, eu não gosto de ser chamada de velha não!*” Dois participantes, se justificaram dizendo ficarem chateados apenas quando o “velho” aparece no sentido pejorativo do termo.

Para além da questão de se nomear ou situar a fase do processo de envelhecimento em que se encontram, chama a atenção que pelo menos 02 (dois) deles responderam não se importar com tal denominação por não se **sentirem** velhos, já que no seu cotidiano de vida sentem-se funcionais, ou seja, **ser velho não é igual a sentir-se velho**, pelo menos segundo os estereótipos que desqualificam a velhice como período de fragilidade e dependência e o velho como um ser descartável como observa-se nas falas de Hortência e Rosa, respectivamente - “*Ainda não me sinto velha! Eu acho que é porque eu tenho muitas atividades (...)*”; “*Eu sou da terceira idade, mas eu não me sinto velha*”. A tendência foi de positivar e singularizar a velhice sentida/vivida, diferenciando-a da velhice universalizada, capturada em ideologias limitantes.

Interessante foi observar que, por outro lado, houve relato de resistência na aceitação de uma das idosas no grupo, justo aquela mais jovem (64 anos) e a única com nível superior de escolaridade. Ela atribuiu tal “resistência” ao fato dela se afirmar como diferente das demais idosas, apesar de se reconhecer como idosa: “*tem pessoas de idade ali, elas não gostam muito de mim, por ser assim(...)*sou alegre e tudo, minha cabeça fica, assim, mais aberta, não é?! (Rosa). Ou seja, ao não se mostrar ou comportar dentro de um padrão ou tipo esperado associado aos estereótipos hegemônicos sobre esse grupo populacional, fica aqui interrogado se, intragrupo, haveriam preconceitos, tanto associados ao seu comportamento como ao seu perfil dissonante dos demais participantes do projeto.

Outro modo de se analisar tal situação de discriminação, ainda que a partir da percepção de uma só entrevistada, vai de encontro aos mecanismos de defesa acionados frente ao ageísmo. Estudos revelam que os estereótipos são fontes de influência para a percepção que as pessoas têm de si próprias. A discriminação contra os idosos – ageísmo – é sustentada principalmente pela manutenção de estereótipos (negativos e positivos) quanto à idade avançada. Crocker e Major (1989) propõem que nem sempre o preconceito e a discriminação social implicam prejuízos na autoestima de membros de grupos estigmatizados (Couto et al, 2009). Será que Rosa, ao utilizar estratégias de comparação de seu modo de ser idosa com os demais indivíduos que pertencem ao mesmo grupo estaria se diferenciando e afirmando outro modo que a distancie de tais estereótipos?

É importante destacar que na pesquisa de campo, a amostra foi composta por idosos que participam de grupos de atividades para a terceira idade, e o envolvimento nesses grupos contribui para uma reelaboração do significado de velhice, sendo que, a ressignificação da velhice tem o potencial de promover a autoestima, fortalecendo o indivíduo para lidar com eventos negativos, o que poderá ser compreendido de modo mais aprofundado, a partir das experiências da boa velhice, próxima categoria temática abordada.

6.3.1.b. Experiências de viver a boa velhice

A tendência em termos do reconhecimento positivo da vivência da velhice entre o grupo que participou das entrevistas foi de associá-la a valores positivos 05 (cinco), embora diferentes argumentos para tal valorização tenham sido apresentados. Alguns 02 (dois) consideram que ao envelhecer estão seguindo o curso da vida, pois se sentem uns privilegiados, enquanto estão vivos, tal como pode ser evidenciado na afirmação da Dália: *Velhice é uma benção! Porque quem não chegar a velhice vai morrer cedo, vai ficar no meio do caminho (...).*

Para pelo menos 03 (três) idosos, a velhice configura-se como se dando de forma boa, se comparada a outras fases de suas trajetórias pessoais e/ou momentos sócio históricos anteriores, para a qual foram associadas ideias de progresso social e/ou melhoria no acesso a recursos materiais que facilitam de algum modo o viver das pessoas, como fatores que contribuíram para tal avaliação, como sinalizado na reflexão compartilhada por Lavanda,

quando relata que “*Antigamente a vida era mais puxada, hoje não, hoje é tudo mastigado (...)*”.

A velhice tornou-se uma fase de ganhos pessoais para boa parte dos entrevistados 05 (cinco), principalmente por vivenciarem uma relação diferenciada com o tempo, no sentido do uso do mesmo em favor de suas próprias necessidades e desejos, o que esteve diretamente relacionada também a terem mais tempo para atividades sociais, físicas e cognitivas, e/ou que lhes dão prazer.

Por fim, a boa velhice se deu também pelo encontro com uma vida com menos compromissos, o que somado ao uso do tempo de modo mais próximo aos seus interesses e necessidades, com possibilidades de escolha e fortalecimento da autoestima, pode também sinalizar mais liberdade e autonomia, de posicionamento e pensamentos, como demonstrado nos comentários abaixo:

Pontos positivos da velhice? É uma vida sem compromissos! (Hortência).

Eu não tenho mais timidez, se eu quero falar com uma pessoa, falo ... estou curtindo a vida, de uma maneira simples, conversando com as pessoas, sabe? (...). Estou me amando, cuidando, fazendo o que gosto (Rosa).

6.3.1.c. Experiências de viver a má velhice

O processo de envelhecimento envolve uma série de mudanças - biológicas, psíquicas e sociais - que acontecem em tempos diferentes, não podendo ser generalizado a todos os indivíduos, e como cada um trabalhará essas mudanças é o que fará a diferença ao pensarmos o envelhecimento de uma, ou mais pessoas (Neri, 1995).

Algumas mudanças enfatizadas pelos idosos como decorrentes da terceira idade foram avaliadas como pontos negativos, entre as quais a alteração no seu ritmo de vida em função de limitações físicas que vieram com a idade, o qual passou a ser mais lento, como revela uma das entrevistadas “ *a gente fica um pouquinho mais lento, né? Não tem aquele vigor de antigamente* ” (Hortência).

Interessante notar ainda que esse declínio físico que altera o ritmo dos idosos, no caso do único homem entrevistado foi associado ao fato de passar a se ver ou sentir como preguiçoso: “*A idade vai chegando e a gente vai, uma quedazinha, uma coisa (...). Eu não era preguiçoso não, não*” (Cravo). De certo modo, tal discurso merece uma reflexão sobre que sentidos poderiam estar associados a tal tipo de auto avaliação ou sentimento sobre si mesmo, especialmente em se tratando do que se espera dos homens em seus papéis de gênero em uma sociedade patriarcal e capitalista, no âmbito de uma masculinidade hegemônica: ser ativo, potente, forte, produtivo, etc. Em uma breve pesquisa informal em diferentes dicionários da língua portuguesa, constata-se que preguiçoso pode se equiparar a ser desanimado, ou à pessoa que prefere não trabalhar, que não se empenha na realização de alguma tarefa, comportamentos que contradizem expectativas sociais para com os homens. Por fim, se reconhecer como preguiçoso ou desanimado, pode denotar ainda aspectos ligados à própria saúde mental do idoso, se entendido como um dos sinais que aponta para transtornos depressivos, o que acende um alerta, já que estudos apontam ser o suicídio entre os homens um fenômeno muitas vezes associado ao desmonte do seu papel de provedor (Meneghel, et al, 2012)

Seguindo nessa linha de análise sobre as questões de gênero e dos sentimentos negativos e aspectos psicológicos associados à velhice, encontramos entre os depoimentos femininos, um que aponta o sentimento de solidão causado pela saída dos filhos de casa. Begônia afirma que se sentiu “*assim envelhecida, depois que meus filhos casaram. Eu comecei a sentir uma diferença grande, a casa ficou vazia*”. No mesmo estudo já citado (Meneghel, et al, 2012), foi observado que os suicídios entre idosas podem estar mais relacionados ao declínio ou ausência de sua função social de mãe e/ou de cuidadora, fator considerado desencadeante de alguns quadros de depressão e violências autoinflingidas que, em última instância, podem ter desfechos fatais.

No grupo investigado, a representação negativa do envelhecimento mais citada entre os participantes teve como um de seus pilares o declínio físico, sentido como ainda pior quando acompanhado de sofrimentos associados a doenças e dores corporais – “*Seria tudo muito bom se eu não sentisse tanta dor nos meus ossos. O resto tá ótimo!*” (Begônia). “*Ah, essas dores! Dói aqui, dói ali, não é?!*” (Rosa).

Em consequência de alguns desses quadros, observou-se haver o aumento no uso de medicamentos entre os representantes da terceira idade que participaram da pesquisa, chegando ao extremo de uma das idosas manifestar um certo inconformismo com tal

situação, que a leva a se aproximar de um desejo de morte como possibilidade de dar um fim ao processo: *É remédio pra controlar tudo... tomo esse Rivotril pra dormir... levanto seis horas, tô aqui, né, até não sei quando, amanhã também ninguém sabe, quando Deus quiser ele me leva de uma vez!* (Azaléia). Assim, o significado da morte aqui, parece ser atravessado no discurso da mesma, pelo estereótipo que considera a velhice como etapa representativa da decadência que antecede a morte, tal como discutido por Rodrigues e Soares (2006).

Outro ponto negativo, foi a perda de autonomia para ir e vir e a dependência de outras pessoas para fazer as coisas que antes faziam parte de suas rotinas, como as viagens, antes frequentes no caso de Azaléia - *“Todos os anos eu ia lá, agora não posso ir mais por causa da idade né, e pra mim tem que ir mais acompanhada”* - ou realizar tarefas domésticas conforme constatado no relato de Dália: *“eu não posso mais subir numa escada para limpar uma janela(...) É nesta hora que eu fico meio enjoada com a minha velhice!”*

Um dos grandes desafios na atenção ao idoso é conseguir contribuir para que ele próprio consiga redescobrir as possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, apesar das limitações. Segundo Ciosak et al. (2011), essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

6.3.2 - O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida

Na composição da segunda categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 6.3.2.a ao 6.3.2.b.

De modo geral, observou-se que houve, ao longo das entrevistas, um entrelaçamento entre a concepção tradicional e ainda hegemônica de saúde como ausência de doenças, com noções mais ampliadas sobre o processo saúde – doença – cuidado, principalmente no sentido do que era entendido pelos participantes como sendo necessário para serem ou se sentirem idosos saudáveis.

6.3.2.a Percepções sobre o processo de saúde-doença-cuidado no cotidiano de vida dos idosos

Quando perguntados sobre o que é ter saúde, cerca de 08 significados identificados nas falas dos participantes estiveram associados ao sentir ou não sentir dor, ter ou não

doença, tomar ou não tomar remédios, sinalizando haver entre os mesmos uma concepção de saúde mais orientada pelo paradigma biomédico e a compreensão da medicalização como uma forma de cuidado, como observado nas falas a seguir:

Considero que eu tenho boa saúde. (...). Não tomo remédio, só tomo complemento: cálcio e vitamina D. A pressão normal e nada de diabetes. E me alimento bem... Não tenho nenhum problema de saúde, nenhuma alteração (Hortência).

Saúde é tudo na vida. Ter saúde é tudo na vida. Que a pessoa com saúde é a melhor coisa do mundo né, agora você sem saúde, Nossa Senhora, você não é nada ... dói-me aqui, dói-me lá, dói-me cá, dói-me cá, 'cê' não pode fazer nada, não é, que tá sempre sentindo uma coisinha aqui (Azaléia).

No Brasil, a atenção à saúde do idoso, por um bom tempo, era restrita ao acesso à assistência médica individual. Apesar dos avanços em termos de haver hoje uma política de saúde do idoso mais integral, ainda é bastante frequente a redução do envelhecimento à doença crônica, o que circunscreve os cuidados em saúde aos atendimentos médicos individuais esporádicos, quase sempre restritos às complicações como, por exemplo, as da hipertensão, com deterioração da qualidade de vida desse idoso. (Lazaeta, 1994). Apesar de ir às diferentes especialidades médicas ou estar com doença grave o idoso se sente com saúde, sendo o problema visto como uma “necessidade” ou algo normal na terceira idade.

Entretanto, na visão de Rosa, a mais nova entre os idosos e única com nível de escolaridade superior, uma visão ampliada da saúde, mais contemporânea e/ou alinhada ao paradigma da promoção da saúde, considerou que “*Saúde é tudo junto, não é?! Bem-estar, é um equilíbrio, não é. Geral, de tudo, saúde física, espiritual(...).*”

Para alguns, o fato de se manterem ativos está diretamente associado a ter saúde, como sinalizado por Hortência – “*Considero que eu tenho boa saúde. E deve ser porque eu não fiquei parada, né?* Embora não se tenha a possibilidade de avaliar exatamente qual foi sentido dado pela idosa ao “não fiquei parada”, podemos conjecturar algumas hipóteses... Em termos de perfil, considerando que os entrevistados fazem parte da classe trabalhadora, como constatado na renda familiar informada pelos mesmos, situadas entre um e quatro salários mínimos, oriundas na maior parte de suas aposentadorias, será que não ficar parada foi no sentido manter-se trabalhando, mesmo já aposentada? Nessa linha de raciocínio, é possível

também considerar o manter-se ativa no cuidado da casa, trabalho doméstico naturalizado e muitas vezes não reconhecido no cotidiano das mulheres brasileiras. Tal situação fica bem ilustrada com a resposta da entrevistada que diz se considerar (...) *com saúde, bastante mesmo sim. Eu faço comida, eu lavo roupa, eu passo roupa, eu faço faxina em casa, eu lavo banheiro, faço tudo*” (Azaléia).

Importante se faz agregar a perspectiva de gênero à discussão da incondicional disposição de Azaléia para o trabalho doméstico. Sendo o cuidado entendido como tarefa feminina, em função da divisão sexual do trabalho, no contexto social brasileiro assim se configurar (Melo & Morandi, 2020), a valorização de tal atividade ganha também outros contornos no discurso da entrevistada, que pode assim reforçar sua concepção de saúde na terceira idade como articulada à possibilidade de ter ou manter sua função social

Para Assis (2004), viver mais e bem é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla como potencial de satisfação das aspirações humanas. Quando o idoso está sendo assistido com tratamentos bem-sucedidos, e sua autonomia e seu bem-estar são preservados, ele pode gerir sua vida e determinar suas atividades de lazer, de convívio social e de trabalho. Se este é hipertenso, diabético, cardíaco ou se toma remédio para depressão, infelizmente esta é uma combinação que faz parte da realidade desta faixa de idade, mas não é sinônimo de incapacidade.

6.3.2.b Qualidade de vida e “estilo de vida”

Durante as entrevistas, a partir da questão disparadora – *“O que faz para ter saúde?”* – Foi possível apreender uma diversidade de situações e exemplos dados que tenderam a se configurar como o que comumente se chama de “hábitos saudáveis”, porém agregando alguns componentes específicos da convivência social, em função de sua participação nos projetos que, em última instância colaboram para isso.

Na observação dos discursos, uma parte dos idosos 05 (cinco), destacou como positivo a realização de atividades que dão prazer, como são as atividades sociais, as atividades físicas-esportivas e culturais como a leitura, e também a boa alimentação e uma oportunidade maior de desenvolvimento devido ao tempo mais disponível, comparando com os jovens que ao contrário dos idosos não dispõem desses hábitos. De certo modo a velhice

assim configurada, pareceu muito mais atrelada à forma como a vivenciam no seu cotidiano do que aos fatores limitantes que a idade pode trazer.

Se, como demonstrado no item anterior já apresentado, os sentidos dados à saúde como ausência de doença tomaram boa parte da cena, aqui se observa haver uma transição em curso, favorecendo a construção de um olhar mais ampliado sobre a temática, mas que para outros ainda fica na observação e avaliação de um novo cenário do processo de envelhecer com saúde:

Eu acho porque os próprios idosos estão se cuidando mais. Olha você vai ali na Praia de Icarai essa hora tá cheio de idosos lá, fazendo caminhada, tomando água de coco, fazendo coisas, se alimenta bem, chega em casa se alimenta, antes de dormir se alimenta e tal. (Azaléia).

Segundo uma das participantes, para envelhecer bem “deve se estruturar” desde nova, relacionando a boa velhice com o estilo de vida saudável: “*Se eu cheguei nessa idade e com tudo tão bem estruturado é porque eu também na mocidade, eu também soube ser estruturada, eu soube formar essa minha velhice!*” (Dália). Conforme observação de campo na casa desta idosa, esta fez questão de mostrar as frutas que tinha em sua cozinha e relacionar a boa alimentação a sua longevidade (86 anos de vida) e sempre trazendo na conversa a boa relação que tem com os filhos, que moram com ela.

De acordo com Lima-Costa et al (2003), o novo paradigma em saúde no que se refere a qualidade de vida do idoso é a capacidade funcional. A velhice considerada saudável pode ser encontrada até no idoso portador de doenças crônicas, desde que esteja sendo bem assistido, com tratamentos bem-sucedidos, que tenham sua autonomia preservada, com condições de gerir sua vida e de realizar seus próprios desígnios.

Segundo Neri (2004), o bem-estar na velhice é muitas vezes atribuído à capacidade de recorrer a mecanismos compensatórios como trabalho e envolvimento em atividades sociais, indo ao encontro de outros estudos que rejeitam o estigma de que o idoso é infeliz, só, abandonado e doente. O que é possível sugerir que as experiências de bem-estar são fortemente influenciadas pela qualidade de vida dos idosos e suas condições sociocognitivas.

6.3.3. Fatores de Risco e Mecanismos de Proteção para o Envelhecimento Ativo

Na composição da terceira categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 6.3.3.a e 6.3.3.b.

As experiências dos entrevistados demarcaram vulnerabilidades – medo da solidão e de mudanças, fragilização dos laços sociais e do corpo físico, perda da função social – estratégias e recursos desenvolvidos e/ou aprendidos pelos mesmos, a partir dos diferentes percursos pessoais, familiares e sociais vivenciados nas suas velhices, os quais vêm colaborando para seus processos de envelhecimento ativo. Foi identificado em parte dos discursos um sentido aproximado daquele do idoso como "ator social", que está redefinindo suas relações familiares e criando uma nova imagem de si. Vale lembrar que Minayo e Coimbra Jr. (2002) apontam ser este um dos quatro sentidos atribuídos ao envelhecimento.

6.3.3.a Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade:

A resiliência faz parte da trajetória de vida de todo ser humano considerando-se o fato dele sempre se deparar com a necessidade de superar ou transformar as adversidades que encontra. Podem ser consideradas adversidades as condições precárias de vida, a pobreza, variados tipos de violência, experiências de doença crônica ou aguda do próprio indivíduo ou da família e perdas importantes, entre outras (Noronha et al, 2009).

A partir da noção de potencial de resiliência, noções de vulnerabilidade, risco e proteção passam a ser evidenciadas, dando visibilidade a mecanismos individuais e coletivos utilizados frente situações de vulnerabilidade que podem fazer parte do processo de envelhecimento. Os mecanismos de proteção funcionam como estratégias que melhoram ou alteram as respostas pessoais a determinados riscos, evitando que os indivíduos expostos a eles tenham seu desenvolvimento prejudicado. O indivíduo pode se tornar mais vulnerável sem a mediação dos mecanismos de proteção, o que potencializa o impacto dos riscos sobre o desenvolvimento (Yunes & Szymanski, 2001).

Assim, para além das **percepções e vivências** sobre o processo saúde-doença-cuidado, discutidas no tópico anterior, a resiliência e os mecanismos de proteção foram categorias que emergiram das entrevistas, com algumas **nuances e sentidos** que

evidenciaram as diferentes **ações e estratégicas** utilizadas pelos idosos para superação das adversidades que compõem sua condição de ser uma pessoa da terceira idade e estar sujeito a várias situações de vulnerabilidade, algumas delas apresentadas no corpo teórico da tese, mais especificamente no capítulo 2.

Entre as estratégias utilizadas pelos entrevistados para tal superação de adversidades, algumas são mais ligadas a aspectos atitudinais, outras mais comportamentais e, outras ainda, mais relacionais. Evitar ficar preso a um passado, encarar o presente e tomar consciência da realidade, pode ser um caminho promissor para aumentar o potencial de resiliência do idoso, como colocado por Dália, pois *“você tem que ter consciência, que velhice é velhice. Não pode ficar reclamando, porque seu tempo já passou. Agora, você tem que enfrentar o seu caminho”*.

Na mesma direção, de não ficar estacionado no passado e *“enfrentar o seu caminho”*, foram identificados pelo menos três outros modos de agir e seguir a vida, contornando possíveis adversidades ou conflitos familiares: não se prender a um formato de relacionamento antigo, de quando os filhos eram pequenos e moravam juntos, flexibilizando o modo de conviver com os filhos adultos, atualizando sua função social (materna ou paterna) a partir do cuidado e interação com netos (sendo avó/ avô) e, dentro desse processo, seguir respeitando a autonomia de todos, como apontado nos relatos abaixo:

Agora eu tô com meu filho. Passo dois dias com ele, vou pra casa, cuido da casa lá. Aí tem vez de quinze em quinze dias também fico com minha filha, com minha netinha, meu genro. Aí eu fico assim! Vai ser assim até um dia Deus me levar, vou fazer 81 anos amanhã né! A vida é essa! (Azaléia).

“No meu relacionamento com a família, eu acho que eu tá tudo bem. Eu não me meto com eles, nada! Assunto deles fica para eles” (Cravo)

No conceito de envelhecimento ativo há um processo de aprendizagem do cuidado e busca de autonomia que se dá nas relações familiares, como se refere o entrevistado acima, e, que ratifica e valoriza o respeito entre ambas as gerações e os ganhos advindos disso.

“Enfrentar o seu caminho”, no caso, no contexto do seu envelhecimento na etapa da velhice, pode significar também enfrentar algumas adversidades oriundas do fato ser uma

pessoa da terceira idade e estar mais vulnerável em termos das possibilidades de estabelecer, ou mesmo manter vínculos sociais mais estáveis, pelo isolamento provocado na vida de algumas delas. Observa-se que tal isolamento pode se dar, quer seja por estarem fora “da ativa” ou aposentadas, quer seja por passarem a ter que morar sozinhas ou, por sentirem-se inseguras para transitar mais livremente nas ruas, por limites físicos que aumentam riscos de queda, por exemplo. Encontrar outros modos de ocupar o tempo e sair de casa e, meios de participar do mundo público torna-se assim necessário e recomendado.

Pelo menos duas idosas desenvolveram estratégias parecidas com tais recomendações: *Em casa eu fico lendo, durmo, fico fazendo joguinho de paciência, essas coisas, né? Fico duas, três horas nisso não é muito bom, né? Então eu saio, gosto de sair. Gosto de participar do grupo, de fazer coisas!* (Hortência); e, tanto esta como a outra, foi dado muito valor à participação nos grupos oferecidos pelos projetos universitários. Por outro lado, quem de alguma forma não encontra ou adere a alguma estratégia de socialização, encontra-se mais vulnerável frente a situações de sofrimento psíquico provocado pelo isolamento social, pois *“tem muita gente que fica triste em casa, fica em depressão e não quer frequentar um grupo desse (...) acha que é bobagem, mas não é!* (Lavanda).

Foi possível ainda observar, na fala de uma das participantes, haver outro importante modo de enfrentar os limites do envelhecer, o qual confirma que a ampliação da consciência acerca do processo de envelhecimento ativo está associada ao modo como o idoso aprende a perceber a si e ao outro no seu cotidiano de vida, em um processo de aprendizagem permanente e contínuo, tal como ressaltado pela mesma:

A vida também ensina muito a gente né, cada dia a gente aprende, a gente nunca deixa de aprender. Tá sempre pronto a aprender alguma coisa, sempre surge alguma coisa nova a cada dia, a cada dia, a cada minuto da vida da gente surge algo novo. (Iris)

Por fim, apesar de se reconhecer a socialização, o respeito às autonomias e abertura para novas aprendizagens como caminhos para se superar dificuldades e promover a resiliência, elas também precisam ser ensinadas e praticadas no convívio com os demais idosos do grupo, algo que foi recomendado por Lavanda: *“Eu falo, eu sempre toco nas teclas: respeito, tolerância e saber conviver um com o outro e não achar que você tem mais*

direito do que o outro idoso". Mas, como se daria tal aprendizagem nos grupos de extensão? Que propostas político-pedagógicas podem colaborar para isso? Espera-se que ao final do estudo ora apresentado, algumas possibilidades e recomendações sejam sinalizadas.

6.3.3.b Afetividade, assertividade e autoestima no cuidado de si

No contexto das relações sociais estabelecidas pelos idosos, a participação em espaços e grupos em que foi possível estabelecer novos vínculos afetivos colaborou para que sentimentos de segurança e pertencimento fossem gerados, algo muito valorizado na experiência de Lavanda ao afirmar que *"A gente ter todo o amparo, ter o carinho das pessoas, o nosso grupo (...) Eu acho que isso é muito bom, muito mesmo"*

Vivenciar esse tipo de acolhimento e vinculação positiva contribuiu para que outras participantes fortalecessem sua autoestima, fossem assertivas em seus desejos e se cuidassem mais, como foi possível constatar nos próximos relatos, cheios de sentimentos de amor próprio e atitudes de autocuidado: *Estou me amando, cuidando, fazendo o que gosto* (Rosa). *Tenho bastante amiga do grupo daqui. Faço Yoga Tenho que cuidar de mim também né, não posso deixar* (Iris).

Assis (2005) reconhece o investimento no autocuidado pela pessoa idosa como expressão de sua autonomia, um caminho para que possa buscar relacionamentos ou atividades que valorizem suas capacidades e habilidades e se recoloca no mundo enquanto sujeito ativo.

Por outro lado, na relação do idoso com seu próprio corpo, novamente o sentido do "manter-se ativo" apareceu, porém aqui, mais no sentido de uma certa autonomia sobre sua realidade corporal, sendo seu o protagonismo da atividade, do manter o corpo em movimento e vivo, não pela recomendação de se fazer atividade para se ter saúde, tal como prescrito pelos médicos para se ter saúde, mas sim como uma escolha e por prazer: *"Eu ando o dia inteiro, eu ando, eu vou a pé, se eu for pro Centro, moro no Ingá, vou pro Centro, vou a pé. (...) . Eu sou assim... Ainda gosto muito de andar, venho a pé pra cá, volto a pé"* (Iris).

6.4. Aspectos Políticos, Pedagógicos e Socioculturais que colaboram para subsidiar as Práticas de Educação em Saúde na Atenção prestada à população idosa

Na visão dos idosos participantes do estudo foram duas as principais categorias intermediárias que aglutinaram os sentidos que demarcaram as dimensões biopsicossociais da velhice e do envelhecimento: 6.4.1 – *Cidadania na terceira idade*; e, 6.4.2 - *Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso*.

6.4.1 - Cidadania na terceira idade

Na composição da primeira categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 6.4.1.a ao 6.4.1.b

6.4.1.a Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos:

No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito do idoso, concretizado através da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Instituída em 1999 e do Estatuto do Idoso (Lei 10741, 2003) são hoje expostos na forma da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa que, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), busca dar garantia de acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora a maioria dos idosos (sete) tenha relatado não utilizar os serviços públicos de saúde, o que foi um dado de pesquisa surpreendente diante da baixa renda informada por muitos, entre os quais Iris – *“o que eu ganho vai tudo no plano de saúde, eu pago R\$ 1622, ele meu marido paga R\$ 1622, três mil e cacetada”* (Iris) – prevaleceu entre os mesmos uma avaliação negativa do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto por não estar preparado para lidar com os problemas de saúde do idoso, como por não ter condições materiais, recursos suficientes para o atendimento. Alguns reconhecem que o mesmo já foi bom, mas segundo Begônia *“ultimamente o SUS está precário, já foi bom”!* (...) *não tem como socorrer, nunca tem material, nunca tem nada. Então é um absurdo!* (Begônia).

Apesar do Estatuto do Idoso já existir há mais de 15 anos e apresentar resultados favoráveis e reconhecidos no campo dos direitos, muito ainda tem o que se fazer por parte das Políticas de Proteção do Idoso e a divulgar. Algumas pessoas entrevistadas

demonstraram conhecimento restrito sobre o assunto, embora saibam da existência do Estatuto do Idoso – ou nunca leram ou conhecem pouco, sendo importante registrar que, a mais nova e única com nível superior, está entre elas, o que sinaliza que o ter mais ou menos conhecimento do assunto não tem, necessariamente, relação direta com nível de escolaridade: *Eu sei que tem, tem, mas eu não conheço muito* (Rosa), sendo um fator que deve ser considerado nos trabalhos educativos com idosos e seus familiares.

Nesse sentido, vale destacar que, para além da existência de mecanismos legais e políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos dos idosos, há um nível de conhecimento que não passa só pelo dado ou informação objetiva, mas sim por um processo cultural que ainda invisibiliza e tutela muito os idosos e suas demandas específicas, que precisa ser muito trabalhado via processos de sensibilização e desconstrução de estereótipos e preconceitos relativos à velhice, para que sejam reconhecidos seus direitos, o que ficou evidenciado no seguinte discurso: *“Os direitos do idoso eu conheço, mas acho que não tem.... Nós quase não temos o direito, porque tem gente que não os reconhece”* (Azaléia).

6.4.1.b Acesso e garantia de direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade

Sobre o conhecimento de seus direitos e o acesso aos benefícios a partir da terceira idade, foram citados aqueles que envolvem diretamente e/ou garantem sua mobilidade pela cidade, como o transporte gratuito, a prioridade no atendimento como no caso dos bancos e, a meia entrada em atividades culturais. Uma única idosa foi aquela que demonstrou ter conhecimento dos três e, satisfação por poder gozá-los ou acessá-los facilmente: *“Conheço algumas... (...) transporte de graça, essas coisas eu gosto (...). É só mostrar a carteirinha e pronto! (...) quando tem fila grande o idoso vota em primeiro lugar, né? (...) E se for no cinema paga meia entrada”* (Hortência).

Entretanto, no que se refere aos direitos previdenciários de cidadãos que contribuíram durante toda a sua vida laboral, na expectativa de viverem sua melhor idade com renda suficiente para viver, foi com indignação e revolta pela violação dos seus direitos que Lavanda confirmou a triste realidade de muitos brasileiros na terceira idade: *“(…) aposentadoria é uma droga, depois que entrou o governo, aquele governo sem vergonha, ladrão, que roubou tudo, aposentadoria da gente caiu muito, diminuiu muito”*

Mesmo assim, ainda que recebendo rendimentos insuficientes por meio de sua aposentadoria e, contando com o respaldo do Estatuto do Idoso, existem situações que ao ultrapassarem os

limites da violação dos direitos, revelam-se como violências contra a pessoa idosa – aqui destacadas a do tipo intrafamiliar de natureza física e patrimonial:

Acho que o estatuto do idoso ajuda em parte (..) ainda se vê muito idoso ser espancado por pessoa da família, tem esse empréstimo consignado que deixou muito ‘idozinho’ sem direito a comer nada na casa dele porque o neto vai lá e fala assim “pega um empréstimo pra mim vovô”, só que ele não vai pagar e vai sobrar o que pra você criatura? (Lavanda).

O conceito de violência dado pela OMS foi ampliado por Minayo (2005, p.28) para: *“ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social”* numa interpretação coerente com a coletividade da população dos idosos, para os quais *“a violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral)”* (Minayo, 2005; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007).

Consideram-se também duas concepções de violência: a do tipo estrutural – quando a pessoa idosa é desrespeitada, desvalorizada e discriminada quando apresenta baixo poder econômico – e a concepção do tipo institucional – quando a violência ocorre pelos serviços públicos, por ação ou omissão e ocorre desde a falta de acesso ao serviço até à má qualidade dos serviços públicos e privados (Minayo, 2005).

6.4.2 - Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso

Na composição da segunda categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 6.4.2.a ao 6.4.2.b

6.4.2.a - Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade

Observou-se que o envolvimento dos idosos em grupos e atividades de sala de aula, nos espaços de cuidados dos projetos de extensão da UFF, contribuiu para percepção em relação aos seus direitos, através de ações educativas desenvolvidas por trabalhadores sociais, contando com a discussão de seus direitos conforme o Estatuto do Idoso:

Aqui tivemos aula sobre direito do idoso, eu tenho até três livros do Estatuto do Idoso. O professor “X” ensinou tudo, ele dava aula pra gente de cidadania todas quinta-feira, era muito bom, pois é, muito bom. (Azaléia)

O acesso a tal conhecimento, mediante sua vivência positiva na atividade, acabou inspirando e estimulando o desenvolvimento de habilidades literárias e a revelação do talento de uma das idosas:

O “X” entrou muito no Estatuto do Idoso, começando muito pela Previdência Social, que você vê os meus versos são esses “pra conseguir benefício é preciso paciência, pois se o tal de inferno existe, o seu nome é Previdência, da distinta não escapa nem quem sofre de demência” (Lavanda).

A concepção de educação de Dewey “era a organização de experiências humanas de crescimento em benefício da possibilidade de mais ricas experiências, aumentando a diversidade e a capacidade de inventividade” (Ghiraldelli Junior, 2002; Gadotti, 1999, citados por Roiz & Fonseca, 2009, p.77). Daí o valor em considerar o significado educacional da concepção do desenvolvimento, que para Dewey, ambos, as crianças e os adultos, estão comprometidos no crescimento, respeitadas as diferenças que acontecem nos modos de crescimento apropriados a diferentes condições. Por exemplo o desenvolvimento da criança está direcionado para as capacidades necessárias ao seu crescimento, e o do adulto dependem de novos estímulos e interesses que reorientam as suas faculdades e as mantêm em desenvolvimento.

No proceder da experiência, na realização da prática de grupos, com apoio dos profissionais envolvidos, se observa que os sujeitos idosos, ao se apropriarem do grupo, problematizam as questões e com muita frequência passam na discussão a vislumbrar soluções para muitos dos seus sofrimentos, a partir da compreensão do problema.

Como no depoimento de Lavanda, que ao se pronunciar, ter lugar de expressão, percebeu na violência a que foi exposta, quando muito criança:

Eu era canhota, aí fazia tudo com a mãozinha esquerda. Mamãe amarrou minhas mãos, porque a professora antigamente ficava enchendo a paciência que não se podia ser canhota (...) no colégio não aceitava dentro da sala, botava você pra ir

pra secretaria, porque diziam, olha a mentalidade, diziam que 'cê' tinha parte com o demônio. Tadinha ela queria me proteger (...) amarrar a mão é uma agressividade (Lavanda).

Percebe-se que o aprendizado adquirido foi fundamental para o entendimento e reconhecimento das Políticas de Proteção do Idoso, e da importância do Estatuto do Idoso como marco fundamental para que as leis fossem realmente cumpridas, principalmente em relação à violência contra o idoso. Em relação aos direitos institucionais e sociais do idosos é muito importante que o idoso se reconheça possuidor desses direitos e lute por sua autonomia, e por seus direitos: a violência física e econômica contra o idoso é reconhecida pelos entrevistados, em geral feita por algum familiar, e também percebem o quanto ainda tem que ser feito em termos de direitos dos idosos, e também se conscientizam de quanto pouco as políticas públicas fazem por eles.

6.4.2.b - O reconhecimento dos projetos universitários:

Os programas educacionais em universidades são geralmente facilitadores do envelhecimento bem-sucedido por incrementarem conhecimentos teóricos e práticos, satisfazerem preocupações culturais, por ampliarem as relações sociais e a participação autônoma e ativa do idoso na sociedade (Neri & Cachioni 1999).

Na visão do grupo da terceira idade que participou do estudo aqui apresentado, foram muitos os benefícios advindos da participação nos projetos de extensão e, conseqüentemente, o reconhecimento dado aos trabalhadores sociais envolvidos e às várias atividades desenvolvidas:

No Prev-Quedas ... abriu pra fazer hidroginástica... Tô fazendo ioga, tô fazendo tai chi e atividades às terças-feiras da xx, que às vezes ela dá palestra e conversa... aquelas coisas, e na última terça tem a festa dos aniversariantes... essas coisinhas. (Hortência).

E aqui faço oficina de teatro, o sarau e comemora o aniversariante do mês, e a gente canta né, tem música. E a gente faz Oficina de Memória, e faz também Yoga, e às vezes tem palestra, tá ensaiando as peças de teatro pra ir apresentar fora, já fomos a tantos lugares, tantos lugares (Begônia).

Apesar de ser um grupo homogêneo em termos do longo tempo de participação, foram notados diferentes níveis de participação e envolvimento nas propostas educativas e de cuidado promovidas.

Assim, os ganhos observados puderam ser percebidos e diferenciados pelos idosos como uma “ajuda”, como promotores de socialização, lazer, cultura e arte, inclusive para suas famílias, o que é de extrema importância para o fortalecimento de vínculos familiares “ *Eu fazia muita excursão, (...) eu ia, minha filha tirava férias eu ia junto, levava ela, (Iris), além de participação em peças de teatro, celebrações e festas.*

Os reconhecimentos dos efeitos positivos puderam ser visibilizados em vários aspectos da saúde mental e física: “*(...) ajudou na memória, assim nos exercícios, a hidroginástica, em tudo (...). Melhorou tudo. Eu venho para cá, o joelho melhorou muito, na aula de hidro*” (Rosa).

Os grupos formados nestes programas, a partir das práticas pedagógicas sobre saúde no envelhecimento, entre outras coisas, tornam-se fundamentais por se tratar de valorizar as manifestações expressas pelos idosos nas suas queixas, insatisfações, algumas vivências associadas a sinais de sofrimento, e na adaptação, sentimento de solidão e abandono, e mudanças no cotidiano que levam a situações de dependência e redução do autocuidado e autonomia

VII – PESQUISA EMPÍRICA COM TRABALHADORES SOCIAIS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. Caracterização dos resultados:

Nesta etapa da investigação estaremos analisando os discursos dos trabalhadores sociais que se apresentaram voluntariamente para participar da investigação. Foram entrevistados uma amostra de 07 (sete) trabalhadores sociais, sendo que 02 (dois) homens, com idade de 27 e 67 anos e 05 (cinco) mulheres, de idade entre 24 e 60 anos. E, o anonimato dos sujeitos em foco foram resguardados através da sua substituição por nomes fictícios: Ametista, Bronze, Anil, Esmeralda, Escarlata, Laranja e Malta.

Com os dados analisados possibilitou-se criar o perfil sociocultural e demográfico desse grupo social (Quadro 2 do Anexo VI), a partir de fatores como: idade; cor; gênero/orientação sexual; religião (praticante/ não praticante); estado civil/ situação conjugal; número de filhos e netos, juntamente com o perfil profissional nos fatores da sua formação: escolaridade/ disciplinas que fez sobre o tema; formação profissional.

Portanto, o perfil sociocultural e demográfico do grupo de trabalhadores sociais foi criado com as seguintes características: a) quanto a cor 03 (três) profissionais se auto denominaram de cor branca, mais 01 (um) que se auto denomina “branco brasileiro”, que segundo o entrevistado é uma mistura de cores (sic), 02 (dois) de cor parda e 01 (um) de cor morena; b) quanto a religião 03 (três) não têm, 01 (um) evangélico, 01 (um) católico e 01 (um) não respondeu; c) quanto ao gênero/ orientação sexual, 02 (dois) homens heterossexuais e cinco mulheres sendo 04 (quatro) heterossexuais e 01 (uma) bissexuais d) quanto ao estado civil 02 (dois) são solteiros e 05 (cinco) são casados; e) quanto ao número de filhos e netos, 02 (dois) tem 01 (um) filho, e 01 (um) tem 02 (dois) filhos; 01 (um) profissional tem 02 (dois) netos e os demais não tem netos; e) quanto a escolaridade: todos têm nível superior e as perspectivas durante a formação de terem cursado alguma disciplina cujo conteúdo tenha o tema do Envelhecimento e da Velhice ou abordagem que diz respeito a esse tema, apenas 01 (um) respondeu que cursou uma disciplina que mirava o tema do Envelhecimento, os demais não tiveram, sendo que um relata que cursou parte de uma disciplina (um módulo) neste tema; f) quanto ao tipo de formação dos nossos trabalhadores sociais entrevistados, 02 (dois) são educadores físicos, sendo 01 (um) docente da UFF e 01 (um) cursando a Residência Multiprofissional na UFF na linha de pesquisa de Saúde do

Idoso, 01 (um) nutricionista cursando a Residência Multiprofissional na UFF na linha de pesquisa de Saúde do Idoso, 02 (dois) farmacêuticos, sendo 01 (um) docente da UFF e 01 (um) cursando a Residência Multiprofissional na UFF na linha de pesquisa de Saúde do Idoso, 02 (dois) assistentes sociais/ 02 (dois) docentes. (11.5 – Anexo VI, Quadro 2)

7.1.a. Resumo do perfil sociocultural-demográfico dos trabalhadores sociais:

Numa representação deste grupo social de 07 (sete) trabalhadores sociais, constata-se que a maioria é de mulher/ heterossexual, nas faixas de idade entre 27 e 67 anos, branca, sem religião, casada, com 01 (um) filho e sem netos, nível superior de escolaridade e de múltiplas profissões. É interessante destacar que entre as profissões dos entrevistados constaram as de Nutricionista, Farmacêutico, Assistente Social e Educador Físico, com as funções de docente permanente na universidade 04 (quatro) e outros 03 (três) profissionais cursando a Residência Multiprofissional da área de competência da Saúde do Idoso. A maioria (cinco) não teve no curso de formação qualquer disciplina que contemplasse o tema da velhice e do envelhecimento. (Anexo VI – Quadro 2)

7.2. Compreensão dos Sentidos e Análise das experiências das Entrevistas com Trabalhadores Sociais – Categorizações a partir dos objetivos do estudo, do guião e das especificidades dos sujeitos da pesquisa

Os dados reunidos a seguir são resultantes de um processo de pesquisa que teve o desafio de encontrar no discurso dos trabalhadores sociais, suas especificidades e modos de pensar e agir. Sendo assim, a entrevista foi em ato, na interação com os sujeitos do estudo em sua vivência do cotidiano do trabalho, no local de prática da pesquisa, e em decorrência disto, algumas intervenções foram se dando durante as entrevistas, com interrupções como parte do processo e que levaram a demanda por uma conversa mais livre e solta, menos voltada para as obrigações, e mais para os desejos e afetos.

Foi dentro desse contexto que o esforço de análise e interpretação da investigação precisou objetivar e construir um quadro lógico e coerente de categorias e inferências para alcançar os objetivos 3 e 4 da pesquisa, os quais concentram-se, em **conhecer a formação e a trajetória profissional dos trabalhadores sociais, e a identificação dos diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo, e seus efeitos na atenção à saúde psicossocial prestadas.**

Sendo assim, para a introdução das temáticas centrais da pesquisa nas entrevistas aos trabalhadores sociais, com o intuito de descontração na interlocução e aproximação com o universo da pesquisa perguntou-se sobre se conviviam com pessoas idosas e quais seriam os tipos de convivência que tinham.

A partir dessa provocação inicial e do seguimento com as questões que compuseram as partes I, II e III do Guião (anexo II), foram identificadas nas narrativas apresentadas os sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento pelos trabalhadores sociais contextualizadas em suas trajetórias na formação profissional, de modo a demarcar experiências significativas em suas práticas atuando com os idosos e nos estudos para adquirir conhecimento mais aprofundados no tema, juntamente, com as experiências dos idosos quanto à vivência de suas próprias velhices, e ao seu processo de envelhecimento.

Para que o avanço na direção dos objetivos que o estudo de doutoramento se propôs alcançar se materializasse, os dados coletados foram analisados considerando temáticas identificadas nas narrativas dos entrevistados, no referencial teórico e nas observações da pesquisa, tendo como produto 19 (dezenove) categorias iniciais, 07 (sete) categorias intermediárias e 02 (duas) categoriais finais, sumarizadas no quadro resumo a seguir e detalhadas no arquivo dos anexos V ao XIII, onde estão também registradas as unidades de registro centrais.

Síntese da Progressão das Categorias na Análise dos Discursos dos Trabalhadores Sociais (anexo XVI, figura 10)

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1) Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade	<p>O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis</p>	<p>TRAJETÓRIAS NA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR SOCIAL, DE MODO A DEMARCAR EXPERIÊNCIAS SIGNIFICATIVAS EM SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS</p>
2) Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares		
3) Experiências desenvolvidas na produção acadêmica		
4) Experiências na convivência clínica com as velhices		
5) A importância dos projetos do estudo na qualidade de vida e na participação cidadã		
6) O trabalho em equipe multiprofissional	<p>As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implicam respostas urgentes das políticas sociais</p>	
7) Situações ou aspectos que dificultam ou facilitam o processo do trabalho no cuidado ao idoso com relação a qualidade da atenção prestada		
8) O acompanhamento singular das questões subjetivas e socioculturais no desenvolvimento do idoso		
09) Corresponsabilidades e o Cuidado de si		
10). Sentidos dados ao conceito de envelhecimento e da velhice,	<p>Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento</p>	
11) Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice		
12) A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento		
13) Experiências da boa velhice		
14) Experiências da má velhice		

15) Educação nos estudos sobre os direitos dos idosos desde a creche até a universidade	Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde.	AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES SOCIAIS NOS ESPAÇOS DE CUIDADO DO IDOSO NO SENTIDO EMANCIPATÓRIO DO ENVELHECIMENTO ATIVO
16) Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país		
17) . Sentidos atribuídos sobre a saúde	Sentidos atribuídos ao que é saúde, o envelhecimento ativo e a educação em saúde e sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo	
18) Sentidos atribuídos sobre Envelhecimento Ativo		
19) Concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde; sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo	O trabalhador social como educador integral	

Figura 10: Síntese da Progressão das Categorias na Análise dos Discursos dos Trabalhadores Sociais

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Vale ainda esclarecer que, a partir das duas categorias finais, a saber: *Trajetórias na formação do trabalhador social, de modo a demarcar experiências significativas em suas práticas educativas* e *As práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso no sentido emancipatório do envelhecimento ativo*, serão apresentados e discutidos os principais resultados da análise de conteúdo realizada.

Por meio da apresentação e problematização das 20 categorias temáticas iniciais centrais que compuseram as 06 categorias intermediárias, buscar-se-á colocar em cena reflexões que aprofundem o olhar sobre o objeto de estudo, dialoguem com os principais sentidos e apontem tendências e singularidades que contribuam para o avanço do conhecimento científico sobre o cuidado e os direitos dos idosos, na interface entre os campos da Saúde e da Educação.

7.3. Trajetórias na formação do trabalhador social, de modo a demarcar experiências significativas em suas práticas educativas

Na visão dos trabalhadores sociais participantes do estudo foram 04 (quatro) as principais categorias intermediárias que aglutinaram os sentidos que demarcaram *as trajetórias na formação do trabalhador social, de modo a demarcar experiências significativas em suas práticas educativas para o envelhecimento ativo*: 7.3.1 - *O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis*; 7.3.2 - *Efeitos do aumento da expectativa de vida no processo saúde-doença, e aumento do cuidado aos indivíduos de 60 anos e mais* 7.3.3 - *As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implica respostas urgentes das políticas sociais* e 7.3.4.- *Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento*

7.3.1. O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis

Na composição da primeira categoria intermediária da seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 7.3.1.a ao 7.3.1.e.

Como observado na análise das entrevistas, é singular a implicação do trabalhador social nas questões da realidade social do indivíduo idoso. Assim, tanto a literatura como os nossos entrevistados confirmaram ser um problema a ausência da discussão da saúde do idoso nos temas abordados nas escolas e nas universidades, e poder problematizar os estereótipos criados pela cultura e a consequente invisibilidade deste grupo social.

7.3.1.a. Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade

A universidade é local de excelência para produção do conhecimento científico em muitas áreas de pesquisa e o campo do envelhecimento e da saúde-cuidado do idoso, é o que interessa a esses trabalhadores sociais como diz Ametista: *Eu vejo muito o envelhecimento assim, muito do ponto científico, que é uma área assim que tem muito espaço ainda pra pesquisar, muito espaço assim pra melhorar o tratamento do idoso.* (Ametista)

As pesquisas na universidade são de grande relevância na contribuição das práticas institucionais emancipatórias, com benefícios claros para os indivíduos, como Bronze relata:

Eu acho, por exemplo, que o investimento em pesquisas pra trabalhar essa questão. Quando a gente ia em instituições, o efeito da música nos idosos demenciados era uma coisa impressionante. Então porque que não tem pesquisas sobre isso, gente? De formas de trazer uma vida menos penosa para aquela pessoa (Bronze)

E quando também se agregam as pesquisas que são essenciais para a vida na sociedade, reforçando a ideia fundamental de se introduzir o tema da velhice e do envelhecimento nas escolas e universidades, que tem o intuito de diminuir a discriminação e o preconceito (ageísmo) em relação ao ser velho, como diz Anil: *Nós temos grandes problemas por conta da ausência de discussão nas escolas e universidades acerca do processo de envelhecimento (Anil)*

A formação do trabalhador social, e sua inserção ética no exercício da docência, é enfatizado por Freire (2018a) na natureza da prática educativa enquanto prática formadora, na reflexão sobre as práticas educativo-críticas ou progressistas em favor da autonomia do ser dos educandos. A prática educativo-progressista, tem saberes fundamentais mas exige que o formando se assuma como sujeito também da produção do saber, e se convença, de que “ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (Freire, 2018a, p.24).

Atualmente, quando se fala em educação, se pensa num método educativo defendido por Paulo Freire (2011) e outros autores, na qual os educadores articulam e valorizam as vivências do grupo participante para o processo de construção de conhecimento. E como diz Campos e outros autores (2012) é com os idosos que se constrói o conhecimento e não para eles, e citam o Teatro como exemplo de um instrumento potente de empoderamento da população idosa, principalmente quando se parte da valorização de suas experiências de vida, e a educação em saúde através do teatro se constitui num recurso metodológico para a formação de um plano de educação voltado para a promoção da saúde. (Campos et al, 2012)

Outra justificativa para se ter uma formação voltada para o cuidado do idoso seria como refere-se Combinato (2010), a criação do desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para o exercício da profissão, que atenda principalmente aos princípios do SUS e às necessidades da população, com a necessária inclusão das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Ou seja, Combinato (2010) se refere à necessidade dos estudos da promoção da saúde e consequentemente da educação em saúde para o envelhecimento ativo e saudável,

tanto na formação do trabalhador social, sem distinção de qual área especializada escolhida; quanto na educação permanente dos trabalhadores sociais do SUS, na área de saúde da pessoa idosa; e na divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, além de possibilitar a produção de conhecimento na área. (Combinato et al, 2010)

Nas universidades as formações são feitas através de cursos que estão relacionados diretamente as questões do envelhecimento, especificamente a geriatria e gerontologia, com disciplinas ofertadas ao longo do curso, ou através de cursos que desenvolvem projetos de pesquisa e/ ou de extensão universitários. Há uma preocupação atual para a formação, que seja coerente com os aspectos do tema da saúde, na visão mais ampliada, e autores como Carvalho e Hennington (2015) põem em questão, se baseando na literatura, como seria a abordagem do tema da saúde do idoso e o envelhecimento nas universidades, e que conteúdos e práticas são considerados relevantes à formação. Assim, também um dos trabalhadores sociais questiona a formação universitária. Neste caso, o trabalhador social Anil, também vai questionar a formação universitária que queremos dar aos nossos alunos nas percepções das singularidades nas várias velhices, e nas diferentes formas de envelhecer, dentro de cada momento histórico, daí a importância de se estudar este tema nas escolas, para que se preparem para a velhice que vão ter

Primeiro, o que que a gente está chamando de profissional que trabalha com processo de envelhecimento? Primeira coisa. Passaram por alguma formação? Ou aquilo aconteceu porque “ah, eu gosto de trabalhar com velho”. Eu aprendi muito convivendo, estudando, vendo com um olhar mais de observador e como observador crítico. E aí a gente tem que entender o que é ser velho no século XXI, que não é a mesma coisa que ser velho no século XX, no século XIX e assim sucessivamente. [...]. Então é tudo isso. Nós temos grandes problemas por conta dessa ausência de discussão na escola acerca do processo de envelhecimento. Então tudo isso tem um preço a pagar. As pessoas que não aceitam seu processo normal de envelhecimento, aí é complicado (Anil)

Xavier e Koifman (2011), investigaram se na UFF havia nos cursos da área da saúde, a inclusão ou não da PNSPI e suas diretrizes. Os resultados mostraram que entre os 11 cursos que possuíam disciplinas com essa responsabilidade, alguns tinham este conteúdo, e deram

destaque para os cursos de graduação em enfermagem e o de medicina identificados na ‘modalidade obrigatória’ e os cursos de Educação Física, Odontologia e Serviço Social na ‘modalidade optativa’.

Alguns trabalhadores sociais se ressentem de não terem tido qualquer disciplina dentro das suas formações profissionais, como diz Laranja e Esmeralda. E assim como a maioria dos que foram entrevistados, também não tiveram, mas, todos estão trabalhando com idosos nos cursos de extensão PrevQuedas e Espaço Avançado.

Nunca tive disciplina nenhuma que abordava envelhecimento nem relacionada ao idoso, e é o que a gente sente muita falta (Laranja).

A gente faz farmacologia que aborda medicamentos que são usados principalmente para idosos, como anti-hipertensivo, antidiabético, mas não só por idosos. Mas conteúdo específico de envelhecimento, não (Esmeralda).

Está entendido, nesta investigação, que os cursos da Educação Física e do Serviço Social da UFF têm a inclusão da PNSPI e suas diretrizes nos seus cursos, e que somente dois dos trabalhadores entrevistados tiveram algum conhecimento anterior, sendo que um deles fez a formação na Faculdade de Educação Física da UFF

Eu estava um pouco perdida, não sabia se eu queria fazer graduação. Tentei a graduação de Educação Física e passei. Na faculdade, procurei fazer meu TCC nessa área (envelhecimento) e visando também a Residência na área de Saúde do Idoso. Fiz a Residência Multiprofissional em Saúde aqui da UFF, sou da área de Saúde do Idoso. Trabalho em conjunto com o pessoal da Farmácia, com o pessoal da Nutrição (Escarlate)

Dentro de uma disciplina que chama de “Nutrição Normal”, pega todos os ciclos de vida e aí tem dentro dessa disciplina, um módulo, que seria “Saúde no Envelhecimento”. Só que é bem curto, assim dentro de toda a grade, dentro dos cinco anos que eu fiquei lá tive só um pequeno pedaço. (Ametista)

7.3.1.b. Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares

Os trabalhadores sociais revelaram que a opção por trabalhar com as pessoas idosas, foram: 01 (um) por questões segundo ele “*técnicas (...) à uma melhor relação com esse grupo social, no sentido da facilidade na comunicação e conseqüentemente a maior apreensão da informação dada e maior adesão ao tratamento*, 02 (dois) entrevistados relatam maior afinidade e afeto com idosos por terem bons relacionamentos com os idosos da família, como aqui expressos:

Fui por minha conta procurando cursos e tal, estudando a questão do envelhecimento, porque tinha que estudar mesmo para poder me relacionar melhor ali com aquele grupo (...) o meu interesse foi provocado. Eu acho que no momento em que comecei na Oficina de Teatro, foi aí que eu comecei a pensar nessa questão, porque nunca tinha pensado também em trabalhar com a população idosa. O interesse, na verdade, veio atrás de mim (risos) (Bronze)

Eu convivi, até antes de casar, com a minha avó, atualmente ela tem 92 anos (...) A convivência com ela que me fez querer passar para Residência em Saúde do Idoso, porque, assim né, um amor de vó é inexplicável (Laranja)

Conforme eles disseram, *foram sentimentos de transformação no nível profissional e no nível pessoal*. Em suas falas constataram-se que as questões afetivas vinham em simultaneidade com a responsabilização deles para com o indivíduo pois, reconhecem o isolamento social do idoso e a necessidade da aproximação com o terapeuta, como diz Esmeralda:

Na verdade, as coisas caem de paraquedas na minha vida (risos). Assim que eu me formei, fui trabalhar em indústria farmacêutica (...) aí eu passei no concurso e participei do projeto na Educação Física, que é multiprofissional. Pegamos os pacientes do Espaço Avançado também e hoje a gente tá com um trabalho bem legal, os pacientes gostam muito (Esmeralda)

Eu acho que são os pacientes melhores de se trabalhar, porque eles são carentes de atenção, então, eu sempre falo com os alunos “às vezes eles vão passar lá e eles não tem nada, não tão sentindo nada, não precisam de nada, mas eles querem conversar, eles não têm com quem conversar, eles vão lá e se você der atenção, resolve todos os problemas deles (Esmeralda)

7.3.1.c. Experiências desenvolvidas na produção acadêmica

Os trabalhadores sociais, todos que foram entrevistados apresentam produções dentro da área de abrangência do tema do envelhecimento, na Pós-graduação Lato Sensu (Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso) e Stricto Sensu (Mestrado, Doutorado, Pós-Doutorado) sendo que três estão na Residência Multiprofissional.

Anil volta o seu interesse diretamente ligado à experiência cada vez mais implicada com as questões do envelhecimento, quando diz:

Eu aprendi muito convivendo, estudando, vendo com um olhar mais de observador e como observador crítico (Anil)

Houve uma dedicação ao meio acadêmico em relação a essa vertente que é sobre os estudos do processo do envelhecimento (Anil)

Houve maior interesse no tema, na medida em que conviviam mais com os idosos e em estudos aprofundados sobre o tema, desenvolviam a prática relacionando-a à teoria., e vice-versa a medida que utilizavam a teoria para a compreensão da prática, como disse um outro trabalhador:

A experiência lá no Espaço Avançado com esse grupo (de idosos) que me fez procurar o Doutorado em Teatro. Foi a partir dessa experiência lá que eu fui estudar a dramaturgia da memória (...) foi muito interessante! (Bronze)

Entre os sete profissionais três estão cursando a especialização em *Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso*, na UFF nos serviços de assistência hospitalar Antônio

Pedro, e na atenção à saúde do idoso pela Faculdade de Educação Física, do Instituto de Educação Física (IEF) da mesma universidade.

No registro oportuno da fala de um dos profissionais há o relato do processo de criação da oficina de ‘Teatro e Memória’ a partir de uma experiência vivenciada com os idosos, no projeto ‘Espaço Avançado’. O relato registrado, diz do conhecimento partilhado entre os interessados (idosos/ educandos e trabalhador social/ educador), na formação de um grupo de Teatro, especificamente a Oficina de Teatro e Memória do Espaço Avançado, e através da educação dialógica e participativa, quando os desejos afluíam e o trabalhador social acolhe ao que os idosos traziam de contribuição nessa criação. *Foram muitos encontros, diálogos e estudos*, (Bronze). A Oficina de Teatro e Memória surge a partir das memórias e das histórias de vida desses indivíduos, e depois vão criar/ construir a estruturação das peças teatrais.

Houve a participação direta, implicada e interessada entre o trabalhador social/ educador e o idoso participante do projeto/ educando, ambos investigaram sobre conhecimentos relacionados ao teatro e à memória, com a importante mediação desse trabalhador social com os idosos, como disse:

Fiz graduação em Serviço Social, mas também eu fiz uma formação paralela em Teatro (...) em 99 entrei no projeto do Espaço Avançado (...) comecei a estudar um pouco porque eu trabalhava teatro com jovem né, então é muito diferente. Pensei: como levar em conta a experiência que elas têm de vida? Então fui construindo a Oficina de Teatro e Memória para construir peças, textos teatrais a partir da memória e história de vida dessas pessoas. Não foi uma trajetória simples, não foi fácil! Era mais fácil pegar um texto de dramaturgia pronto, dar um personagem pra cada um e decorar e ir embora né, mas eu escolhi o caminho mais complicado!
(Bronze)

Traçamos um “perfil” desse trabalhador social que aborda o cuidado do idoso, e nos apoiamos em Gadotti (2010), quando afirma que a nossa sociedade é baseada na informação em redes e movimentos, com múltiplas oportunidades de aprendizagem, de aprendizagem global, e cabe ao trabalhador social/ educador fundamentalmente aprender a pensar autonomamente, trabalhar colaborativamente, saber comunicar-se, pesquisar, conhecer as fontes de informação, e então, organizar o próprio trabalho ao articular o conhecimento com

a prática e com outros saberes, e, como sujeito da construção do conhecimento estar aberto a novas aprendizagens. (Gadotti, 2010).

Neste sentido vemos a possibilidade desse trabalhador social ter a oportunidade de ser um educador integral, que, conforme Gadotti (2010), se faz na educação, em que a aprendizagem é fundamentada na pedagogia participativa e dialógica, logo, ser um mediador do conhecimento, um problematizador, e não um lecionador, e mais, ser um organizador do conhecimento e um investigador, ou seja, um aprendiz. Para Gadotti **“a estética não está separada da ética. E elas se farão presentes quando houver prazer e sentido no conhecimento que construímos”** (Gadotti, 2010, p.14).

Pensamos neste “perfil” do trabalhador social/ educador integral a partir do que escutamos nesta entrevista em nossa investigação

Depois eu fui criando vários arquivos de histórias de vida dessas pessoas e um arquivo de imagem com as fotografias dos espetáculos, dos ensaios, das oficinas, e aí, depois de um tempo fiz pós-doutorado em Antropologia Visual na UERJ (...) selecionei idosos que estavam desde o começo e fui mostrando ali a transformação e a trajetória, a vida contada e recontada a partir daquelas imagens dos espetáculos, dos ensaios, das oficinas e pedi que eles escolhessem as fotos e contassem a vida a partir daquelas fotos. Então em cima disso eu fui construindo também, o meu trabalho (Bronze)

7.3.1.d. Experiências na convivência clínica com as velhices

Como observado, são singulares as formas de se envelhecer, viver e sentir a velhice, já que são ‘várias velhices’ (Neri, 2007), demonstradas aqui pelos relatos de situações que marcaram a vida dos profissionais, de alguma forma mudando a maneira de pensar a velhice, como no caso da idosa de 92 anos e outras situações vividas na “clínica das velhices”.

Esta idosa de 92 anos impressionou pela vivacidade e autonomia, no ir e vir para as atividades ao participar das oficinas da UFF (entre outras a Oficina de *Teatro e Memória*), dando movimento a sua vida. Assim, tanto os relatos dos entrevistados desta investigação, quanto a literatura confirmam as várias velhices.

Como a velhice autônoma e ativa, aqui relatada:

Foi uma senhora que viveu até os 92 anos morando sozinha, fazendo todo o serviço da casa, controlando as contas. Ela ia de ônibus pra Oficina, e então aos 92 anos

ela teve um AVC e morreu. Isso daí, pra mim..., se a gente pudesse desejar pra todas as pessoas que a gente gosta uma vida e um final de vida, seria este. Essa independência total e quando alguma coisa falha, falha de vez, e você vai embora (...) ela era muito querida pela família, isso que eu acho o mais interessante, ela morava sozinha por uma escolha (Bronze).

Depois, a velhice com resiliência:

E eu brinco que tem hora que eu me sinto em Grey's Anatomy”, porque eles mudam a minha vida também. Eu fico olhando e tem tanta história, que você pensa: eu reclamo da vida, mas tem gente tão pior do que a nossa. Eu só tenho a agradecer! (Esmeralda)

Aqui a gente tem três alunas que perderam os filhos e são sozinhas. O assunto é delicado né. Parece que elas estão aqui o tempo todo, querendo botar para fora o que elas têm guardado. Falaram que o projeto ajuda muito a elas, sabe, que não sei se de um modo de escape, mas frisaram a importância do projeto pra elas, e eu não acho que isso seja à toa (Escarlate).

A Oficina de Teatro e Memória é um exemplo de ação coletiva na construção do papel do idoso na sociedade transformando a vida desses idosos a partir da arte, entendendo o teatro, o cinema, a arte em geral, se tornando estímulos à uma velhice ativa, segundo Campos (2012), uma motivação para a vida. Assim como foi construída a oficina de Teatro e Memória na UFF a partir de estudos sobre o teatro e sobre a memória, com os idosos, Campos (2012) diz ser o teatro um excelente instrumento de empoderamento da população idosa, principalmente, quando ele faz parte da valorização de suas experiências de vida. Este autor, se refere a educação em saúde através do teatro, que se constitui num recurso metodológico para a formação de um plano de educação voltado para a promoção da saúde. (Campos et al, 2012)

Outra velhice, é a velhice altruísta:

Esta velhice é carente de afeto e de uma amorosidade que surge na relação, no contato com o seu semelhante, principalmente na relação com o sofrimento do outro.

Estes trabalhadores sociais de nossa investigação, como seres relacionais, refletem um agir para além da prescrição e da técnica, através de um sorriso, um abraço, uma escuta

diferenciada e atenta, que produzam bons efeitos psicológicos nos idosos, principalmente àqueles que merecem um cuidado especial, uma atenção cuidadosa, e junto também, com o reconhecimento e o apoio, necessários. Assim como está no relato de Esmeralda, *Tive pacientes da hanseníase que marcaram muito. Teve uma vez que a residente deu um abraço nele e ele começou a chorar, ele falou assim “tem muitos anos que ninguém me abraça”*

Portanto, percebe-se que envelhecer bem e envelhecer mal passaram a ser relacionados a um estilo de vida mais ou menos ativo, e, o papel do trabalhador social enquanto educador/ mediador do conhecimento e problematizador deste, reforça ainda mais este sentido quando toma para si a responsabilidade de dar suporte psicossocial necessário às pessoas nas suas *diversas velhices* e processos de envelhecer, e este suporte mediados por ações educativas são um estímulo para o idoso a um envelhecimento engajado e ativo, consequentemente para este idoso ter mais saúde e qualidade nos anos a serem vividos.

Foi citado também uma situação de violência doméstica, e de quanto é difícil para o idoso lidar com a violência, de qualquer tipo, mas mais difícil ainda quando esta, parte de pessoas mais próximas. Denunciá-los e pedir medidas protetivas são algumas das ações de intervenção, mas como esperar que o idoso denuncie a violência praticada pelo próprio filho ou neto, ou outro parente mais próximo? Cabe ao profissional apoiar o idoso, nas formas de identificar a ocorrência do fato, esclarecê-lo sobre seus direitos, notificar e acompanhá-lo no processo iniciado desde a notificação até os desfechos conferidos (Brasil, 2001).

Teve uma idosa que sofria violência do filho. Ela já tinha feito todo o caminho de procurar instituições, tudo que tinha disponível para ajudar. Ela tentou, e não conseguia. Ela também não conseguia tirar esse filho de casa e aí ele roubava, batia, fazia todo tipo de violência. (Malva)

Portanto, cabe ao trabalhador social a responsabilidade pelo cuidado para a saúde do idoso, pela inclusão social desse idoso, pelo dar visibilidade a violência pela relevância desta na saúde do idoso. A violência trás sofrimento físico, mental e psicossocial para a vida das pessoas, que de acordo com a OMS perpassam a depressão, o estresse psicológico, o desamparo, a alienação, a culpa, a vergonha, o medo, a ansiedade, a negação e o estresse pós-traumático (OMS, 2012).

7.3.1.e. A importância dos projetos de extensão do estudo, na qualidade de vida e na participação cidadã

Esses programas/ projetos de extensão ndossa-se a qualidade da educação que se quer para se atingir um máximo na qualidade de vida do idoso, uma vez que esses programas PrevQuedas e Espaço Avançado da UFF, com o multiprofissionalismo, tem o intuito do estímulo ao envelhecimento ativo, dentro de uma universidade, com recursos públicos, onde se constata a ampliação da visão de mundo dos idosos.

Nos sentidos dados pelos trabalhadores sociais da importância destes projetos para o idoso e o seu envelhecimento ativo as respostas são variadas, mas todas nos mostram a subjetividade sendo operada principalmente nas relações entre profissionais e idosos, entre idoso e idoso, pelos *vínculos afetivos* criados, pelos idosos *retomarem as suas vidas, pela criação de novas amizades*, e criação de novos projetos com os quais têm como se ocuparem, há portanto o estímulo ao *protagonismo* destes idosos, e as suas participações inclusiva e cidadã se tornam fundamentais na compreensão e interação com o mundo em que vivem.

Eu acho que esses programas da UFF são superimportantes para o envelhecimento ativo. (Esmeralda);

Essa atividade aqui do projeto do PrevQuedas, que acontece no Espaço Avançado, eu acho muito importante porque não é só a ginástica, tem várias coisas envolvidas, o próprio fato de eles virem e interagirem entre eles, eles são superamigos. Eu acho que tinha que ter mais projetos como esse. (Esmeralda)

(Sobre a importância do projeto) *Eu acho que a maioria procura justamente pelo “não ter nada a fazer”, entendeu. Acho que a aposentadoria pra eles é “e agora, o quê que eu faço?” (Escarlate)*

Eu acho que aqui é um grande espaço, que eles fazem amizades, eles retomam essa vida sabe, começam a fazer amizade, vão na casa um do outro, um, visita o outro (Escarlate)

O objetivo geral que é promover participação da cidadania do idoso, incentivar protagonismo, em projetos que ensinam tai chi chuam, yoga, dança de salão e fazem sarau e informática (Escarlate)

Segundo o trabalhador social, o olhar dos idosos para o seu trabalho no projeto de extensão da UFF, a maioria dos idosos fala de sua satisfação em estar no projeto que representa para *eles os sentimentos de alegria, descontração e distração dos problemas*.

O trabalho multiprofissional que é realizado neste serviço permite os diferentes olhares sobre a saúde desses idosos ao considerar o conceito de saúde ampliada pela influência na saúde das determinações sociais para um envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde) e, sabedor também da influência dos aspectos relativos a gênero e a cultura. Cabe aos profissionais estimular aos idosos a participação social nos seus interesses do cotidiano. Estamos considerando que estes idosos, por estarem engajados em oficinas implicadas em projetos educativos que envolvem saberes sobre seus direitos de cidadão, movimentos de corpo com as atividades físicas quase diárias (oficina de teatro e memória, Taichi, dança de salão, hidroginástica, Yoga e outras) que dão manutenção à capacidade funcional, além das relações interpessoais que movem estes projetos e outros projetos articulados e paralelos às oficinas (por exemplo: articulação para se festejar, em um dia do mês, os aniversariantes do mês; planejamento de peças de Teatro que são apresentadas fora ou dentro da universidade, ou viagens para locais fora da universidade, etc.) a princípio compõem um envelhecimento bem-sucedido.

A qualidade de vida como é definida pela OMS requer “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1994), onde se incluem a saúde física, o estado psicológico, os níveis de independência, o relacionamento social, características ambientais e o padrão espiritual. E, por isso, um desafio para os serviços que contribuíram para a promoção de uma qualidade de vida voltada para a população idosa, pois há de se valorizar a subjetividade que o próprio idoso faz de diferentes aspectos de sua vida em relação ao seu estado de saúde. (WHO, 1994; Guiteras et al, 1993)

Se você puder fazer tudo que esses idosos fazem, pra mim, é qualidade de vida (...) eu acho que a juventude assim ela é tão, agora ‘tá’ tão corrida, ‘cê’ tem que fazer tanta coisa, ‘cê’ tem que dar conta de tanta coisa, ‘cê’ fala assim “ah, quando eu tiver aposentado eu vou fazer isso, vou viajar mais, vou aproveitar mais a vida”, então por isso que eu não tenho medo de envelhecer (Laranja).

7.3.2. As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implicam respostas urgentes das políticas sociais

Na composição da segunda categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 7.3.2.a ao 7.3.2.d.

O que se propõe aqui é a discussão sobre a prática do trabalhador social em acordo com os princípios da filosofia freiriana, com o objetivo da educação em saúde alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora. Cabe ao trabalhador social refletir sobre as questões subjetivas e socioculturais que os idosos trazem em sua visão de mundo. São apresentados aspectos das experiências dos entrevistados em ações interdisciplinares, a corresponsabilização e o cuidado do idoso na mediação para a busca de sua autonomia e independência, além mostrar as dificuldades e facilidades no processo de trabalho educativo.

7.3.2.a O trabalho em equipe multiprofissional

Tomamos o envelhecimento populacional como um problema social, no qual todos temos responsabilidades a serem resolvidas, o governo, a sociedade e os trabalhadores sociais, na medida em que esse problema necessita de soluções alternativas de intervenção e com proposições de caráter preventivo para doenças relacionadas ao envelhecimento, principalmente porque, as consequências advindas do envelhecimento populacional determinam a presença de doenças crônicas entre os idosos, possivelmente comprometendo os movimentos funcionais e interferindo no dia-a-dia do indivíduo.

Por isso são necessárias ações prioritariamente interdisciplinares de caráter preventivo e educacional visando um máximo de vida ativa, para diminuir os comprometimentos de saúde e as limitações resultantes das doenças crônicas. Neste sentido para preparar as pessoas idosas para viver bem, com autonomia e participação social, a educação em saúde é uma opção tanto no trabalho individual quanto no de grupos, como é no grupo de discussão ou de conversas, segundo expressa o trabalhador social:

Eu estou querendo mudar para o ano que vem pra ver se a gente faz o atendimento em Nutrição junto com a Educação em Saúde né, pra poder fazer duas formas,

aqui no individual e lá na forma coletiva (...) aqui tem muita liberdade né aqui pra gente, não tem uma coisa padrão, então eu acho que vai ser bem fácil fazer isso
(Ametista)

As ações interdisciplinares podem otimizar o processo de envelhecimento: A experiência de pesquisa-ação, como modo de pesquisa e intervenção, tendo como horizonte o cuidado interdisciplinar do idoso e a busca de ações concretas que visem um envelhecimento saudável com máxima funcionalidade. Destaque para ampla participação dos idosos na tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, bem como a troca de saberes e experiências com o grupo, que permitem a todos se perceberem como atores nesse processo

O trabalho multidisciplinar exige muita parceria, solidariedade e uma escuta atenta, por ser uma conquista que é para todos, porém, estas podem ser atravessadas por alguma dificuldade, como salienta Malva:

A gente tenta caminhar mas existem dificuldades, por exemplo, a gente consegue fazer um trabalho bem sossegado com a enfermagem; já com a educação física, é mais difícil, não consegue! (...) com a psicologia da faculdade Maria Teresa a gente também consegue fazer troca. Eu acho que depende muito da questão do profissional ter esse olhar da importância do trabalho multidisciplinar. (Malva)

Uma equipe multiprofissional aproxima-se da busca pelo conhecimento partilhado entre as várias áreas do saber, no campo dos estudos sobre a terceira idade, pois, estudar o envelhecimento humano e suas implicações passa pela identificação de conhecimentos e práticas compartilhados e a interação entre os saberes tradicionais e populares e o saber científico e acadêmico. Estas ações imprimem de uma certa forma uma direção inovadora quando existe o compromisso dos trabalhadores sociais com uma prática libertadora, neste sentido, é uma prática educativa que valoriza a forma de como se apreende e se conduz as ações educativas em saúde. Como vemos no depoimento de Escarlata, na qual medeia em suas práticas educativas de cuidado dos idosos e de seus cuidadores, os grupos de discussões e de estimulação cognitiva:

Eu não atuo só aqui no PrevQuedas né, eu atuo também lá no Mequinho. Lá a gente tem várias salas. Uma que é só de Vivência, que os idosos vão lá pra

conversar, pra discutir sobre temáticas que eles acham interessantes. Tem uma sala de Estimulação Cognitiva, que a gente trabalha só com idosos com demência. E tem uma outra sala que são dos Cuidadores (...) a gente tem a Nutricionista também que trabalha com a gente, tem uma Enfermeira também, e eles têm dias específicos na verdade, mas a gente tenta fazer esse conjunto. (Escarlate)

Na educação em saúde a criação de grupos de conversa é interessante, pois utiliza em sua argumentação o ampliar do conhecimento de si e do outro, e cria por meio de vivências e discussão em grupo um autocuidado e também a possibilidade de promover o cuidado do outro. E, concomitantemente elege temas para as discussões que destacam a percepção dos idosos, seus interesses para a transformação social. Na oportunidade de se dar voz a estes idosos, quando a sociedade lhes tira esse poder de fala e até os destitue do poder de existir, ao torna-los invisíveis.

7.3.2.b. Situações ou aspectos que dificultam ou facilitam o processo do trabalho no cuidado ao idoso com relação a qualidade da atenção prestada

As dificuldades de cunho prático-estrutural, são as mais citadas pelos trabalhadores sociais como a requisição de mais profissionais para compor a equipe, mais espaços físicos, e mais materiais e também poder fazer pedidos de exames e não somente a categoria médica, como é preconizado:

Quanto aos exames, se eu pedir, o plano não pede, aí no caso eu escrevo e peço para ele pedir pro médico dele, aí fica dependendo de quando ele vai voltar no médico dele. Porque se eu pedir ele vai ter que pagar, porque o plano não vai aceitar né (Ametista)

O que facilitaria para os trabalhadores sociais o fato dos grupos de idosos estarem próximos aos serviços de assistência, sem que precise dos idosos se deslocarem tanto, como diz o trabalhador social (01):

Um agente facilitador é a gente estar aqui perto deles (...) eu acho que isso é um agente facilitador, uma estrutura, um lugar perto, próximo, que eles não precisam se locomover (Laranja).

Eu acho que o fato de você estar na universidade te permite maiores possibilidades de contato com esse objeto de estudo. E os locais, os centros de convivência onde se reúnem os grupos de idosos, como é o Espaço Avançado e o PrevQuedas. São grupos de convivência que, no meu caso, estamos interessados em fazer pesquisa, em produzir conhecimento (Anil)

O que facilitaria também seria uma maior discussão sobre as diferenças de gênero, e com isso contempla especialmente as mulheres idosas, principalmente aquelas com mais de 80 anos que é o grupo social desta idade com maior número de idosas em relação ao de idosos e estas se apresentam mais resilientes que os homens, como diz Malva:

[Um facilitador] o que a gente vê muito aqui são que idosas que ficam viúvas mais cedo têm uma independência maior, elas não têm marido e tem mais independência para participar das atividades, frequentam mais atividades. (Malva)

Algumas das dificuldades apresentadas são facilmente solucionadas do tipo :

a) mudar o tipo de aula para poder compor ambos os grupos de alunos, de modo que os jovens alunos universitários terão aulas nas mesmas turmas que os alunos adultos idosos, na intergeracionalidade;

b) a formação de equipes de profissionais interessados no trabalho das oficinas;

c) criar vínculos ou distribuir tarefas com os idosos, no estímulo a pesquisa sobre temas pertinentes ao envelhecimento, além de outros estímulos que os levem a pensar neles, no outro e/ou no coletivo social;

d) como alguns estudos mostram, o envelhecimento passa a ser um fenômeno que se conjuga, antes de tudo, no feminino pois quanto mais a idade aumenta, maior é o número de mulheres (Peixoto, 1997). Assim também foi o grupo de atores idosos entrevistados, composto com um número de mulheres (08) maior do que o de homens (01.) Propuseram trabalhar sobre temas pertinentes ao gênero.

7.3.2.c. O acompanhamento singular das questões subjetivas e socioculturais no desenvolvimento do idoso.

Assim que se inscrevem nos projetos de extensão, PrevQuedas e Espaço Avançado, os indivíduos idosos preenchem um fichero com seus dados de modo com o objetivo 1) de registrar sua entrada na instituição; 2) de traçar o perfil socioeconômico dos que frequentam o espaço; 3) a identificação e finalmente, 4) o acompanhamento do seu processo de desenvolvimento, e caso seja detectado alguma alteração durante o período desde a sua inscrição haverá uma busca de solução em problemas que possam surgir desde os de ordem cultural, estrutural ou até mesmo os de ordem econômico. Como nos dizem Ametista e Esmeralda:

Às vezes você pega muitos idosos muito pobres, que tem problema em casa.

Geralmente mulher tem muito problema com o marido, que é meio agressivo e ela acaba desabafando, né. E às vezes você acaba esquecendo o problema nutricional, porque aí não é o momento pra você abordar aquilo, você deixa o paciente falar (Ametista)

Não é só o ato médico né, entre aspas, porque tá gravando né, eu acho que tem uma equipe aí também que pode cuidar desse idoso ou das pessoas em geral. Já aconteceu assim às vezes também de paciente vir falar com a gente “olha, eu não tô conseguindo comprar[o remédio], tá muito caro” (Esmeralda)

As questões subjetivas e de caráter dos valores dados às formas de estar no mundo, ou seja, sua visão de mundo aparece. Cabe ao trabalhador social refletir sobre a qualidade do seu atendimento na medida que este reconhece a qualificação da saúde-doença como processo social, e tem o entendimento de que as determinações sociais interferem positivamente ou negativamente na saúde do indivíduo, na medida em que sofre influências dos ambientes de convivência, de trabalho, da cultura, do valor que atribuem à vida, do reconhecimento da cidadania, da concepção de saúde de cada indivíduo, considerando que ter saúde é medida pela união dos esforços para o enfrentamento dos problemas de saúde, atravessadas pela questão da doença (Laurell, 1982).

Há problema quando eles ficam sozinhos, perdem os companheiros, vão perdendo os amigos e a família se afasta. Essas são as pessoas eu acho que tem mais problemas de depressão que colabora para exacerbar, de repente, determinadas doenças que ‘tão’ ali quietinhas, né. (Bronze)

O atendimento ao idoso por equipe multiprofissional para o cuidado à saúde do idoso previne a existência da polifarmácia, que ocorre nos casos de o atendimento ao idoso ser fragmentado e por várias especialidades médicas, produzindo, portanto, o uso de medicamentos que se justapõem por uma questão da assistência fragmentada e não haver boa comunicação entre os especialistas-médicos e/ ou com o idoso.

Como foi percebido:

Os idosos normalmente se consultam com várias especialidades e aí pode acontecer de quando eles vão ao médico, eles não falarem tudo o que tomam, não levar a prescrição, e a gente tem que ficar ligando “olha, confere aí pra mim, o que que você toma mesmo”, a gente liga depois pra saber, ou então “volta na semana que vem com a sua prescrição pra eu ver?” aí eles voltam (Esmeralda)

7.3.2.d. Corresponsabilidades e o Cuidado de si

As atividades desempenhadas pelos trabalhadores sociais que atuam na **atenção ao cuidado do idoso** nos projetos de extensão produzem intervenções voltadas mais para a prevenção de doenças. E, quando necessária, a intervenção específica feita pelo técnico especialista (nutricionista, educador físico, assistente social, etc.). Este tipo de ingerência desenvolvida é de incentivo aos hábitos de vida saudáveis, e para o especialista são *mais gratificantes*, como relatado, porque eles têm o *reconhecimento do próprio idoso que é atendido* e têm *bons resultados*.

O apoio que o profissional dá ao idoso, tanto técnica quanto de outros cuidados como os de atenção, respeito e consideração pela sua linguagem, conhecimento e a sua visão de mundo trás uma responsabilidade maior, tanto para o profissional que se comunica com este idoso a partir da compreensão de seus modos de viver, e do idoso que se torna responsável

pela sua saúde, portanto, para ambas as partes. Neste sentido, cuidar, não é criar dependência, mas sim, conscientizá-lo pelos seus problemas inclusive os de saúde, como diz o profissional:

A gente avalia as queixas, os medicamentos que eles utilizam e, nesse primeiro momento a gente conhece o paciente né, a necessidade dele ... a gente faz um estudo detalhado sobre os medicamentos, se tem interação, se a dose está correta, se alguma das queixas dele está relacionada ao uso do medicamento, se pode ser uma reação adversa... aí após esse momento, a gente faz algumas intervenções que cabem ao farmacêutico (...) No final, o paciente ele leva uma tabelinha de orientação de tomada dos medicamentos, aonde a gente coloca o horário e a gente ajusta conforme o horário de alimentação uma coisa muito simples e eles falam assim: “nossa mudou minha vida” (Esmeralda).

A forma como o idoso é tratado pelo trabalhador social denota um cuidado especial, especificamente, na visão da saúde não mais como um objetivo em si mesmo, mas como a base da vida cotidiana, ou seja, ela se torna um “instrumento para realização de aspirações e sentimento de satisfação no curso de vida. A utopia [] é preservar a capacidade de lidar bem com a vida, mesmo na velhice e na presença de doenças e limitações”. (Assis, 2005, p.07).

Como foi dito pelo entrevistado: [] *se eu atendo um paciente com Alzheimer, para me relacionar com ele, eu tenho que olhar no olho dele, [...]*

A atenção ao cuidado do idoso é necessariamente, a de avaliarmos os limites existentes entre o que se pode considerar como um envelhecimento normal, com as alterações fisiológicas gradativas, e as patologias que podem se instalar ao longo da vida. Ao surgimento de patologias se requer dos trabalhadores sociais a identificação precoce para que sejam trabalhados com os próprios idosos de forma participativa e efetiva. (Melo et al, 2009). Para Lazaeta (1994) a perda fisiológica na velhice não significa exatamente que o idoso terá alguma doença ou incapacidades, porque, segundo este autor, o idoso pode conviver com as suas possíveis limitações ou doenças sem alterar a sua vida pessoal e social.

No campo pedagógico, se torna apropriado retomar a experiência do pensador francês Foucault em sua obra *Michel Foucault: O cuidado de si e a criação de novas*

formas de vida, enquanto caminho indicativo para repensar as praticas educativas. (Freitas, 2010)

Ao problematizar sobre “o cuidado de si” Freitas (2010, p.186) mostra a importância que esse princípio tem de fundamental para a prática filosófica, e o quanto é basilar para “toda conduta pedagógica”, principalmente, segundo o próprio autor (2010), nas circunstâncias atuais no qual o cotidiano está carregado de ambivalências, onde caminham juntas a crença e a frustração, o descontentamento e o sentimento de impotência generalizada, “o cuidado de si pode permitir repensar as regras que têm governado as relações entre os sujeitos da educação”. Por essa via, a busca do cuidado de si, contribui para reduzir os espaços de sujeição, já que a ética do cuidado de si aposta no exercício prático da liberdade. (Freitas, 2010, p.186)

Segundo Freitas (2010) os estudos de práticas de si propostos por Foucault irão constituir o sujeito singular, não aquele que é sujeitado às disciplinas e normatizações reguladoras da biopolítica, “o cuidado de si é apontado como uma força que se constitui imanente à vida, como potência ético-política face aos biopoderes que recobrem o biossocial na atualidade, pedindo uma educação experienciada fundamentalmente como prática de liberdade”. (Freitas, 2010, p. 169)

O cuidado de si uma vez que se trata de uma escolha de vida, e, desde sempre, implicada pela presença do outro, isso quer dizer que o cuidado de si não nos afasta do mundo, ao contrário, ao dirigir a atenção para si, o que se busca é avaliar o lugar que se ocupa no mundo e o sistema de necessidades no qual o sujeito se encontra vinculado. O cuidado de si configura-se como um princípio ordenador de nossas ações. (Freitas, 2010)

E é na relação com o outro que os trabalhadores sociais buscam a mediação no cuidado do idoso, como:

Eu brinco que a gente tem licença poética pra conversar. Eu gosto de educá-los também para eles entenderem a condição deles, os riscos que eles têm, pra [que] eles estão usando aquele medicamento, porque eles são co-responsáveis pelo, na verdade eles são os responsáveis pela saúde deles né, a gente só dá o suporte, mas quem vai se cuidar são eles, então eles têm que ter responsabilidade (Esmeralda)

Eu acho que a gente envelhecendo com saúde, tendo um envelhecimento ativo, a gente não precisa depender de ninguém né, de uma certa forma, a gente continua fazendo as nossas coisas (Laranja).

7.3.3. Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento

Na composição da terceira categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 7.3.3.a ao 7.3.3.d.

Cada indivíduo tem a sua experiência do processo de envelhecer, é multifatorial, ninguém envelhece da mesma maneira, e por isso são velhices e os trabalhadores sociais têm esta noção. O modo como a sociedade lida com a velhice e o envelhecimento denotam a forma como é a imagem vista do idoso nos diferentes sentidos atribuídos a ele.

7.3.3.a. Sentidos dados ao conceito de Envelhecimento e da Velhice

Os sentidos dados pelos entrevistados, assim como os estudos em pesquisas, mostram que o envelhecimento considerando a condição sócio-histórica do ser humano, deve ser entendido como um processo heterogêneo que contém fatores biológico-genéticos, e também, socioculturais (Combinato et al, 2010). Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica (Assis, 2005). Assim um trabalhador social afirma em entrevista: *Envelhecimento não é um problema de idade; idade é um dado cronológico que serve para algumas coisas e só (Anil)*

Cada indivíduo tem a sua experiência do processo de envelhecer, e complementa essa afirmativa um dos trabalhadores sociais, (...) *é algo multifatorial, são vários fatores que levam ao envelhecimento (...), ninguém envelhece de uma maneira igual a outra (...). Ao mesmo tempo que é natural pra todos é individual (...) são velhices diferentes, são processos diferentes (Escarlate).*

Este trabalhador aponta os múltiplos fatores que concorrem para esse processo como nos diz Ferrari (1999), os de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e

cultural. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e forças vigentes sob dadas condições sociais (Ferrari, 1999).

O modo como a sociedade lida com a velhice e o envelhecimento denotam a forma como é a imagem vista do idoso nos diferentes sentidos atribuídos a ele. Como um dos profissionais opina:

é uma questão natural da vida (...) somos seres humanos, o nosso corpo vai se desgastando, mas (...) a gente vai acumulando conhecimento, e (...) conhecimento é poder. Então assim, eu não vejo o envelhecimento com maus olhos não (...)
(Ametista).

Nesta heterogeneidade e polissemia Minayo e Coimbra Jr. (2002) apontam quatro diferentes sentidos atribuídos ao envelhecimento: (a) como híbrido biológico-social, ou seja, um fenômeno social e culturalmente construído, no sentido de uma desnaturalização da velhice; (b) como problema, pelo aumento de despesa para a previdência; ao ser associado à carga extra dos cuidadores, à redução de capacidade de trabalho, etc.; (c) como questão pública, na medida em que se tornam um grupo social organizado, com maior visibilidade, percebido como o oposto de decadência física e inatividade, e (d) o idoso como "ator social", individual e coletivo, que está redefinindo relações familiares, influenciando os rumos da política e criando uma nova imagem de si.

E o último sentido é o que nos mobiliza, o sentido do idoso enquanto ator social, como singulariza o trabalhador social:

Velhice é alguma coisa que incomoda muito as pessoas. Mas é a vida, faz parte da vida. Vamos lá, vamos enfrentar todas as problemáticas que vem junto. Em cada idade a gente tem os nossos problemas (Anil)

A velhice como é definida, é a última fase do processo de envelhecimento, mas é preciso nos preparar durante a vida para a velhice que queremos ter, e como é singular as formas de se envelhecer, podemos dizer que são 'várias velhices', e é um estado desejado por todos, considerando uma velhice saudável (Neri, 2007)

Eu não tenho muita preocupação em relação aos rótulos e estereótipos, mas temos um grande problema: nós não somos preparados para envelhecer! E isso causa vários problemas às pessoas, muito mais do que os problemas próprios do envelhecimento (Anil)

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”, já dizia Arnaldo Antunes, em 2009, na letra da música, ‘Envelhecer’. A canção fala com ironia e bom humor sobre a chegada da velhice – realidade cada vez mais comum no mundo e, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Mas o tempo não para! Será que estamos preparados para envelhecer? ” (Consensus, 2014).

A gente é velho na cabeça dos outros! O olhar do outro que nos transforma em pessoas velhas. Dentro da minha cabeça eu sou jovem, eu sou capaz de fazer as coisas que desejar. Mas como me interessa a minha cabeça e não a cabeça dos outros, se você tem uma cabeça pensante dessa forma, talvez seja melhor de conviver com a sua própria velhice (Anil)

Eu acho que o problema da velhice é que as pessoas enxergam a velhice como o fim da vida (...). Eu acho que a velhice é você chegar na metade da vida e não no fim da vida como alguns pensam (Ametista).

Pessoas da mesma idade cronológica se diferenciam na forma de envelhecimento a começar pelo próprio organismo de um indivíduo que seria diferente entre os seus tecidos, ossos, órgãos, nervos e células, mas temos que a velhice é percebida como fenômeno natural e social que se desenvolve sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural, que singularizam seu processo de envelhecimento.

Acho que ser idoso hoje é algo muito difícil, é você lidar com conflito interno de às vezes não aceitar que você é idoso; que muitos não se reconhecem enquanto idosos (Escarlate)

Por isso a análise feita dos diferentes aspectos da velhice não é considerada suficiente para explicá-lo, visto que cada um desses aspectos interage com todos os outros e é por eles afetado. (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002; Diogo, Ceolim & Cintra, 2000). Assim como percebe o profissional:

Eu tenho dois lados de velhice assim: os que estão envelhecendo muito bem e o outro lado que eu associo só com doença, com medicamento. É a parte boa e a parte ruim (...) (Esmeralda)

7.3.3.b. Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice

É sabido de algumas fragilidades, físicas e sociais, que a velhice transporta consigo, a violência para com o idoso surge como incompreensível e o maltrato do idoso estão relacionadas às representações sociais e às estruturas de suporte à velhice. O idoso é infantilizado, diminuído ao ser adjetivado como senil, decrépito, etc. A pobreza e a idade estão socialmente muito associadas e contribuem massivamente para os estereótipos que relacionam velhice com inutilidade, invalidez e doença (Decalmer e Glendenning, 1997).

De acordo com Neri (2005), atitudes de preconceito são derivadas de dois tipos de processos cognitivos: supergeneralização e supersimplificação. A manutenção de estereótipos reflete esses dois processos. No caso da velhice, aos idosos associam-se usualmente estereótipos negativos, os quais contribuem para a manutenção da percepção social negativa e homogênea que se tem acerca do envelhecimento, por exemplo ‘Os idosos são solitários e dependentes’. (Neri, 2005, copiado de Couto et al, 2009)

Segundo um dos profissionais entrevistados os preconceitos negativos que retratam a intolerância estão presentes nesta visão estereotipada do idoso posta principalmente pela juventude. Os jovens atribuem aos idosos a imagem de *ranzinza*, *chato*, *velho rabugento* e também de *bonzinho* e aquela “*pessoa docinha*. Estas imagens preconceituosas são construídas pela sociedade e cabe ao profissional/ educador integral problematizá-la, ao ensinar-aprender-pesquisar com o aluno independente da idade que tiver. Como dizem os trabalhadores sociais Bronze e Malva:

Eu acho que a gente não conseguiu um entendimento da juventude ainda, eu acho que existe ainda muito forte o preconceito em relação aos velhos pelos jovens. É a

associação de velhice com chatice, com intolerância (...) E a gente vai continuar com esse preconceito enquanto essa educação não for desde cedo (Bronze)

A gente chega no trabalho com muitas idealizações muitos “pré” conceitos, sejam positivos ou negativos, isso eu vejo muito na minha prática com os alunos. Chegam com a ideia formatada que ou o idoso é ranzinza, é chato, é aquela ideia que a gente tem do velho é rabugento; ou o idoso é bonzinho, é aquela pessoa docinha e a gente acaba desconstruindo isso (...) que é o que carrega, um pouco, da experiência pessoal e familiar né (Malva).

A velhice para esses profissionais não é uma coisa que seja considerada como boa, pois representa as suas múltiplas limitações e dificuldades, além da velhice ser atravessada pelas muitas perdas que sofre, e conseqüente medo da solidão. Por terem seus projetos e objetivos para a vida o tempo para alcança-los talvez, para um dos profissionais, não seja o tempo que acha necessário para poder realizá-los, por isso o medo de envelhecer e não conseguir concluir todos os seus projetos.

Eu não sou adepta a essa ideia de que a velhice é uma coisa boa, pra mim velhice é um processo natural da vida, mas é um caminho para as limitações, para as dificuldades (Bronze);

Uma outra coisa também que eu tenho medo é dessa solidão porque eu acho que a vida sozinha ela é muito triste. (Escarlate);

Teve uma paciente que outro dia ela falou assim “ah, eu não tenho filho, não tenho parente mais e não tenho vontade de fazer comida pra mim, eu não tenho mais”, a pessoa vai perdendo a vontade de viver né, porque não tem ninguém por quem ela viver. (Esmeralda);

Eu sou uma pessoa sonhadora que tem muitos objetivos, então eu acho que se eu chegar, não sei, com 60 anos (...), e eu não conseguir as coisas que eu quero, eu acho que eu vou ser uma pessoa infeliz. (Escarlate)

E ainda, para esses trabalhadores sociais, os idosos lidam com a invisibilidade nas suas demandas sociais, em que, num sistema capitalista como o nosso, os processos de exclusão são produzidos pelas iniquidades sociais através de dificuldades nas relações familiares e sociais e nas situações de vulnerabilidades quer pela desvalorização dos seus saberes e experiências, quer pelas limitações físicas, econômicas e/ou sociais dos idosos (Campos et al, 2012). Como nos relatos seguintes:

A sociedade não trata bem nem dos seus, vai ficar preocupada com os idosos que estão nas ruas jogados por aí nas filas do INSS? Acho que existe um egoísmo muito grande. As pessoas não dão atenção! (Anil)

O que eu acho é que falta mesmo é estrutura das políticas porque você tem no papel e não tem o que fazer com ela. (Malva)

É muito difícil para o idoso tomar uma medida protetiva contra filho, contra neto. A violência familiar é muito complicada. Às vezes, mesmo sofrendo a violência, esse filho é o único apoio, a única família que ela tem (...) esse filho roubava, batia, fazia todo tipo de violência e você não tinha...vamos supor, vou tirar e botar num abrigo para mulheres? Também não tinha essa estrutura (...) e é ela que tem que decidir o que fazer ou não. (Malva)

Desde a preocupação mundial pela OMS sobre o cuidado a saúde do idoso, a inclusão social e a visibilidade maior sobre a violência e a saúde do idoso, torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra o idoso tem alta relevância na saúde. Os problemas físicos provenientes das violências, são evidenciadas como resultados de qualquer forma de agressão física ou maus-tratos, e podem variar desde lesões, dor, desidratação e desnutrição, aos distúrbios do sono, aumento do risco de novas doenças, exacerbação de doenças preexistentes, e aumento do risco de morrer prematuramente. De acordo com a OMS, a depressão, estresse psicológico, desamparo, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação e estresse pós-traumático estão dentre as consequências psicossociais, provenientes da violência (OMS, 2012).

Como vemos nos destaques feitos por alguns dos profissionais em relação aos estigmas e estereótipos atribuídos à velhice, a que está exposta a mulher brasileira tem relação com a classe social da mulher de qualquer idade, como dizem Bronze e Esmeralda:

Eu acho que não dá pra gente deslocar da classe social, da situação econômica, porque vai ser muito diferente. Uma pessoa que teve possibilidade de estudar, fazer várias formações, então, evidente que é privilegiada como mulher (...) (Bronze);

Eu acho que a sociedade vê o homem idoso e a mulher idosa diferentemente sim, por exemplo a questão da sexualidade. A gente espera que o idoso seja assexuado. O idoso hoje ele está mais ativo, diferente do que a gente via antes; a questão da saúde, por ter evoluído, aumentado a expectativa de vida, os idosos eles estão muito melhores hoje do que antigamente; as pessoas estão vivendo mais e melhor, então eu acho que as pessoas ainda estão com a dificuldade de enxergar isso. (Esmeralda)

Deixamos de ser um país jovem para ser um país envelhecido, onde há um crescimento muito grande dessa população de idosos, mas a cultura da juventude eterna prevalece com a medicalização, as violências contra a mulher e contra os idosos, o machismo e estereótipos atribuídos à velhice principalmente em relação à mulher idosa.

Eu acho que ser mulher agora é muito mais difícil, porque a gente teve que vir para o mercado de trabalho, só que a gente não perdeu a função que a gente tinha antes (...) eu acho que ainda não existe igualdade não, ainda existe muita coisa em cima da mulher (...) eu acho que ainda tem um machismo ali enrustido nas atitudes (Esmeralda)

No caso brasileiro, as violências contra a geração mais velha se expressam em tradicionais formas de discriminação, pelo indivíduo – quando a eles são atribuídas denominações ofensivas, como “descartáveis” e “peso social” – e também pelo Estado, que hoje responsabiliza o idoso pelo custo da Previdência Social, e ao mesmo tempo sofre a omissão desse, quanto a programas de proteção específicos, apesar de uma política específica tenha sido formulada (Portaria Lei nº 1.395, 1999). A essa forma de violência denomina-se “abuso estrutural” (OMS/ Inpea, 2002).

O homem pode ser velho, gordo e barrigudo. Mas as mulheres não! Acho que agora algumas mulheres podem não ser velhas, gordas e barrigudas, mas elas

podem inverter a situação... a relação afetiva com jovens, coisas que eram difíceis de acontecer, hoje não. Isso deixou de ser uma coisa de homens poder ter essas aproximações. (Anil)

Hoje em dia existe a convivência na família de três a quatro gerações, e que em cada família pode-se ter um ou mais idosos, com a questão de gênero marcante por ter mais mulheres longevas, e, as mulheres vivem mais do que os homens. Essa mudança na distribuição etária de um país altera o perfil das políticas sociais, exigindo medidas quanto aos direitos humanos dos idosos, principalmente na parcela daqueles que se encontram em situação de abandono ou vítimas de maus tratos praticados na maioria das vezes pelos seus próprios familiares, sendo as mulheres idosas as mais afetadas devido ao histórico de marginalização ao qual esse gênero está submetido. (Brasil, 2005).

Se a gente pensar “ah, o mundo das mulheres mudou?”, acho que sim avançou um pouco, mas ainda a gente tem um grau de violência contra a mulher imenso, as diferenças salariais entre homens e mulheres ‘tão’ aí presentes (Bronze)

7.3.3.c. A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento

Nas diferentes etapas de vida do desenvolvimento humano a velhice se constitui em um aprendizado assim como nas outras etapas, as pessoas vivenciam um conjunto de perdas e ganhos. Entretanto, a ideia de incapacidade, doença, afastamento e dependência ainda prevalece nas imagens sobre a velhice (Neri & Freire, 2000).

Em outras palavras, o desenvolvimento humano não se cristaliza no período que decorre do nascimento à vida adulta, senão que tem lugar durante todo o curso da vida, inclusive no tempo de viver a velhice. O envelhecimento também deve ser entendido como um processo heterogêneo considerando-se a condição sócio histórica do ser humano que contém fatores biológico-genéticos, e também socioculturais (Combinato et al, 2010)

Para Escarlate a imagem atribuída ao idoso pela sociedade mudou daquele que exerce seu papel de avô e de avó e fica em casa para cuidar dos netos/as e contribuir com os filhos para que possam trabalhar, para o do idoso ativo. Como a seguir:

Eu acho que é dentro de casa, sendo avó, sendo avô (...) nos últimos anos eu acho que isso vem mudando. A mídia vem comprando uma ideia de idoso ativo, que é a melhor geração, a melhor época da vida, a melhor idade. Eu acho que tem toda uma questão do capitalismo, mas também aquele idoso que não se enquadra nesse papel ativo né, que vem sendo cobrado também é excluído, é invisibilizado.
(Escarlate).

Na mesma medida os profissionais fazem a reflexão de como hoje, o envelhecimento populacional obriga o estado capitalista a dar respostas a essa população no estímulo a uma maior movimentação corporal e ao engajamento social, através do ecoturismo, do empreendedorismo, etc. Incentivo dado em geral, aos idosos aposentados de classe média/alta que tem condições de produção de capital, contribuindo para movimentar a economia.

Neste sentido, a imagem que a sociedade capitalista atribui ao idoso, ela é uma construção cultural na qual reproduz uma velhice que faz parte de determinada classe social numa sociedade que inventa as expressões “a melhor época da vida”, “a melhor idade” e com ajuda da mídia faz o incentivo ao consumo e a venda da beleza rejuvenescedora e anti-velhice. Nesta construção o idoso que não reflete essa imagem, que não se enquadra nesta categoria é estigmatizado, excluído e tornado invisível pela sociedade. Assim como também o idoso que não pratica esporte, pois há um modismo do idoso ativo.

7.3.3.d. Experiências da boa velhice

Na visão de 02 (dois) trabalhadores sociais:

Só de você estar vivo já é muito gratificante. A vida é algo muito interessante! (Anil)

Positiva é a visão que você tem com a vida, àquela que dá até aquele gostinho de assim “ah, eu queria ter agora 20 anos com a cabeça que eu tenho hoje”, isso eu consigo enxergar, assim é sabedoria mesmo da velhice. (Esmeralda)

Também se permitir experimentar coisas novas e de ser quem comanda a própria vida. E, isso só ocorre ao se envelhecer! Estas características definem a sabedoria da própria velhice, no sentido do conhecimento adquirido através das vivências e experiências no vivido, e a observação de si, na relação consigo mesmo, com o outro e com o meio ambiente,

sem, no entanto, desconsiderar as limitações do próprio corpo, no seu processo de envelhecer. Assim como diz o profissional:

Acho que os positivos são as experiências, as coisas que você vê, as possibilidades de viver coisas novas, porque se você não envelhecer você não vai ter possibilidades né, suas possibilidades vão ser limitadas (...) sabedoria de um modo geral, muita vivência, acho que respeito também no sentido de que tem toda uma história por trás daquilo ali que volta e meia eu me vejo ouvindo (Escarlate).

A vida segue para todos independente do tempo e da forma, e quando se envelhece, se envelhece! O sentido da morte está presente em suas falas, sendo determinado aqui como o fim da vida, mas em estudos sobre o tema há autores que discordam disso, independente de religião, consideram que existam outras vidas em continuidade à esta que estamos vivendo. Que quando se morre, vai-se!

E, ainda mais, ter uma vida ativa e saudável, com autonomia e ser independente é imperioso! Mas, os problemas existem independente de qual idade esteja, o interessante é aprender com os erros e se possível reinaugurar a vida como diz o poema de Carlos Drummond de Andrade *Reinauguração*. Daí a fala de Laranja:

Uma coisa positiva, eu acho que é isso, é você ser saudável, é você ser ativo, é você ser independente, ter sua autonomia, isso pra mim é positivo (Laranja).

7.3.3.e. Experiências da má velhice

Para Anil as experiências da má velhice existem, e reconhecê-las como possibilidade é seguir em frente na vida

Os negativos a gente pode numerar. Se for de doença a gente tem vários. Os problemas existem, todos têm problemas então não dá pra ficar se lamentando. Eu sou muito mais, Viver! (Anil)

Assumindo-se que a velhice transporta consigo algumas fragilidades, físicas e sociais, a violência para com o idoso surge como incompreensível. Numa tentativa de perceber o que gera o maltrato do idoso vão surgindo vários estudos. Falar de maltrato do idoso implica falar das representações sociais e das estruturas de suporte à velhice. O idoso é infantilizado, diminuído ao ser adjetivado como senil, decrépito, etc. A pobreza e a idade estão socialmente muito associadas e contribuem massivamente para os estereótipos que relacionam velhice com inutilidade, invalidez e doença (Decalmer e Glendenning, 1997).

Eu acho, sempre difícil falar isso, porque pra mim são velhices (...) pra mim pode ter momentos como esse que a gente estava falando agora, de você realmente viver independente, com liberdade e autonomia, mas pode ser também bastante complicado (...) falta de oportunidade de acesso à saúde e tudo. Eu acho que a desigualdade que vem né, as pessoas vivenciam, ela leva a velhices muito diferenciadas (Bronze)

O grupo de entrevistados considera que alguns idosos ficam mais reativos, menos pacientes, apresentam certas limitações físicas (a debilidade nas alterações que vem com a velhice: a perda de disposição, a perda de força, o risco de ter doenças graves); mentais (o risco de ter depressão, demências) e/ou sociais (o risco de ficar dependente, a perda da autonomia), como estão nas falas de 03 (três) trabalhadores sociais:

São as limitações, o risco de demências, o risco de doenças né graves, o risco de dependência, pra mim eu acho que a pior coisa é a dependência (Bronze)

Você não ter mais autonomia, você ter que depender das pessoas pra fazer tudo, no caso, ser um idoso que não 'tá' preparado pra receber assim a velhice, então mal-humorado, fechado, acaba vindo a depressão né (Laranja).

Eu acho que é à questão da saúde mesmo, principalmente, da mulher que chegou na menopausa, aí já vem a questão da osteoporose, a questão de não 'tá' produzindo mais hormônio e a maioria vai ter que fazer reposição de cálcio. (Esmeralda)

7.4. As práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso no sentido emancipatório do envelhecimento ativo

Na visão dos trabalhadores sociais participantes do estudo foram três as principais categorias intermediárias que aglutinaram *as práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso no sentido emancipatório do envelhecimento ativo* 7.4.1 – *Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde*; 7.4.2 - *Sentidos atribuídos ao que é saúde, o envelhecimento ativo e a educação em saúde e sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo*; e 7.4.3. *O trabalhador social como educador integral*

7.4.1 – Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde

Na composição da primeira categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 7.4.1.a e 7.4.1.b

O trabalhador social através da educação se responsabiliza para com o coletivo de idosos na organização deste coletivo enquanto cidadãos que são. Não é só a informação que direciona para este papel, mas o conhecimento sobre seus direitos e a sua compreensão construindo neles, portando, o direito enquanto cidadão do mundo e capaz de reivindicá-los, quando estes não são respeitados. Pois, a conscientização que é criada neles, mediados pelos trabalhadores sociais na educação integral tornam seus direitos parte das suas vidas, enquanto reconhecidamente seres autônomos e libertos.

7.4.1.a. Educação nos estudos sobre os direitos dos idosos desde a creche até a universidade

O idoso no conhecimento de si para o cuidado de si, requer da educação, e na educação, conhecer os seus direitos e compreendê-los. A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde, no SUS,

quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos trabalhadores sociais. Como diz Ametista:

Eu acho que falta muito também o conhecimento do idoso, falta conscientização para o idoso saber seus direitos, sobre a lei, falta educação né sobre o SUS, saber como funciona o Sistema Único de Saúde (Ametista)

No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito do idoso, concretizado através da Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Instituída em 1999 e do Estatuto do idoso (Lei 10741 de 2003) asseguram a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa que, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita que o idoso tenha acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente a este grupo etário (Brasil, 2006).

Tivemos avanços e conquistas, mas é preciso mais, segundo um dos profissionais: *A questão do Estatuto do Idoso possibilitou esse debate, mas ele é pouco difundido, pouco discutido, e não permitindo que esse idoso tenha esse lugar, esse espaço, seja respeitado como tal na sociedade brasileira. Os próprios idosos desconhecem o Estatuto (Bronze).*

A Educação em Saúde que se quer afirmar, para que se produza de fato a autonomia do idoso a partir da conscientização, deve ser a educação que organize os sujeitos para a luta pelos seus direitos como estão apresentados no *Estatuto do idoso*, para que os idosos se apropriem deste conhecimento para a própria proteção pessoal e social-jurídica, e para que isso venha a se concretizar e que se possa reivindicar o reconhecimento dessa política.

Destaca-se a importância da educação nos estudos sobre saúde do idoso desde a creche até a universidade no modelo libertador, dialógico e participativo voltada para a organização dos idosos, no dizer do profissional, que dá sentido às coisas:

(...)A compreensão dos direitos vai além do Estatuto do Idoso. Quem é que conhece o Estatuto do Idoso? Qual o idoso que já leu o Estatuto? Ninguém lê o Estatuto! Então a questão não é de lei, é você pensar na escola o que é ser velho, que você vai ser velho um dia (...) não é uma questão de lei, acho que é uma questão de educação! (Anil)

7.4.1.b. Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país

A “Saúde como um direito de todos e um dever do Estado” é o que está na Constituição do Brasil de 1988 e representa uma das conquistas do povo brasileiro em meio a luta pela democracia, por ampliar os direitos sociais e políticos. O sistema de saúde brasileiro, o SUS, num contexto de poucos recursos e grandes desigualdades sociais, concretiza-se nos pilares da universalização, integralização e da equidade.

Pelo Estatuto do Idoso, é assegurada ao idoso, a atenção integral à saúde, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Brasil, 2006). O acesso a serviços de saúde de qualidade é um elemento central para a qualidade de vida relacionada à saúde do idoso (Lima- Costa, 2003)

Apesar de a atenção à saúde ser um direito universal no Brasil, o acesso no uso de serviços pela população idosa é fortemente influenciado pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. Os idosos com menor renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde em comparação com aqueles com melhor situação socioeconômica, mas visitam médicos com menos frequência. Segundo, Lima-Costa (2003) os idosos são grandes usuários dos sistemas de saúde, sendo este fenômeno, consequência da maior prevalência de doenças e de incapacidades nessa população.

O envelhecimento da população tem impactos importantes na saúde, apontando para a importância de organização da rede de atenção à saúde para a oferta de cuidados longitudinais. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros/ ELSI³⁶, produzido em 2015-2016, finalizado e publicado pelo Ministério da Saúde em 2018, mostrou que

³⁶ O ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros) é uma pesquisa longitudinal, de base domiciliar, conduzida em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais. A pesquisa tem por objetivo examinar os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento e suas consequências para o indivíduo e a sociedade. Pesquisa, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz – Minas Gerais (FIOCRUZ-MG) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, Inovações e Comunicação. O inquérito da linha de base foi conduzido em 2015-16, com a participação de 9.412 indivíduos residentes em 70 municípios situados nas cinco macrorregiões Brasileiras.

75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses.

Na pergunta que foi feita pelo guião aos trabalhadores sociais, sobre o que pensam sobre as condições do nosso sistema de saúde para lidar com os problemas da saúde do idoso, 03 (três) responderam que é bem aceito pela população, mas que faltam recursos para mantê-lo, denunciam que os recursos do Estado que são direcionados para a saúde, como está previsto na lei, não chegam. E consideram o SUS como um sistema em construção, com acertos e erros que estão sendo corrigidos. Tem aqueles (03) profissionais que o defendem, por reconhecerem nele, justamente, que as falhas que existem, não o impedem de exercer sua função satisfatoriamente, afirmam, portanto, que é possível sim, termos um sistema de saúde de qualidade que seja universal, integral e equitativo. Assim como estão expressos aqui:

Eu sou defensora do SUS. A ideia do SUS é muito boa. (...) Ele não funciona muitas vezes, (...), mas não é a realidade do país inteiro, tem lugar que funciona sim. (Esmeralda)

Eu acho que o SUS na sua concepção ele é bom. Ele se funcionasse (...) como sistema descentralizado, em rede, eu acho que seria bom. Infelizmente, tem muitos profissionais bons, mas falta insumo e material. (Ametista)

O Brasil tinha um bom sistema público, que permitiu essa assistência (...) mas que está se deteriorando, infelizmente (Bronze)

E por outro lado profissionais (três) não acreditam no SUS enquanto um sistema público para atender à todos os brasileiros com qualidade independente de classe, cor, se indígena, etc. Um dos trabalhadores o considera inadequado porque representa os interesses da classe dominante, e outro considera que devido a grande demanda, o SUS não dá conta de atender a demanda e a relaciona a falta de preparo dos profissionais.

As pessoas estão envelhecendo cada vez mais, a necessidade de políticas voltadas é maior ainda, temos mais doenças, mais carências, mais necessidades de olhos para cuidar disso, e a gente não tem nenhum preparo ainda (Bronze)

O sistema de saúde não é adequado. Ele realmente representa os interesses da classe dominante (Anil)

Acho que quem depende do SUS, tem poucos relatos de bom atendimento (...) Até conseguem a consulta, mas na hora de fazer um exame fica esperando não sei quanto tempo para marcar por que a gente sabe como que é, né? (Malva)

7.4.2 - Sentidos atribuídos ao que é saúde, envelhecimento ativo e educação em saúde: sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo

Na composição da segunda categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas as categorias temáticas iniciais, conforme observado nos subitens 7.4.2.a e 7.4.2.b.

Nos quais os diferentes sentidos dados pelos trabalhadores sociais ao que entendem sobre o que é saúde sendo o resultado voltado para a saúde do ponto de vista mais ampliada pois considera também as determinações sociais e os sentidos que atribuem ao envelhecimento ativo está de acordo ao indivíduo idoso que nunca deixou de ter projetos ou desejos que impulsionam a vida

7.4.2.a. Sentidos atribuídos sobre a saúde

Eu ficaria bem com aquela definição da OMS, não só a ausência de doenças né, mas o bem-estar físico, mental e social. (Ametista)

Porém vemos que atualmente este conceito dado pela OMS, se amplia e considera também as determinações sociais, pois esta, vai para além de ser um fato biológico-natural e do emprego de esquemas epidemiológicos, como era anteriormente, agora ao conceito de

saúde faz parte também a convivência do indivíduo em sociedade, ao acesso das redes socioeconômicas e de serviços essenciais, pois, vai-se atentar a influência do indivíduo na própria saúde quer positivamente ou quer negativamente, o contexto social, e, a história de vida individual e da coletividade a qual é um fenômeno eminentemente humano (Rocha e David, 2015).

É superada a ideia da dicotomia saúde-doença como tradicionalmente é o conceito de saúde, reduzido a simples ausência de doenças, numa visão puramente biológica com foco principal no tratamento e prevenção de doenças e lesões, restringindo assim, a análise da questão saúde.

Tal como se refere Anil:

Entendendo saúde de uma forma multifatorial, é você estar em paz consigo próprio, com a sociedade em que você está inserido com a sua família. Acho que isso é ter saúde, não é a ausência de doenças. Acho que o grande problema é a gente ainda pensar saúde como o contrário de doenças (Anil)

E na visão de outros três trabalhadores sociais, ter saúde *é ter autonomia, é ter liberdade de ir e vir, possibilidade de se locomover, ter clareza de raciocínio, independência (Bronze); é poder viver bem, fazer coisas que gosta e estar feliz. (Esmeralda); é estar bem fisicamente, psicologicamente, socialmente. (Malva)*

É considerar a doença habitando por um período de tempo o corpo do indivíduo, mas que pode ser controlada pois mesmo com doença, este é considerado saudável, e junto ao controle também desenvolva um estilo de vida ativo!

Portanto, ter saúde é vista pelos trabalhadores sociais, de uma forma mais ampliada pois é ser autônomo, ter um projeto, ter a doença controlada, ser independente, é a possibilidade de se locomover, ter liberdade, ter clareza de raciocínio, ter estilo de vida ativo, é poder fazer suas atividades de vida diária sem problemas. É principalmente estar bem consigo mesmo: no cuidado de si, na relação consigo próprio, com o outro e com o meio que vive.

7.4.2.b. Sentidos atribuídos sobre Envelhecimento Ativo

Segundo a OMS (2005) envelhecimento ativo é entendido como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O termo, que foi adotado no final dos anos 90, aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida.

Os profissionais entrevistados interpretam o Envelhecimento Ativo como o idoso que tem projetos que impulsionem a sua vida movido pelo desejo, é abrir novos caminhos, novos horizontes, pois é preciso estar em movimento contínuo e consciente do próprio envelhecimento, como estão expressos em suas falas:

Envelhecimento ativo é o idoso não mudar as suas atividades por causa de estar envelhecendo (Ametista).

(...) é a possibilidade de você estar envolvido em algo que é caro pra você e que abre também outras possibilidades, de outros desejos e outros projetos. Isso é fantástico O que move o ser humano é o desejo! (Bronze)

Ah são esses pacientes aqui do programa (risos). Tem gente com quase 90 anos que faz tudo sozinho, vai ao médico sozinho, faz atividade física, coordena sua vida, toma medicamentos sem precisar de alguém pra ajudar, vive sozinho e está vivendo bem. (Esmeralda)

O envelhecimento ativo me leva a pensar o que é esse “ativo”. O que é você fazer determinadas coisas por imposição, por modismo, e o que é verdadeiramente aquilo que é importante de ser feito (Anil).

Exatamente, para ser ativo no seu processo de envelhecimento é preciso ter projetos, e mais, é poder dar sentido ao que faz, e dar sentido à própria vida, não é seguir modismos ou imposições de vida, é saber o que quer, saber quais os seus desejos!

7.4.3. O trabalhador social como educador integral, na educação em que a aprendizagem é fundamentada na pedagogia participativa e dialógica.

Na composição da sexta categoria intermediária desta seção foram consideradas e problematizadas a categoria temática inicial, conforme observado no subitem 7.4.3.a.

Compreender o trabalho multiprofissional para o cuidado do idoso, de forma integral na responsabilidade dos trabalhadores sociais: considerando primordial a distinção das particularidades do processo de envelhecimento, considerando o envelhecimento ativo vinculado à percepção da saúde numa visão ampliada como um dos objetivos desse processo, e considerando fundamentais para o envelhecimento ativo os programas desenvolvidos na UFF – Niterói/ RJ.

7.4.3.a. Concepção político pedagógico dos trabalhadores sociais sobre a Educação em Saúde: – sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo

A educação em saúde como uma das atividades dos educadores integrais, é um campo de práticas que incide no nível das relações sociais normalmente estabelecidas, quer por esses trabalhadores sociais entre si, com a instituição e envolvendo os diversos atores sociais, no caso, os idosos que estão presentes nas atividades das oficinas de forma participativa e efetiva, refletido nas relações entre esses atores e seus efeitos na saúde.

Segundo Gadotti, (2010) a aprendizagem ocorre em múltiplas oportunidades através das redes e movimentos em que circulam a informação na sociedade que vivemos e para acontecer o educador deve aprender a pensar autonomamente, a trabalhar colaborativamente, e saber comunicar-se, pesquisar, conhecer as fontes de informação e organizar o próprio trabalho, articular o conhecimento com a prática e com outros saberes, e, ao ser sujeito da construção do conhecimento estar aberto a novas aprendizagens. (Gadotti, 2010).

Neste sentido o trabalhador social se torna um educador integral, que se faz presente na educação em que a aprendizagem é fundamentada na pedagogia participativa e dialógica, portanto significa que este deve se perceber um mediador do conhecimento, um problematizador, e não um lecionador, e assim, um organizador do conhecimento e um investigador, ou seja, um aprendiz. (Gadotti, 2010). E este educador percebe que “a estética não está separada da ética. E elas se farão presentes quando houver prazer e sentido no conhecimento que construímos” (Gadotti, 2010, p.14).

Analisando as falas dos trabalhadores sociais, quatro dos entrevistados reconheceram na educação em saúde, o agir multiprofissional para a promoção da saúde do idoso, nos grupos de conversa. Estes temas são parte de uma construção partilhada do conhecimento **com** os idosos e não **para** os idosos. A abordagem deve ser de diversas áreas, feita pelo educador integral, como foi dito aqui por um dos trabalhadores sociais: *No Mequinho a gente tem vários grupos com idosos lá na sala de espera. A gente fala sobre diversos temas sobre a saúde do idoso, não só em alimentação, mas em todas as áreas.* (Ametista)

O envelhecimento ativo está vinculado à saúde ampliada, como um dos objetivos desse processo, em que estão incluídas também as mudanças em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa (Ciosak et al., 2011).

Estes trabalhadores sociais consideram os programas desenvolvidos na UFF, fundamentais para o envelhecimento ativo e um deles até solicita se *multiplicar os espaços onde os idosos podem fazer as atividades, principalmente de forma gratuita* (Bronze). Entendendo que, a universidade contribui para problematizar as questões sociais, ou seja,, problematiza as questões relacionadas aos idosos numa contribuição para as políticas públicas de saúde para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Deve ser problematizada a própria promoção da saúde a que se quer desenvolver na visão ampliada de saúde pode ser *utilizada de forma equivocada* como diz um dos entrevistados e promover a doença ao invés da saúde:

Aí que entra a promoção da saúde com a qual a gente trabalha: o ideário da promoção da saúde passa pela desmedicalização. Passa pela ausência de culpa para aquele que é a vítima; passa do envolvimento comunitário. E aí a gente está falando de saúde. Mas só que hoje até a própria proposta da promoção da saúde tem sido utilizada de forma equivocada por conta das pessoas desconhecerem o que é a promoção da saúde. Ou o que deveria ser. Então a gente vai encontrar coisas até da OMS que não estão de acordo com esses princípios que a gente acabou de falar, como a culpabilização da vítima. (Anil)

A Promoção da Saúde atualmente, é o nome dado “ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (WHO, 1996, p.1). Termo este que passa a representar recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-

cuidado associado a qualidade de vida, solidariedade, saúde, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, cujas estratégias contemplam ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, na responsabilização e na solução de problemas (Buss, 2000).

Nesta pesquisa percebemos que existem estratégias de ações individuais nas parcerias intersetoriais, colocando em evidência as ações de Educação em Saúde que os trabalhadores sociais desenvolvem com os idosos, nas suas atividades/ oficinas.

Algumas ações registradas na observação participante da autora desta pesquisa, como foi participar de uma vivência do grupo de ginástica do projeto PrevQuedas, que como exercício desenvolvido com os idosos houve a simulação de uma rua imaginária com objetos espalhados, identificado como perigoso e com a possibilidade de queda, uma simulação semelhante a realidade enfrentada pelos idosos no cotidiano, como a presença de buracos, irregularidades no piso da calçada, poças d'água, etc. em que se impõe desviar ou pular o obstáculo, havendo a possibilidade de vir a provocar a queda desse idoso com suas consequências, sendo as fraturas ósseas, principalmente as fraturas na cabeça do fêmur, que podem inclusive levar ao óbito, as mais frequentes! E são propostos tipos específicos de exercícios que ajudam o idoso, entre outras coisas, em manobras de recuperação após a queda.

Outras atividades com os idosos que foram observadas foram os grupos que faziam exercícios físicos de forma interativa que envolveram movimentos de dança, e de estímulo à memória, entre outras dinâmicas participativas de educação para conscientização sobre corpo, equilíbrio, força e memória dos idosos.

Além das ações que desenvolvem, três profissionais sugeriram outras ações, tais como formar *“um grupo de apoio aos cuidadores”³⁷ (...) eu acho que isso ajudaria demais as famílias e ajudaria demais a uma qualidade de vida pros idosos* (Bronze); outro com relação a discriminação e estigmas sugere o trabalho de educação de conscientização para as gerações mais novas, em creches, em escolas e até nas universidades: *Quando você tem relações de igualdade entre as faixas etárias você garante também uma vida mais saudável para as pessoas porque o preconceito é uma coisa terrível* (Bronze), e outro sugere a inclusão profissionais de diferentes áreas na Atenção Básica do SUS, e estimular a

³⁷ Cuidadores são funções exercidas na maioria das vezes, por membros da família e que em geral não estão preparados para esta função e prece um reforço profissional.

participação do idoso em grupos de discussão, no exercício da sua cidadania e uma maior participação na sociedade, desse idoso.

A OMS caracteriza como objetivos da educação em saúde desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem, e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Tais objetivos fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos construídos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor, e com esta proposta ajudam aos governantes a melhorar a eficiência dos programas de saúde. (Levy et al, 1997).

Todas as atividades/ oficinas são desenvolvidas em grupos entendendo-se o processo grupal como espaço privilegiado para a constituição de rede de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; juntamente produz reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença; e a organização e mobilização para o efetivo controle social, bem como espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde, efeitos do *empowerment* comunitário proporcionado.

VIII – SÍNTESE DOS RESULTADOS

Viver é envelhecer, nada mais

(Simone de Beauvoir)

No desenvolvimento do trabalho com os idosos, ocorridos nos projetos de extensão, o inédito-viável orientou o diálogo de saberes dos idosos com os trabalhadores sociais (popular x científico), na crença do sonho possível, e na utopia que decorre deste, ao se compreender os sentidos atribuídos a cada um dos conceitos aqui abordados, tais como: a velhice; ter ou não saúde; o envelhecimento ativo; a auto-estima e o cuidado de si; a cidadania e os direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade; e os processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade nos quais estão os projetos universitários. Para se perceber suas convergências e destacar as contribuições da pesquisa para o fortalecimento do potencial emancipatório dos processos educativos e problematizar as relações do ensinar-aprender-pesquisar.

8.1. Os sentidos da velhice

O grupo de idosos voluntários na pesquisa estão na sua maioria participando das oficinas dos projetos de extensão desde a sua fundação, somente dois estão a menos tempo, em atividades de grupos voltados para a terceira idade, e o envolvimento nesses grupos contribuiu para des-construção e posterior re-construção do que para eles são os sentidos da velhice e esta ressignificação da velhice tem o potencial de promover a autoestima, fortalecendo o indivíduo para lidar com eventos negativos, o que poderá ser compreendido de modo mais aprofundado, a partir das experiências da boa velhice. Pois a maioria diz não se incomodar, os idosos aparentemente, não deram importância ao serem identificados como uma pessoa velha, da melhor idade, da terceira idade ou idosa, como expressou Violeta no seu relato “*Não incomodo nem com idoso, nem velho, nem nada. Eu sei a idade que eu tenho(...)*”. Para este coletivo, as práticas educativas e o convívio no coletivo são promotores de autoestima, pois eles não se identificam nos “corpos dóceis”, na visão de Foucault, naqueles que se sujeitam ao que é dominante em relação ao outro, mas hoje já nos referimos a esses grupos, os que representam os atores sociais, pois estão implicados com as questões relacionadas ao seu próprio envelhecimento e da sociedade como um todo, e não são mais espectadores.

Eles dizem não se **sentirem** velhos, já que no cotidiano sentem-se funcionais, ou seja, para esses idosos **ser velho não é igual a sentir-se velho**, pelo menos não houve constrangimento à pergunta feita, em relação aos estereótipos que desqualificam a velhice. A tendência foi de positivar e singularizar a velhice sentida/vivida, diferenciando-a da velhice universalizada, capturada em ideologias limitantes. Outro modo de se analisar a discriminação contra o idoso – ageísmo que é sustentada principalmente pela manutenção de estereótipos (negativos e positivos) quanto à idade avançada – são os mecanismos de defesa que são acionados.

E para os trabalhadores sociais que reconhecem a heterogeneidade e a polissemia em relação a este processo de envelhecer e à velhice, consideram a existência de diferentes velhices de acordo com os múltiplos fatores – os de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural – que interferem no processo de envelhecimento. Os processos de envelhecimento são singulares e variáveis, na vida de cada indivíduo, com os ritmos diferenciados e de acordo com as oportunidades e forças vigentes, sob dadas condições sociais. Para a maioria não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica e o modo como a sociedade lida com a velhice e o envelhecimento denotam como é a imagem vista do idoso nos diferentes sentidos atribuídos a ele.

O idoso como "ator social", é o protagonista de sua história, enfrentando as problemáticas da idade numa visão positiva da velhice, individual e coletiva, que está redefinindo as relações familiares, influenciando os rumos da política e criando uma nova imagem de si. Como é retratado a percepção sobre a velhice de um dos trabalhadores sociais:

A gente é velho, na cabeça dos outros! O olhar do outro que nos transforma em pessoas velhas. Dentro da minha cabeça eu sou jovem, eu sou capaz de fazer as coisas que desejar. Mas como me interessa a minha cabeça e não a cabeça dos outros, se você tem uma cabeça pensante dessa forma, talvez seja melhor de conviver com a sua própria velhice (Anil)

E os desafios da transição demográfica no Brasil denota que, mesmo deixando de ser um país jovem para ser um país envelhecido, a cultura da juventude eterna prevalece, no que

é percebida com a medicalização da saúde, as violências contra a mulher principalmente contra a mulher idosa, o machismo e estereótipos atribuídos à velhice.

E cabe ao trabalhador social enquanto educador integral problematizá-la, de modo aos idosos se ligarem no exercício de *(des)* construção e *(re)* construção de outra forma, sem preconceitos.

8.2. Ter saúde ou não

No Brasil, a atenção à saúde do idoso, por um bom tempo, era restrita ao acesso à assistência médica individual. Apesar de haverem avanços por termos uma política de saúde do idoso mais integral, ainda é bastante frequente a redução do envelhecimento à doença crônica, no sentido de se circunscreverem os cuidados em saúde aos atendimentos médicos individuais esporádicos, quase sempre restritos às complicações, como no exemplo da hipertensão, com deterioração da qualidade de vida desse idoso. (Lazaeta, 1994).

Apesar de ir às diferentes especialidades médicas ou estar com doença grave o indivíduo idoso voluntário em nossa pesquisa “se sente com saúde”, sendo o problema visto como uma “necessidade” ou algo normal na terceira idade.

Portanto, ter saúde é percebida na concepção de saúde mais orientada pelo paradigma biomédico e a compreensão da medicalização como uma forma de cuidado, se dissocia, porém, de um dos entrevistados idoso que tem uma visão da saúde, mais contemporânea e/ou alinhada ao paradigma da promoção da saúde, que considerou que “*Saúde é tudo junto, não é?! Bem-estar, é um equilíbrio, não é. Geral, de tudo, saúde física, espiritual(...)*” (Rosa)

Ao fazerem parte da classe trabalhadora, como no perfil socioeconômico dos idosos foi apresentado o “não ficar parado” ao manterem-se ativos pode vir a significar que mesmo aposentados mantiveram-se trabalhando, e o trabalho doméstico naturalizado e muitas vezes não reconhecido no cotidiano das mulheres.

Para Assis (2004), viver mais e bem é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla como potencial de satisfação das aspirações humanas. Quando o idoso está sendo assistido com tratamentos bem-sucedidos, e sua autonomia e seu bem-estar são preservados, ele pode gerir sua vida e determinar suas atividades de lazer, de convívio social e de trabalho. Se este é hipertenso, diabético, cardíaco ou se toma remédio para

depressão, infelizmente esta é uma combinação que faz parte da realidade desta faixa de idade, mas não é sinônimo de incapacidade.

Os trabalhadores sociais no cuidado a saúde do idoso, têm o olhar da saúde de forma ampliada, para além do biológico, conforme também as determinações sociais, pois apoiados em Rocha e David (2015) considera a influência do indivíduo na própria saúde, quer positivamente ou negativamente no contexto social, sua história de vida individual e da coletividade, a qual é um fenômeno eminentemente humano.

Neste sentido, é superada a ideia da dicotomia saúde-doença como tradicionalmente é o conceito de saúde, reduzido a simples ausência de doenças, numa visão puramente biológica com foco principal no tratamento e prevenção de doenças e lesões, restringindo assim, a análise da questão saúde.

Ainda reforçam o conceito de saúde mais voltado para a visão ampliada da saúde na promoção da saúde com as determinações sócias também sendo consideradas pela saúde e assim, para três trabalhadores sociais ter saúde *é ter autonomia, é ter liberdade de ir e vir, possibilidade de se locomover, ter clareza de raciocínio, independência* (Bronze); *é poder viver bem, fazer coisas que gosta e estar feliz.* (Esmeralda); *é estar bem fisicamente, psicologicamente, socialmente.* (Malva); *é não só a ausência de doenças né, mas o bem-estar físico, mental e social* (Ametista). Como preconiza a OMS.

Este termo Promoção da saúde na visão ampliada de saúde pode ser *utilizada de forma equivocada* como diz um dos entrevistados:

Aí que entra a promoção da saúde com a qual a gente trabalha: o ideário da promoção da saúde passa pela desmedicalização. Passa pela ausência de culpa para aquele que é a vítima; passa do envolvimento comunitário. E aí a gente está falando de saúde. Mas só que hoje até a própria proposta da promoção da saúde tem sido utilizada de forma equivocada por conta das pessoas desconhecerem o que é a promoção da saúde. Ou o que deveria ser. Então a gente vai encontrar coisas até da OMS que não estão de acordo com esses princípios que a gente acabou de falar, como a culpabilização da vítima. (Anil)

8.3 O envelhecimento ativo

Assim, para além das **percepções e vivências** sobre o processo saúde-doença-cuidado, discutidas no tópico anterior, a resiliência e os mecanismos de proteção foram categorias que emergiram das entrevistas, com algumas **nuances e sentidos** que evidenciaram as diferentes **ações e estratégicas** utilizadas pelos idosos para superação das adversidades que compõem sua condição de ser uma pessoa da terceira idade e estar sujeito a várias situações de vulnerabilidade, algumas delas apresentadas no corpo teórico da tese, mais especificamente no capítulo 2.

Entre as estratégias utilizadas pelos idosos para tal superação de adversidades, algumas são mais ligadas a aspectos atitudinais, outras mais comportamentais e, outras ainda, mais relacionais. Evitar ficar preso a um passado, encarar o presente e tomar consciência da realidade, pode ser um caminho promissor para aumentar o potencial de resiliência do idoso, como colocado por Dália, pois *“você tem que ter consciência, que velhice é velhice. Não pode ficar reclamando, porque seu tempo já passou. Agora, você tem que enfrentar o seu caminho”*.

Uma das adversidades decorre do fato da pessoa da terceira idade estar mais vulnerável em termos das possibilidades de estabelecer, ou mesmo manter vínculos sociais mais estáveis, pelo isolamento provocado na vida de algumas delas. Observa-se que tal isolamento pode se dar, quer seja por estarem fora “da ativa” ou aposentadas, quer seja por passarem a ter que morar sozinhas ou, por sentirem-se inseguras para transitar mais livremente nas ruas, por limites físicos que aumentam riscos de queda, por exemplo. Encontrar outros modos de ocupar o tempo e sair de casa e, meios de participar do mundo público torna-se assim necessário e recomendado. E pelo menos duas idosas deram muito valor à participação nos grupos oferecidos pelos projetos universitários. Por outro lado, quem de alguma forma não encontra ou adere a alguma estratégia de socialização, encontra-se mais vulnerável frente a situações de sofrimento psíquico provocado pelo isolamento social

No conceito de envelhecimento ativo há um processo de aprendizagem do cuidado e busca de autonomia que se dá nas relações familiares, e, que ratifica e valoriza o respeito entre ambas as gerações e os ganhos advindos disso.

Por fim, apesar de se reconhecer a socialização, o respeito às autonomias e abertura para novas aprendizagens como caminhos para se superar dificuldades e promover a resiliência, elas também precisam ser ensinadas e praticadas no convívio com os demais idosos do grupo.

Outro importante modo de enfrentar os limites do envelhecer, o qual confirma que a ampliação da consciência acerca do processo de envelhecimento ativo está associada ao modo como o idoso aprende a perceber a si e ao outro no seu cotidiano de vida, em um processo de aprendizagem permanente e contínuo, tal como ressaltado:

A vida também ensina muito a gente né, cada dia a gente aprende, a gente nunca deixa de aprender. Tá sempre pronto a aprender alguma coisa, sempre surge alguma coisa nova a cada dia, a cada dia, a cada minuto da vida da gente surge algo novo. (Iris)

Seguindo o que a OMS (2005) conceitua sobre o envelhecimento ativo, estes idosos procuram seguir a vida num envelhecimento que lhes dá o prazer de viver, na resiliência, na superação das adversidades, pois “é um processo que otimiza as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida”.

Os trabalhadores sociais em seus objetivos para a promoção do envelhecimento ativo desenvolvem propostas político-pedagógicas na mediação entre identificar problemas e buscar alternativas que colaborem com o idoso no estímulo para desenvolverem novos projetos.

Além da socialização que se faz nas participações dos idosos nas oficinas-atividades dos projetos de extensão, para esses trabalhadores sociais ser ativo no seu processo de envelhecimento *é a possibilidade de você estar envolvido em algo que é caro pra você e que abre também outras possibilidades, de outros desejos e outros projetos* (Bronze) é poder dar sentido ao que faz, dar sentido à própria vida o que não quer dizer que seja seguir modismos ou imposições, e sim saber *o que é verdadeiramente aquilo que é importante de ser feito* (Anil)

8.4. Afetividade, assertividade e autoestima no cuidado de si

No contexto das relações sociais estabelecidas pelos idosos, a participação em espaços e grupos nos quais foi possível estabelecer novos vínculos afetivos, colaborou para que sentimentos de segurança e pertencimento fossem gerados.

Vivenciar esse tipo de acolhimento e vinculação positiva contribuiu para que outras participantes fortalecessem sua autoestima, fossem assertivas em seus desejos e se cuidassem mais. Por outro lado, na relação do idoso com seu próprio corpo, mais no sentido de uma certa autonomia sobre sua realidade corporal, sendo seu o protagonismo da atividade, do manter o corpo em movimento e vivo, não pela recomendação de se fazer atividade para se ter saúde, tal como prescrito pelos médicos para se ter saúde, mas sim como uma escolha e por prazer.

Assis (2005) reconhece o investimento no autocuidado pela pessoa idosa como expressão de sua autonomia, um caminho para que possa buscar relacionamentos ou atividades que valorizem suas capacidades e habilidades e se recoloca no mundo enquanto sujeito ativo.

As atividades desempenhadas pelos trabalhadores sociais fortalecem essas ações, nos projetos de extensão, na **atenção ao cuidado do idoso** e produzem intervenções voltadas mais para a prevenção de doenças, quer seja pelo nutricionista, educador físico, pelo assistente social, ou outros da equipe multiprofissional, no tipo de ingerência desenvolvida de incentivo aos hábitos de vida saudáveis, que para um dos especialistas, são *mais gratificantes* porque eles têm o *reconhecimento do próprio idoso que atende (...)* e com *bons resultados*. E acontece quando necessária, a intervenção específica

O apoio dado ao idoso nos cuidados de atenção passa pelo respeito à pessoa do idoso, na consideração a sua linguagem, conhecimento e a sua visão de mundo, e ao se comunicar com este idoso a partir da compreensão de seus modos de viver, se responsabiliza, portanto, com a saúde física, mental e social do idoso assim como o idoso é tornado responsável pela sua saúde. Neste sentido, cuidar, não é criar dependência, entre o trabalhador social e o idoso, mas sim, conscientizá-lo pelos seus problemas inclusive os de saúde, como diz o profissional:

Eu brinco que a gente tem licença poética pra conversar. Eu gosto de educá-los também para eles entenderem a condição deles, os riscos que eles têm, pra [que] eles estão usando aquele medicamento, porque eles são co-responsáveis pelo, na verdade eles são os responsáveis pela saúde deles né, a gente só dá o suporte, mas quem vai se cuidar são eles, então eles têm que ter responsabilidade (Esmeralda)

O cuidado de si uma vez que se trata de uma escolha de vida, e, desde sempre, implicada pela presença do outro, isso quer dizer que o cuidado de si não nos afasta do mundo, ao contrário, ao dirigir a atenção para si, o que se busca é avaliar o lugar que se ocupa no mundo e o sistema de necessidades no qual o sujeito se encontra vinculado. O cuidado de si configura-se como um princípio ordenador de nossas ações. (Freitas, 2010)

A atenção ao cuidado do idoso é necessariamente, a de avaliação dos limites existentes entre o que se pode considerar como um envelhecimento normal com as alterações fisiológicas gradativas, e as patologias que podem se instalar ao longo da vida. Ao surgimento de patologias se requer dos trabalhadores sociais a identificação precoce para que sejam trabalhados com os próprios idosos de forma participativa e efetiva (Melo et al, 2009)

8.5. Cidadania na terceira idade

No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito do idoso, concretizado através da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSP I), instituída em 1999 e do Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 2003) são hoje expostos na forma da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa que, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), busca dar garantia de acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora a maioria dos idosos (sete) tenha relatado não utilizar os serviços públicos de saúde, o que foi um dado de pesquisa surpreendente diante da baixa renda informada, prevaleceu entre os mesmos uma avaliação negativa do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto

por não estar preparado para lidar com os problemas de saúde do idoso, como por não ter condições materiais, recursos suficientes para o atendimento.

Apesar do Estatuto do Idoso já existir há mais de 15 anos e apresentar resultados favoráveis e reconhecidos no campo dos direitos, muito ainda tem o que se fazer por parte das Políticas de Proteção do Idoso e a divulgar. Algumas pessoas entrevistadas demonstraram conhecimento restrito sobre o assunto, embora saibam da existência do Estatuto do Idoso – ou nunca leram ou conhecem pouco, sendo importante registrar que, a mais nova e única com nível superior, está entre elas, o que sinaliza que o ter mais ou menos conhecimento do assunto não tem, necessariamente, relação direta com nível de escolaridade: *Eu sei que tem, tem, mas eu não conheço muito* (Rosa), sendo um fator que deve ser considerado nos trabalhos educativos com idosos e seus familiares.

Os trabalhadores sociais em seus objetivos para a promoção do envelhecimento ativo desenvolvem propostas político-pedagógicas na mediação entre identificar problemas e buscar alternativas que colaborem com o idoso no estímulo para desenvolverem novos projetos e nesse sentido, vale destacar que, para além da existência de mecanismos legais e políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos dos idosos, há um nível de conhecimento que não passa só pelo dado ou informação objetiva, mas sim por um processo cultural que ainda invisibiliza e tutela muito os idosos e suas demandas específicas, que precisa ser muito trabalhado via processos de sensibilização e desconstrução de estereótipos e preconceitos relativos à velhice, para que sejam reconhecidos seus direitos.

8.6. Acesso e garantia de direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade

Sobre o conhecimento de seus direitos e o acesso aos benefícios a partir da terceira idade, uma única idosa citou aqueles que envolvem diretamente e/ou garantem sua mobilidade pela cidade, como o transporte gratuito, a prioridade no atendimento como no caso dos bancos e, a meia entrada em atividades culturais. Entretanto, no que se refere aos direitos previdenciários de cidadãos que contribuíram durante toda a sua vida laboral, na expectativa de viverem sua melhor idade com renda suficiente para viver, foi com indignação e revolta pela violação dos seus direitos que Lavanda confirmou a triste realidade de muitos brasileiros na terceira idade: *“(...) aposentadoria é uma droga, depois que entrou o governo, aquele governo sem vergonha, ladrão, que roubou tudo, aposentadoria da gente caiu muito, diminuiu muito”*

Mesmo assim, ainda que recebendo rendimentos insuficientes por meio de sua aposentadoria e, contando com o respaldo do Estatuto do Idoso, existem situações que ao ultrapassarem os limites da violação dos direitos, revelam-se como violências contra a pessoa idosa aqui destacadas a do tipo intrafamiliar de natureza física e patrimonial:

Acho que o estatuto do idoso ajuda em parte (...) ainda se vê muito idoso ser espancado por pessoa da família, tem esse empréstimo consignado que deixou muito 'idozinho' sem direito a comer nada na casa dele porque o neto vai lá e fala assim "pega um empréstimo pra mim vovô", só que ele não vai pagar e vai sobrar o que pra você criatura? (Lavanda).

Mas, como se daria tal aprendizagem nos grupos de extensão? As propostas político-pedagógicas desenvolvidas pelos trabalhadores sociais levam à aprendizagem nos grupos de extensão colaborando para isso?

Os trabalhadores sociais em seus objetivos para a promoção do envelhecimento ativo desenvolvem propostas político-pedagógicas, pois, é preciso que os direitos dos idosos sejam parte de seu exercício de conscientização de si na relação de cuidado de si. Entendendo que, os grupos sociais de idosos na comunidade, vêm carregados de cultura, com as concepções de mundo de cada um, inseridos que estão na compreensão do coletivo, na compreensão do mundo, e os debates e as propostas vão sendo concretizados na relação da educação com a cultura a partir de seus valores, a busca da conscientização, reflexão, amplitude de diálogo e de negociação.

8.7. Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade

Observou-se que o envolvimento dos idosos em grupos e atividades de sala de aula, nos espaços de cuidados dos projetos de extensão da UFF, contribuiu para percepção em relação aos seus direitos, através de ações educativas desenvolvidas por trabalhadores sociais, contando com a discussão de seus direitos conforme o Estatuto do Idoso.

O acesso a tal conhecimento, mediante sua vivência positiva na atividade, acabou inspirando e estimulando o desenvolvimento de habilidades literárias e a revelação do talento de uma das idosas:

O “X” entrou muito no Estatuto do Idoso, começando muito pela Previdência Social, que você vê os meus versos são esses “pra conseguir benefício é preciso paciência, pois se o tal de inferno existe, o seu nome é Previdência, da distinta não escapa nem quem sofre de demência” (Lavanda).

Considerando o que é a educação para Dewey como “a organização de experiências humanas de crescimento em benefício da possibilidade de mais ricas experiências, aumentando a diversidade e a capacidade de inventividade” (Ghiraldelli Junior, 2002; Gadotti, 1999, citados por Roiz & Fonseca, 2009, p.77), percebemos o valor da concepção do desenvolvimento, pois para esse autor, segundo Ghiraldelli Junior (2002), ambos, as crianças e os adultos, estão comprometidos no crescimento, respeitadas as diferenças que acontecem nos modos de crescimento apropriados a diferentes condições. Por exemplo o desenvolvimento da criança está direcionado para as capacidades necessárias ao seu crescimento, e o do adulto dependem de novos estímulos que reorientam as suas faculdades e as mantêm em desenvolvimento (Ghiraldelli Junior, 2002, citado por Neto, 2007).

Na realização da prática de grupos envolvidos, com apoio dos trabalhadores sociais, se propõe a experiência do diálogo de saberes como modo de problematizar a hegemonia do conhecimento científico para que se realizem as intencionalidades emancipatórias dos processos educativos.

Como no depoimento de Lavanda, que ao se pronunciar ter lugar de expressão, percebeu a violência a que foi exposta, quando muito criança:

Eu era canhota, aí fazia tudo com a mãozinha esquerda. Mamãe amarrou minhas mãos, porque a professora antigamente ficava enchendo a paciência que não se podia ser canhota (...) no colégio não aceitava dentro da sala, botava você pra ir pra secretaria, porque diziam, olha a mentalidade, diziam que ‘cê’ tinha parte com o demônio. Tadinha ela queria me proteger (...) amarrar a mão é uma agressividade (Lavanda)

O diálogo entre o trabalhador social e idosos é na descrição da realidade vivida por Lavanda, uma proposta prática de superação, pelo menos em parte, dos aspectos opressores percebidos, no processo de conhecimento que toma como ponto de partida a análise crítica da realidade, com o desdobramento do enunciado pela idosa, como ponto de partida para

investigação das violências contra os idosos, como é estudada pelo Estatuto do Idoso e nas Políticas de Proteção ao idoso.

Percebe-se que houve o interesse a partir do estímulo pelo diálogo, e como o aprendizado adquirido foi fundamental para o entendimento e reconhecimento das Políticas de Proteção do Idoso, e o conhecimento da importância do Estatuto do Idoso como marco fundamental para que as leis fossem realmente cumpridas, principalmente em relação a violência contra o idoso. Em relação aos direitos institucionais e sociais do idosos é muito importante que o idoso se reconheça possuidor desses direitos: a violência física e econômica contra o idoso é reconhecida pelos entrevistados, em geral, feita por algum familiar, e percebem o quanto ainda tem que ser feito em termos de direitos dos idosos, e de quão pouco as políticas públicas fazem por eles.

Como sugestões das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos trabalhadores sociais foram observadas atividades em grupo para conscientização de corpo, equilíbrio, força e memória dos idosos, a partir de movimentos de dança, estímulos à memória e outras.

Um exemplo tem no exercício preventivo para as quedas desenvolvido com os idosos, no projeto PrevQuedas, numa simulação de uma rua imaginária, onde foram desenhados obstáculos possíveis e imaginados que podem ser encontrados nas calçadas ou nas ruas da cidade como: buracos, irregularidades no piso da calçada, poças d'água, produtores da queda do idoso com suas consequências nas escoriações, ferimentos e fraturas ósseas, principalmente as fraturas da cabeça do fêmur, ou óbito!

Se faz uma simulação de um caminho em que propõe o desviar ou pular os obstáculos com a rapidez que os limites do corpo do idoso impedem de serem realizados resultando em quedas. E são propostas atividades com exercícios específicos que vão ajudar o idoso, no aumento da força muscular, com exercícios para cada movimento que é feito após o acontecimento, inclusive o de se levantar do chão, após a queda.

Para estes trabalhadores sociais os projetos de extensão da UFF são considerados fundamentais para o envelhecimento ativo, nas atividades de conscientização do idoso no cuidado de si, na conquista de sua autonomia e seus direitos através dos encontros nas oficinas.

8.8. O reconhecimento dos projetos universitários:

Os programas educacionais em universidades são geralmente facilitadores do envelhecimento bem-sucedido por incrementarem conhecimentos teóricos e práticos, satisfazerem preocupações culturais, por ampliarem as relações sociais e a participação autônoma e ativa do idoso na sociedade (Neri e Cachioni 1999).

Na visão do grupo da terceira idade que participou do estudo aqui apresentado, foram muitos os benefícios advindos da participação nos projetos de extensão e, conseqüentemente, o reconhecimento dado aos trabalhadores sociais envolvidos e às várias atividades desenvolvidas:

No Prev-Quedas ... abriu pra fazer hidroginástica... Tô fazendo ioga, tô fazendo tai chi e atividades às terças-feiras da xx, que às vezes ela dá palestra e conversa... aquelas coisas, e na última terça tem a festa dos aniversariantes... essas coisinhas. (Hortênciã).

E aqui faço oficina de teatro, o sarau e comemora o aniversariante do mês, e a gente canta né, tem música. E a gente faz Oficina de Memória, e faz também Yoga, e às vezes tem palestra, tá ensaiando as peças de teatro pra ir apresentar fora, já fomos a tantos lugares, tantos lugares (Begônia).

Apesar de ser um grupo homogêneo em termos do longo tempo de participação, foram notados diferentes níveis de participação e envolvimento nas propostas educativas e de cuidado promovidas.

Assim, os ganhos observados puderam ser percebidos e diferenciados pelos idosos como uma “ajuda”, como promotores de socialização, lazer, cultura e arte, inclusive para suas famílias, o que é de extrema importância para o fortalecimento de vínculos familiares “*Eu fazia muita excursão, (...) eu ia, minha filha tirava férias eu ia junto, levava ela,* (Iris), além de participação em peças de teatro, celebrações e festas.

Os reconhecimentos dos efeitos positivos puderam ser visibilizados em vários aspectos da saúde mental e física: “*(...) ajudou na memória, assim nos exercícios, a hidroginástica, em tudo (...). Melhorou tudo. Eu venho para cá, o joelho melhorou muito, na aula de hidro*” (Rosa).

Os grupos formados nestes programas, a partir das práticas pedagógicas sobre saúde no envelhecimento, entre outras coisas, tornam-se fundamentais por se tratar de valorizar as manifestações expressas pelos usuários como queixas, insatisfações, algumas vivências associadas a sinais de sofrimento, e na adaptação, sentimento de solidão e abandono, e mudanças no cotidiano que levam a situações de dependência e redução do autocuidado e autonomia.

IX –CONSIDERAÇÕES FINAIS

As velhices têm sido um recurso útil para refletirmos sobre a condição humana, ora pessimista pelo predomínio da visão negativa, ora pela visão positiva caracterizando que esta depende mais da forma de viver de cada um, do que de circunstâncias externas. Essa diversidade constitui o primeiro passo para abordar o tema dos valores sociais da velhice. Daí a possibilidade de considerar a idade um sistema de significados e interpretações sobre o mundo social, contextualizado e relacionado com princípios de organização social e cultural, tais como a noção de pessoa, de tempo, gênero, morte, curso de vida.

O envelhecimento populacional cresce muito rapidamente devido a melhoria das condições de vida, e associado às mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, e a velhice, torna-se uma questão social, acontecendo novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa dirigidos principalmente às políticas de saúde, a assistência social e a previdência social.

Nas reflexões feitas pelos idosos concluiu-se que a velhice é inevitável para todas as pessoas, e chegar a um envelhecimento mais pleno e mais feliz é uma conquista de cada indivíduo e da própria sociedade. Ao mesmo tempo que esta é uma conquista pessoal e social, paradoxalmente, vivemos numa sociedade que exclui o indivíduo de mais de sessenta anos das ações de desenvolvimento intelectual, na medida em que o estigmatiza em construções representativas, muitas vezes pejorativas, quando se refere a ele como “velho e descartável”, e outras vezes “como obsoleto e ultrapassado” em relação às novidades do mundo contemporâneo e em comunidade, além do que, se os estereótipos são socialmente criados, também eles, os idosos, de alguma forma, se colocam nesse lugar de vulnerabilidade.

A visão da velhice é marcada no contemporâneo, como condição de dependência física e mental, incapacidade funcional, fragilidade, morbidades, identificadas pela vulnerabilidade dos idosos. Sabendo-se que a incapacidade funcional aumenta com a idade, isto indica que as intervenções dos trabalhadores sociais devem ser mais apropriadas, com uma ruptura com a assistência prestada de forma fragmentada.

A construção da velhice se faz, também a nível epistémico, ou seja, na produção de conhecimento e, conseqüentemente, da própria construção da realidade, a partir de concepções ideológicas, ou seja, na formação de ideias, imagens e associações que moldaram profundamente a visão sobre ela. No Brasil, por exemplo, devido ao acelerado

crescimento da população de idosos este deixa de ser um país jovem e se torna um país envelhecido, porém, sobressai a cultura da juventude eterna, percebida na frequência da medicalização da velhice e, na publicidade farmacêutica contribuindo para a difusão de novas categorias de doenças e na medicalização da vida diária.

É preciso, portanto, desconstruir as imagens da velhice, produtos de uma construção social, influenciada pela cultura, e cabe ao trabalhador social, enquanto educador integral, problematizá-la, e ao ensinar-aprender-pesquisar com o idoso, e o envolvimento deste nos grupos contribuem para a des-construção e posterior re-construção do que para os idosos são os sentidos da velhice, e esta resignificação da velhice tem o potencial de promover a autoestima, fortalecendo o indivíduo para lidar com eventos negativos, o que poderá ser compreendido de modo mais aprofundado, a partir das experiências da boa velhice.

Com a perda da utilidade social e a doença os idosos podem sofrer perturbações graves, mas ao contrário de se considerarem em contexto de risco, os idosos reagem de formas muito diferentes, e muitos apresentam comportamento classificado como resiliente.

Como resultado da pesquisa vimos que o fenômeno do aumento do envelhecimento demográfico, urge a capacitação dos idosos e das comunidades para criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais. E pela centralidade do corpo nos processos identitários e nas imagens sobre o envelhecimento, os conceitos de autonomia, envolvimento, participação, entre outros pilares característicos de uma determinada coletividade, época ou região são centrais, e o envelhecimento passa a ser um processo em aberto, negociável que pode ser retardado.

Nas propostas político pedagógicas engendradas pelos trabalhadores sociais o que se espera da educação em saúde é a de que ela faça o educando pensar, ajude a criar um conhecimento novo, e que leve em consideração o conhecimento que já se tem sobre o assunto, ajude a usar mais a cabeça do que as mãos, aumente o interesse do educando em conhecer mais e os ajude a resolver as situações problemas do dia-a-dia através da participação das soluções de problemas de saúde, assim como, enxergar melhor o papel deste, na solução dos mesmos.

Os pontos considerados positivos desta investigação revelam a possibilidade de ações educativas pelos trabalhadores sociais, que auxiliem no desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos, além de propostas de ações, em defesa da vida, de caráter transdisciplinar, significando, portanto, um pensamento aberto, e a troca de diferentes saberes e conhecimentos, com o

planejamento pedagógico contemplando necessariamente os diálogos entre os conteúdos das disciplinas na perspectiva transversal.

E, a produção do conhecimento criado a partir do diálogo partilhado entre os educadores/ trabalhadores sociais e educandos/ idosos produz acontecimentos, como: a conscientização da sua cidadania, do cuidado de si, das políticas sociais de controle e proteção do idoso, da importância do exercício físico para o equilíbrio da vida, na conscientização do corpo através da yoga, tai chi chuan e atividades de natação e musculação na piscina e fora dela, da importância das atividades físicas direcionadas para a prevenção de quedas, dentre outras.

Outro resultado importante desta tese, está voltado para a formação, na educação continuada permanente desses trabalhadores sociais na universidade, tanto na graduação quanto na pós-graduação visando um olhar mais crítico e implicado em investigações e ações sociais que colaborem com os enfrentamentos dos desafios das políticas públicas para o envelhecimento populacional, numa real busca de soluções que resultem em dar maior visibilidade e desenvolvimento cultural, político e social para o idoso, contribuindo para a realidade vivida pelos idosos, pois lhes faltam também oportunidades em ações novas e criativas, com maior envolvimento das várias gerações, e dos próprios idosos para serem vistos como seres participativos da sociedade, com contribuição de experiências positivas a oferecer à sociedade (Goldenberg (2013, p.28).

Nesta pesquisa, o reconhecimento da existência da velhice, antes negada pelo idoso são aspectos subjetivos e socioculturais que vão colaborar para subsidiar as práticas de educação em saúde.

Como todo o ser vivo o indivíduo na terceira idade é um ser relacional, suas motivações são fortalecidas tendo em conta as atividades dos outros para as realizações de suas tendências. E, na teoria da educação de John Dewey, na sua subordinação à premissa democrática, que fundamenta a própria filosofia social desse pensador, a educação como reconstrução contínua da experiência, ganha a possibilidade de escolha, preferência e seleção pelo ser humano, até que alcancem a reflexão, o conhecimento e a reconstrução. Neste sentido, a educação dialógica de Paulo Freire trás a experiência anterior do idoso, e vai fornecer material e direção para as experiências atuais resultando ser a vida nada mais que um tecido de experiências de toda espécie ou uma longa aprendizagem, uma vez que não podemos viver sem estar constantemente sofrendo e fazendo experiências (Schmidt, 2009).

Na pedagogia de Paulo Freire (2018b) em que nos apoiamos, “a prática educativa está presente na prática social” e segundo esse pedagogo e filósofo “se o homem é capaz de transformar a matéria ele é capaz de transformar a sociedade” (Freire, 2018b, p.46) Ao considerarmos a educação como *práxis*, na aprendizagem através da experiência poderemos modificar minimamente a realidade em que estão estes idosos, numa aproximação concreta com os seus desejos, na confiança concomitante à construção do conhecimento, que conjugam com as mudanças sociais mais inclusivas para este grupo social e que venham com a necessária redução da desigualdade social existente ao longo da história.

Por isso, nos grupos de idosos em comunidade, a experiência educativa, reflexiva e democrática é o que se deseja e através da dialogicidade e o respeito aos diferentes saberes (popular e científico), somados ao alcance de suas experiências anteriores possam ao se atentar no antes e no depois do seu processo, adquirir novos conhecimentos. Assim também são percebidas as vozes e, as implicações dos educandos idosos culminando no conhecimento construído por este coletivo a partir da participação real deles, educandos. Dizer a palavra é um direito de todos os homens, mas vemos esse direito negado nas iniquidades sociais em relação ao idoso com o feito de mantê-lo isolado e invisível ao mundo.

Por isto, reflete-se que o diálogo, na educação é um ato de criação, uma exigência existencial, um encontro onde solidarizam-se o refletir e o agir de seus sujeitos no mundo, não pode se reduzir a um ato em que o educador deposita ideias no educando e este deixa de participar na construção do conhecimento, nega o conhecimento como processo de busca, como estímulo à sua capacidade de perguntar, de questionar. (Freire, 2018b)

A educação que queremos dar foco, é a problematizadora nesta construção do conhecimento, assim também no campo prático, o conhecimento leigo e o científico se compõem e ambos são valorizados pelos educadores, nesta mediação entre o aluno/educando e o conhecimento.

Neste caminho, o desafio da promoção da educação em saúde é encontrar formas de colocar o indivíduo idoso de novo no mundo em arenas sociais significativas no trabalho – em uma nova carreira – ou nos projetos de extensão nos quais nos baseamos nesta pesquisa, atravessados pela valorização da participação comunitária, gerando o aumento da autonomia do indivíduo e sua responsabilização para que se possa concretizar uma melhoria de estilos de vida que influenciem diretamente à sua saúde. E pensar a saúde, a doença, as políticas sociais implica pensar os elementos essenciais à re-produção da vida.

Além disso, a Educação em Saúde também coloca em foco o papel formativo do trabalhador social/ educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis nas novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social, o que, no caso da população idosa, se relaciona diretamente com a promoção do “envelhecimento ativo” como “uma experiência positiva de longevidade, com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, cuja garantia de condições de vida e de políticas sociais é um privilégio (WHO, 2002).

Como vemos na fala do trabalhador social, Anil:

Aí que entra a promoção da saúde com a qual a gente trabalha: o ideário da promoção da saúde passa pela desmedicalização. Passa pela ausência de culpa para aquele que é a vítima; passa do envolvimento comunitário. E aí a gente está falando de saúde. Mas só que hoje até a própria proposta da promoção da saúde tem sido utilizada de forma equivocada por conta das pessoas desconhecerem o que é a promoção da saúde. Ou o que deveria ser. Então a gente vai encontrar coisas até da OMS que não estão de acordo com esses princípios que a gente acabou de falar, como a culpabilização da vítima. (Anil)

O diálogo se dá no “encontro dos homens, mediatizados pelo mundo para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” como dizia, Paulo Freire (2018b, p. 109) dizer a palavra é um direito de todos os homens, mas vemos esse direito negado nas iniquidades sociais ao idoso com o feito de mantê-lo isolado e invisível ao mundo.

Ao trabalhador social cabe na abordagem teórico-metodológica e participativa de Paulo Freire, nos grupos sociais de idosos, o planejamento pedagógico, numa mediação entre o saber científico dialogando com o saber popular, na discussão das questões da complexidade dos problemas da Saúde Coletiva na perspectiva da educação popular, de acordo com a compreensão da realidade dos idosos no seu viver em comunidade, em contextos de luta contra a opressão. Entendendo que, os grupos sociais vêm carregados de cultura, dentro da concepção de mundo de cada um, inseridos que estão na compreensão do coletivo, na compreensão do mundo, e os debates e as propostas vão sendo concretizados na relação da educação com a cultura a partir de seus valores na conscientização, reflexão, amplitude de diálogo e de negociação

Portanto, a relevância do estudo é a de colaborar para a formação de educadores/trabalhadores sociais enquanto fomentadores de estilos de vida saudáveis, nas novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitária e social. É preciso dar visibilidade às questões do idoso que é excluído de suas funções sociais na participação na sociedade, e é imprescindível pensar a socialização gerada pelo convívio e participação dos idosos, e um bom exemplo se dá através de oficinas, representando para os idosos medida de proteção e a reinvenção de modos de viver, re-significando a vida no contexto do dia-a-dia, quer esteja no trabalho, no deslocamento de um lugar para outro, quando está em casa, quando ama, e com as garantias das condições de saúde e autonomia por políticas públicas mais adequadas.

X – REFERÊNCIA

- Aciole, G. G. (2006). *A saúde no Brasil: Cartografias do público e do privado*. Hucitec; Sindimed.
- Alencar, M. S. S., & Carvalho, C. M. R. G. (2009). O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(29),435-444.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200015>
- Almeida, F. M. (2016). O conceito de educação nos clássicos da sociologia. *Revista Cientific@*, 3(1), 117-128.
<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/cientifica/article/view/1923/1725>
- Almeida, M. (Org.). (2003). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Rede Unida.
- Alves, W. A., Silva, C. L. A., Faria, L. R., Castro, J. O., & Meirelles, R. C., Jr. (2019). Notificações de óbitos por causas externas e violência contra idosos: Uma realidade velada. *Revista Brasileira Promoção a Saúde*, 32, 8685.
<https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8685>
- Andrade, C. D. (1966). *Poesias completas*. Aguilar.
- Antunes, A. (2011). A beleza existe em todo lugar (Prefácio). In A. Anica, A. Frago, C. Ribeiro, & C. Sousa (Orgs.). *Envelhecimento ativo e educação* (Ebook). Universidade do Algarve.
- Areosa, S. V. C., & Ohlweiler, Z. N. C. (2000). O idoso e os grupos de convivência no município de Santa Cruz do Sul: Dados de pesquisa. *Redes* (Santa Cruz do Sul Online), 5(1), p. 179-187. <https://doi.org/10.17058/redes.v5i1.10775>
- Assis, M. (2002). *Promoção da saúde e envelhecimento: Orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos*. UERJ; UnATI. <http://unati.uerj.br>.
- Assis, M. (2004). *Promoção da saúde e envelhecimento: Avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ*. (Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil).
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4330/2/181.pdf>
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: Reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista Atenção Primária a Saúde*, 8(1), 15-24.
<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>

- Assis, M., Pacheco, L. C., Menezes, M. F. G., Bernardo, M. H. J., Steenhagen, C. H. V. A., Tavares, E. L., & Santos, D. M. (2007). Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: A experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O Mundo da Saúde*, 31(3), 438-447. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.200731.3.15>
- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R., & Fernandes, M. G. M. (2019). Vulnerabilidade da pessoa idosa: Análise conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 352-360. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, M. E. B., & Gomes, R. S. (2011). Humanização do cuidado em saúde: De tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(3), 641-658. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300013>
- Batista, A. S., Jaccoud, L. B., Aquino, L., & El-Moor, P. D. (2008). *Envelhecimento e dependência: Desafios para a organização da proteção social: Vol. 28, Coleção Previdência Social*. MPS; SPPS.
http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Nova Fronteira.
- Berger, S. M. D. (2010). *Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde: Uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre parceiros íntimos na gravidez*. (Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil).
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2563/1/ENSP_Tese_Berger_S%c3%b4nia_Maria_Dantas.pdf
- Berquó, E. (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In A. L. Neri, & G. G. Debert (Orgs.), *Velhice e sociedade*. Papirus.
- Boff, C. (2014). Apresentação. In P. Freire, & A. Nogueira (Eds.), *Que fazer: Teoria e prática em educação popular* (13. ed.). Vozes.
- Bóia, J. M. P. (2003). *Educação e sociedade: Neoliberalismo e os desafios do futuro*. Silabo.
- Bourdieu, P. (2001). Compreender. In P. Bourdieu (Ed.), *A Miséria do mundo* (4. ed., pp. 93-713). Vozes.
- Brandão, C. R. (1995). *O que é educação* (3. ed.). Brasiliense.
- Brandão, C. R. (2002). A mente e o coração, a confiança e o diálogo: Por uma ética da partilha do sentido e do afeto na educação. In C. R. Brandão (Ed.), *A educação*

- popular na escola cidadã / Memória de Paulo – O professor reflexivo da escola cidadã* (pp. 318- 357). Vozes.
- Brandão, C. R. (2006). *O que é método Paulo Freire*. Brasiliense.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2007). *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: Documento base – documento I*. Fundação Nacional de Saúde. <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude+-+Diretrizes.pdf>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2002). *Documentação do Censo 2000*. IBGE.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2011). *Censo Demográfico 2010*. IBGE.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2018). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. IBGE.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. (1996). *Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso*. Ministério da Previdência e Assistência Social.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Ação participativa: Perspectivas dos educadores de saúde pública*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Ministério da Saúde. http://ppsinajuve.ibict.br/jspui/bitstream/123456789/537/1/PoliticaNacionaldeReducaoMorbimortalidadeporAcidenteseViolencias_2002_MS.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. (2006). *Câmara de regulação do trabalho em saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: Vol. 1, Pactos pela Saúde*. Ministério da Saúde. http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/volume%201_Diretrizes%20Operacionais%20-%20Pactos%20pela%20Vida%20em%20Defesa%20do%20SUS%20e%20de%20Gest%C3%A3o.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *Política nacional de saúde da pessoa idosa - PNSI*. Ministério da Saúde. <http://portal.saude.gov.br>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006c). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Vol. 19, Cadernos de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006d). *Estatuto do Idoso* (2. ed. Revista). Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional da Pessoa Idosa*.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009/pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. (2021). *Promoção da Saúde: Aproximações ao tema: Caderno 1*. Ministério da Saúde.
[promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf)
- Brasil. Presidência da República. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 outubro de 1988*. Presidência da República.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Brasil. Presidência da República. (1996, 1 a 3 julho). Declaração de Brasília sobre envelhecimento. In *I Congresso Internacional de Envelhecimento Ativo: Saúde, segurança e participação social / I Congresso Internacional de Envelhecimento Ativo*. UNESP-FCHS.
- Brasil. Presidência da República. (2005). Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Subsecretaria de Direitos Humanos.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf
- Bruner, J. (1996). *The culture of education*. Harvard University Press.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
- Buss, P. M., & Czeresnia, D. (2004). *Promoção da saúde: Conceitos e práticas*. Editora Fiocruz.
- Campos, C. N. A., Santos, L. C., Moura, M. R., Aquino, J. M., & Monteiro, E. M. L. M (2012). Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: Teatro com idosos. *Escola Anna Nery* (Impr.), 16(3), 588-596. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300023>

- Campos, G. W. S. (2005). Prefácio. In S. R. Carvalho (Ed.), *Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudança*. Hucitec.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>
- Carvalho, C. R. A., & Hennington, E. A. (2015). A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 417-431. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14054>
- Carvalho J. A. M., & Andrade, F. C. D. (2000). *Envejecimiento de la población brasileña: Oportunidades y desafíos*. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Documentos de seminário técnico. CELADE. <http://hdl.handle.net/11362/34673>
- Carvalho, J. A. M., & Rodriguez-Wong, L. L. (2008). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 597-605. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300013>
- Carvalho, S. R. (2007). *Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudança*. Hucitec.
- Chauí, M. S. (1982). O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. In: Brandão, Carlos R. (org.). *O educador: vida e morte*. Graal, (2 ed.), p. 51-70.
- Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N. A., Nakano, N. G. R., Rodrigues J., Alencar, R. A., & Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: Novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(Esp. 2), 1763-1768. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>
- Clarkson, E., Almeida, I. M., Bozzi, R. P., Cruz, L. C. C., & Rodrigues, L. R. (2016). Envelhecer sem perder a vivacidade! In M. C. Nascimento, & C. R. Guedes (Eds.) *Saúde, Sociedade e Cultura: Ciências sociais e humanas para a graduação em saúde* (pp. 182-194). Hucitec.
- Combinato, D. F., Vecchia, M. D., Lopes, E. G., Manoel, R. A., Marino, H. D., Oliveira, A. C. S., & Silva, K. F. (2010). Grupos de conversa: Saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300016>
- Consensus. (2014). O tempo não para: Estamos preparados para envelhecer? *Revista Consensus*, 10. <https://www.conass.org.br/consensus/o-tempo-nao-para-estamos-preparados-para-envelhecer/>

- Couto, M. C. P. P., Koller, S. H., Novo, R., & Soares, P. S. (2009). Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro – Ageísmo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 509-518.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2. ed.) Artmed.
- Crocker, C., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608>
- Cunha, J. P. P., & Cunha, R. R. E (1998). Sistema Único de Saúde-SUS: Princípios. In F. E. Campos, L. M., Tonon, & M. Oliveira Jr. *Cadernos de saúde, planejamento e gestão em saúde* (pp. 11-26). Coopmed.
- Dantas-Berger, S. M., & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugabilidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 417-425. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>
- Dawber, T. R., Kannel, W. B., & Lyell, L.P. (1988). An approach to longitudinal studies in a community: The Framingham Study. In C. Buck, A. Llopis, E. Najera, M. Terris, & OPAS. *The challenge of epidemiology: Issues an selected readings* (pp. 619-630). PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/717>
- Debert, G. G. (1998). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In M. M. L. Barros (Ed.), *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Fundação Getúlio Vargas.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Edusp.
- Decalmer, P., & Glendenning, F. (1997). *The mistreatment of the elderly people*. Sage Publications.
- Deleuze, G. (1989). O que é um dispositivo? In *Michel Foucault, philosophe*. Rencontre international.
- Dias, M. S. A., Oliveira, I. P., Silva, L. M. S., Vasconcelos, M. I. O., Machado, M. F. S. M., Forte, F. D. S., & Silva, L. C. C. (2018). Política nacional de promoção da saúde: Um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), p.103-114. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>
- Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2000). Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de

- Campinas (SP): Relato de experiências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 8(5), 85-90. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000500013>
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1997). *Health promotion: Models and values*. (2. ed., 217 p.). Oxford University Press.
- Dullo, E. (2014). Paulo Freire e a produção de subjetividades democráticas: Da recusa do dirigismo à promoção da autonomia. *Pro-Posições*, 25(3), 23-43. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201407502>
- Durkeim, E. (2013). *Educação e sociologia*. Vozes.
- Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook on teaching* (3rd ed.). Mac Millan.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. <https://orcid.org/0000-0002-7923-9908>
- Ferrari M. A. C. (1999). O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*, 23(4), 197-203.
- Ferraroa, J. L. S. (2016). Durkheim, educação e sociologia. *Educação Por Escrito*, 7(1), 124-131. <https://doi.org/10.15448/2179-8435.2016.1.21854>
- Foucault, M. (1997). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Vozes.
- Freire, P. (1975). *Pedagogia do oprimido*. Edições Afrontamento.
- Freire, P. (1979). *Educação e mudança* (17. ed.). Paz e Terra
- Freire, P. (2007). *Educação e mudança* (30. ed.). Paz e Terra
- Freire, P. (1982). *A ação cultural para a libertação* (8. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2011). *Educação como prática da liberdade*. (34. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (1996) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (18. ed.) Paz e Terra.
- Freire, P. (2014). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- Freire, P. (2018a). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. (35. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2018b). *Pedagogia do oprimido* (36. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2020). *Pedagogia da Esperança* (27. ed.). Paz e Terra.
- Freire, P., & Nogueira, A. (2018). *Que fazer: Teoria e prática em educação popular* (13. ed.). Vozes.
- Freire, P. & Shor, I. (1993). *Medo e ousadia: O cotidiano do professor* (5. ed.). Paz e Terra.

- Freitas, A. L. S. (2001). *Pedagogia da conscientização: Um legado de Paulo Freire à formação de professores*. Editora PUCRS.
- Freitas, A. S. (2010). Michel Foucault e o “cuidado de si”: A invenção de formas de vida resistentes na educação. *Educação Temática Digital*, 12(1),167-190. <https://doi.org/10.20396/etd.v12i1.847>
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>
- Gadotti, M. (1979). Prefácio. In P. Freire (Ed.), *Educação e mudança: Vol. 1. Educação e Comunicação*. Paz e Terra.
- Gadotti, M. (2010). *Qualidade na educação: Uma nova abordagem: Vol. 5 Cadernos de Formação*. Instituto Paulo Freire.
- Gadotti, M. (2011). *Boniteza de um sonho: Ensinar-e-aprender com sentido: Vol. 2. Educação Cidadã (2. ed.)*. Instituto Paulo Freire.
- Garbois, J. A., Sodr e, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da no a de determina a social   de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41(112), 63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed – Multiple intelligences for the 21st century*. Basic Books.
- Gentili, P. (1995). O discurso da qualidade como nova retórica conservadora no campo educacional. In P. Gentili, & T. T. Silva (Eds.), *Neoliberalismo, qualidade total e educa a: Visões críticas*. Vozes.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: Considera es a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno de Saúde Pública*, 18(Suppl.), 103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>
- Gil, A. C. (1999) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5 ed). Atlas.
- Goldenberg, M. (2013) *A Bela Velhice (2ª ed.)* Record.
- Gordillo, I. C. (2003). Comunicación didáctica y construcción del conocimiento en el aula. In A. Neto et al. (Orgs.), *Did cticas e metodologias de educa a: percursos e desafios (Vol II)* (pp. 845-857). Departamento de Pedagogia e Educa a da Universidade de  vora.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning, an educational and environmental approach (2nd. ed.)*, Mountain View, Mayfield Publishing Company.

- Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 61-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100004>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Sage.
- Guimarães, R. M. (1997). Ciência, tempo e vida. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1(1), 7-9.
- Guiraldelli, P., Jr. (2002). *Filosofia da educação*. DP&A.
- Guiteras, A. F., & Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In M. Forns, & M. T. Anguera (Eds), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 75-195). Universitas1
- Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning – JOICFP. (1999). *Population, reproductive health and family planning in Japan: A bird's eye view*. JOICFP.
- Kahhale, E. M. P. (2003). Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In A. M. B. Bock (Ed.), *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia* (pp. 161-191). Vozes.
- Kalache, A. (1990). O idoso na Grande São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 7(1), 95-98. https://rebep.org.br/revista/article/view/550/pdf_523
- Kalache, A. (1991). Ageing in developing countries. In M. S. J. Pathy. *Principles and practice of geriatric medicine*. John Wisley & Sons Ltd.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: É imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1107-1111. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>
- Kergoat, D. (2016) O cuidado e a imbricação das relações sociais. In A. R. P. Abreu, H. Hirata, & M. R. Lombardi. *Gênero e trabalho no Brasil e na França: Perspectivas interseccionais*. (pp. 17-26). Boitempo.
- Koifman, L., & Saippa-Oliveira, G. (2014). A disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado 1: Da trajetória histórica à atualidade. In L. Koifman & G. Saippa Oliveira (Eds.), *Cadernos do preceptor: Histórias e trajetórias*. CEPESC; IMS-UERJ; ISC- UFF; ABRASCO.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. (2.^a ed.). Chicago University Press.

- L'abbate, S. (1994). Educação em saúde: Uma nova abordagem. *Caderno de Saúde Pública*, 10(4), 481-490. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400008>
- Lalonde, M. (1996) El concepto de 'campo de la salud': una perspectiva Canadense. In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica, n. 557)
- Laranjeira, C. A. (2010). "Velhos são os Trapos": Do positivismo clássico à nova era. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 763-770. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400004>
- Lazaeta, C. B. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. In E. Anzola Pérez, D. Galinsky, F. Morales Martinez, A. R. Salas, M. Sánchez Ayéndez (Eds.). *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*. (pp. 57- 66). OPAS; OMS.
- Lebrão, M. L. O. (2007). O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, 4(17), 135-140.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/2559.pdf>
- Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.6.1092>
- Levy, B. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging selfstereotypes. *Journal of Gerontology: Series B*, 58(4), P203-P211.
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B., & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.6.989>
- Lima-Costa, M. F. (2003). Epidemiologia do envelhecimento do Brasil. In M. Z. Rouquayrol, & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde*. (6. ed., pp. 499-513). Medsi.

- Lima-Costa, M. F., Andrade, F. B., Souza, P. R. B., Jr., Neri, A. L., Duarte, Y. A. O., Castro Costa, E., & Oliveira, C. (2018). The brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): Objectives and design. *The American Journal of Epidemiology*, *187*(7), 1345-1353. doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M. & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(3), 735-743. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300006>
- Lopes, R., & Tocantins, F. R. (2012). Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *16*(40), 235-246. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000009>
- Machado, L. M. (2016). *O idoso diante da finitude e a morte: Uma compreensão existencial-fenomenológico sobre a possibilidade última de vida* (Online). <https://psicologado.com.br/atuacao/tanatologia/o-idoso-diante-dafinitude-e-a-morte-uma-compreensao-existencial-fenomenologico-sobre-apossibilidade-ultima-de-vida>.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(2), 335-342. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
- Marques, A. M. (2004). Velho/Idoso: Construindo o sujeito da terceira idade. *Revista Esboços – UFSC*, *11*(11), 65-71. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/336/9870>
- Marques, A. M. (2009). Reflexões sobre o envelhecer nas três últimas décadas do século XX. *Revista Territórios e Fronteiras*, *2*(1), 99-117. <https://doi.org/10.22228/rt-f.v2i1.33>
- Martins, J. S. (1989). Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In J. S. Martins. *Caminhada no chão da noite*. HUCITEC.
- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: Uma representação social gerontofóbica. *Millenium Revista do IPV*, *29*, 249-254. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>

- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Eds.). *Os sentidos da integralidade* (pp. 39-64). IMS/UERJ; ABRASCO.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
- Medeiros, K. K. A. S., Pinto, E. P., Jr., Bousquat, A., & Medina, M. G. (2017). O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 41(Esp. 3), 288-295. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S322>
- Melo, M.C de; Souza, A.L.; Leandro, E.L.; Mauricio, H.A; Silva, I.D. & Oliveira, J.M.O. de (2009) A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(suppl 1) <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800031>
- Melo, H. P. & Morandi, L. (2020). *Cuidados no Brasil: Conquistas, Legislação e Políticas Públicas*. Fundação Friedrich-Ebert Brasil.
- Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M., Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983-1992. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>
- Merhy, E. E. (1980) Saúde e movimento popular: O relato de uma experiência. In A. M. Canesqui, E. S. P. Camargo, & M. B. A. Barros (Eds.), *Educação e saúde: Vol. 4. Cadernos CEDES/ Centro de Estudos Educação e Sociedade*. Cortez.
- Minayo, M. C. S. (Ed.). (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (18. ed.) Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2005). *Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria* (2. ed.). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf
- Minayo, M. C. S., & Coimbra, C. E. A., Jr. (2002). Entre a liberdade e a dependência: Reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr. (Eds.), *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 11-24). Fiocruz.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (2003). As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In M. C. S. Minayo, & E. R. Souza (Eds.), *Violência sob o olhar da saúde: A infrapolítica da contemporaneidade brasileira* (pp. 223-242). Editora Fiocruz.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: Desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519.
<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- Montenegro, L. C., Penna, C. M. M., & Brito, M. J. M. (2010). A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 649-656. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300014>
- Montessori, M. (2003). *Pedagogias do século XX*. Artmed.
- Moreira, M. A. (1999) *Teorias de Aprendizagem*. Editora Pedagógica e Universitária.
- Morin, E. (2000). Os sete saberes necessários à educação do futuro (2. ed., pp. 47-115). Cortez; UNESCO.
- Morin, E. (2011). Os sete saberes necessários à educação do futuro (2. ed.). Cortez; UNESCO.
- Morosini, M. V., Fonseca, A. F., & Pereira, I. (2008). Educação em saúde. In I. B. Pereira, & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário de educação profissional em saúde* (2. ed., pp. 155-162). EPSJV. <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
- Motta, A. B. (1999). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, 13, 191-221.
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327/3129>
- Motta, A. B. (2002). Envelhecimento e sentimento do corpo. In M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Eds.), *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Fiocruz.
- Müller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 519-528.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>
- Néri, A. L. (1995). *Psicologia do envelhecimento*. Papirus.
- Neri, M. L. (2004). Velhice bem-definido: Aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9(1), 109-110. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712004000100015>
- Néri, A. L., & Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. In: A. L. Néri, & G. G. Debert, (Eds.), *Velhice e sociedade* (pp. 113-140). Papirus.

- Néri, A. L., & Cachioni, M. (2007). Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In A. L. Néri (Ed.), *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 33-46). Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESC.
- Neri, A. L., & Freire, S. A. (2000). Qual é a idade da velhice? In A. L. Neri, & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice* (pp. 7-19). Papirus.
- Neto, A. (2007). *Didática das ciências físico-químicas*. Relatório da disciplina no âmbito das provas de Agregação (Relatório de Agregação). Universidade de Évora.
- Neto, A. J., & Almeida, M. (1990). Conhecimento, lógicas de organização e rendimento escolar. *O Professor*, 12(3), 40-51.
- Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>
- Nunes, E. D. (2006). Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In G. W. S. Campos, J. R. A. Bonfim, M. C. S. Minayo, M. Arkeman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho. *Tratado de saúde coletiva* (pp. 19-39). Hucitec; Editora Fiocruz.
- Oliveira, M. K. (1995). *Vygotsky. Aprendizado e desenvolvimento: um processo sóciohistórico*. Scipione.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1983). *Comite de expertos en nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud, Ginebra, 1982: Vol. 690 Informes técnicos*. OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38777/WHO_TRS_690_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. OPAS
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Garamond.
- Paiva, A. C. S., Soleman Hernandez, S., Sebastião, E., Quadros, A. C., Jr., Cury, M., Costa, J. L. R., Gobbi, L. T. B., & Gobbi, S. (2010). Dança e envelhecimento: Uma parceria em movimento! *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 15(1), 70-72. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.15n1p70-72>

- Peixoto, C. (1997). De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In R. Veras. *Terceira idade: Desafios para o terceiro milênio*. Relume-Dumará.
- Peixoto, C. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: Velho, velhote, terceira idade. In M. M. L. Barros (Ed.), *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Peres, M. A. C. (2007). *Velhice, Trabalho e cidadania: as políticas da terceira idade e a resistência dos trabalhadores à exclusão social*. (Tese de doutorado, Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação da Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo - FE-USP, São Paulo, Brasil).
- Perissé, C., & Marli, M. (2019). Caminhos para uma melhor idade. *Retratos: a Revista do IBGE*, (16), 19-25.
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf
- Pessoa, F. (1997). *O guardador de rebanhos e outros poemas*. Cultrix.
- Piletti, N. & Rossato, S.M. (2018) *Psicologia da aprendizagem: da teoria do condicionamento ao construtivismo*. Contexto.
- Pilon, A. F. (1986). Desarrollo de la educacion en salud: Una actualizacão de conceptos. *Revista de Saúde Pública*, 20(5), 391-396. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000500009>
- Plácido, L. R., & Souza, T. B. (2017). O método Paulo Freire: Primeiras aproximações. *Revista Científica Eletrônica da Pedagogia*, 16(28), 1-8.
http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/psR18Fk8vYsjPac_2018-3-17-11-34-46.pdf
- Polanyi, M. (1974). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. The University of Chicago Press.
- Polônio, D. M. (1997). Epistemologia das ciências da educação: A emergência de uma ciência da educação e o papel fundamental da filosofia da educação. *Millenium*, 6, 1-7.
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/709/1/Epistemologia%20das%20ci%C3%Aancias%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Portaria Lei nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. (1999). Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde.

- <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>
- Portaria Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Ramos, C. L. (1996). Conselhos de saúde e controle social. In C. Eibenschutz. *Política de saúde: O público e o privado* (pp. 329-343). Fiocruz.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologia*, 4(7), 156-175.
- <https://www.scielo.br/j/soc/a/VMH7xnfRKMG4qqSWt746CBQ/?lang=pt&format=pdf>
- Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. Atlas.
- Rocha, A. D., Okabe, I., Martins, M. E. A., Machado, P. H. B., & Mello, T. C. (2000). Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciências da Saúde Coletiva*, 5(1) 63-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100007>
- Rocha, P. R., & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
- Rodrigues, L. S., & Soares, G. A. (2006). Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora*, (4), 1-29.
- <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901/1413>
- Roiz, D. S., & Fonseca, A. D. (2008). As propostas de Herbart, Dewey e Freire para a educação. *Educere - Revista de Educação*, 8(1), 67-88.
- <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/view/2097>
- Roiz, D. S., & Fonseca, A. D. (2009). Para uma 'nova' filosofia da educação: As propostas de J. F. Herbart, John Dewey e Paulo Freire. *Educere et Educere: Revista de Educação*. 4(8), 71-86. <https://doi.org/10.17648/educare.v4i8.400>
- Roncalli, A. G. (2003). O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In A. C. Pereira (Ed.). *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde* (Cap. 2, pp. 28-49). Artmed.

- Santos, S. M. M., & Oliveira, L. (2010). Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: Limites, contradições e avanços. *Revista Katálysis*, 13(1), 11-19.
<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. (2007). *Violência contra a pessoa idosa: Orientações gerais*. Secretaria Municipal de Saúde.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445937/mod_resource/content/1/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf
- Schmidt, I. A. (2009). John Dewey e a educação para uma sociedade democrática. *Contexto & Educação*, 24(82), 135-154. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2009.82.135-154>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Scrutton, S. (1992). *Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people*. Chapman and Hall.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 17(1).
- Silvestre, J. A., & Costa, M. M., Neto. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839-847.
- Siqueira, R. L., Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 899-906.
- Soares, N., Del Masso, M. C., & Oliveira, J. J. A. (Orgs.). (2016, 22 a 24 abril). *I Congresso Internacional de Envelhecimento Ativo: Saúde, segurança e participação social / I Congresso Internacional de Envelhecimento Ativo*. UNESP-FCHS.
https://www.franca.unesp.br/Home/publicacoes eletronicas/congressointernacionale nvelhecimentoativo/i-congresso-envelhecimento-ativo_.pdf
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: Um olhar da Psicologia. *Estudos Psicologia (Natal)*, 8(3), 515-523.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300019>
- Stotz, E. M. (1993). Enfoques sobre educação e saúde. In V. V. Valla, & E. M. Stotz (Orgs.), *Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática* (pp. 11-22). Relume-Dumará.
- Teixeira, A. (1978). A pedagogia de Dewey. In J. Dewey. *Vida e educação* (10. ed). Melhoramentos.

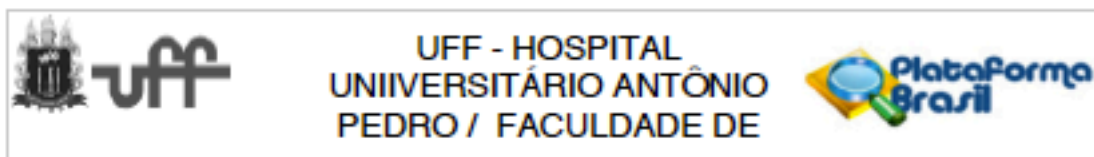
- Teixeira, C. F. (2004). Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: Problematizando tendências e opções políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), 841-843. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400003>
- Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. In Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: Uma antologia: Vol. 557. Publicación Científica* (pp. 37-44). OPS.
- Todaro, M. A. (2009). *Vovô vai à escola: A velhice como tema transversal no ensino fundamental*. Papirus.
- Tolstij, A. (2001). La vejez. In Colectivo de autores. *Psicología del desarrollo: Selección de lecturas* (pp. 320-334). Félix Varela.
- Uchôa, E., Firmo, J. O. A., & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Envelhecimento e saúde: Experiência e construção cultural. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.), *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Fiocruz.
- UNESCO. (2005). *Década das Nações Unidas da educação para o desenvolvimento sustentável (2005-2014)*. UNESCO.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139937_por
- Valla, V. V. (1996). A crise da interpretação é nossa: Procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, 21(2), 177-190.
<https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71626>
- Valla, V. V., Carvalho M., & Assis, M. (Eds.). (1993). *Participação popular e os serviços de saúde: O controle social como exercício de cidadania*. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Programa de Apoio à Reforma Sanitária.
- Valla, V. V., & Stotz, E. N. (1993a). *Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática*. Relume-Dumará.
- Valla, V. V., & Stotz, E. N. (Eds.) (1993b). *Educação, saúde e cidadania*. Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2001). Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In E. M. Vasconcelos (Ed.). *A saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede de educação popular nos serviços de saúde*. Hucitec.
- Vasconcelos, M., Grillo, M. J. C., & Soares, S. M. (2009). *Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Editora UFMG; Nescon.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>

- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bochi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246- 252. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>
- Venâncio, B. P. & Alvarenga, M. C. V. H. (2010). *Oficinas de memória: Teoria e prática*. Editora da UFF.
- Veras, R. P. (1995). *País jovem com cabelos brancos*. Relume-Dumará.
- Veras, R. (2016). Linha de cuidado para o idoso: Detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887-905. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Vieira, K. O., Silva, R. L. R., & Mantovani, H. J. (2011). *O desenvolvimento e o aprendizado em Vigotsky*. Faculdade Católica de Uberlândia.
- Vygotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Crítica. (Tradução da obra em inglês Mind in society — *The development of higher psychological processes*, 1978)
- Vygotsky, L. (1986). *Thought and language*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Vigotsky, L. S. (1998). *O desenvolvimento psicológico na infância*. Martins Fontes.
- Weber, M. (1987). *Conceitos básicos de sociologia*. Editora Moraes.
- Weffort, F. C. (1967). Educação e política: Reflexões sociológicas sobre uma pedagogia da liberdade (Apresentação). In P. Freire. *Educação como prática da liberdade* (pp. 1-26). Paz e Terra. Disponível em http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/otp/livros/educacao_pratica_liberdade.pdf
- World Health Organization - WHO. (1994). *Quality of life assessment: An annotated bibliography*. WHO; Press Office.
- World Health Organization - WHO. (1998). *Population aging: A public health challenge*. WHO; Press Office.
- World Health Organization - WHO. (2002). *Active ageing a policy framework*. WHO; Press Office.
- World Health Organization - WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad.). OPAS.
- World Health Organization - WHO. (2013). *World health statistics*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81965/9789241564588_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Xavier, A. S., & Koifman, L. (2011). Higher education in Brazil and the education of health care professionals with emphasis on aging. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 15(39), 973- 84. <http://old.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2111.pdf>
- Yunes, M. A. M., & Zymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.). *Resiliência e educação*. Cortez.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Artes Médicas Sul.

XI – ANEXOS

11.1 – Anexo I – Aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense CEP/ UFF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os sentidos da velhice e do envelhecimento no contemporâneo: os desafios da educação para a saúde na promoção de um envelhecimento ativo

Pesquisador: Elizabeth Falcão Clarkson

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91410818.6.0000.5243

Instituição Proponente: Instituto de Saúde da Comunidade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.766.751

Apresentação do Projeto:

Projeto de financiamento próprio sediado no Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

A pesquisa a ser investigada propõe compreender junto ao grupo social de Idosos/Idosas ativos com 60 anos e mais, os sentidos da velhice e do envelhecimento no contemporâneo atravessado pela questão da saúde do Idoso. Analisar como estas subjetividades que operam na vida do Idoso podem interferir na forma de viver desse nos cuidados necessários na promoção da saúde para um envelhecimento ativo, estimulando os grupos sociais de Idosos a uma vida ativa e com qualidade.

Recorte metodológico qualitativo. Análise documental e tomada de entrevistas (semiestruturadas), com métodos participativos e de reconhecimento intersubjetivo entre pesquisador e participantes. A pesquisadora mobilizará a Análise de Conteúdo para análise das entrevistas.

Participantes:

Total de 20 participantes, dos quais 10 Idosos e 10 profissionais de saúde.

- **Inclusão** - Serão incluídos na pesquisa os Idosos com 60 anos e mais, de ambos os sexos, ativos, que participam de serviços e/ou programas voltados para a terceira idade, assim como os profissionais de várias áreas, categorizando diferentes tipos de atenção ao Idoso (fisioterapeuta, educador, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, e, outros) que estão diretamente envolvidos com grupos de Idosos/as em atividades com os mesmos.

- **Exclusão** - Serão excluídos da pesquisa os/as Idosos/Idosas com demência e/ou com grau de dependência física, mental e social que os impeçam de participarem.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.788.751

Locais de realização: Grupo de envelhecimento e atividade física da UFF. Professor responsável Edmundo de Drummond Alves Júnior; e Hospital Universitário Antônio Pedro.

Objetivo da Pesquisa:

Primário - Compreender e identificar a partir da análise das percepções dos atores sociais (idosos e idosas), que participam de serviços e/ou programas voltados para a terceira idade, assim como compreender a partir da análise das percepções dos profissionais de várias áreas que categorizam diferentes tipos de atenção ao idoso os cuidados necessários para a promoção da saúde para um envelhecimento ativo.

Secundários:

Domínio Idosos(as):

- Analisar as percepções sobre o significado do que é "saúde" e os sentidos que dão à própria saúde;
- Analisar as percepções sobre os aspectos do viver na terceira idade (positividade e negatividade);
- Analisar as percepções sobre a forma como se sentem inseridos na sociedade e no meio que os envolvem (social, político, ambiental);
- Analisar as percepções sobre as suas expectativas e necessidades para um envelhecimento ativo;
- Identificar a partir da análise feita na investigação os cuidados necessários na promoção de um envelhecimento ativo.

Domínio profissionais:

- Analisar e compreender a partir das suas percepções sobre a velhice e o envelhecimento os sentidos de saúde apresentados e construídos tanto pelos idosos/idosas quanto por estes profissionais.
- Analisar e compreender as percepções sobre os aspectos positivos e negativos do viver na terceira idade identificados pelos idosos/idosas entrevistados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - A participação voluntária no estudo não envolverá nenhum gasto, bem como não trará benefícios diretos para o entrevistado. Os riscos relacionados com a participação do voluntário são o desconforto que pode ser causado por algumas perguntas que só serão respondidas se quiser. As

Informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e sigilosas, guardadas de forma a

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.766.751

não possibilitar a identificação do entrevistado, com o uso de nomes fictícios ou códigos para representar cada uma das pessoas entrevistadas. Todo material da pesquisa será arquivado na UFF, aos cuidados da pesquisadora responsável pelo projeto.

Benefícios - A participação voluntária não trará benefícios diretos para o entrevistado mas trará uma contribuição importante para a produção do conhecimento sobre a situação dos idosos que participam de serviços e/ou programas voltados para a terceira idade, atendidos pelos profissionais em diferentes áreas/territórios de abrangência deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa ora analisado propõe uma importante análise contemporânea sobre os sentidos do envelhecimento e da saúde do idoso. Envolverá revisão de literatura, análise documental das políticas públicas sobre o tema e também entrevistas a idosos e profissionais de saúde que assistem tal público. Pesquisa de riscos mínimos que foram corretamente mensurados pelas pesquisadoras. Há benefícios indiretos à sociedade em que os resultados poderão subsidiar a formação de profissionais de saúde mais competentes dos pontos de vista ético e sócio-psicológico. Portanto, o Colegiado do CEP/UFF considerou o projeto relevante academicamente e socialmente, tendo o mesmo cumprido com as exigências para pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – OK.

Anuência – OK.

TCLE: OK.

Cronograma: OK.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base nas resoluções 466/12 e 510/16 do CNS, o colegiado do CEP/UFF considerou o projeto aprovado para seu início.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.766.751

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1094039.pdf	11/06/2018 13:31:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprofissionaisnovo.pdf	11/06/2018 13:28:59	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleidosonovo.pdf	11/06/2018 13:28:31	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisasentidosdaveihice.docx	07/06/2018 12:10:37	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito
Outros	declaracaoanuenciaUFF.pdf	19/04/2018 12:23:37	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito
Outros	declaracaoanuencia.pdf	19/04/2018 12:23:09	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	10/04/2018 12:27:16	Elizabeth Faicão Clarkson	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 11 de Julho de 2018

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

11.2 – Anexo II – Guião de Entrevista Idosos e Trabalhadores Sociais

GUIÃO DE ENTREVISTA - IDOSOS

PARTE I: LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA E RECOLHA DE DADOS CARACTERIZADORES INDIVIDUAIS

Objetivo específico da investigação	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
Garantir participação voluntária e informada do entrevistado	Clarificar os aspetos formais e éticos	Assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)	Apresentar o projeto de pesquisa e os objetivos da pesquisa. Perguntar se quer participar respondendo algumas perguntas. Quando, o entrevistado concordar em participar da pesquisa o entrevistador lhe entrega a declaração de consentimento informado. Na entrevista tranquilizar o entrevistado com a garantia de sigilo e anonimato. Solicitar o procedimento para gravar a entrevista com o objetivo de garantir a fidedignidade do seu testemunho
Conhecer perfil dos entrevistados	Caracterizar o entrevistado em relação aos elementos sociodemográficos	Dados do entrevistado: idade; residência, nível de escolaridade; rendimento económico; profissão/ocupação atual religião, estado civil.	<p>1- Como pretende ser chamado/a nesta entrevista?</p> <p>2- Qual a sua idade?</p> <p>3- Onde reside?</p> <p>4- Qual a sua situação de moradia atual? [] Alojamento; [] Aluguel; [] Casa Própria; [] Casa de Amigo/ Parente; [] Albergue; [] Hotel/ Pousada/ Hostel; [] Abrigo Institucional; [] Situação de Rua; [] Não responde.</p> <p>5- Qual o seu nível de escolaridade? [] Sem escolaridade/ analfabeto; [] 1º ciclo fundamental; [] 2º ciclo fundamental; [] médio; [] superior</p> <p>6- Atualmente qual é a sua ocupação? [] trabalho formal; [] trabalho informal; [] estudante; [] desempregado/a /sem ocupação; [] outros (Qual?); [] não se aplica.</p> <p>7- Caso não seja trabalhador/a formal/informal, qual a sua fonte de rendimento? [] bolsista; [] recebe benefício do governo; [] pensão; [] aposentadoria; [] não responde.</p> <p>8- Atualmente, qual é o seu rendimento individual? [] menos de 1 salário mínimo; [] de 1 a 2 salários mínimos; [] mais de 2 e até 3 salários mínimos; [] mais de 3 e até 4 salários mínimos; [] mais de 4 e até 6 salários mínimos; [] acima de 6 salários mínimos; [] sem renda; [] dependente; [] não responde.</p> <p>9- Está inserido em algum Programa Social? [] Não; [] Sim. Qual?</p> <p>10- Como se autodenomina em relação a sua cor?</p> <p>11- Tem uma religião? Qual? Pratica?</p>

			<p>12- Qual o seu estado civil no papel? E na vida real, qual sua situação conjugal? Há quanto tempo é casado ou mora com o/a companheiro/a?</p> <p>13. Com quem vive atualmente? Quando passou a morar com essa pessoa? (no caso de morar com parentes) E o que acha dessa situação?</p> <p>14. Tem filhos? Quantos? Que idades (eles ou elas) têm? Moram com você?</p>
--	--	--	--

GUIÃO DE ENTREVISTA - IDOSOS
PARTE II: SENTIDOS SOBRE A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

Objetivo específico da investigação	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
<p>Objetivo 1</p> <p>Compreender os sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre idosos que frequentam os programas “Espaço Avançado: participação e cidadania para pessoas idosas” e “Prev-Quedas”</p>	<p>Identificar principais sentidos atribuídos à velhice</p>	<p>Estereótipos e crenças associados à velhice</p>	<p>15- Com relação ao nosso tema de pesquisa sobre a velhice e o envelhecimento, em alguns momentos vou formular perguntas que responderá considerando a sua faixa etária. Neste sentido como gostaria/ prefere ser chamado/a? Idoso/a, velho/a ou pessoa na terceira idade? Por que?</p> <p>16. Na sua opinião “velhice” é _____ Por que?</p> <p>16.1- Quais valores você daria à velhice? Por que?</p> <p>16.2- Em que momentos se sente envelhecido? Por que?</p>
	<p>Analisar as percepções dos idosos sobre o envelhecimento</p>	<p>Vivências e valores pessoais e associados ao processo de envelhecimento .</p>	<p>17. Quanto ao processo de envelhecimento, em algum momento sofreu algum tipo de discriminação pela sua idade? Qual tipo de discriminação e por que?</p> <p>17.1- Que pontos considera como positivos em relação ao viver na sua faixa etária, em pleno envelhecimento? Por que?</p> <p>17.2- E, quais os pontos que considera negativos em relação ao viver na sua faixa etária, em pleno envelhecimento? Por que?</p>

PARTE III: SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO

Objetivo Específico da pesquisa	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
<p align="center"><u>Objetivo 2</u></p> <p>Analisar as experiências dos idosos em relação ao processo saúde-doença e ao envelhecimento ativo e à participação social sob os marcos do modelo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes</p>	<p>Contextualizar os sentidos atribuídos ao envelhecimento frente às vivências do entrevistado relacionadas ao adoecimento, à qualidade de vida e aos recursos pessoais, familiares e socio-políticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concepção de saúde do entrevistado - concepção sobre qualidade de vida do entrevistado - concepção sobre envelhecimento ativo - agravos em saúde e sociais mais comuns - conhecimentos e percepções do entrevistado sobre as políticas públicas e marcos legais para idosos 	<p>18- O que gostaria de fazer e não pode fazer por causa da idade?</p> <p>19- Ter saúde é _____. Por que? 19.1- O que faz para ter saúde?</p> <p>20- Você tem algum tipo de doença que considera estar mais relacionada à faixa etária em que se encontra? Que tipo de ajuda ou cuidado já buscou para tratar da mesma?</p> <p>21- Costuma buscar algum serviço de saúde quando precisa? [] público, ou o [] privado? Tem um médico de referência? [] Sim, [] Não. Qual especialidade?</p> <p>22- No seu entender o nosso sistema de saúde é adequado para lidar com os problemas de saúde dos idosos/idasas de uma maneira geral? Por que?</p> <p>23- Para você, envelhecimento ativo é _____. Por que? 23.1- O que é preciso para se ter um envelhecimento ativo?</p> <p>24- Para você, existe alguma diferença entre o processo de envelhecimento de homens e mulheres? Se a resposta for positiva, poderia dar algum exemplo?</p> <p>25- Já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação em função de sua idade, raça/ cor ou gênero?</p> <p>26- Considera já ter vivenciado alguma situação de violência ou maltrato (físico, psicológico, sexual ou institucional) desde que alcançou os 60 anos? Qual? Como se sentiu?</p> <p>27- Já precisou recorrer às leis de proteção ao idoso ou às instituições que trabalham em defesa da pessoa idosa? O que aconteceu? (Qual? Quando?)</p> <p>28- O que me diz sobre as políticas públicas para a proteção do idoso? 28.1- Na sua opinião, quais são os pontos positivos e negativos das leis e políticas públicas para o idoso? (Estatuto do Idoso, Políticas Públicas de Saúde do Idoso, Políticas de Promoção da saúde do idoso, outras...)? Quais são?</p>

PARTE IV: TRABALHO E INCLUSÃO SOCIAL DOS IDOSOS

Objetivo específico da pesquisa	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
<p align="center"><u>Continuação</u> <u>Objetivo 2</u></p> <p>Analisar as experiências dos idosos com relação ao processo de aposentadoria, ao envelhecimento e à sua inserção laboral e aos marcos do processo de inclusão social da saúde e das políticas públicas vigentes no país.</p>	<p>Conhecer a relação do entrevistado com o trabalho e as redes de sociabilidade e seus efeitos no processo de envelhecimento</p>	<p>- Ocupações e empregos do entrevistado, ao longo da vida</p> <p>- Percepções do entrevistado sobre:</p> <p>a) as condições de trabalho dos idosos no mundo público e privado na contemporaneidade</p> <p>b) Atividades sociais e redes das quais participa</p> <p>c) Efeitos do projeto ou programa na vida do entrevistado</p>	<p>29- Qual a sua história em relação ao trabalho? Conte sobre o seu trabalho: desde que idade começou a trabalhar? (explorar se trabalha ou trabalhou fora, se não trabalhou fora, mas foi do lar, se considera trabalho doméstico um trabalho).</p> <p>30- Como se deu a divisão sexual do trabalho em sua vida doméstica até aqui? Alguma mudança após os 60 anos?</p> <p>31- É aposentado? [] Sim, (quando e por que?) [] Não. O que significa para você, se aposentar? O que muda?</p> <p>31.1- Qual o seu relacionamento com a família depois de se aposentar? Qual o seu relacionamento nos meios sociais que frequenta, depois de se aposentar?</p> <p>32- Tem algum hobby, habilidade ou talento especial? (Jogos, viagens, excursões, artesanato, atividades ligadas à arte- cultura tipo teatro, cinema, etc.). Qual?</p> <p>33- Participa de alguma atividade social? Em grupo ou individualmente? Quais?</p> <p>34- Como soube da existência desse projeto de extensão ou programa? Como chegou a ele? Alguém a indicou? Quem? Por que?</p> <p>35- Qual a/as atividades que faz nos projetos de extensão? Há quanto tempo? O que o/a levou a participar do projeto? Mudou alguma coisa em sua vida ao participar? O que mudou?</p>

GUIÃO DE ENTREVISTA – TRABALHADORES SOCIAIS

PARTE I: LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA E RECOLHA DE DADOS CARACTERIZADORES INDIVIDUAIS

Objetivo específico da investigação	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
Garantir participação voluntária e informada do entrevistado	Clarificar os aspetos formais e éticos	Assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)	Apresentar o projeto de pesquisa e os objetivos da pesquisa. Perguntar se quer participar respondendo algumas perguntas. Quando, o entrevistado concordar em participar da pesquisa o entrevistador lhe entrega a declaração de consentimento informado. Na entrevista tranquilizar o entrevistado com a garantia de sigilo e anonimato. Solicitar o procedimento para gravar a entrevista com o objetivo de garantir a fidedignidade do seu testemunho
Conhecer perfil dos trabalhadores sociais entrevistados	Caracterizar o entrevistado em relação aos elementos sociodemográficos	Dados do entrevistado: idade; residência, nível de escolaridade; rendimento económico: profissão/ocupação atual religião, estado civil.	1 - Qual a sua idade? 2- Como se autodenomina em relação a sua cor? 3- Tem uma religião? Qual? Pratica? 4- Qual o seu estado civil no papel? E a situação conjugal? 5- Tem filhos? Netos? 6- Convive ou já conviveu com pessoas idosas na família? Em caso positivo, como é ou foi esta convivência? 7- Fale um pouco de sua escolaridade/ formação técnica ou profissional: onde? quando? 7.1- Fez mais de um curso? Qual ou quais?

GUIÃO DE ENTREVISTA - TRABALHADORES SOCIAIS

PARTE II: UM TRAJETO A SE SEGUIR NO CUIDADO AO IDOSO

Objetivo específico da pesquisa	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
<p style="text-align: center;"><u>Objetivo 3</u></p> <p>Conhecer a formação e a trajetória profissional dos trabalhadores sociais que atuam com idosos nos programas selecionados</p>	<p>- Identificar aspectos positivos e negativos associados à história pessoal e profissional dos entrevistados, em suas diferentes categorias profissionais que interferem na escolha do trabalho junto aos idosos;</p> <p>- Levantar conhecimento dos profissionais quanto as políticas públicas voltadas para o cuidado e proteção social do idoso (Política Nacional do Idoso, Política de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso,...)</p>	<p>- Características ou habilidades pessoais do entrevistado</p> <p>- situações ou aspectos familiares dos entrevistados que contribuíram para o trabalho com idosos</p> <p>- situações ou aspectos educacionais que incentivaram à escolha pelo trabalho com a população idosa</p> <p>- situações sociais e políticas que influenciam o trabalho</p>	<p>8- Na sua formação houve alguma disciplina que abordou o tema do envelhecimento? Qual ou se mais de uma, quais?</p> <p>9- Fale um pouco sobre sua trajetória profissional: o que o levou a trabalhar com essa faixa etária de idosos? Desde quando? Qual é este trabalho?</p> <p style="padding-left: 20px;">9.1- Quando surgiu este interesse? Que fatores contribuíram para o surgimento deste interesse? Que sentimentos se reserva em relação a trabalhar com idosos?</p> <p>10- Pode contar uma situação, que mais marcou a sua vida, profissional e/ou pessoal em relação ao cuidado?</p> <p>11. Na sua opinião, o que facilitaria e o que dificultaria o processo de trabalho no cuidado ao idoso com relação à qualidade da atenção prestada a estes idosos?</p> <p>12- Você conhece as políticas públicas de proteção ao idoso? Quais? No seu entendimento como essas políticas públicas interferem na vida dos idosos? Quanto ao exercício da cidadania há contribuição? Como seria esta contribuição?</p> <p>13- Precisou recorrer, em algum momento, às leis de proteção ao idoso? Ou as Instituições que trabalham em defesa da pessoa idosa? Qual/ais? Quando? Em que ou quais momentos? O que aconteceu?</p>

PARTE III: SENTIDOS DA VELHICE, DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Objetivo específico da pesquisa	Objetivos da seção	Informação a recolher	Questões da entrevista
<p>Objetivo 4</p> <p>os sentidos atribuídos à ao envelhecimento ativo palhadores sociais que vem atividades junto aos seus efeitos na atenção em psicossocial prestada</p>	<p>Conhecer principais sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento ativo e suas interfaces com a promoção da saúde, com foco nas ações de Educação em Saúde;</p> <p>- Identificar os limites e potencialidades para integração da atenção integral em saúde aos idosos em situação de violência na prática dos trabalhadores sociais</p> <p>-</p>	<p>-Estereótipos e crenças associados `a velhice</p> <p>- Expetativas sociais referentes aos idosos</p> <p>- Concepção de saúde do entrevistado</p> <p>- concepção sobre qualidade de vida do idoso</p> <p>- concepção sobre envelhecimento ativo</p> <p>- concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde</p>	<p>14- Para você, a velhice é _____. Porquê?</p> <p>14.1- Que imagem tem da velhice? Por que? Pode explicar?</p> <p>14.2- Que ponto/s reconhece como sendo positivo/s na velhice? Por que?</p> <p>14.3- Que ponto/s considera como sendo negativo/s na velhice? Por que?</p> <p>15- Na sua opinião, qual é o lugar atribuído ao idoso, na realidade social brasileira?</p> <p>16- Na sua opinião, existe alguma diferença entre ser um homem ou uma mulher após os 60 anos ? Por que?</p> <p>17- Para você, ter saúde é _____ Por que?</p> <p>18 - Quais são os elementos/fatores/situações que pensa que mais contribuem para a saúde do idoso?</p> <p>19 - O que pensa sobre as condições do nosso sistema de saúde para lidar com os problemas deste grupo social? Por que? (Fala livre)</p> <p>20- Para você, envelhecimento ativo é _____. Por que?</p> <p>21- Que estratégias metodológicas você considera relevantes para a promoção de um envelhecimento ativo ou saudável entre idosos?</p> <p>21.1Já teve a oportunidade de desenvolver alguma delas? Me conte como foi, por favor</p> <p>22- Quais as medidas sociais de apoio e de promoção da saúde do idoso que conhece?</p> <p>23-Qual seria sua sugestão de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo?</p> <p>24- No trabalho junto às mulheres e homens idosos, que ações de Educação em Saúde considera ser necessária ou importante de serem realizadas? Por favor, pode justificar sua resposta?</p> <p>25- Na sua experiência, lidando com esta faixa etária, identificou algum caso de violência contra o idoso?</p> <p>25.1- O que fez em relação àquela situação de violência que identificou?</p> <p>25.2- Na ocasião, chegou a fazer uma notificação sobre a situação?</p> <p>Caso a resposta for “Não” sendo a notificação da violência um agravo de notificação compulsória, poderia dizer ou explicar a razão da notificação não ter sido feita, quais seriam as dificuldades? (Explorar se conhece, se foi treinado, se algo na situação específica do caso foi impeditivo para que tal providência fosse tomada).</p>

11.3 – Anexo III – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Idoso:

Título do Projeto: **Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**

Pesquisador Responsável: Elizabeth Falcão Clarkson

Instituição: Universidade Federal Fluminense/

Instituto de Saúde Coletiva/

Departamento de Saúde e Sociedade

Telefones para contato: (21) 98111 9345 - (21) 2620 8452

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Sr (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**”, de responsabilidade da pesquisadora Elizabeth Falcão Clarkson.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entrevista Semi-estruturada

O (A) Sr (Srª) foi selecionado (a) para participar de nosso estudo por apresentar 60 anos e mais de idade e por ser ativo e participar de serviços e/ou programas voltados para a terceira idade. **Sua participação não é obrigatória.** Ao participar desta pesquisa, o (a) Sr (Srª) não está desistindo de nenhum direito. Esteja ciente de que **tem total liberdade para interromper a sua participação na entrevista ou na pesquisa** a qualquer momento, sem punição ou qualquer tipo de prejuízo para sua pessoa. Sua participação voluntária no estudo não envolverá **nenhum gasto, bem como não trará benefícios diretos** para você, **mas indiretamente podem contribuir para o levantamento de conhecimentos e práticas** sobre a realidade de vida do idoso e/ou da idosa no contemporâneo com o objetivo de gerar dados e produzir conhecimentos que colaborem para a melhoria da atenção à saúde prestada a pessoas com 60 anos e mais. Os **riscos** relacionados com sua participação são o **desconforto** que pode ser causado **por algumas perguntas que você só responderá se quiser.**

As informações obtidas através dessa pesquisa serão **confidenciais e asseguramos o sigilo** sobre sua participação e de outras pessoas que possam ser citadas. Os dados não serão guardados nem divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois **usaremos nomes**

fictícios ou códigos para representar cada uma das pessoas entrevistadas. Todo material da pesquisa será arquivado na UFF, aos cuidados da pesquisadora responsável pelo projeto. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

De acordo com os esclarecimentos e informações prestados pela pesquisadora, minha participação na pesquisa se dará através de entrevistas sobre a temática do envelhecimento. Se houver interesse por parte da pesquisa e caso eu concorde poderá ser feita a gravação da entrevista através de áudio. Mantendo meu anonimato, concordo que os resultados sejam apresentados em trabalho de tese de doutorado, em seminários e em artigos científicos.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:

E-mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: +55(21) 2629 9189

Eu _____, declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário no projeto acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

RG

Assinatura do responsável por obter o consentimento

RG

11.4 – Anexo IV – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Trabalhador

Social:

Título do Projeto: **Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**

Pesquisador Responsável: Elizabeth Falcão Clarkson

Instituição: Universidade Federal Fluminense/ Instituto de Saúde Coletiva/

Departamento de Saúde e Sociedade

Telefones para contato: (21) 98111 9345 - (21) 2620 8452

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Sr (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Os sentidos da velhice e a promoção do envelhecimento ativo: desafios educativos no contexto brasileiro**”, de responsabilidade da pesquisadora Elizabeth Falcão Clarkson.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entrevista Semi-estruturada

Você foi selecionado (a) para participar de nosso estudo como profissional que atua em serviços e/ou programas voltados para a terceira idade. **Sua participação não é obrigatória.** Ao participar desta pesquisa, você não está desistindo de nenhum direito. Esteja ciente de que **tem total liberdade para interromper a sua participação na entrevista ou na pesquisa** a qualquer momento, sem punição ou qualquer tipo de prejuízo para sua pessoa. Sua participação voluntária no estudo não envolverá **nenhum gasto, bem como não trará benefícios diretos** para você, **mas indiretamente podem contribuir para o levantamento de conhecimentos e práticas** sobre a realidade de vida do idoso e/ou da idosa no contemporâneo com o objetivo de gerar dados e produzir conhecimentos que colaborem para a melhoria da atenção à saúde prestada a pessoas com 60 anos e mais. Os **riscos** relacionados com sua participação são o **desconforto** que pode ser causado **por algumas perguntas que você só responderá se quiser.**

As informações obtidas através dessa pesquisa serão **confidenciais e asseguramos o sigilo** sobre sua participação e de outras pessoas que possam ser citadas. Os dados não serão guardados nem divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois **usaremos nomes fictícios ou códigos para representar cada uma das pessoas entrevistadas.** Todo material da pesquisa será arquivado na UFF, aos cuidados da pesquisadora responsável pelo projeto.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

De acordo com os esclarecimentos e informações prestados pela pesquisadora, minha participação na pesquisa se dará através de entrevistas sobre a temática do envelhecimento. Se houver interesse por parte da pesquisa e caso eu concorde poderá ser feita a gravação da entrevista através de áudio. Mantendo meu anonimato, concordo que os resultados sejam apresentados em trabalho de tese de doutorado, em seminários e em artigos científicos.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:

E-mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax:+55(21) 2629 9189

Eu _____, declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário no projeto acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

RG

Assinatura do responsável por obter o consentimento

RG

II.5 – Anexo V – Quadro 1 – Perfil Socioeconômico e Demográfico dos Idosos

Nome	Idade	Gênero/Orientação sexual	Cor	Religião P/ NP	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Rendimento/individual	Fonte de renda	Renda familiar	Programa Social:	Moradia	Filhos/Netos	Sistema de saúde
1.Azaleia	81	Mulher/Hetero	Br	Católica/P	Viúva/Divorciada	Fundamental/Completo	Aposentada	1 S M	Aposentadoria	1 SM	Não	Própria	2 filhos	part
2.Dália	86	Mulher/Hetero	Br	Católica NP	Viúva	2º grau	Aposentada/Donade casa	+3 S M	Pensão do marido	+3 SM	Não	Próprio	2 filhos	part
3.Hortência	85	Mulher/Hetero	Br	Católica/ NP	Divorciada	Escola normal/ 2º grau	Aposentada	1 S M	Aposentadoria	1 SM	Não	Própria	1 filho	part
4.Iris	82	Mulher/Hetero	Pa rd	Católica/P	Casada	Ensino médio completo	Aposentada/Donade casa	Nã o sa be	Aposentadoria	3 SM	Não	Própria	1 filho	part
5.Lavanda	74	Mulher/Hetero	Br	Católica/P	Divorciada	Ginásio/ 2º ciclo	Aposentada	1 S M	Aposentadoria	1 a 2 SM	Não	Própria	1 filho	part
6.Begônia	75	Mulher/Hetero	M ula ta	Católica/P	Casada	1º grau completo	Aposentada	1 S M	Aposentadoria	1 SM	Não	Própria	3 filhos/1neto	part
7.Cravo	69	Homem/Hetero	M ula to	Católico/P	Solteiro	Pouca instrução	Aposentado	1 S M	Aposentadoria	1 SM	Não	Aluguel	1 filho/2netos	SUS
8.Rosa	64	Mulher/Hetero	M ula ta	Evangélica/P	Divorciada	Arquiteta/Predutora de festas	Recebe ajuda da Família	Recebe ajuda	Recebe ajuda da Família	Recebe ajuda	Não	Aluguel	1 filho	SUS
9.Violeta	67	Mulher/Hetero	Br	Católica/ NP	Viúva há 7anos	Professora ensino básico	Do Lar		Pensão do marido	4 SM	Não	Própria	2 filhos/1neto	part

Quadro 1 - Perfil Socioeconômico-Demográfico dos Idosos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11. 6 – Anexo VI – Quadro 2 – Perfil Sociocultural-Demográfico do Trabalhador Social

Código/ Nome	Idade	Cor	Gênero/ Orientação sexual	Religião /Praticante	Estado Civil/ Situação conjugal	Filhos/ Netos	Escolaridade / Disciplinas na Formação sobre o tema	Formação/ perfil profissão
1.Ametista	27	Parda	Homem/ Hetero	Evangélico	Solteiro	Não	Um módulo curto de Disciplina	Nutricionis ta/ Residente
2.Bronze	60	Branca	Mulher/ Hetero	Não tem	Casada	1Filha/ Não	Não	Assistente Social/ Docente Aposentad a
3.Anil	67	Branco brasilei ro, que é uma mistura de cores (sic)	Homem/ Hetero	Não tem	Casado	2 Filhos/ 2 Netos	Não	Educador Físico/ Docente
4.Esmerald a	38	Branca	Mulher/He tero	Católica	Casada	Não	Não	Farmacêuti ca/ docente
5.Escarlate	24	Morena	Mulher/Bi	Não tem	Solteira	Não	Sim	Educador Físico/ Residente
6.Laranja	27	Parda	Mulher/ Hetero	Católica	Casada	1Filho/ Não	Não	Farmacêuti ca/ Residente
7.Malva	56	Branca	Mulher/ Hetero		Casada		Não	Assistente Social/ Docente

Quadro 2 – Perfil Sociocultural-Demográfico do Trabalhador Social

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11.7 – Anexo VII – Quadro 3 – Quadro de Atividades/ Oficinas do Espaço Avançado UFFESPA/ UFF
Programa de extensão UFF Espaço Avançado: Participação e Cidadania para pessoas idosas

HORÁRIO UFFESPA 2º semestre 2018 CONTATO:2629-2715/ HORÁRIO DE ATENDIMENTO: DAS 13 H ÀS 17 H.

SEGUNDA		TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8h às 11h PERV QUEDAS SALÃO UFFESPA					8h às 11h PREV QUEDAS SALÃO UFFESPA
11h às 12h OF DE MEMÓRIA COGNITIVA SALÃO UFFESPA			11h às 12h OF DE MEMÓRIA COGNITIVA SALÃO UFFESPA		
		13h às 14h OF de IOGA SALÃO UFFESPA		14h às 15h OF de TAI CHI CHUAN SALÃO UFFESPA	13h às 15h OF DE PSICOLOGIA SALÃO UFFESPA
14h às 16h OF DE DANÇA DE SALÃO SALÃO UFFESPA	14h às 16h TERAPIAS ALTERNATIVAS SALA DE ATENDIMENTO/ TÉRREO	14h às 16h ENCONTROS TEMÁTICOS SALÃO UFFESPA	14h às 16h OF DE TEATRO SALÃO UFFESPA	15h às 16h OF DE MEMÓRIA SOCIAL (SL 212)	

Quadro 3 – Quadro de atividades/ Oficinas do Espaço Avançado UFFESPA/UFF

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11.8 – Anexo VIII – Figura 2 – Categorias iniciais – Pesquisa empírica com os idosos

CATEGORIAS INICIAIS
1- Estereótipos e crenças atribuídos à velhice: percepções e vivências dos idosos
2- Experiências de viver a boa velhice
3- Experiências de viver a má velhice
4- Percepções sobre o processo saúde-doença- cuidado no cotidiano de vida dos idosos
5- Qualidade de vida e <i>estilo de vida</i>
6- Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade
7- Afetividade assertividade e autoestima na produção do cuidado de si
8- Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos
9- Acesso e garantia dos direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade na cidade:
10- Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade
11 - O reconhecimento dos projetos universitários.

Figura 2- Categorias iniciais – Pesquisa empírica com os idosos

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11.9. – Anexo IX – Figura 3: Elaboração das categorias intermediárias – Pesquisa empírica com os idosos

Categorias teóricas /Noções centrais	Conceito norteador	Unidades de Registro	Categorias teórico-práticas intermediárias
1- Estereótipos e crenças atribuídos à velhice: percepções e vivências dos idosos	No Brasil além da violência aos quais os idosos são submetidos como os expressos pelos preconceitos e estereótipos negativos em relação à velhice, observam-se diversas outras violências desde abandono/ negligências até maus-tratos psicológicos, verbais e físicos	Percepções positivas da velhice: (Otimismo) - Velhice é uma bênção (vitória) - Velhice melhor nesta época do que era quando mais novo Lavanda Velhice ativa: - Corpo em movimento - Cuidados do corpo ao longo da vida - Manter atividades intelectuais Dália Hortência	I A velhice como construção social: são velhices
2- Experiências de viver a boa velhice	Segundo o MS (2017), o envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos e para alcançar o envelhecimento de maneira positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida.	- Mais tempo para atividades sociais, físicas/ esportivas e cognitivas, para coisas que lhes dão prazer. - Uma vida sem compromisso, com conversas soltas, simples, formando novas amizades. - Cuidando de si, se amando, fazendo o que gosta. Ter mais liberdade	
3- Experiências de viver a má velhice		- A velhice é o sentido de fragilidade (já ‘tava’ meio, devido a doença, - A velhice e a alteração de humor quando se está com dor (sofrimento) - Medicalização para controle das alterações/ limites das velhices (uso de medicamentos) - A velhice e as alterações do corpo (quedas, alimentação diferenciada, viagens longas, diminui o ritmo, mais lento) - A velhice e a sensação de abandono (isolamento)	
4-Percepções sobre o processo saúde-doença-	Segundo Neri (2004), o bem-estar na velhice é muitas vezes atribuídas à	- Experiências de bem-estar é criar mecanismos compensatórios como	O envelhecimento na interface entre

<p>cuidado no cotidiano de vida dos idosos</p>	<p>capacidade de recorrer a mecanismos compensatórios como trabalho e envolvimento em atividades sociais, indo ao encontro de outros estudos que rejeitam o estigma de que o idoso é infeliz, só, abandonado e doente. O que é possível sugerir que as experiências de bem-estar são fortemente influenciadas pela qualidade de vida dos idosos e suas condições sociocognitivas.</p> <p>A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) afirma que: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.</p>	<p>por exemplo ficar junto dos filhos e netos com funções de apoio,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiências de bem-estar está relacionado (a sair de casa) a frequentar grupos de convivência (a socializar) - Experiências de bem-estar é ficar perto dos seus 	<p>os paradigmas biomédico e da qualidade de vida</p>
<p>5- Qualidade de vida e “estilo de vida”</p>	<p>Durante a década de 1960, vários países realizaram debate sobre a determinação econômica e social da saúde, processo que contribuiu na perspectiva de uma abordagem positiva da saúde, cujo objetivo era superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter saúde é não sentir dor - Ter condições de fazer as tarefas domésticas cotidianamente - Não ter doença, nem precisar de medicamentos, boa alimentação, fazer atividades (física, cognitiva), dormir bem (é não ficar parada) - É bem-estar como equilíbrio físico e espiritual. - É uma benção de Deus (é do divino). - Uma velhice com saúde você pode fazer muitas coisas 	
<p>6- Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade.</p>	<p>De acordo com Lima-Costa et al (2003), o novo paradigma em saúde no que se refere a qualidade de vida do idoso é a capacidade funcional. A velhice considerada saudável pode ser encontrada até no idoso portador de doenças crônicas, desde que esteja sendo bem assistido, com</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a alimentação o melhor possível; - Fazer atividade física; - Se cuidar; - Ter respeito pelo outro; - Ser tolerante; - Ter bom convívio; - Ter um sono reparador 	

	tratamentos bem-sucedidos, que tenham sua autonomia preservada, com condições de gerir sua vida e de realizar seus próprios desígnios.		
7- Afetividade assertividade e autoestima na produção do cuidado de si	A OMS pontua, o Envelhecimento Ativo “consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com vistas a melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem”. Esta maneira de pensar concede que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.	<ul style="list-style-type: none"> - Para ter um envelhecimento ativo o idoso precisa ser produtivo e para isso precisa do apoio do Estado; - Para ter um envelhecimento ativo é preciso que o idoso respeite a sua família; - A consciência acerca do processo de envelhecimento ativo está associada aos modos como o idoso percebe a si mesmo, ao outro e à vida. 	Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo
8- Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos	Há reconhecimento da saúde como direito do Idoso pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) instituída em 1999 e do Estatuto do Idoso na forma da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, por intermédio do SUS busca dar garantia de acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - A saúde Pública nunca está preparada! - Tá um caos total! - O SUS está precário. - já foi bom (Abandono da saúde pelas autoridades públicas) Não é usuário do SUS, mas tem opinião sobre ele (Precariedade) (tem plano particular) - Não conheço Política de Proteção ao Idoso - Conheço o Estatuto do Idoso, aprendi aqui - Alguns direitos reconhecidos pelos idosos foram citados: transporte gratuito, fila especial no atendimento bancário e nas eleições, meia entrada em teatros, cinemas (citado por três pessoas) 	Cidadania na terceira idade

<p>9- Acesso e garantia dos direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade na cidade</p>	<p>A Educação em Saúde se orienta pelos pressupostos da obra de Paulo Freire, que tem o homem como sujeito ativo de um processo em mudanças, e propõe uma ação transformadora pautada na reflexão do saber e das vivências cotidianas.</p>	<p>- Aula de cidadania: sobre o direito do idoso (“era muito bom”)</p> <p>- Reflexões sobre o Estatuto do Idoso (Criação de poesias/ versos e outras), nas questões em relação à cidadania (Lavanda) Aprendizagem sobre o Estatuto do idosos, sobre os direitos do idosos: acentos exclusivos do idosos</p>	
<p>10- Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade</p>		<p>- Há um pouco mais de atenção ao idoso no município, mas poderia ter mais políticas de atenção ao idoso.</p> <p>- O Estatuto do Idoso, ajuda no combate à violência contra o idoso, mas é preciso mais do que o Estatuto.</p> <p>- Há o conhecimento sobre os direitos do idoso, mas falta o reconhecimento do “governo”</p>	
<p>11 - O reconhecimento dos projetos universitários.</p>	<p>No Brasil além da violência aos quais os idosos são submetidos como os expressos pelos preconceitos e estereótipos negativos em relação à velhice, observam-se diversas outras violências desde abandono/ negligências até maus-tratos psicológicos, verbais e físicos, além de que, quando não conseguem internar seus idosos em instituições asilares ou psiquiátricas, segregam-nos dentro de suas próprias casas.</p>	<p>- Eu não gosto de ser chamada de velha não</p> <p>- Eu sou da terceira idade, mas eu não me sinto velha, não</p> <p>- O Estatuto do Idoso ajuda na prevenção da violência contra o idoso, mas parcialmente</p>	<p>Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso</p>
<p>12.A formação de redes de convivência</p>		<p>- Deixei de fazer excursões por causa do “problema” do marido que precisa de seus cuidados como mulher, esposa e cuidadora.</p> <p>- Fazia muitas excursões, levava a filha junto, a família.</p>	<p>VI). Os idosos no processo auto afirmativo e do cuidado de si, e na satisfação de acordo com a organização de grupos de idosos: visão</p>

		<p>- Tenho muitas amigas nos grupos de convivência da UFF (oficina de yoga, PrevQuedas, Tai Chi, Festas de aniversariantes) (Fala de três idosos)</p> <p>- Eu faço aqui as atividades que eu gosto, que me ajuda muito, como as atividades na/no: Oficina de Teatro, Sarau, comemoração dos aniversariantes do mês, Oficina de Memória, Canto/ música, Yoga, palestras, apresentação fora da universidade e os ensaios das peças de teatro, “já fomos a tantos lugares, tantos lugares”.</p>	<p>crítica e educação libertadora.</p>
<p>13.A formação de grupos nos programas educacionais com interação entre os participantes idosos: e visão crítica na vida (educação libertária)</p>	<p>A maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha uma boa qualidade de vida, aceitação e inserção na família e na sociedade é através da estimulação. Estimular quer dizer incitar, instigar, animar e encorajar. Segundo Zimmerman (2000), estimular é criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade. A estimulação é o melhor meio de minimizarmos os efeitos negativos do envelhecimento, levando as pessoas a viverem em melhores condições. É de grande importância a participação da comunidade no processo de promoção da saúde. A organização de grupos de terceira idade favorece a comunicação estabelecida entre a comunidade e o sistema de saúde e contribui para a elaboração, planificação e implantação de práticas que atendam a demanda destes usuários.</p>	<p>- Eu faço atividade física porque gosto, porque tem pessoas que eu gosto, e para sair de casa, porque eu detesto ficar sozinha. (auto-afirmação)</p> <p>- Frequento a instituição desde 2008, nunca parei de frequentar, nem no inverno. (cuidado de si)</p> <p>- Tenho excelente professor, ajudou na memória, melhorou nos exercícios. O joelho melhorou muito na aula de Hidroginástica (Satisfação)</p> <p>- A formação de uma visão crítica, sobre si, na relação consigo mesmo, com o outro (nos grupos das oficinas) e visão ampliada e crítica sobre questões sociais e culturais que aconteceram na infância (ser canhota num mundo em que todos são destros) e hoje reconhecer como violência algumas atitudes sofridas na infância, por causa disso. (Educação libertária)</p>	

11.10 – Anexo X – Figura 4 – Categorias Intermediárias – Pesquisa empírica com os idosos

Categorias Iniciais	Conceito norteador	Categorias intermediárias
1- Estereótipos e crenças atribuídos à velhice: percepções e vivências dos idosos	Dimensões do processo de envelhecimento e da velhice nos sentidos dados pelos idosos nas percepções positivas (otimismo, vitória, corpo em movimento, manter atividades intelectuais) em suas vivências,	A velhice como construção social: são velhices
2- Experiências de viver a boa velhice	No uso do seu tempo para ter um projeto de vida, são soluções apresentadas pelos idosos quando se deparam com os aspectos negativos da velhice, e que influenciam na qualidade de vida desse idoso	
3- Experiências de viver a má velhice	Os aspectos negativos da velhice, e que influenciam na qualidade de vida desse idoso	
4- Percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado no cotidiano de vida dos idosos	As experiências dos idosos com relação ao bem-estar,	O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida
5- Qualidade de vida e “estilo de vida”	Ter saúde numa visão ampliada do processo saúde-doença, ao envelhecimento ativo e à sua inserção social	
6- Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade	A saúde sob os marcos do processo de determinação social da saúde e das políticas públicas vigentes no país.	
7- Afetividade assertividade e autoestima na produção do cuidado de si	Para ter um envelhecimento ativo o idoso precisa ser produtivo e para isso precisa do apoio do Estado; - Para ter um envelhecimento ativo é preciso que o idoso respeite a sua família; - A consciência acerca do processo de envelhecimento ativo está associada aos modos como o idoso percebe a si mesmo, ao outro e à vida.	Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo
8- Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos	- O SUS está precário. - já foi bom (Abandono da saúde pelas autoridades públicas) Não é usuário do SUS, mas tem opinião sobre ele (Precariedade) (tem plano particular)	Cidadania na terceira idade
9- Acesso e garantia dos direitos humanos, políticos	- Aula de cidadania: sobre o direito do idoso (“era muito bom”)	

e sociais na terceira idade na cidade:	- Reflexões sobre o Estatuto do Idoso (criação de poesias/ versos e outras), nas questões em relação à cidadania	
10- Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade	O Estatuto do Idoso, ajuda no combate à violência contra o idoso, mas é preciso mais do que o Estatuto. - Há o conhecimento sobre os direitos do idoso, mas falta o reconhecimento do “governo”	
11 - O reconhecimento dos projetos universitários.	- Eu não gosto de ser chamada de velha não - Eu sou da terceira idade, mas eu não me sinto velha, não - O Estatuto do Idoso ajuda na prevenção da violência contra o idoso, mas parcialmente	Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso
12.A formação de redes de convivência	- Tenho muitas amigas nos grupos de convivência da UFF (oficina de yoga, PrevQuedas, Tai Chi, Festas de aniversariantes) (Fala de três idosos)	Os idosos no processo auto afirmativo e do cuidado de si, e na satisfação de acordo com a organização de grupos de idosos: visão crítica e educação libertadora.
13.A formação de grupos nos programas educacionais com interação entre os participantes idosos: e visão crítica na vida (educação libertária)	Eu faço atividade física porque gosto, porque tem pessoas que eu gosto, e para sair de casa, porque eu detesto ficar sozinha. (Autoafirmação) - Frequento a instituição desde 2008, nunca parei de frequentar, nem no inverno. (Cuidado de si) - Tenho excelente professor, ajudou na memória, melhorou nos exercícios. O joelho melhorou muito na aula de Hidroginástica (Satisfação) - A formação de uma visão crítica, sobre si, na relação consigo mesmo, com o outro (nos grupos das oficinas) e visão ampliada e crítica sobre questões sociais e culturais como o que aconteceu na infância (ser canhota num mundo em que todos são destros) e hoje reconhecer como violência algumas atitudes sofridas na infância, por causa disso. (Educação libertária)	

Figura 4 – Categorias Intermediárias – Pesquisa empírica com os idosos
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS
A velhice como construção social: são velhices
O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida
Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo
Cidadania na terceira idade
Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso
Os idosos no processo auto afirmativo e do cuidado de si, e na satisfação de acordo com a organização de grupos de idosos: visão crítica e educação libertadora.

11.11 – Anexo XI – Figura 5 – Categorias Finais – Pesquisa Empírica com os Idosos

Categorias Intermediárias	Conceito Norteador	Categorias Finais
A velhice como construção social: são velhices	A concepção ampliada de saúde e envelhecimento, ou o envelhecimento saudável, que toma a capacidade funcional como medida de bem-estar físico, mental e social, é a meta a ser alcançada não apenas pelo Setor Saúde isoladamente, mas pelo conjunto das políticas públicas	DIMENSÕES SUBJETIVAS E BIOPSIKOSSOAIS DAS VELHICES E DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A PERSPECTIVA DOS IDOSOS
O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida	O novo paradigma em saúde no que se refere a qualidade de vida do idoso é a capacidade funcional. A velhice considerada saudável pode ser encontrada também no idoso portador de doenças crônicas	
Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo	A mudança do enfoque da saúde mais voltada para o cuidado, num olhar mais ampliado, leva ao envelhecimento ativo	
Cidadania na terceira idade	Os programas educacionais em universidades são geralmente facilitadores do envelhecimento bem-sucedido por incrementarem conhecimentos teóricos e práticos, satisfazerem preocupações culturais, por ampliarem as relações sociais e a participação autônoma e ativa do idoso na sociedade	ASPECTOS, POLÍTICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIOCULTURAIS QUE COLABORAM PARA SUBSIDIAR AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRESTADA À POPULAÇÃO IDOSA
Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso	Há ideia da visão estereotipada de que as mudanças fisiológicas ocasionadas pelo envelhecimento acabam tornando ‘todos os idosos’ mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidado, representando um fardo para as famílias, sociedade e Estado. Parte das dificuldades atribuídas à velhice parece estar mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.	
Os idosos no processo auto afirmativo e do cuidado de si, e na satisfação de acordo com a organização de grupos de idosos: visão crítica e educação libertadora.	A Pedagogia como prática de liberdade tem uma função organizadora da comunidade, no coletivo, para a emancipação dos oprimidos	

Figura 5: Categorias finais – Pesquisa empírica com os idosos –
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11.12– Anexo XII – Figura 6 – Síntese da Progressão das Categorias dos Idosos

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1- Estereótipos e crenças atribuídos à velhice: percepções e vivências dos idosos	A velhice como construção social: são velhices	DIMENSÕES SUBJETIVAS E BIOPSISSOAIS DAS VELHICES E DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A PERSPECTIVA DOS IDOSOS
2- Experiências de viver a boa velhice		
3- Experiências de viver a má velhice		
4-Percepções sobre o processo saúde-doença- cuidado no cotidiano de vida dos idosos	O envelhecimento na interface entre os paradigmas biomédico e da qualidade de vida	
5- Qualidade de vida e “estilo de vida”		
6- Potencial de Resiliência para o bem viver na velhice, apesar das mudanças advindas com a terceira idade	Fatores de risco e proteção para o envelhecimento ativo	
7- Afetividade assertividade e autoestima na produção do cuidado de si		
8- Conhecimentos e percepções sobre as políticas públicas para idosos	Cidadania na terceira idade	ASPECTOS, POLÍTICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIOCULTURAIS QUE COLABORAM PARA SUBSIDIAR AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRESTADA À POPULAÇÃO IDOSA
9- Acesso e garantia dos direitos humanos, políticos e sociais na terceira idade na cidade:		
10- Processos educativos promotores de direitos, autonomia e criatividade	Cuidado comunitário, educação e promoção da saúde integral do idoso	
11 - O reconhecimento dos projetos universitários:		

11.13– Anexo XIII – Figura 7 – Categorias Iniciais – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

CATEGORIAS INICIAIS
1) Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade
2) Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares
3) Experiências desenvolvidas na produção acadêmica
4) Experiências na convivência clínica com as velhices
5) A importância dos projetos do estudo para o envelhecimento ativo
6) O trabalho em equipe multiprofissional
7) Situações ou aspectos que dificultam ou facilitam o processo do trabalho no cuidado ao idoso com relação a qualidade da atenção prestada
8) Situação socioeconômica e cultural do idoso que frequenta os Centros de Convivência de Idosos da UFF: Espaço Avançado e PrevQuedas
09) Corresponsabilidades e o Cuidado de si
10). Sentidos dados ao conceito de envelhecimento e da velhice,
11) Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice em relação ao gênero
12) A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento
13) Experiências da boa velhice
14) Experiências da má velhice
15) Educação nos estudos sobre os direitos dos idosos desde a creche até a universidade
16) Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país
17) Concepção de saúde
18) Concepção sobre envelhecimento ativo
19) Concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde; sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo

Figura 7: Categorias Iniciais – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

11.14– Anexo XIV – Figura 8 – Categorias Intermediárias – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

Categoria inicial	Conceito Norteador	Categorias Intermediárias
1. Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade	O interesse dos profissionais pelo tema do “Envelhecimento e Saúde do idoso” não surge na formação universitária, surge em outras formas, por terem poucas ou nenhuma disciplina no tema	O PAPEL FORMATIVO DO EDUCADOR ENQUANTO FOMENTADOR DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS
2) Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares	O interesse surge por outras formas: há influência na convivência com familiares/ e pessoas idosas próximas, e/ou no trabalho com os idosos	
3) Experiências desenvolvidas na produção acadêmica	Há influência no próprio trabalho com a convivência com os idosos na profissão estimulam o interesse em estudos aprofundados no tema	
4) Experiências na convivência clínica com as velhices	Casos de experiências de idosos no Envelhecimento ativo, na violência contra o idoso, na relação do idoso com as perdas, finitude, na relação docente/trabalhador social com alunos/ idosos)	
5) A importância dos projetos do estudo para o envelhecimento ativo	A preferência em trabalhar com a população de mais de 60 anos e a experiência com estes idosos: os aspectos educacionais	
6) O trabalho em equipe multiprofissional	O trabalho em equipe multiprofissional depende do profissional ter esse olhar da importância do trabalho multidisciplinar	AS DESIGUALDADES SOCIAIS NA TRANSIÇÃO
7) Situações ou aspectos que dificultam ou facilitam o processo do trabalho no cuidado ao idoso com	As dificuldades podem contribuir para criar facilidades nas suas soluções melhorando o processo do trabalho	

relação a qualidade da atenção prestada		DEMOGRÁFICA BRASILEIRA: IMPLICA RESPOSTAS URGENTES DAS POLÍTICAS SOCIAIS
8) Situação socioeconômica e cultural do idoso que frequenta os Centros de Convivência de Idosos da UFF: Espaço Avançado e PrevQuedas	Situações sociais e políticas que contribuem para a qualidade da atenção ao idoso: quem são os idosos que frequentam os Centros de Convivência	
09) Coresponsabilidades e o Cuidado de si	<p>O cuidado de si trata de uma escolha de vida, implicada pela presença do outro, isso quer dizer que o cuidado de si não nos afasta do mundo, ao contrário, ao dirigir a atenção para si, o que se busca é avaliar o lugar que se ocupa no mundo e o sistema de necessidades no qual o sujeito se encontra vinculado.</p> <p>O cuidado de si configura-se como um princípio ordenador de nossas ações.</p>	
10). Sentidos dados ao conceito de envelhecimento e da velhice,	<p>“As pessoas querem viver mais, mas não querem envelhecer”</p> <p>“Nós não somos preparados para envelhecer”</p>	DIMENSÕES SUBJETIVAS E BIOPSISSOCIAIS DAS VELHICES E DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO
11) Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice em relação ao gênero	O lugar da mulher idosa ainda é a de cuidadora, assexuada, violência, a mulher que estudou esta no mercado de trabalho e sustento da família, não deixou de ser cuidadora da família.	
12) A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento	Um indivíduo passivo, com preconceito vindo dos jovens (chatice, intolerante, ranzinza, velho rabugento, é docinho, é bonzinho)	
13) Experiências da boa velhice	Viver já é um ponto positivo, melhor ainda se for viver a vida no seu processo, na sua plenitude, se permitindo observá-la, interagir e aprender mais com ela, e com tudo isso, ser parte dela. Também se permitir experimentar coisas novas e de ser quem comanda a própria vida	
14) Experiências da má velhice	Para os profissionais, alguns idosos ficam mais reativos, menos pacientes, apresentam certas limitações físicas: a perda de disposição, a	

	<p>perda de força, o risco de ter doenças graves; mentais: depressão, demências e/ou sociais: dependência, a perda da autonomia.</p> <p>Considera também que os problemas existem, mas que não interessa se lamentar por isso, sendo mais interessante viver do que lamentar.</p>	
15) Educação nos estudos sobre os direitos dos idosos desde a creche até a universidade	Há ausência de discussão nas escolas e nas universidades sobre o tema da velhice e do envelhecimento.	<p>ASPECTOS POLÍTICOS, PEDAGÓGICOS E SOCIOCULTURAIS QUE COLABORAM PARA SUBSIDIAR AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</p>
16) Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país	<p>A formação dos grupos no coletivo de idosos determina além do conhecimento de temas relevantes também e principalmente a produção da subjetividade em vivências criativas e visão crítica</p> <p>A relação entre a educação em saúde e a política</p>	
17) Concepção de saúde	A visão ampliada da saúde do idoso	<p>SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO QUE É SAÚDE, ENVELHECIMENTO ATIVO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SUGESTÕES DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO</p>
18) Concepção sobre envelhecimento ativo	Envelhecimento ativo é ter projetos que impulsionem a sua vida, é abrir novos caminhos, novos horizontes, pois é preciso, movido pelo desejo, estar em movimento contínuo, e estar consciente do próprio envelhecimento	
19) Concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde; sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo		<p>O TRABALHADOR SOCIAL COMO EDUCADOR INTEGRAL</p>

Figura 8: Categorias Intermediárias – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

Fonte: Elaborado pela autora

CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS

O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis

As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implicam respostas urgentes das políticas sociais

Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento

Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde

Sentidos atribuídos ao que é saúde, envelhecimento ativo e a educação em saúde: sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo

O trabalhador social como educador integral

11.15– Anexo XV – Figura 9 – Categorias Finais– Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA FINAL
I) O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis	A Formação profissional com o tema do envelhecimento	OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO DESDE UMA CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE SI
II) Efeitos do aumento da expectativa de vida no processo saúde-doença, e aumento do cuidado aos indivíduos de 60 anos e mais	O Compromisso do trabalhador social com as demandas dos idosos nos aspectos subjetivos e socioculturais do processo de envelhecimento	
III) As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implica respostas urgentes das políticas sociais	As práticas dos trabalhadores sociais nos espaços de cuidado do idoso	
IV) Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento	Os diferentes sentidos atribuídos à velhice e ao envelhecimento entre os trabalhadores sociais no trabalho multidisciplinar do cuidado ao idoso	
V) Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde	As práticas de Educação em saúde na Promoção da saúde junto aos idosos	AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES SOCIAIS NOS ESPAÇOS DE CUIDADO DO IDOSO NO SENTIDO EMANCIPATÓRIO DO ENVELHECIMENTO ATIVO
VI) Sentidos atribuídos ao que é saúde, o envelhecimento ativo e a educação em saúde e sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo	As experiências dos idosos e dos profissionais em atividades educativas em saúde Os estereótipos e os estigmas criados na sociedade sobre o ser idoso que influencia negativamente à sua saúde	

VII) O trabalhador social como educador integral	A educação participativa e interativa e dialógica para a construção do sujeito integral	
---	---	--

Figura 9: Categorias Finais – Pesquisa Empírica com os trabalhadores sociais

Fonte: elaborado pela pesquisadora

11.16– Anexo XVI – Figura 10 – Síntese da Progressão das Categorias na Análise dos Discursos dos Trabalhadores Sociais

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
<p>1) Experiências na formação profissional: o papel da universidade na sociedade</p> <p>2) Experiências na convivência com pessoas idosas próximas, familiares</p> <p>3) Experiências desenvolvidas na produção acadêmica</p> <p>4) Experiências na convivência clínica com as velhices</p> <p>5) A importância dos projetos do estudo na qualidade de vida e na participação cidadã</p>	<p>O papel formativo do educador enquanto fomentador de estilos de vida saudáveis</p>	<p>TRAJETÓRIAS NA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR SOCIAL, DE MODO A DEMARCAR EXPERIÊNCIAS SIGNIFICATIVAS EM SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS</p>
<p>6) O trabalho em equipe multiprofissional</p> <p>7) O acompanhamento singular do desenvolvimento do idoso</p> <p>8) Situação socioeconômica e cultural do idoso que frequenta os Centros de Convivência de Idosos da UFF: Espaço Avançado e PrevQuedas</p> <p>09) Cuidado de si</p>	<p>As desigualdades sociais na transição demográfica brasileira implicam respostas urgentes das políticas sociais</p>	
<p>10). Sentidos dados ao conceito de envelhecimento e da velhice,</p> <p>11) Estereótipos e Crenças Atribuídos à Velhice em relação ao gênero</p> <p>12) A imagem que a sociedade atribui ao idoso e a imagem do envelhecimento</p> <p>13) Experiências da boa velhice</p> <p>14) Experiências da má velhice</p>	<p>Dimensões subjetivas e biopsicossociais das velhices e do processo de envelhecimento</p>	

15) Estudos sobre saúde do idoso desde a creche até a universidade	Aspectos políticos, pedagógicos e socioculturais que colaboram para subsidiar as práticas de educação em saúde.	AS PRÁTICAS DOS TRABALHADORES SOCIAIS NOS ESPAÇOS DE CUIDADO DO IDOSO NO SENTIDO EMANCIPATÓRIO DO ENVELHECIMENTO ATIVO
16) Melhorias no sistema público de saúde (SUS), problemas políticos do país		
17) Concepção de saúde pelo entrevistado	Sentidos atribuídos ao que é saúde, o envelhecimento ativo e a educação em saúde e sugestões de atividades de educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo	
18) Concepção sobre envelhecimento ativo		
19) Concepção político pedagógica dos trabalhadores sobre a Educação em Saúde; sugestões de ações de educação em saúde que colabore para a promoção de um envelhecimento ativo	O trabalhador social como educador integral	

Figura 10: Síntese da Progressão das Categorias na Análise dos Discursos dos Trabalhadores Sociais

Fonte: Elaborado pela pesquisadora