

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

WENDERSON FERREIRA DA SILVA

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDADO

RECIFE

2019

WENDERSON FERREIRA DA SILVA

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDADO

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora:

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Coorientadora:

Profa. Dra. Camila Pimentel

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586s Silva, Wenderson Ferreira da.
Saúde e envelhecimento: reflexões teóricas sobre o
cuidado/Wenderson Ferreira daSilva. — Recife: [s. n.], 2019.

121 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros; coorientadora: Camila
Pimentel.

1. Saúde do Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Assistência à Saúde. 4.
Idoso. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Pimentel, Camila. III. Título.

CDU 613.98

WENDERSON FERREIRA DA SILVA

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDADO

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 5 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^ª Dr^ª Aline do Monte Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^ª Dr^ª Kátia Magdala Lima Barreto
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Iniciando meus agradecimentos, gostaria de parafrasear uma das passagens deste estudo, cujo objeto de pesquisa ultrapassa os limiares científicos com os quais foi construído rigorosamente este trabalho. Entretanto, o Cuidado é *ontologicamente* ligado à existência humana. Diante desta afirmação e realidade, resgato aqui a seguinte passagem deste escrito: *O cuidado é atenção, é preocupar-se e ocupar-se consigo, com alguém, com algo. Imagine um solo fértil, como sendo o cuidado e dele saindo um tronco que floresce para si mesmo, para outros troncos e para ao redor, harmonicamente, em uma relação mútua de cuidado.* Desta forma, gostaria de frisar o quanto o cuidado está presente em todas as áreas de nossa existência.

Assim, dado início aos meus agradecimentos, gostaria de *Agradecer*:

Primeiramente gostaria de agradecer a mim pelo êxito, por não desistir e fazer um trabalho com rigor e qualidade diante de tantas adversidades. A Deus, por ser O grande Arquiteto e Fonte inesgotável de onde emana amor e sabedoria. Por estar sempre presente me rodeando, guardando e protegendo. Por ter me fortalecido em todas as lutas e dificuldades vivenciadas durante o processo de mestrado.

Em segundo, na mesma atmosfera de cuidado, agradeço e dedico à minha mãe, Marta Maria, pela garra, inspiração e por sempre me dar suporte. E através dela a toda minha família por sempre acreditar em mim.

Ao meu querido amigo que o mestrado me deu para vida, Antônio pela presença ativa, apoio e cooperação sem medidas ao longo desses dois anos deste ciclo.

Às minhas queridas professoras, orientadoras Kátia Medeiros e Camila Pimentel. Muito obrigado por toda troca, aprendizado, apoio e suporte. Por terem segurado firme em minhas mãos e me ajudado a seguir e concluir com êxito.

Às queridas professoras formadoras da banca examinadora, Kátia Magdala e Aline Gurgel por aceitarem receber meu trabalho com tanto esmero, pelas críticas construtivas e sugestões para melhoria deste estudo.

De forma geral gostaria de agradecer ao Instituto Aggeu Magalhães por ter sido minha formadora neste ciclo, aos professores e funcionários na figura do Glauco, que fizeram desta fase, um momento de realização e êxito.

*Três paixões, simples mas irresistivelmente fortes, governaram minha vida:
o desejo imenso do amor, a procura do conhecimento
e a insuportável compaixão pelo sofrimento da humanidade.*

Bertrand Russel

SILVA, Wenderson Ferreira da. **Saúde e envelhecimento**: reflexões teóricas sobre o cuidado. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A polissemia do conceito de cuidado em saúde, assim como do próprio cuidado em si, acarreta em um vasto leque de práticas e semânticas nas quais podem se encaixar o caráter multifacetado deste conceito que vem desafiando os serviços de saúde na atual conjuntura de disputa política sanitária. O objetivo geral deste estudo tratou-se de uma análise conceitual da categoria cuidado em saúde e com a pessoa idosa. O cuidado tem sido colocado na seara da saúde como demanda urgente e trabalhos que abordam esta categoria conceitualmente são escassos. A discussão do cuidado em saúde voltada para o segmento idoso é bastante pertinente, uma vez que, a transição etária à qual o Brasil se encontra nas últimas décadas impõe uma série de mudanças e adaptações para abarcar o fenômeno do envelhecimento populacional. O envelhecimento é multidimensional, um processo que envolve elementos genético-biológicos, socioeconômicos, histórico-culturais e subjetivo-comportamentais. Assim sendo, para um cuidado efetivo em saúde com este segmento, é necessário o claro norte da Integralidade nas práticas a serem desenvolvidas e legitimadas através de Leis, Decretos e Políticas Públicas. Este estudo tem abordagem qualitativa, por se tratar de um exercício de aproximações e estar preocupado com os sentidos e significados que envolvem o objeto deste estudo. Caracteriza-se como uma pesquisa teórico-analítica. Possui como etapas o levantamento da literatura científica, a identificação, extração e construção de eixos teóricos analíticos para a realização da análise teórico-conceitual. Os achados, tratando-se do objeto de pesquisa deste estudo, ‘conceito/s e/ou noções de cuidado presentes na literatura’ da saúde e relacionados ao segmento idoso foram estruturados em eixos teóricos. Como resultados, foi possível observar a contradição imposta pela disputa de dois projetos político-sanitários, que configuram caracteres distintos. Um, na perspectiva da saúde enquanto direito, e outro sobre a matriz neoliberal, na perspectiva da saúde enquanto mercadoria. Esta correlação resulta em diversos sentidos e práticas de cuidado, reafirmando a polissemia deste tema. Com os esforços despendidos ao longo desta pesquisa, recorrendo a diversas ferramentas metodológicas, foi possível, mesmo que de forma ponderada, sistematizar e apresentar reflexões sobre o que constitui o cuidado enquanto ‘cuidado’, tal como algumas categorizações/formas e tipificações.

Palavras-chave: Cuidado. Cuidado em Saúde. Envelhecimento. Pessoa Idosa.

SILVA, Wenderson Ferreira da. **Health and aging**: theoretical reflections about care. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The polysemy of the concept of healthcare, as well as its own, in and of itself, result in a wide range of practices and semantics which can be fit for the multifaceted character of the concept which is beginning to challenge the health-care services in the current context of the dispute, a healthcare policy. The aim of this study was a conceptual analysis of the category of healthcare to the elderly. The care that has been placed in the field of healthcare as an urgent demand, and papers that deal with this category, consequently they are in short supply. In the discussion of healthcare focus on the elderly, is quite relevant, since the transition to the age at which it is found in the last few decades, requires a number of changes to address the phenomenon of the ageing of the population. Aging is a multidimensional process that involves elements of genetic, biological, social, economic, historical, cultural, and subjective behavior. Thus, for effective care in health care with this piece, it is necessary to clear to the north that all of the practices that will be developed and legitimated through Laws, executive orders, and Policy-makers. This study takes a qualitative approach, because in the case of a fiscal year approaches, and is concerned with the meanings, and the meanings they involve and the subject matter of this study. It is characterized as a research and theoretical analysis. Owned it as a step to survey the literature, and the identification, extraction, and construction of the shaft of the theoretical, analytical to the development of the analysis of the theoretical / conceptual framework. The findings, which are the search object of this study, the 'concept of I/o and/or understanding of the care present in the literature, were structured on the axis of the theoretical. As a result, it was possible to observe the contradictions imposed on them by the fight of the two projects of political and health-care, that is, sets the characters that are different from one another. In the perspective of healthcare as a right, and the other in the matrix, neo-liberal, in the context of healthcare as a commodity. This correlation results in both directions, and practices in a variety of care, highlighting the polysemy of the subject. With all the effort removed over the course of this research, using a variety of methodological tools, it has been possible, even in a weighted manner, to systematize, and present a reflection about what makes the care as 'care', such as some of the categories/forms and care types.

Key-Words: Care. Healthcare. Aging.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO GERAL	15
2.1 Específicos	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Cuidado e Saúde: Aproximações acerca do Tema	17
3.1.1 O Cuidado em Saúde na Sociedade Capitalista: A vertente mercadológica em uma conjuntura de disputa de Projetos Políticos-Sanitários.....	17
3.1.2 Integralidade e Humanização: Questões pertinentes à compreensão do Cuidado em Saúde nos nortes dos ideais da Reforma Sanitária.....	23
3.1.3 Cuidado em Saúde: Atitude Inter-relacional Humanizada e Ação Integral de Materialização do Princípio da Integralidade.....	27
3.2 Envelhecimento humano: multidimensionalidade, políticas sociais e saúde	31
3.2.1 A Transição demográfica brasileira: uma incontestável realidade a ser considerada.....	31
3.2.2 A produção social da velhice:ponderando sobre seus mitos, estigmas, formas e terminologias.....	33
3.2.3 A Multidimensionalidade do envelhecimento: a produção de velhices singulares.....	37
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 Natureza do estudo	40
4.2 Desenho do estudo	41
4.2.1 Conhecendo o método.....	41
4.3 Coleta, busca e eleição dos artigos	44
4.3.1 Base de dados.....	44
4.3.2 Descritores/termos de pesquisa.....	45
4.3.3 Critérios de elegibilidade e seleção dos artigos.....	46
4.4 Extração e análise dos dados	48
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
6.1 Arcabouço final de artigos: metadados do guião das discussões teóricas sobre cuidado em saúde e cuidado com a pessoa idosa	53

6.2	Noções e conceitos de cuidado por uma ótica de construção socio-histórica: uma categoria ligada ontologicamente a existência básica do ser humano.....	58
6.3	Reflexões sobre o cuidado em saúde: uma abordagem conceitual.....	64
6.4	O cuidado e suas expressões: um breve diálogo sobre aproximações das formas, dimensões e tipos desta categoria polissêmica.....	72
6.4.1	O cuidado: uma categoria multidimensional.....	73
6.4.2	Uma categoria polirepresentativa: Um breve diálogo sobre os tipos de cuidado.....	78
6.4.3	De si e do outro: conversando sobre as formas de cuidado.....	80
6.4.4	O cuidado com o outro em saúde e os Subsistemas de cuidado.....	89
6.4.5	Subcategorias e a Tríade Orgânica do Cuidado.....	90
6.5	Saúde e envelhecimento: reflexões sobre o cuidado em saúde com a pessoa idosa...91	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	111

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, é possível constatar várias expressões, formas e maneiras de cuidado, tal como sentidos e significados presentes na concepção de saúde construída ao longo das transformações societárias. O cuidado em si é um conceito polissêmico e multifacetado e não se restringe apenas às discussões dentro do campo da saúde. Entretanto, a maior ênfase neste trabalho, será dada às semânticas do cuidado em saúde e pormenorizada, em saúde com o segmento idoso. A categoria envolve várias racionalidades, médicas e não-médicas, e relaciona-se também com características culturais. Em sociedades mais tradicionais, por exemplo, as práticas de cuidado são, em sua maioria, um exercício de pessoas mais idosas, como os Xamãs ou Pajés, conferindo um status privilegiado a essas pessoas em suas culturas (MARQUES et al., 2015; MIRANDA, 2011).

Podemos considerar que o processo de envelhecimento torna a pessoa mais susceptível a doenças, contudo a velhice não é, em si, a fase do adoecimento, mas sim, a depender das condições de vida e trabalho às quais a pessoa viveu até envelhecer, torna-se mais ou menos susceptível ao surgimento de patologias em sua velhice. Entendendo o envelhecimento pela ótica da multidimensionalidade, na esteira da saúde pública, torna-se indispensável pensar em práticas de saúde que estejam em consonância com os princípios da reforma sanitária, com a concepção ampliada de saúde, bem como, com o princípio e diretriz da Integralidade. Elementos contextuais, históricos, culturais e até mesmo econômicos incidem e denotam noções ao cuidado que o destina a sentidos e significados diversos, como veremos adiante no tocante às matrizes sociais atreladas aos projetos de saúde vigentes. Para fins de maior compreensão semântica neste estudo, nomeamos de “categoria cuidado”, objetivando esmiuçá-la, considerando sua amplitude e polissemia de significados e consequentes práticas.

Se olharmos especificamente para o cuidado em saúde, a início parte-se de, ao menos, duas noções de cuidado. De um lado, a noção de cuidado dentro de uma matriz pertencente ao projeto privatista, marcado por uma vertente mercadológica que conota à saúde o sentido de mercadoria. Este coloca como demanda à saúde, uma produção de cuidado enraizado em um modelo biomédico que orienta práticas com enfoque predominantemente imediato e curativista, majoritariamente voltado apenas à procedimentos clínicos como apresenta Luz e Barros (2013), orientado por uma **matriz mercadológica**. De outro, temos uma noção ampliada de cuidado, guiada por orientações éticas e humanísticas, possuindo como norte, a integralidade, engendrada a elementos contextuais do projeto político da Reforma Sanitária, que se constitui enquanto um projeto político-social de saúde, e não político-econômico

(LARA et al., 2016), compreendendo a saúde como direito de todos e dever do estado, orientada por uma **matriz humanística**. Estas duas noções de cuidado em saúde correlacionam-se conseqüentemente com práticas de cuidado diferenciadas, se tratando, entretanto, da mesma categoria.

É cabível salientar que estas discussões acerca do cuidado se dão também sobre a tessitura temática do envelhecimento humano, que se coloca como demanda de caráter urgente frente aos desafios que a transição etária vivenciada no Brasil nas últimas décadas, acarreta. Onde por exemplo, de 2012 para 2017, o número de pessoas idosas aumentou em aproximadamente 18 %. Indo de 25,4 para 30,2 milhões nestes cinco anos. Logo, o envelhecimento humano se coloca também como tema a ser discutido aqui, visto que as mudanças demográficas se expressam com destaque no cenário populacional brasileiro, trazendo diversas demandas ao setor saúde, e conseqüentemente, à elaboração e implementação de uma política de saúde voltada a este segmento, de extrema relevância, pois, como nos mostram os indicadores sociais, atualmente, no Brasil, são 23,5 milhões de brasileiros/as com 60 anos ou mais (BRASIL, 2016).

A demanda por cuidado na saúde, tanto pela ótica mercadológica, quanto pela ótica da ética humanística, é crescente. Entretanto, afirma-se a necessidade de práticas na saúde pública guiadas pelos ideais da Reforma Sanitária. É de extrema importância porque este viés preza pelo ser humano holisticamente e não apenas volta-se exclusivamente para a enfermidade em questão, mas sim, para a pessoa, que ali, apresenta determinada demanda. Em uma conjuntura socialmente fragilizada pelo Trabalho e pelos ditames capitalistas, localiza-se o Cuidado de forma que,

o mercado e suas leis atuam fortemente sobre a demanda social da saúde, no intuito de transformar a busca coletiva por cuidado e atenção em valores de uso e consumo individual, submetidos à lógica da economia capitalista (LUZ, 2004, p. 19).

As demandas sociais da saúde, cujas respostas se dão majoritariamente através de políticas públicas, sofrem incidência dos ditames capitalistas. Desta forma, as relações sociais são engendradas nos ditames capitalistas. O capitalismo possui uma lógica perversa de acumulação de riqueza para os que detêm os meios de produção, acirrando ainda mais a divisão e a distância entre as classes sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009). Os/as que possuem os recursos, e meios de produção, e os/as que vendem sua força de trabalho e são submetidos/as às relações de trabalho precarizadas (TONET, 2013).

Esta relação de precarização e exploração são características fundamentais do capitalismo que, somado a outras estratégias e ao seu conteúdo ideo-político, contribuem com

a manutenção de uma ordem social ligada a um projeto de sociedade autocrata e burguês, que favorece a acumulação de riqueza e onde a saúde constitui-se enquanto mercadoria, na verdade, uma ‘mercadoria de extrema valia’. Tais condições, em especial, a precarização e exploração aos quais os/as trabalhadores/as são submetidos/as, depreciam a capacidade de labor, ocasionando uma série de adoecimentos (TEIXEIRA, 2008). Adoecimentos biológicos, mentais e até mesmo social, gerando uma conjuntura de iniquidades múltiplas, podendo afirmar que o Capitalismo, ocasiona adoecimentos biopsicossociais para a classe social que se localiza no lugar da exploração e é alvo da precarização.

As pessoas idosas, que viveram seu processo de envelhecimento em condições objetivas de vida e trabalho submetidas aos ditames do capital, constituem-se como um segmento que deve ser olhado com mais atenção e ser alvo de mais políticas e programas públicos, principalmente no setor saúde, uma vez que, como traz Luz (2004), a conjuntura social incide diretamente na saúde e qualidade de vida das pessoas que sobrevivem do trabalho, ou seja, da venda de sua mão de obra, em condições precarizadas. Diante disto, é necessário o aparato estatal via políticas públicas eficientes e eficazes, e estritamente na saúde, o fortalecimento de práticas holísticas de cuidado. Os/as idosos/as constituem um segmento populacional de grande relevância, por se tratarem de pessoas que ao chegarem a sua velhice, já vivenciam os rebatimentos dos ditames do capital de forma acumulativa. Em linhas gerais, no tocante às questões conjunturais, é possível afirmar que as mesmas rebatem diretamente na saúde e, conseqüentemente, nas práticas de cuidado. Estritamente, nas práticas de cuidado em saúde, como veremos mais à frente.

As discussões de cuidado em saúde orientadas pelo princípio da Integralidade são, sobretudo, revolucionárias e instigantes. Pois, a saúde norteada pelo princípio e diretriz da Integralidade vai na contramão da correnteza de práticas em saúde guiadas pelos ventos hegemônicos do modelo biomédico que fragmenta a assistência em saúde deixando à margem a integralidade e a humanização no processo de cuidar, desde o usuário ao trabalhador, como nos informa Luze Barros (2013).

Diante do exposto, o cuidado será objeto de estudo através de uma abordagem teórico-conceitual, onde a referida categoria será alvo de maior aprofundamento teórico ao longo da dissertação, tendo como base a realização de uma revisão integrativa sistemática, sem perder de vista os contextos em que ocorrem as práticas de cuidado em saúde, esmiuçadas na fundamentação teórica, visando a defesa de um cuidado mais amplo e em diálogo com os ideais da Reforma Sanitária e com o princípio da integralidade. Que como será visto ao longo deste estudo, é sob a égide destes ideais que o cuidado em saúde aproxima-se de seu sentido

ontológico enquanto categoria. Para fins metodológicos, coloca-se como pergunta norteadora deste estudo: Quais os conceitos e noções acerca do cuidado em saúde em geral, e estritamente, com as pessoas idosas estão presentes na literatura científica?

Desta forma, metodologicamente, a pesquisa foi estruturada em dois grandes eixos de busca/pesquisa. O eixo um, tratando primeiramente da busca conceitual sobre a categoria cuidado em saúde. E o eixo dois, versando sobre a busca conceitual desta categoria com a pessoa idosa. Pois, por se tratar de uma discussão teórica, não há como dissociar o cuidado com a pessoa idosa do próprio campo “cuidado em saúde”. Assim sendo, este trabalho foi estruturado desta forma partindo do pressuposto de que para se discutir conceitualmente o cuidado com a pessoa idosa é necessário se partir de uma perspectiva mais ampla, buscando-se antes abordar conceitualmente a categoria cuidado em saúde para depois delimitar-se a esta categoria voltada ao segmento idoso. Pois, discutir o cuidado voltado a este segmento, implica necessariamente se debruçar sobre o cuidado de forma mais ampla no próprio campo da saúde. Esta estruturação objetivou um maior alcance teórico da categoria em questão.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção teórica presente na literatura científica nos últimos 10 anos (2008 a 2017) com abordagem conceitual acerca da categoria cuidado em saúde e com a pessoa idosa.

2.1 Específicos

- a) Realizar o levantamento da literatura científica com abordagem conceitual referente ao cuidado em saúde e com a pessoa idosa no período de 2008 a 2017;
- b) Identificar conceitos, noções e outros aspectos e elementos teóricos acerca do cuidado em saúde e com a pessoa idosa;
- c) Construir eixos teórico-analíticos a partir dos achados da literatura científica no tocante ao cuidado em saúde e com a pessoa idosa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As discussões acerca do cuidado em saúde, em consonância com os ideias da reforma sanitária, são revolucionárias quanto ao modo de fazer saúde no Brasil, frente ao legado histórico de verticalização, privatização e centralização, próprios do modelo biomédico-centrado que vigora nas práticas de saúde, mesmo pós Reforma Sanitária e consequente criação e implantação do SUS, que pode ser caracterizado pela universalização, descentralização, participação da sociedade civil- via controle social, horizontalidade e integralidade.

Tomar o Cuidado, teoricamente, como principal objeto temático se constitui como uma tarefa desafiadora, instigante e delicada. A categoria cuidado é polissêmica e suas práticas em saúde têm sido apontadas de forma inequívoca como uma das principais demandas da sociedade civil no campo da saúde pública (MATTOS, 2004). Sua prática constitui-se como um desafio no atual cenário de implementação e efetivação de políticas públicas, principalmente em uma conjuntura social marcada pela fragilização social (LUZ, 2004) e onde as práticas de saúde, inclusive as noções de cuidado, são hegemonicamente voltadas a procedimentos clínicos, quantitativos e curativos. Entretanto, um cuidado limitado quando olhamos o processo saúde-doença sobre a ótica, irrefutável, do conceito ampliado de saúde e assumimos a compreensão de que não são apenas os aspectos genético-biológicos que se constituem como únicos determinantes deste processo.

Existe um vasto leque de estudos, há, pelo menos, cinco décadas sobre o condicionamento do processo saúde-doença a elementos macrossociais. Uma forte vertente, derivada desses pressupostos refere-se à inclusão dos Determinantes Sociais da Saúde na seara do processo saúde-doença e que será alvo de reflexões e aprofundamento, ao longo da dissertação.

A grande busca de cuidado na saúde por parte da sociedade civil, em uma conjuntura social contemporânea onde os processos econômicos, sócio-políticos e culturais do capitalismo, e seus rebatimentos, desencadeiam em um cenário social frágil (LUZ, 2004) e de crescimento de grandes massas populacionais; assim como também, as aproximações com o conceito e outros elementos pertinentes ao Cuidado tratam-se do objetivo teórico central de análises deste trabalho. Assim sendo, como alicerces teóricos principais, este estudo possui a dimensão de discussões em torno do **cuidado em saúde** e do **envelhecimento humano** enquanto processo multidimensional.

3.1 Cuidado em saúde: aproximações teóricas acerca do tema

Diante do exposto, serão apresentadas a seguir, discussões reflexivas acerca da categoria cuidado, estritamente relacionadas ao campo da saúde. Como comentado anteriormente, ao longo dessa produção, serão debatidas inicialmente as questões relacionadas ao cuidado em saúde em duas principais noções identificadas até então, a saber: o cuidado em saúde sobre a égide dos dois principais projetos políticos sanitários vigentes em disputa no Brasil. Um, que formata um cuidado mais interventivo, fragmentado e mercadológico (caracterizando a desresponsabilização estatal no tocante à saúde), e o outro que formata o cuidado como ferramenta de emancipação, em acordo com uma ética humanística e compreendendo a saúde como direito de todos, e não como uma mercadoria. A seguir, é apresentado a primeira concepção de cuidado ligado a uma matriz social capitalista, constituída por um *ethos* privatista.

3.1.1 O Cuidado em Saúde na Sociedade Capitalista: A vertente mercadológica em uma conjuntura de disputa de Projetos Políticos-Sanitários

Ao compreender os rebatimentos do capitalismo na sociabilidade, como trazem Luz (2004) e Machado et al. (2004), e conseqüentemente na saúde, torna-se necessário uma breve reflexão sobre a produção capitalista, pois a mesma é produção e reprodução das relações sociais. Há uma relação mútua estabelecida entre a produção social material e os rebatimentos nas relações sociais na história, pois “a produção social é essencialmente histórica” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 30). Assim sendo, a maneira com a qual a sociedade organiza-se quanto ao seu meio de produção, conseqüentemente, incide nas relações sociais numa determinada época. E por sua vez, as relações sociais, nas formas de cuidado e saúde. A produção social histórica aqui referida é a produção capitalista, que vigora até os dias atuais. Salientando-se as diversas fases e o desenvolvimento orgânico que este modo de produção apresenta ao longo da história, mas que não serão alvo de discussões neste trabalho, para fins desta pesquisa, é importante a compreensão de como o capital repercute nas relações sociais e no campo da saúde.

As relações de produção que compõem a tessitura das relações sociais se dão sobre os ditames do capitalismo, sendo elas, as formadoras das relações sociais, pois

em sua totalidade as relações de produção formam o que se chama relações sociais: a sociedade e, particularmente, uma sociedade num determinado estágio de desenvolvimento histórico, uma sociedade com um caráter distintivo particular [...] O capital também é uma relação social de produção.

É uma relação burguesa de produção, relação de produção da sociedade burguesa (MARX; ENGLÉS, 1977, p. 30).

A produção social não se trata apenas da produção de objetos materiais e sim da relação social existente e estabelecida entre as pessoas e entre as classes sociais. Na Era do Capital, as ideias, comportamentos e as representações que se estabelecem na produção das relações sociais são capitalistas. Sobre isto Iamamoto e Carvalho (2009, p. 30) afirmam que o capital é “a relação social determinante que dá a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social”.

Nesta esteira coloca-se a reificação do capital, que é a identificação do capital com coisas materiais (os meios de produção) e como ela repercute nas relações sociais. A forma com a qual o capital se relaciona com os meios de produção é reproduzida nas relações sociais. De forma mistificada, as relações sociais aparecem como relações entre coisas “esvaziadas de sua historicidade” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 31). Em outras palavras, um modo capitalista de agir e existir, pressupõe uma forma com que o conteúdo ideopolítico do mesmo seja disseminado, o que se dá, entre outros elementos, pela a reificação do capital, que de forma sucinta, como já explorado “é, pois, a forma mistificada em que a relação social do capital aparece na superfície da sociedade” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 31).

O esvaziamento histórico dos processos sociais e o esvaziamento de sentidos culturais, como apresenta Luz (2004), somados ao conteúdo ideopolítico do capitalismo, constituem-se como obstáculos para a efetivação de uma política de saúde nos nortes da Reforma Sanitária e a favor da vida. Pois, “a ideologia que sustenta nossa sociedade dissimula suas relações de poder e, por conseguinte, sugere que cada indivíduo é independente das relações sociais nas quais se insere” (MACHADO et al., 2004, p. 59). A lógica do ‘indivíduo isolado’ é hegemônica e se trata de um forte e presente elemento ideológico constitutivo do capitalismo (MARX, 1999). O que representa um relevante obstáculo, uma vez que “a ideologia do indivíduo isolado restringe as possibilidades de emancipação” (MACHADO et al., 2004, p. 59), além do esvaziamento e perda de valores como a solidariedade (LUZ, 2004).

Mesmo sendo a época em a sociedade alcançou, até então, o mais alto grau de desenvolvimento quanto aos meios de produção, riqueza socialmente produzida e ao desenvolvimento tecnológico, ainda assim, as desigualdades se acentuam. E paralelamente, junto à desresponsabilização estatal pelas expressões dessas desigualdades através do desmonte de direitos e políticas públicas e o fortalecimento do *ethos* da saúde enquanto mercadoria, acarretam em rebatimentos severos no processo saúde-doença das populações

vítimas das desigualdades macrossociais. Negar direito à saúde, é obstruir o acesso à vida com qualidade.

É exatamente esta obstrução à emancipação que se coloca na esteira deste estudo, como obstáculo a uma modelo de cuidado em saúde, humanístico e integral, defendido aqui, que vislumbra práticas de cuidado em saúde amplas e resolutivas, considerando cada pessoa como totalidade vida. A lógica de individualização traz grandes desdobramentos sobre a saúde, pois, na sociedade capitalista esvaziada de historicidade e valores coletivos,

a saúde está possivelmente no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, através de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas. A saúde está no lugar das atividades de conagraçamento e festa que não existem mais no mundo do trabalho, e que podem ser respostas por atividades grupais ou coletivas de “saúde”. Está legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família, ou a escola, ou as organizações sociais específicas[...] (LUZ, 2004, p. 19).

Diante da reflexão de Luz (2004, p. 9), é possível perceber que “a vulnerabilidade das populações e da busca constante de atenção à saúde” se coloca no campo da saúde pública como um obstáculo, dotado de contradições e demandas de caráter imediato. Contradição esta resultante do processo de disputa de projetos societários antagônicos e, conseqüentemente, disputa de projetos político sanitários na sociedade capitalista atual.

Desta maneira, cabe destacar, que existem mais de um projeto societário que coexiste em relação ao poder e interesses, sendo mais influente o das classes hegemônicas. Projetos societários são “projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-los e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-los” (NETTO, 1999, p. 2). Tratam-se de projetos coletivos, macroscópicos e propositivos para o conjunto societário. Dialogando com Iamamoto e Carvalho (2009) ao falarem das classes sociais fundamentais que compõem a sociedade na era do capital, e traçando um paralelo com o que Netto (1999) apresenta, é possível e importante destacar, que as disputas dos projetos societários são tecidas por disputas políticas e pelas relações de poder.

Por isto mesmo, nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve as relações de poder. [...] A experiência histórica demonstra que, tendo sempre em seu núcleo a marca da classe social a cujos interesses essenciais respondem, os projetos societários constituem estruturas flexíveis e cambiantes: incorporam novas demandas e aspirações, transforma-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas. [...]. Enfim, compreende-se, sem grandes dificuldades, que a concorrência entre diferentes projetos societários é um fenômeno próprio da democracia política (NETTO, 1999, p. 3).

Percebe-se assim que a concorrência entre os projetos societários é um movimento dinâmico e presente, entretanto, a própria história nos leva a refletir que, na era do capital, os projetos hegemônicos são os das classes dominantes. Desta forma, “os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes” (NETTO, 1999, p. 3).

Os períodos de Redemocratização e da Reforma Sanitária refletem lutas políticas de projetos societários antagônicos com interesses imersos nos interesses de classe. Como é possível constatar na historicização das políticas de saúde no Brasil, já da década de 1940 o tensionamento entre projetos político-sanitários se acirrava e mesmo hoje os dois projetos (o privatista e o da reforma) continuam em disputa. É possível perceber ao observar a história, que o Estado “ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. Percebe-se, entretanto, uma ênfase maior no projeto privatista”. (BRASIL, 2010, p. 26). E é exatamente isso que se observa na atual conjuntura política, diante do subfinanciamento, privatizações, da EC 95 e de outros elementos que caracterizam um cenário de desmonte de direitos sociais.

Segundo Bravo (2016), os principais projetos vigorantes em disputa é o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Os mesmos refletem também, a disputa de projetos societários antagônicos. O Projeto Privatista, é datado da década de 1990 e possui como base o Estado Mínimo, possui como premissas o estabelecimento de parcerias e privatizações. Os principais temas que se encontram ao se debruçar sobre este projeto são a crise financeira, a dicotomia entre universalização e focalização, dificultando a democratização do acesso, a diminuição dos gastos sociais e o Déficit Público, justificando a diminuição dos gastos sociais e; as suas estratégias de ação se dão em cima da re-filantropização.

Enquanto que, o Projeto da Reforma, datado da década de 1980, possui como estratégias de ação a descentralização com controle social. Os principais temas que rodeiam este projeto são a ampliação das conquistas sociais, a democratização do acesso, o Déficit Social e o financiamento efetivo. Tem por base o Estado democrático de direito e como premissas a saúde como direito social e dever do Estado, tendo como uma das principais diretrizes a Integralidade (BRAVO, 2016); é exatamente com esses sentidos que

é possível qualificarmos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Muitas vezes esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde

como direito de cidadania de todos e não de alguns (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.21).

Nesta arena de disputa política, cujos arranjos sociais e institucionais em saúde são marcados por conflitos e contradições; localiza-se o fortalecimento da vertente mercadológica da saúde. Isto se dá conseqüente pelo fato de que “o capital cria as condições históricas necessárias para a generalização de sua lógica de mercantilização universal, submetendo aos seus domínios e objetivos de acumulação o conjunto das relações sociais: a economia, a política, a cultura” (IAMAMOTO, 2009, p. 162-163).

Compreendendo as contradições e desdobramentos que incidem sobre as políticas e práticas de saúde no Brasil e as conseqüentes disputas de projetos societários e político-sanitários, salienta-se que o posicionamento desta pesquisa em relação às políticas públicas estatais e à saúde no Brasil, se dá em consonância e de acordo com os ideais do Movimento Sanitário, cuja principal proposta se trata da

[...] defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (BRASIL, 2010, p. 20).

Como visto na citação acima, e também juntos das demais reflexões tecidas aqui, afirma-se a discussão do cuidado em saúde contextualizada em uma tela repleta de obstáculos e contradições conjunturais e estruturais, tal como, o caráter contraditório das políticas públicas de corte social (TEIXEIRA, 2008).

O cuidado tem sido apontado enquanto demanda “sobretudo de países ditos do Terceiro Mundo, mas não exclusivamente, considerada a dimensão internacional do capitalismo neoliberal e de suas práticas mundiais” (LUZ, 2004, p.13), colocada pelo/a próprio/a usuário/a nos serviços, uma vez que,

[...] há também a expectativa do paciente, quando se dirige ao consultório buscando um ‘cuidado científico’, baseado em exames complementares e medicamentos. Esse aspecto nos remete à hegemonia da cultura medicalizante, que gera demandas que tendem a perpetuar a organização tradicional dos serviços de saúde (MACHADO et al., 2004, p.63).

Frente ao processo em que a saúde é convertida em mercadoria pelo capitalismo, através do fortalecimento da agenda neoliberal no projeto político sanitário privatista, é necessário a existência de discursos e práticas em consonância com uma política de saúde em

favor da vida, considerando cada pessoa como totalidade viva pela ótica da integralidade, se torna uma tarefa árdua, uma vez que,

O modelo biomédico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as lesões e doenças, se afastou do sujeito humano sofredor enquanto totalidade viva, e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde (Luz, 1997). No entanto, mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (LACERDA; VALLA, 2004, p. 95).

A atenção e o cuidado integral à saúde são deslocados dando margem à centralidade apenas no diagnóstico, na patologia, e não, na pessoa, como sendo ela, a possuidora do determinado diagnóstico ou demanda de saúde. Esta centralidade no diagnóstico, dá margem a uma concepção de práticas em saúde predominantemente intervencionistas e imediatas. Desta forma, as demandas e necessidades das pessoas passam a não serem vistas pela ótica da integralidade, sendo de extrema relevância, frente à isso, fortalecer os ideários do projeto político sanitário da Reforma Sanitária. O uso da tecnologia e da ciência em saúde, são aliados fundamentais ao cuidado com os indivíduos e coletivos, entretanto, as intervenções, nas diversas práticas e formas que o cuidado pode assumir, devem ter como epicentro a pessoa em sua singularidade. Para isto,

[...] é preciso fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde. Uma transformação no *agir* que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de *cuidado*. Isto porque, historicamente, o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um certo exercício do poder-saber técnico [...] (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 37).

A atuação no campo da saúde, em que predomina a instância do saber tecnicista, precisa ser distanciada da referência do intervencionismo, e se aproximar mais de intervenções que possuam como eixo central, a pessoa. Tendo como guia, desta forma, a materialização da integralidade e um cuidado exercido com práticas humanizadas, para que, como apresenta Pinheiro e Mattos (2004), seja possível a materialização de uma política de saúde em defesa da vida. O Cuidado aqui, como afirmam Pinheiro e Guizardi (2004), não se trata semanticamente de um nível de atenção do sistema de saúde, mas sim, de uma ação constitutiva da integralidade. Assim sendo,

Quando nos reportamos a noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.21).

Neste sentido, o Cuidado reporta ao tratar, ao respeitar, ao acolher. E surge das críticas às instituições, práticas e discursos de saúde que legitimam a hegemonia do modelo biomédico e a fragmentação da assistência em saúde. Sobre isto, é cabível salientar que,

Atualmente a busca de cuidado tem sido apontada, de forma, inequívoca, como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira. É uma demanda que surge como uma crítica das coisas, das instituições das práticas e discursos em saúde. A crítica, que não é datada de hoje [...] (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004 p.21).

O debate acerca dos rebatimentos negativos da hegemonia de um modo de fazer saúde fragmentado, que põe à margem o entendimento da pessoa como totalidade viva, e conseqüentemente fragiliza a Integralidade, não é datado de hoje, como bem apresentam Pinheiro e Guizardi (2004). Entretanto, trata-se de um debate de extrema relevância ainda nos dias atuais, frente à conjuntura social, de fragilidade social, desamparo do Estado e do caráter contraditória das políticas públicas, onde o Cuidado, nos ventos da Reforma Sanitária, constitui-se como elemento fundamental para a reconfiguração das práticas de saúde em prol de uma política de saúde em favor da vida e como elemento fundamental e de extrema relevância para a efetivação da Integralidade, uma vez que “Integralidade seria essencialmente integralidade justamente no cuidado” (XAVIER; GUIMARÃES, p. 139, 2004). Portanto, antes de partir para as próximas reflexões acerca do Cuidado, considera-se importante, mesmo que brevemente, tecer considerações no tocante à Integralidade, tal como, de outras questões pertinentes às discussões acerca do Cuidado em saúde sob os ideais, valores e premissas do projeto da Reforma Sanitária.

3.1.2 Integralidade e Humanização: Questões pertinentes à compreensão do Cuidado em

Saúde nos nortes dos ideais da Reforma Sanitária

A Integralidade, instituída como princípio norteador das ações de saúde, “foi definida como dispositivo jurídico-institucional a partir do objetivo de assegurar aos indivíduos/coletividades em suas singularidades” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.23), compreendendo desta forma, a multipluralidade de fatores que incidem sobre o processo saúde-doença de cada indivíduo/coletividade. A partir principalmente do movimento da reforma sanitária, como também de outros movimentos sociais (mulher, criança, pessoa idosa, etc), a Integralidade se institucionalizou no contexto da criação do SUS (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). Desta forma,

o solo foi ficando fértil para o brotamento de um intenso processo de transformações e de experiências amistosas à integralidade, qualificando-a com as ações em defesa da vida das pessoas. Um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.25).

A Integralidade traz consigo o poder da ressignificação das práticas de saúde em consonância com a concepção ampliada, que incorpora elementos não só genético-biológicos, como também fatores econômicos e socioculturais como o transporte, o lazer, a segurança, a educação, condições de trabalho e moradia, acesso a serviços de saúde e outros. Conforme apresentam Pinheiro e Guizardi (2004, p.22), a Integralidade como princípio e prática, é “produtora de relações, signos e significados” sendo a mesma, compreendida como “prática social”, ao se considerar a “diversidade e pluralidade da realidade, inerentes à dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade”. Entretanto, “a integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica, especialmente nos aspectos em que tal organização é equivalente à técnica baseada no saber biomédico” (PINHEIRO; GUIZARDI, p. 23, 2004). Para isto, é necessário o estabelecimento de uma ótica holística frente à produção do cuidado em saúde.

A Integralidade trata-se de um princípio prioritário posto pela Constituição de 1988, ao colocar no artigo 198, o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). É um conceito abrangente, dotado de ricos significados semânticos, onde, conforme Mattos (2001), este princípio pode ser organizado em três grandes conjuntos de sentidos, descritos a seguir. Silva Junior e Mascarenhas (2004) propõem uma síntese destes três grandes conjuntos sugeridos por Mattos (2001). O primeiro conjunto de sentidos está ligado aos **profissionais de saúde** no tocante da realização de práticas que considerem a compreensão do conjunto das necessidades do/a usuário/a, neste sentido, “a integralidade não é vista apenas como um atributo da boa prática de biomedicina, mas um atributo que deveria permear a prática de todos os profissionais de saúde, independentemente de ela se dar no âmbito público ou privado” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 242).

O segundo conjunto de sentidos, está relacionado à **organização dos serviços**, quando a mesma deve se dar em cima da associação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais, contemplando a concepção ampliada de saúde, pois, “os serviços de saúde organizados exclusivamente para dar conta de doenças de uma população tornaram-se

inaceitáveis, e deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 242).

O terceiro conjunto de sentidos “aplica-se às **respostas governamentais** que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 242). Nesta perspectiva, as respostas governamentais dadas através de políticas públicas de corte social, devem incorporar serviços que deem conta da singularidade dos/as usuários/as e de suas múltiplas demandas ao invés de “reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 242).

Como visto, a Integralidade abrange diversos aspectos que vão desde respostas governamentais através da formulação de políticas públicas, à organização dos serviços de saúde, até as práticas dos profissionais. Diante da polissemia do termo, Silva Junior e Mascarenhas (2004), sugerem que “alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção” (p.243). Neste sentido, destaca-se aqui, como relevante às questões semânticas da Integralidade e em consonância com os autores, debruçar-se brevemente, sobre o Acolhimento, uma vez que, o mesmo “representa o resgate do conhecimento técnico das equipes e ainda a reflexão sobre a humanização das relações em serviço, bem como o resgate do espaço de trabalho em termos de lugar de sujeitos” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004,p. 243).

Diante de uma vasta discussão acerca do Acolhimento, de autores como Merhy (1997); Malta et al. (1998) e Silva Júnior (2001); é possível destacar como premissas do mesmo, (1) a humanização das relações, (2) a postura de escuta qualificada e (3) o compromisso com as necessidades apresentadas pelos/as usuários/as de forma contextualizada, tratando toda demanda de maneira humanizada. Sendo possível pensar o acolhimento nas seguintes dimensões: “como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 243).

A postura acolhedora remete à horizontalidade, à escuta qualificada, ao estabelecimento de diálogos e ao tratar humanizado. Elementos fundamentais e constitutivos à integralidade, e, portanto, ao cuidado em saúde. Pois, “a integralidade surge como a

capacidade de profissionais e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um território comum que possibilite o diálogo entre esses sujeitos” (SILVA et al., 2004, p.75). Entretanto, a predominância hegemônica de um modelo pautado no diagnóstico e nas patologias se trata de um grande obstáculo frente ao estabelecimento deste diálogo e consequente efetivação da integralidade, uma vez que, “nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde” (LACERDA; VALLA, 2004, p. 91).

Como estratégia frente a isto, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2013, como proposta, para romper com a fragmentação e fragilidade da assistência. A PNH se apresenta como uma alternativa, que seria uma organização com foco no cuidado longitudinal e continuado, que se dê de maneira mais próxima à população. Sendo assim, coloca o cuidado e sua gestão, como ferramenta principal de combate a esta fragmentação (BRASIL, 2013). Tendo em vista os aspectos observados até então, é possível afirmar que no que diz respeito às discussões acerca do cuidado em saúde, a humanização das relações estabelecidas na saúde é colocada nesta esteira coerentemente.

O cuidado é a ação que materializa e dá corpo à integralidade, e esta ação deve estabelecer-se de maneira horizontal. Porquanto que, como apresenta Merhy (2004), cuidar implica estar em relação, relação esta, de caráter humanizado. No tocante às discussões do cuidado integral, cabe ressaltar ainda, a importância de equipes multiprofissionais preparadas à atender os sujeitos estabelecendo relações pautadas na humanização e na integralidade, pois “a grande área da saúde é integrada por profissões cujos núcleos de competências se organizam pelas práticas de promoção da saúde” (CECCIM, 2004, p. 259). É de extrema relevância que os/as profissionais possuam um posicionamento em prol de uma política de saúde em favor da vida, enxergando os/as usuários/as em sua singularidade, compreendendo-os/as, enquanto as totalidades vivas que são, pois,

Um profissional de saúde mais atento às questões relacionadas não somente à doença, mas ao sujeito em sofrimento, ou um serviço de saúde organizado de maneira que os usuários consigam efetivamente ter acesso ao *cuidado* são alguns exemplos que ilustram possíveis sentidos para integralidade (SILVA et al. 2004, p.75).

Desta forma:

[...] a integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção os procedimentos e técnicas empregados se tornam secundários às relações engendradas: cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de

encontro desejante (Ayres, 2001) que constitui o campo de ação das políticas de saúde. Cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico (Merhy, 2004) que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sujeito prático, e não apenas de êxitos técnicos, ainda que estes sejam requeridos pelo primeiro (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p.38).

Ao tecer discussões acerca do cuidado, é necessária a compreensão de que haverá a necessidade de realizar discussões sobre a Integralidade e a Humanização das práticas em saúde, pois, Integralidade, Cuidado e Humanização, estão engendrados intrinsecamente e de forma quase que indissociável no que se refere às discussões tomando por ótica a concepção ampliada da saúde, bem como, no que se refere também à compreensão contextualizada de cada pessoa em sua singularidade. O Cuidado em saúde, sob a égide do projeto da Reforma, que caracteriza uma política de saúde em favor da vida, constitui-se como uma ação integral que objetiva a materialização da Integralidade, ação esta, que deve constituir-se como uma prática humanizada, caminhando nos nortes da Reforma Sanitária, no intento de romper com a fragmentação e desumanização da atenção em saúde existente no cenário de práticas em saúde brasileiro.

3.1.3 Cuidado em Saúde: Atitude Inter-relacional Humanizada e Ação Integral de

Materialização do Princípio da Integralidade

O Cuidado é uma “ação integral”, como bem apresenta Pinheiro e Guizard (2004), e “traz algo de materialidade, já que é sempre ‘ocupação’, além de ‘pré-ocupação’. Expressa-se na ação, e não se pode pensar no referido sem que este esteja diretamente associado a uma ‘ação de cuidar’” (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 141). Esta “ação integral”, da qual se trata o Cuidado,

[...] também abrange a instância de “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARD, 2004, p.21).

Enquanto ação integral, o Cuidado pressupõe a humanização. Pois, os efeitos e repercussões positivas do Cuidado na interação entre os sujeitos e instituições, traduzem-se em premissas que permeiam a humanização: Dignidade, Respeito, Vínculo e, como visto no tópico anterior, o Acolhimento. Premissas estas, geradoras de “Diálogo” entre os sujeitos, quando no modelo biomédico, o espaço para a escuta dos sujeitos, é quase inexistente, como apresenta Silva et al. (2004). Compreendendo-se como “entre-relações”, o Cuidado assume

também o caráter de ação inter-relacional, tratando-se de uma “atitude” que está situada no âmbito das relações.

É possível refletir na direção de que o Cuidado constitui-se como uma ‘linha de costura’ humanizada que perpassa e constrói a tessitura de amparo do sujeito, compreendendo-o enquanto totalidade viva; materializando assim, a Integralidade, promovendo direito à saúde e à vida com qualidade e dignidade.

Desta forma, a Integralidade, o Cuidado e a Humanização, são princípios e práticas indissociáveis para a materialização de uma política pública de saúde em favor do direito à vida. O Cuidado ao compreender-se como Ação, implica diretamente na existência de um receptor desta ação, deste cuidado. Neste sentido, Xavier e Guimarães (2004), refletem na direção de que:

‘Cuidado’ (*Sarge*) é assim entendido como ocupação e preocupação para *fora de si*, como ‘aplicação do pensamento’ em algo que não sou ‘eu’. Esta ocupação tem o sentido primeiro de preservação de um *outro* (ser humano, animal, meio ambiente, etc), e caracteriza-se pela expressão de uma *ação* (XAVIER; GUIMARÃES, 2004, p. 140, grifo do autor).

Xavier e Guimarães (2004) trazem uma excelente contribuição para se pensar cuidado em saúde como ação dos/as profissionais ao receberem os/as usuários/as norteados pela humanização e Integralidade. Transpassando o limiar do pensamento, e caracterizando-se literalmente como uma “ação”, para com o outro, uma “aplicação do pensamento”; é desta forma que o Cuidado concretiza o princípio norteador da Integralidade.

E assim, o conteúdo ideo-político (em consonância com os ideários da Reforma, presente na resignificação da saúde) através da concepção ampliada, e da reconfiguração das práticas e serviços de saúde (resultantes também, do princípio e diretriz norteadora da Integralidade, instituída como mecanismo jurídico-político no contexto da implantação do SUS) é “aplicado”, ou seja, materializado através do Cuidado. Dada à magnitude e relevância desta “ação integral”, cabe salientar, a conceituação que Boff (2000) apresenta sobre o Cuidado, considerando seu caráter de “ação”, de materialização:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2000, p.73).

Percebe-se com Boff (2000) que o Cuidado é uma atitude que ultrapassa o limiar de apenas “um momento” de atenção, zelo e desvelo; e denota-se como de maior abrangência,

representando uma atitude literal de ocupar-se e responsabilizar-se com o outro. Alves e Guljor (2004) destacam algumas premissas fundadoras nas quais o conceito de Cuidado de Boff (2000) se baseia. Sendo elas: 1) Liberdade em negação ao isolamento; 2) Integralidade em negação à seleção e; 3) Enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo nosológico. Dito isto,

a primeira é a da liberdade em negação ao isolamento. Opera-se uma ruptura com a necessidade de manter o sujeito afastado de seu meio, para que seja identificado seu quadro. A partir daí, será feita a intervenção voltada à readequação do padrão de convívio social. Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada (ALVES; GULJOR, 2004, p. 227).

A primeira premissa fundadora do conceito de Cuidado de Boff (2000) trata do rompimento do isolamento gerado pelos valores individualistas da sociedade capitalista (LUZ, 2004), como já visto neste trabalho. Neste sentido, o Cuidado se coloca contra a correnteza de práticas isoladas e descontextualizadas, instaurando a readequação do convívio social, a singularidade e a autonomia do indivíduo, tornando-o portador de voz e foco de escuta. Já a segunda,

[...] é a da integralidade em negação à seleção. O sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos. O olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu ‘andar a vida’. Deste modo, o cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas (ALVES; GULJOR, 2004, p.227).

Esta premissa fundadora remete à Integralidade, fazendo com que o cuidado assuma uma dimensão de abarcar a construção de projetos de vidas, colocando-se em direção contrária aos ventos hegemônicos que sopram em direção ao reducionismo do sujeito a um procedimento clínico, ou seja, como afirmam Alves e Guljor (2004), alvo de uma “intervenção voltada para a remissão de sintomas”. A terceira e última premissa fundadora do Cuidado,

[...] é a do enfrentamento do problema e do risco social (ou da desvantagem) em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, ao diagnóstico. Este, que determinava a condução terapêutica, passa a ser incorporado a novos aspectos que envolvem a existência do portador de transtorno psíquico. Desta forma, o risco social permite uma visão mais ampliada do sujeito, ao considerar a rede onde se insere (ALVES; GULJOR, 2004, p. 228).

A terceira premissa apresenta a contextualização da conjuntura social do sujeito como de extrema relevância. Desta forma, o Cuidado estabelece-se como uma forma de

ampliar a visão acerca do sujeito, compreendendo o risco social que incide sobre este sujeito. Aqui, o Cuidado assume um posicionamento contrário ao modelo nosológico que determina a condução terapêutica por meio do diagnóstico e propõe incorporar outros aspectos de cunhos socioeconômicos.

O Cuidado, assim compreendido e defendido, coloca-se na esteira da Saúde Pública, no intento do rompimento com o modelo biomédico; que esquarteja o indivíduo, desconsiderando sua singularidade, não compreendendo-o como totalidade viva, distanciando desta forma, os ideários da Reforma Sanitária, e estritamente, a Integralidade, do lócus central das práticas de saúde no Brasil. Dito isto, e caminhando para o término deste tópico acerca das discussões sobre Cuidado em saúde, é proeminente destacar que:

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo (Boff, 2000). Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2004, p.95).

O cuidado possui uma grande extensão semântica, sendo transversal e constitutivo a outros conceitos. O cuidado é a ação sobre o outro em saúde, ação esta, que deve se dar de maneira humanizada; sob a ótica da perspectiva ampliada; compreendendo a pessoa como totalidade viva em sua singularidade. Cuidado é “ação integral”, no sentido amplo da palavra e do princípio da integralidade. Cuidar é “ação”, “atitude”. É humanização, é respeito, é saber ouvir, é empatia, é preocupação, é vínculo, é responsabilização, é acolhimento, e um leque muito vasto de ações nas quais se traduz o cuidado enquanto ação integral que materializa o princípio da Integralidade. É necessário o fortalecimento de políticas que firmem estas premissas.

As políticas públicas constituem-se como mecanismos legislativo-jurídico legítimos, que se tratam de respostas do Estado às demandas da Sociedade Civil, entretanto, cabe salientar o caráter contraditório do próprio Estado, hegemonicamente inclinado aos interesses do projeto societário do capital; como também, das políticas públicas de corte social (TEIXEIRA, 2008). Assim sendo, é necessário demarcar aqui, que o cuidado perpassa também uma dimensão social, e nesta dimensão, o Estado é responsável pelo estabelecimento de políticas e programas de amparo social a este segmento.

Como mencionado ao decorrer deste estudo, o envelhecimento humano se coloca aqui, como tessitura temática, sobre a qual se desenvolverão nossas discussões centrais, já

situadas. A velhice tem alcançado proporções que a coloca na esteira de demandas mais urgentes quanto ao amparo integral com este segmento que cresce aceleradamente em uma sociedade sem os avanços necessários para abarcar este fenômeno. Estas questões, e outras pertinentes no tocante ao envelhecimento humano, neste estudo, estarão apresentadas a seguir.

3.2 Envelhecimento humano: multidimensionalidade, políticas sociais e saúde

O envelhecimento populacional nos últimos anos tem crescido de maneira bastante massiva e acelerada, se fazendo bastante notável quando se lança um olhar sobre a configuração etária da sociedade contemporânea. É fato indiscutível que o Brasil, em específico, possui a cada ano mais pessoas idosas (HADDAD, 2001). É possível destacar três aspectos que, dentre outros, colaboraram com este fenômeno, sendo eles: expectativa de vida maior, longevidade e a notável desaceleração na taxa de nascimento (VERAS, 1994). Em escala mundial, o envelhecimento humano tem alcançado altos índices. Nos anos 2000, a proporção de pessoas idosas em relação à população total foi de 5,8%. Ficando como possíveis percentagens as de 8,7% em 2026 e 15,0% em 2050 (SEMANY; SAIF, 2015), caracterizando-se como um fenômeno mundial de extrema relevância a ser abordado.

3.2.1 A Transição demográfica brasileira: uma incontestável realidade a ser considerada

Uma mudança no perfil sócio demográfico de uma sociedade, estritamente a brasileira, acarreta em uma série de demandas, necessárias para abarcar este fenômeno, das mais diversas. Infraestruturas e Serviços Urbanos, objetivando proporcionar mais acessibilidade e mobilidade aos/nos espaços com base na “discussão do planejamento do espaço urbano e a importância de se identificar as necessidades dos idosos em relação ao ambiente construído e em relação a seu deslocamento” (ARÊAS et al., 2013, p.541).

Educação, que deve ser foco de melhorias e ampliação de ofertas para a amplificação da acessibilidade. Desde a alfabetização de muitas pessoas idosas que não tiveram a oportunidade na juventude, até mesmo, por exemplo, de cursos de informática, uma vez que as pessoas que vivem sua velhice atualmente, em plenos anos 2000, ao terem nascido e vivenciado sua juventude, a tecnologia não tinha o desenvolvimento, o alcance e a acessibilidade que se tem na atual conjuntura. Assim sendo, a Educação precisa ser repensada

de forma avançada como uma proposta educacional e social para este segmento (NETTO, 2000).

São necessários também, avanços na Previdência Social (TEIXEIRA, 2008) e nos Direitos Humanos, com os intuitos de superar os “desafios ainda existentes na efetivação e exercícios destes direitos” (KEINERT; ROSA, 2009). Como também, na saúde, a tessitura sobre a qual repousa o objeto deste estudo.

Diante das projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, é possível perceber como a questão do envelhecimento humano alcança proporções cada vez maiores. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua- Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE em abril de 2018, em 2012 o número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil era cerca de 25,4 milhões, em cinco anos o Brasil ganhou cerca de 4,8 milhões de pessoas idosas, chegando a passar de 30,2 milhões em 2017. Quando em 2007 eram de 17 milhões, e a projeção para 2027, por exemplo, duas décadas depois, é para 37 milhões de pessoas idosas (BRASIL, 2018).

Ao lançarmos um breve olhar sobre a história da humanidade e ao traçar-se um paralelo com a atual conjuntura societária, podemos perceber que, no que diz respeito à velhice, a espécie humana nunca viveu tanto (BERZINS, 2010). O entendimento cronológico do que era considerado ser velho foi uma construção social de acordo com o número de anos que as pessoas começavam a alcançar de acordo com as condições de vida que havia nos diferentes momentos históricos e até mesmo, nas diferentes formas de organização societária. Sobre isto Berzins (2010) ainda traz que é possível verificar, ao se estudar a evolução do envelhecimento humano, que os anos vividos variavam de acordo com as épocas e lugares. Um exemplo trazido pela autora é o de que na Pré-história, no Império Romano e na Grécia Antiga, a idade média das pessoas era em torno dos 25 anos. Sendo assim, podemos perceber que:

A longevidade e a expectativa de vida foi crescendo com o decorrer da história. No século XVII subiu para 30 anos e foi somente na metade do século XIX que se aumentou mais cinco anos na vida humana. Para se ganhar dez anos de vida foram necessários quase dois mil anos. De 1900 a 1915 foram acrescentados mais 10 anos de vida na humanidade. Em 1950, a expectativa de vida dos países industrializados já era de 65 anos (BERZINS, 2010, p. 21)

Sendo assim, tendo em vista os aspectos observados, lançando um breve olhar sobre a história, é possível perceber que não se pode dizer que o fenômeno da velhice tal como o

vivenciamos atualmente é antigo, porém, pode-se afirmar que já ocorre em nível mundial notoriamente há pelo menos pouco mais de meio século.

Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas. Tal crescimento atinge os chamados países em desenvolvimento, embora esse contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos (TEIXEIRA, 2008, p. 21).

Tal crescimento começa a ser mais acentuado, em específico no Brasil, no final da década de 1960 (TEIXEIRA, 2008), quando a conjuntura societária se destaca em avanços tecnológicos e técnicos em diversas áreas que se relacionam e correlacionam com o fenômeno da velhice, dentre eles o representativo avanço na medicina. Ainda podemos citar, como afirma Veras (1994), os programas de esterilização em massa nas regiões carentes e as altas taxas de mortalidade da população jovem.

É importante salientar também, que mesmo a notoriedade acerca do crescimento do segmento idoso no Brasil ter ocorrido no final da década de 1960, como afirma Teixeira (2008), no Brasil, a polêmica em torno da velhice vem crescendo a partir da década de setenta (HADDAD, 2001). Destaca-se também, em tal momento, o crescimento do processo de globalização. E sobre isto, Motta (1999) destaca alguns problemas e possíveis ameaças que podem interferir diretamente na qualidade de vida, e conseqüentemente diretamente no processo saúde-doença dessas pessoas idosas. Pois, por ser um fenômeno considerado recente, inclusive no Brasil, a sociedade ainda não estava preparada para receber tal demanda. Alguns destes problemas trazidos por Motta (1999) que destacamos aqui é o debate sobre os gastos direcionados por parte do Estado e das instituições, principalmente de iniciativas privadas, que são designadas a este segmento da população, visto que ela não se apresenta mais como mão de obra ativa e produtiva para o sistema capitalista. Aposentadoria, demandas de saúde específicas, e outras necessidades de gastos como acessibilidade nos espaços e transportes públicos e investimento em infraestrutura em geral.

3.2.2 A produção social da velhice:ponderando sobre seus mitos, estigmas, formas e terminologias

É natural ao processo de envelhecimento uma maior susceptibilidade a problemas na saúde. Este fato tem trazido o reconhecimento de que as pessoas idosas constituem um grupo que requer mais atenção, do que a que possui atualmente, no projeto de saúde, programas de promoção e prevenção de doenças (NATIONAL,2009; RAPHAEL, 2000). Entretanto, não se

trata de uma fase da vida de “adoecimento”, como sugere o mito da associação do envelhecimento ao adoecimento. Alguns estudos vão datar esta associação entre velhice e doença do século II d.c. com o médico grego Galeno, embora Beauvoir (1990) afirme que Galeno não considerou a velhice como sendo propriamente uma patologia. Desmistificando o entendimento de que apesar do processo de envelhecimento acarretar em rebatimentos nas funções biológicas, ainda assim não é necessariamente a fase entre a saúde e a doença.

Eneida Haddad (1986) em seu livro “Ideologia da Velhice” apresenta, como achados das entrevistas de seu estudo, uma fala bastante importante de Marcos Smith Ângulo, que era o presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia- Seção São Paulo- em 1979, referente à desmistificação da analogia entre a velhice e o adoecimento, retratada a seguir:

Apesar de a pessoa idosa ter estatisticamente mais doenças e cicatrizes de doenças anteriores do que as pessoas mais jovens, velhice não é doença. Na verdade, a velhice, com suas características biológicas específicas, é um momento da vida como os outros, que pode ou não ter uma ou mais doenças associadas, mas isto não é necessário: M.S. Ângulo (HADDAD, 1986, p.26).

Apesar de ser uma analogia bastante antiga, esta de velhice e adoecimento, na atual conjuntura societária, é possível afirmar que este mito acerca da velhice, tal como ele se apresenta, perpassa uma lógica bastante preconceituosa que dentre muitos aspectos, podemos relacioná-la diretamente à questão da ideologia individualista e produtivista do capitalismo (NETTO, 2011, 2005). Uma vez que uma pessoa idosa não produz mais para o capital, por não ter mais condições fisiológicas para isso, não ter mais “saúde”, passa então a não ter mais utilidade por se apresentar “doente” e “não servir mais pra nada”. Assim sendo, na sociedade capitalista o envelhecimento é acompanhado por um processo de desvalorização do ser social (TEIXEIRA, 2008).

O processo de envelhecimento biológico traz uma série de limitações, entretanto, não os torna totalmente inaptos a ter um envelhecimento ativo e saudável. Para isso, é importante se ter o entendimento de que a responsabilização não deve ser apenas da pessoa idosa e sua família, pois a velhice é para além de um processo de responsabilidade individual de esfera privada e familiar. Sobre isto, é possível constatar que recentemente, mais precisamente, a cerca de 40 ou ainda 50 anos atrás, o envelhecimento em seus diversos rebatimentos, era um assunto pouco debatido em esfera pública, sendo quase que, como afirma Netto (2000), exclusivamente de esfera privada e familiar. Após o cenário marcante da industrialização, em especial na década de 1960, o envelhecimento se torna mais fortemente uma pauta pública.

Na esteira de tais transformações demográficas, foram surgindo iniciativas privadas e públicas, propostas, programas, política setorial, para enfrentar

essa vulnerabilidade da idade, e ampliou-se, como no caso do Brasil, a cobertura das políticas de seguridade social. Além do surgimento de associações de idosos, confederações de aposentados e pensionistas, organizações profissionais internacionais de estudos e problematizações do envelhecimento, como a associação Internacional de Gerontologia, dentre outras, todos esses fatos evidenciam o *status* de fenômeno, objeto de estudos científicos e de intervenções sociais em que o envelhecimento se tornou (TEIXERA, 2008, p.22).

O entendimento hegemônico acerca da velhice é que a mesma é um processo natural à todos, que se dá de maneira vertical pelo tempo cronológico. Inerente a todo ser humano independente de classe, cultura, local e espaço. Que a velhice é a fase que leva ao fim do ciclo da vida, caracterizada por uma série de eventos biológicos próprios da velhice. Desta forma,

a velhice é pensada, exclusivamente, como etapa natural do ciclo biológico da vida, como momento inexorável da existência a que todos serão virtual e igualmente expostos, como fenômeno independente do modo pelo qual a sociedade capitalista explora a força de trabalho, condenando o trabalhador não apenas a uma antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor mas, antes de tudo, a uma depreciação social que afeta o conjunto da classe trabalhadora (HADDAD, 2001, p. 12).

Assim sendo, esta etapa natural do ciclo biológico da vida, neste entendimento, não considera as condições de produção e reprodução de cada indivíduo durante o processo de envelhecimento. As representações sobre a velhice não podem ser uniformizadas (HADDAD, 1986). A velhice, apesar das características universais, é singular e única para cada pessoa. A existência de algumas representações é sinônimo de preconceitos, estigmatização e segregação. Tais como a pessoa idosa assexuada, doente, ou a imagem da pessoa idosa “fofinha”, “bondosa” (BEAUVOIR, 1990). É possível citar ainda a existência de estereótipos ligados à questão da lógica capitalista que desconsidera produção social da velhice, entendendo os velhos como improdutivos “mortos vivos” (HADDAD, 1986), por não produzir mais ativamente para a engrenagem produtivista e exploradora capitalista.

O que nos leva a passar rapidamente entre as **formas de envelhecer**, ou seja, os processos de senescência e senilidade. Conforme Cardoso (2009), a **senescência** é caracterizada pelo envelhecimento fisiológico do organismo, sendo marcado por um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas; enquanto **senilidade** é caracterizada por afecções que acometem a pessoa idosa.

De forma mais simplória, a senescência é o processo de envelhecimento natural, enquanto que a senilidade é o envelhecimento acometido por processos de adoecimentos. Desta forma, é necessário colocar em desuso a utilização de termos como boa, melhor idade, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento da classe trabalhadora, onde é

prevalente a senilidade; ou ainda o termo ‘terceira idade’ que em sua origem, não exprime a velhice da população brasileira, e ainda conota o mascaramento da senilidade que acomete a classe trabalhadora à qual pertence a maioria dos/as brasileiros/as. Tal como na América Latina de modo geral.

Quanto às **terminologias** utilizadas para nomear as pessoas que constituem o segmento idoso. Porquanto que a pessoa envelhece, passando por um processo de envelhecimento, o termo “velho/a” para nomear uma pessoa que constitui o segmento idoso, é um termo aplicável e que precisa ser destituído da carga negativa com a qual é empregado na sociedade capitalista contemporânea; que emprega ao termo velho/a um *ethos* de ultrapassado, obsoleto.

O termo ‘terceira idade’ é uma expressão que, de acordo com Laslett (1987), tem origem europeia. Surgiu na França, nos anos 1970 com a criação das *Universités du Troisième Âge*. Em 1981, na Inglaterra, mais especificamente em *Cambridge*, foram criadas as *Universities of the Third Age*. Com isso, o termo foi incorporado ao universo vocabular anglo-saxão. Este termo conota e indica a fase da velhice como uma experiência disposta de saúde, independência financeira e meios que garantam à realização e satisfação pessoal. (LASLETT, 1987).

A ‘terceira idade’, metaforicamente, como afirma Guillemard (1986), exprime a compreensão de um tempo privilegiado, de gozo de saúde e bem estar pleno, não como sinônimo de pobreza, doença e decadência. E ainda, como apresenta Dumazedier (1974), a terceira idade como “civilização do lazer”. Diferentemente do envelhecimento cercado por ‘doenças e pobreza’, como nos países subdesenvolvidos. Este termo estigmatiza a velhice acompanhada de pobreza e doenças, como se o indivíduo fosse responsável pelo seu próprio envelhecimento. Como se o acesso a uma velhice digna e saudável não perpassasse pela seara de responsabilização do Estado via garantia de acesso e direitos durante o ciclo da vida, que constitui o processo de envelhecimento.

Visto isto, é possível perceber que o termo ‘terceira idade’ não conota a velhice da classe trabalhadora. Principalmente, no Brasil, onde a história das políticas públicas voltadas a segmento retrata uma trajetória de tantos embates. Especialmente no atual cenário de desmonte e regressão de direitos sociais que se impõe a população velha brasileira, sendo mais perversa com a velhice da classe trabalhadora brasileira, que envelheceu em uma conjuntura de não acesso adequado à trabalho (que na era do capital é extremamente

precarizado e de caráter exploratório), educação, segurança, saúde, moradia, infraestrutura e serviços urbanos, lazer e terra, condicionando em grande parte, um envelhecimento senil.

O termo idoso/a e suas derivações além do termo velho/a, é outro termo corretamente utilizado para referenciar a pessoa que vive sua velhice. Pois, a etimologia da origem da palavra denota ‘pessoa com muita idade’, vindo de ‘idade + oso’ (sufixo nominal que exprime quantidade e qualidade elevados); portanto, cheio de idade. Assim como cheiroso- ‘cheiro + oso’(cheio de cheiro); saboroso- ‘sabor + oso’ (cheio de sabor) e outros adjetivos que exprimem quantidade e qualidade elevados. Desta forma, para fins desta pesquisa, o termo adotado foi a ‘pessoa idosa’, termo pertinente, principalmente no tocante em qual é o termo utilizado legislativamente nos marcos legais que pautam as questões deste segmento.

3.2.3 A Multidimensionalidade do envelhecimento: a produção de velhices singulares

A história de cada pessoa, os papéis sociais desenvolvidos por tais, o lugar na divisão social do trabalho, são elementos constitutivos e influenciadores do envelhecimento, entretanto, o pensamento hegemônico sobre a velhice desconsidera estes elementos pois, como afirma Haddad (1986), tem sua característica fundamental repousada em sua a-historicidade, em ocultar e desconhecer os diferentes modos de viver, sofrer e suportar a velhice. Entretanto, combater estes mitos e reproduções sociais a respeito da velhice é um trabalho bastante árduo, pois ainda hoje, muitos discursos são produzidos sobre a velhice tomando por referência uma lógica biologizante.

[...] modelos de comportamentos para a pessoa idosa, estruturados a partir da biologização e homogeneização da velhice, tradicionalmente responsáveis, pela criação de formas não inclusivas de viver essa fase da vida. Assim, continua-se construindo a alma da pessoa idosa através de discursos baseados no corpo. Continua-se a ignorar as diferenças internas deste coletivo em torno de gênero, classe social, raça, estado de saúde, situação familiar e outros elementos fundamentais para entender as velhices (BELO, 2011, p. 1005-106).

Como trazido à cima, não é possível pensar em apenas uma velhice homogênea e ignorar uma série de elementos que são determinantes e condicionantes do processo de envelhecimento que se dará de maneira heterogênea para cada pessoa, havendo então, várias velhices resultantes da multidimensionalidade do envelhecimento humano.

Dito isto, é evidente que não se pode referenciar a velhice como única ou homogeneizá-la, apesar de existirem tanto aspectos quanto elementos passíveis de generalização, como

questões de saúde pública. Entretanto, *in locus*, cada velhice é singular e para ela é devido um conjunto de cuidados singulares refletindo as reais necessidades resultantes de sua história de vida, hábitos, costumes, genética, condições objetivas de vida e trabalho, cultura, religião, dentre outros. Principalmente com as pessoas idosas, entendendo-as enquanto totalidades vivas, onde todos estes elementos e aspectos são acumulativos.

Os ditames do capitalismo (caracterizado pela exploração do ser humano pelo ser humano, pelo processo de precarização do trabalho, exploração e depreciação da capacidade de labor em uma lógica perversa de acumulação de riqueza resultante em diversas desigualdades sociais) caracterizam uma conjuntura que Luz (2004) vai nomear de “Fragilização Social pelo Trabalho e Desamparo na Sociedade Civil Contemporânea”. Esta conjuntura é caracterizada, dentre outros elementos, pela “ditadura institucional da produtividade”, pela “desagregação de laços tradicionais de solidariedade”, pelo “esgarçamento do tecido de sociabilidade” e pelo esvaziamento dos sentidos culturais. Estes rebatimentos inferem na saúde das populações à medida em que o “efeito praticamente mensurável que esta situação traz para a saúde coletiva, sobretudo das pessoas que vivem do trabalho- isto é, que necessitam trabalhar para sobreviver” (LUZ, 2004, p.14). A cientista ainda destaca a diminuição drástica da qualidade de vida atingindo diretamente a saúde, ou seja, as situações geradas pela exploração do ser humano pelo ser humano e pela precarização do trabalho, como o desemprego crônico, influenciam diretamente no processo saúde-doença da pessoa, e de firma acumulativa com a pessoa idosa.

O envelhecimento é multidimensional (TEIXEIRA, 2008) e o que o caracteriza como tal, é o fato de que elementos como a história individual, o contexto histórico-sociocultural e os fatores genético-biológicos serem constitutivos, condicionantes e determinantes do processo de envelhecimento de cada pessoa, uma vez que a velhice é única e pessoal e é vivenciada de forma diferente por cada um (HADDAD, 2001). Sendo o trabalho, categoria fundamental na determinação do processo de envelhecimento. Pois, como apresenta Travassos e Castro (2012), há maior risco de adoecimento e morte nos grupos socialmente menos privilegiados em relação aos grupos que pertencem a uma classe de mais privilegiados socialmente.

Desta forma, a classe trabalhadora ao envelhecer, está mais vulnerável ao aparecimento de patologias em suas velhices, visto que as condições objetivas de vida e trabalho condicionam o cenário em que se dá o processo de envelhecimento desta população. Dentre outras coisas, por exemplo, no tocante ao acesso a condições dignas de educação,

segurança, saúde, moradia, infraestrutura e serviços urbanos, lazer, terra e aposentadoria. Visto que, como já supracitado, a velhice é um resultado do processo de envelhecimento multidimensional, com ênfase nas determinações sociais. As condições colocadas ao envelhecimento da classe trabalhadora, ultrapassam a esfera da individualidade, e se colocam como questões estruturais, macrossociais imposta conjuntamente pelos ditames da sociabilidade capitalista.

As desigualdades sociais acentuam ainda mais essa diferença na vivência da velhice e, como afirma Haddad (2001), o próprio fim da vida é um fenômeno que evidencia a reprodução e ampliação das desigualdades sociais, tornando a velhice na sociedade contemporânea capitalista, uma emblemática social complexa com grande relevância e necessidade de respostas do Estado, via políticas públicas.

No Brasil têm-se como grandes marcos legais do desenvolvimento de políticas para o segmento a Constituição de 1988, a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 1999 e revisada em 2006.

Diante do exposto, e colocando como fundamental a multidimensionalidade do envelhecimento e trazendo a discussão para a Saúde Pública, é possível afirmar que para responder às demandas impostas pela velhice de forma resolutiva, é necessário o entendimento claro da concepção ampliada de saúde e a existência de práticas que garantam a Integralidade no cuidado com a saúde deste segmento.

A Integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do SUS, a partir do movimento de reforma sanitária e outros movimentos sociais voltados para grupos específicos – mulher, criança e idoso-há mais de 20 anos. Mas sabemos também que, em quase 15 anos de consolidação do SUS, o solo foi ficando fértil para o brotamento de um intenso processo de transformações e de experiências amistosas à integralidade, qualificando-a com as ações em defesa da vida das pessoas (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.25).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) é um grande marco de avanço na concepção ampliada de saúde da pessoa idosa. Destaca a importância de “não se restringir ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (RAMOS, 2002). Desta forma, o envelhecimento humano como tessitura temática constitui-se como solo fértil para as discussões teóricas acerca da categoria cuidado na saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A realização desta pesquisa foi sistematizada em duas principais etapas metodológicas. A **Etapa I**, caracteriza-se enquanto etapa de coleta. Refere-se ao levantamento das produções científicas consonantes com o tema e objeto de estudo desta dissertação. Esta etapa incorpora o objetivo **específico um**, no que refere-se a *1) realização do levantamento da literatura científica com abordagem conceitual referente ao cuidado em saúde com a pessoa idosa no período de 2008 a 2017.*

A **Etapa II** caracteriza-se enquanto etapa de extração e análise de dados. Refere-se nesta pesquisa, estritamente ao *tratamento, construção de eixos teórico-analítico* e consequente *análise* do banco de resultados composto pelas literaturas científicas levantadas com a realização da primeira etapa, incorporando desta forma os **objetivos específicos dois e três**. À esta etapa concerne a *2) identificação de conceitos, noções e outros aspectos e elementos teóricos acerca do cuidado em saúde com a pessoa idosa* e a *3) construção de eixos teóricos analíticos a partir dos achados da literatura científica para a análise da produção teórica presente na literatura científica nos últimos 10 anos com abordagem conceitual acerca da categoria cuidado em saúde com a pessoa idosa* (equivalente ao objetivo geral deste estudo).

4.1 Natureza do estudo

Constituiu-se como uma pesquisa teórico-analítica e exploratória. A abordagem da mesma foi qualitativa, pois se debruçou sobre a busca do

entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas. (FONTELLES et al., 2009, p.06).

A abordagem qualitativa, conforme apresenta Minayo (2001) “responde a questões muito particulares” (MINAYO, 2001, p.21). Por estar mais preocupada com o sentido, significados e símbolos, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2001), a abordagem em tela foi elencada como mais pertinente para responder as questões referentes ao objeto deste estudo.

É “pesquisando que se conhece”, como afirma Arcoverde (2013) e as pesquisas qualitativas possuem um caráter multiconcepcional, com os mais variados caminhos

metodológicos a fim de uma compreensão mais aprofundada do objeto ao qual se almeja pesquisar. O objeto deste estudo é desafiador e polissêmico e a proposta metodológica para com ele reivindicou um exercício de cunho mais profundo de reflexão. A fim de explorar os diversos sentidos e significados que emanaram do processo de pesquisa, desde a coleta à análise final dos dados. Desta forma, a abordagem qualitativa aqui adotada, possuiu um teor exploratório, que se dá na medida em que

este tipo de pesquisa visa a uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. No estudo, o investigador irá buscar subsídios, não apenas para determinar a relação existente, mas, sobretudo, para conhecer o tipo de relação (FONTELLES et al, 2009, p.6).

O presente estudo, tendo como objeto de pesquisa “os conceitos acerca do cuidado em saúde e com as pessoas idosasna literatura científica” e por ter se tratado de uma análise teórica, não possuiu pretensões de aplicação prática prevista, a proposta com a realização deste estudo foi a de acúmulo teórico acerca da discussão do cuidado. Não se voltando para elementos numéricos, mas sim qualitativos, contextuais, teóricos e políticos.

4.2 Desenho do estudo

O presente estudo trata-se de uma Revisão da Literatura Científica que objetivou a realização de um estado da arte com o intuito de caracterizar as produções teóricas acerca do cuidado em saúde e com a pessoa idosa. Pormenorizando, este estudo configura-se enquanto uma *Revisão Integrativa*.

4.2.1 Conhecendo o método

A revisão de literatura é uma ferramenta em pesquisas das mais diversas áreas e utilizada para investigar sobre diversos fenômenos do ponto de vista do que já se tem produzido cientificamente acerca dos mesmos. Sem pormenorizar, a revisão de literatura seria uma forma de pesquisa de sintetização de achados (produções científicas/acadêmicas) sobre o fenômeno pesquisado. Existe um amplo leque de desenhos metodológicos para se realizar uma revisão de literatura, tal como, diversas denominações empregadas aos mesmos. Sobre isto, Soares et al (2014) apresenta alguns dos principais termos utilizados no intuito de nomear e definir este procedimento metodológico ao colocar que:

Dentre as pesquisas que sintetizam achados sobre um determinado fenômeno investigado em estudos primários, vários termos vêm sendo empregados: revisão integrativa (RI), revisão tradicional, revisão narrativa, revisão sistemática, meta-análise, metassíntese, metassumarização, entre outros. Nesse sentido, 14 denominações reunidas em um trabalho remetem a diferentes conceitos e estratégias de revisão da literatura (SOARES; et al, 2014, p.336).

Dito um pouco sobre o caráter mais geral da revisão da literatura, segue-se a utilizada neste estudo. O termo, e consecutivamente percurso metodológico adotado nesta pesquisa, é o da Revisão Integrativa (RI). Após uma vasta pesquisa bibliográfica sobre a revisão integrativa, o conceito que será utilizado neste estudo será o de Soares et al. (2014), por se tratar de uma definição clara, contemplativa e sucinta sobre a RI. Assim sendo, a RI “configura-se, portanto, como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos” (SOARES, et al, 2014, p. 336).

A revisão de literatura integrativa é caracterizada como método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Utilizada quando se pretende realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (BOTELHO et al, 2011, 17).

Em linhas gerais, um trabalho desenvolvido com esta metodologia, geralmente organiza seu procedimento metodológico em seis etapas. Sendo elas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa (onde acontece a definição do problema; a formulação de uma pergunta de pesquisa; a definição da estratégia de busca; a definição dos descritores e; a definição das bases de dados). 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, uso das bases de dados e busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão. 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados (onde se dá a leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações; a organização dos estudos pré-selecionados e; a identificação dos estudos selecionados). 4) Categorização dos estudos selecionados, a elaboração e uso da matriz de síntese; categorização e análise das informações. Formação de uma biblioteca individual; Análise crítica dos estudos selecionados. 5) Análise e interpretação dos resultados e a discussão dos resultados e; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO et al, 2011).

Além do dito até então, a Revisão Integrativa se coloca na esteira desta pesquisa estrategicamente como metodologia válida especificamente no campo de pesquisas de saúde, pois, “a quantidade e a complexidade das informações na área da saúde e o tempo limitado

dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de processos que proporcionem caminhos concisos até os resultados oriundos de pesquisas” (MENDES et al., 2008, p.763). Assim sendo, a utilização de métodos de revisão de literaturas, como a RI, traz contribuições de extrema relevância para pesquisas na área da saúde, pois,

A revisão integrativa permite que o leitor reconheça os profissionais que mais investigam determinado assunto, separar o achado científico de opiniões e idéias, além de descrever o conhecimento no seu estado atual, promovendo impacto sobre a prática clínica. Este método de pesquisa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa (MENDES et al, 2008, p.763).

Esta pesquisa é de natureza teórica-analítica de conceitos que se aplicam no cotidiano prático do processo de trabalho em saúde (a saber, o cuidado), o que se trata de um exercício reflexivo que leva tempo. Desta forma, para um resultado mais efetivo e cientificamente mais amplo, a RI foi escolhida para realizar esta apuração e atualização de forma mais efetiva, “uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde”, e ainda, “a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica” (MENDES et al. 2008, p. 763).

A RI parte da premissa do estabelecimento de descritores que melhor contemplem o fenômeno a ser pesquisado, e base(s) de dados que possibilite(m) a viabilidade da busca e realização da pesquisa. Soares e colaboradores, destaca os seguintes itens como essenciais para a garantia do rigor científico durante as etapas de uma RI:

Identificação de palavras-chave, base de dados, ano das publicações, gerenciador de referências e uso de matriz conceitual, para delinear os conceitos-chave sobre o tópico. • Estratégias de análise, síntese e apresentação dos resultados, conceitos principais baseados na matriz teórica, identificação e categorização das principais ideias e temas e verificação de sua validade e autenticidade. • Atitude crítica durante o conjunto do processo, para elucidar pontos fortes e deficientes da literatura, mediante exame cuidadoso das principais ideias e suas relações com o tópico estudado, a origem e a historicidade do assunto, seus principais conceitos, interação entre estes, métodos de pesquisa e aplicações do assunto estudado (SOARES, et al. 2014, p.341).

Partindo disto, protocolos e critérios são seguidos afim de garantir a validação metodológica desta pesquisa. A incorporação destes itens no processo da realização de uma

RI possibilitam mais clareza e rigor científico na coleta e na sintetização e apresentação dos resultados.

4.3 Coleta, busca e eleição dos artigos

Esta seção refere-se à *Etapa I*.

4.3.1 Base de dados

A coleta foi realizada no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), uma biblioteca virtual que reúne várias bases de dados. Esta escolha se deu por reconhecê-la como principal acervo de produção científica de fácil acesso eletrônico, contendo artigos científicos, com textos completos, e base de dados de todas as áreas. De acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (2015), o crescimento do cervo do Portal permaneceu constantemente notável.

A CAPES, é uma fundação brasileira de mais de meio século, criada em 11 de julho e 1951. Ela é vinculada ao Ministério da Educação e atua na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* no território brasileiro.

O Portal de Periódicos da Capes é uma das melhores e maiores iniciativas educacionais brasileiras com o objetivo de concentrar informações técnicas e científicas e democratizar o seu acesso. O Portal de Periódicos da Capes tem se consolidado como ferramenta fundamental para atividades de ensino e pesquisa em universidades públicas estaduais e federais (PORTAL DE PERIÓDICOS DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2015).

Além do trazido até então sobre o Portal de Periódicos da CAPES, que nos leva a compreender sua importância e magnitude é que, além dos aspectos já apresentados, é possível afirmar que:

Um das maiores vantagens do acesso ao Portal pelas Instituições de Ensino Superior é a democratização do acesso à informação em todo território nacional. Trata-se, na verdade, do portal de bibliotecas com a maior capilaridade do mundo, cobrindo todo território brasileiro! Além disso, a centralização das assinaturas pela Capes possibilita economias de escala na negociação dos valores junto aos editores internacionais. Ganha, com isso, a sociedade brasileira, que paga bem menos para financiar a produção científica nacional. [...] Outra vantagem para o pesquisador no uso e acesso ao Portal é a Inserção internacional do conhecimento científico, ou seja, o

pesquisador tem acesso aos autores, periódicos e sociedades internacionais mais conceituados da sua área. Isso garante densidade à sua produção acadêmica. Conhece ainda o funcionamento da Ciência Mundial dentro da sua área de atuação. Essas informações são fundamentais para que ele também divulgue melhor a sua produção e passe a ser reconhecido internacionalmente (PORTAL DE PERIÓDICOS DA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2015).

Assim sendo, a simplicidade em uma consulta feita pelo computador, usando critérios como autor, assunto ou palavra-chave, permite a possibilidade de acessar, selecionar e recuperar as informações desejadas. Logo, tendo em vista os aspectos observados, os textos que estão no Portal Capes, possuem uma maior acessibilidade, sendo este elemento de extrema relevância, uma vez que um conhecimento pouco acessado não impacta um número relevante de leitores dos diversos segmentos (profissionais, pesquisadores, estudantes, usuários), como um conteúdo mais acessível e utilizado por maior contingente de pessoas.

O Portal de Periódicos da CAPES possibilita o acesso a diversos campos de conhecimento, o que é de extrema relevância aqui, uma vez que este estudo se norteia pela ótica da concepção ampliada de saúde e do próprio cuidado; desta forma “essa condição parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbitos individual ou coletivo, como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de conhecimentos de diversas disciplinas” (SOARES, et al. 2014, p.336).

4.3.2 Descritores/termos de pesquisa

A busca foi realizada em duas etapas equivalentes a dois eixos temáticos de busca. O primeiro eixo temático de busca foi **cuidado em saúde**, onde foi utilizada a associação de descritores/termos de pesquisa *Cuidado e Saúde*. O segundo eixo temático de busca foi **cuidado com a pessoa idosa**, onde foram utilizados as seguintes associações de descritores/termos de pesquisa: a) *Cuidado e Envelhecimento*; b) *Cuidado e Velhice* e, c) *Cuidado e Idoso*. Desta forma, buscou-se a maior abrangência possível para maximizar a possibilidade de resultados. Apesar de esta pesquisa em todo momento ser cautelosa com a utilização de termos que abranjam todos os gêneros, como “autores/as”, “os/as profissionais”, dentre outras exemplificações ao longo do desenvolvimento desta dissertação; para termos de pesquisa, a última associação utilizou o termo “IDOSO” por se tratar de um descritor oficial no tocante a esta temática.

4.3.3 Critérios de elegibilidade seleção dos artigos

O recorte temporal foi referente aos últimos dez anos anteriores ao início da pesquisa estabelecidos de 2008 a 2017, pois, caracteriza-se também, enquanto um recorte de extrema relevância em relação aos principais marcos legais que compõem a estrutura orgânico-legislativa com o segmento no país e do acontecimento do evento representativo de um dos maiores mecanismos de controle social (primeira conferência). Foi envolvido um recorte de pelo menos 10 anos de existência destes marcos. A recordar, o Estatuto do Idoso de 2003, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, a Primeira Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa de 2006 (onde a demanda por cuidado em saúde foi imposta por vozes oficialmente representativas do segmento).

Este trabalho foi feito cuidadosamente e é detentor de cautelosos esforços visando dar conta ao máximo de aspectos e elementos teórico-conceituais fundamentais do cuidado em saúde e com a pessoa idosa no Brasil. Tratou-se, portanto, de um exercício delicado e minucioso. Para isso foi recorrido à literatura científica. Artigos do Portal de Periódicos da Capes pela acessibilidade no Brasil de seus conteúdos. Produções em português por se tratar de um contexto brasileiro de saúde e envelhecimento.

Em síntese, no Portal de Periódicos da CAPES, foi realizada a busca de artigos acadêmicos com os seguintes critérios de elegibilidade: 1) Idioma (português), 2) Tipo de recurso (artigos), 3) Recorte temporal (2008 a 2017) e 4) Produções com abordagem conceitual (seleção realizada por títulos e resumos).

A seleção dos artigos finais foi realizada por títulos e resumos, buscando artigos que tratassem teoricamente do cuidado em saúde e do cuidado com a pessoa idosa. Excluindo-se todos aqueles que traziam apenas a dimensão prática/técnica do cuidado, a exemplo o “processo de cuidado em enfermagem” que é específico da gerência das atribuições privativas de enfermeiros/as; os que apenas citavam o cuidado como prática, e os que o cuidado era apenas um tema transversal sem muita pormenorização.

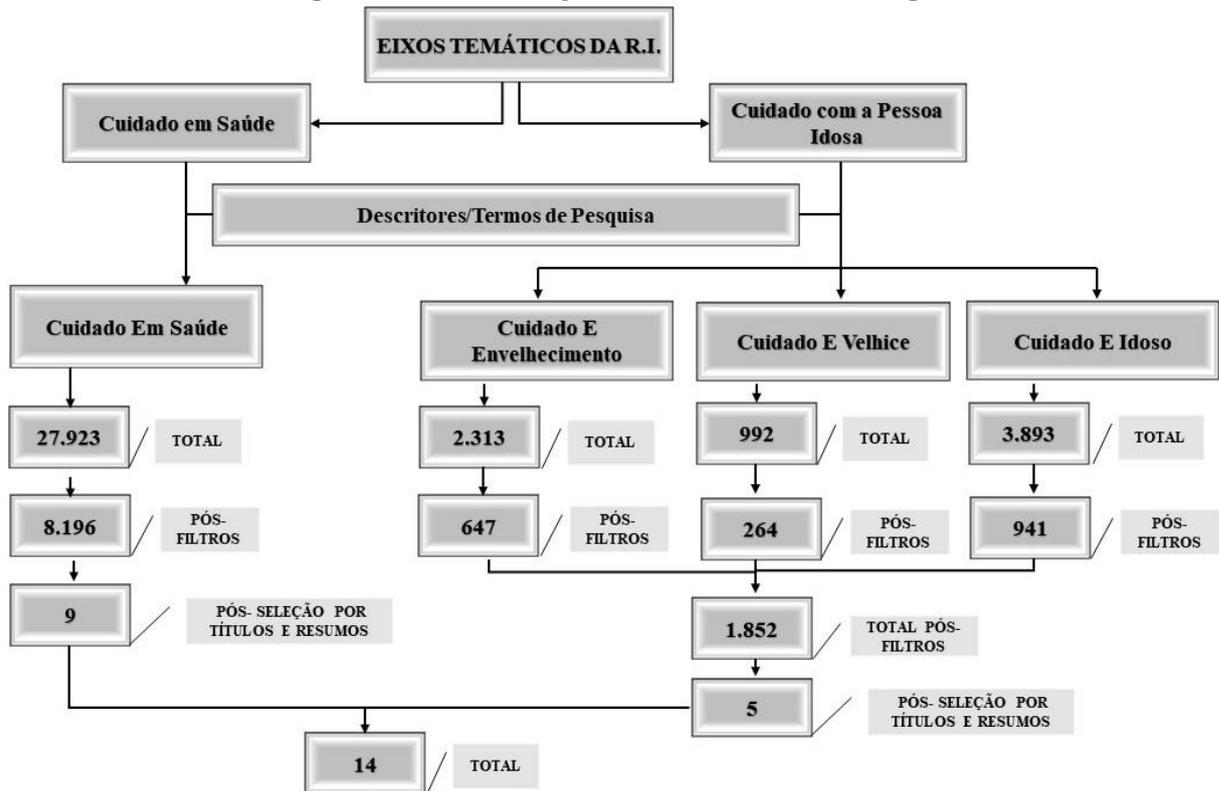
Desta forma, os artigos que interessavam para este estudo foram os produzidos nos últimos 10 anos, tomando por base o ano de início desta pesquisa, sendo assim, os de 2008-2017, em português e que versem sobre a discussão teórica em torno do conceito de cuidado tanto em saúde, quanto com o cuidado com a pessoa idosa.

Os resultados e as análises dos artigos encontrados na RI realizada no estudo evidenciaram que no primeiro momento quando da associação dos descritores/termos de pesquisa *Cuidado e Saúde*; sem a aplicação dos filtros e critérios de idioma e recorte temporal, foram encontrados um universo total de 27.923 resultados. Após a exclusão dos revisados por pares e a aplicação dos filtros e critérios de idioma (português) e recorte temporal (2008 a 2017) e tipo de recurso (artigos) chegou-se ao número de 8.196. Este total seguiu para a etapa final da seleção de artigos que foi realizado por títulos e resumos em busca dos trabalhos que abordassem o cuidado através de um viés teórico-conceitual.

No segundo momento houve um universo de 7.198 artigos pré-selecionados e após a aplicação dos filtros e critérios já citados, a amostra que seguiu para próxima etapa foi de 1.852. Nesta etapa se utilizou 3 associações de descritores/termos de pesquisa: (2a) Cuidado e Envelhecimento; (2.b) Cuidado e Velhice e (2.c) Cuidado e Idoso. Nos descritores Cuidado e Envelhecimento identificou-se 2.313 artigos aos quais reaplicou-se os filtros de idioma e recorte temporal resultando no final em 647 artigos. Para os descritores Cuidado e Velhice e Cuidado e Idoso os resultados da associação totalizaram respectivamente 992 e 3.893 e, após aplicação dos filtros de idioma e recorte temporal chegou-se a 264 e 941 artigos.

A chamada “Amostra Final” de artigos de cada associação de descritores/termos de pesquisa totalizou 10.048 artigos de um universo de 35.121 resultados. Sendo 27.923 artigos para o eixo de cuidado em saúde e 7.198 para o eixo de cuidado com a pessoa idosa. Após aplicação dos filtros teve-se 8.196 artigos para cuidado em saúde e 1.852 para cuidado com a pessoa idosa. A seguir, é apresentado um fluxograma para melhor visualização de todo processo de coleta e seleção da Revisão Integrativa realizada neste estudo.

Fluxograma 1- Sistematização numérica da Revisão Integrativa



Fonte: O autor a partir da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (2019).

Após a segunda etapa da RI, a da seleção feita por títulos e resumos em busca de artigos que discutissem o conceito de cuidado em saúde, e de cuidado com a pessoa idosa, o número total de artigos que corresponderam ao objetivo da RI desta pesquisa foi de 14 artigos. Cabe o adendo de que na etapa da RI referente ao cuidado e envelhecimento, os mesmos achados se repetiram nos três momentos de busca.

4.4 Extração e análise dos dados

Esta seção refere-se à *Etapa II*.

Após a etapa de busca, coleta e seleção de artigos, que se deu seguindo os critérios listados na seção anterior; no tocante à extração, análise e sintetização/apresentação dos dados encontrados na RI foram realizadas análise de conteúdo e temáticas e outros procedimentos (listado mais a frente) seguindo critérios estabelecidos para extração e análises de dados de RI apontada por Soares et al. (2014), com o auxílio da ótica das premissas da análise de conteúdo, também conhecida por hermenêutica da profundidade de Thompson (1995).

Estas premissas dizem respeito ao **papel central da história e do contexto** durante a análise de produções científicas. Logo, as frequentes contextualizações conjunturais permitem maior compreensão e extração de sentidos e significados no processo de extração e análise de dados. Principalmente em se tratando de um estudo de abordagem teórico-conceitual. Dito isto, cabe apresentar os elementos essenciais para a garantia do rigor científico em análises de RI, seguidos neste estudo, ressaltando antes que,

não há um padrão-ouro para análise dos dados, que, em geral, avalia a metodologia dos estudos primários. Os **elementos essenciais** do processo de análise de dados em uma RI são: observar padrões e temas, verificar sua plausibilidade, fazer comparações e contrastes, discernir padrões comuns e incomuns, desconsiderar as particularidades em geral, observar relações na variabilidade de dados, identificar fatores intervenientes e construir evidência segundo uma cadeia lógica. Os dados de um estudo devem ser analisados dentro de um estrato que considere as diferentes características dos sujeitos, os tratamentos das variáveis, as variáveis contextuais e os efeitos das interações entre tais variáveis (SOARES et al., 2014, p.342).

As diretrizes apresentadas por Soares et al. (2014), tratam-se de elementos essenciais que possibilitam maior clareza e rigor científico para esta metodologia, entretanto, ainda assim, chama a atenção para o fato de que nesta metodologia não existe uma única forma para se analisar os achados podendo ser associada a outras formas de análises.

Desta forma, como mencionado e mais a frente pormenorizado, houve o auxílio da hermenêutica de profundidade enquanto ótica a partir da qual se estabeleceu os referidos procedimentos e contemplação dos elementos essenciais no tratamento e sistematização de dados, onde a apresentação dos resultados deve ser clara, concisa e coerente, obedecendo a critérios de observações e análises constituídas em cima de evidências.

Diante do exposto até então, estritamente neste estudo para a **identificação, construção de eixos teórico-analíticos** e seguinte **análise** dos aspectos e elementos teórico-conceituais da categoria cuidado na saúde voltada ao segmento idoso, como possíveis conceitos e noções, foi realizada uma série seguida de leituras sistematizadas do material selecionado, contando com uma leitura geral de todos os documentos para uma justaposição mais proximal dos conteúdos com fins de sistematizar as ideias iniciais e centrais presentes no referido arcabouço.

Em seguida foram realizadas leituras mais detalhadas de cada artigo e realizada a identificação e destaque de noções e conceitos apresentados no tocante a elementos e aspectos teórico-conceituais da categoria cuidado. Alguns dos termos mais referenciados neste

trabalho, são: Conceito e Noção, termos que possuem muita semelhança semântica, e muitas vezes são tomadas por sinônimo. Indo para a etimologia destas palavras e suas representações semânticas, é possível afirmar que o termo “**conceito**” está mais ligado a representação sobre algo, uma unidade semântica, simbólica representativa e constitutiva, representa uma síntese sobre o entendimento de algo em forma de unidade de conhecimento. Sendo então o conceito, uma terminologia para empregar a concepção e/ou entendimento de algo. Uma representação, definição contemplativa de algo. Podendo ser inclusive, a representação semântica em uma unidade de conhecimento de ideias ‘ou noções’ a cerca de algo. Enquanto que, a terminologia “**noção**”, está mais ligada ao conteúdo que dá materialidade a um conceito, ou é representando pelo mesmo. Etimologicamente, noções, geralmente representam o escopo ou ainda, o conteúdo de algo, estritamente, na discussão aqui desenvolvida, de um conceito.

Ao se pesquisar conceitos e noções acerca da categoria cuidado, utilizar os dois termos, nos possibilita maior abrangência no processo de investigação e levantamento dos dados a serem analisados neste estudo. Procura-se então na base de dados, definidas neste estudo, conceitos acerca do cuidado, ou seja, definições do que viriam a ser cuidado estritamente, ampliando-se também o horizonte na identificação de noções acerca de cuidado, ou seja, conteúdos ideopolítico, representativos, reflexivos e constitutivos acerca do cuidado.

Em linhas gerais, um conceito está ligado a uma definição estrita. Quanto às noções, estão mais ligadas ao entendimento e a elementos conjunturais, e principalmente ideológicos constituintes de determinada definição/conceito a respeito de algo. Ao se considerar conceitos e noções, a preocupação não é apenas em qual a definição acerca do cuidado se encontra presente, mas sim também, quais elementos, conteúdos ideopolíticos, vertentes e noções constituem esse conceito. Sabendo também que, ao se analisar dados, ao debruçar-se sobre os achados, não necessariamente se encontra objetivamente um “conceito” sobre cuidado, mas também noções acerca do mesmo.

Para construção do repertório teórico da pesquisa e seguinte definição de eixos e apresentação dos resultados e discussões, foi realizada associada à sequência de leituras sistemáticas: a observação de padrões e temas nas produções, foi feita comparações e contrastes para identificação de congruências e discordâncias, identificação de elementos e aspectos intervenientes (SOARES, 2014);norteando-se pelas premissas da análise proposta por Thompson (1995), por partir-se da compreensão de que o conhecimento é produzido e inserido em condições e relações socio-históricas específicas (THOMPSON, 1995).

Desta forma a identificação, sistematização e análise do conteúdo presente nos artigos foi realizada de forma a prezar por uma produção de um conhecimento de forma holística, estabelecendo diálogos, consonâncias e divergências entre os/as autores/as objetivando maior amplitude na extração dos conceitos, noções, elementos e aspectos da categoria cuidado, considerando a **história** e o **contexto**. Após este processo, parte-se para o agrupamento e concernente **construção de eixos teórico-analíticos** com fins de analisar a produção teórica acerca do cuidado em saúde com a pessoa idosa.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa não foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM), por se tratar de uma pesquisa cuja base documental é de domínio público. Ademais, no estudo, não foram envolvidos seres humanos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir são apresentados os resultados com a descrição de metadados dos artigos finais, destacando-se como marcos de referência de circunscrição das principais informações: *autores/as; ano de publicação; título/tema; descritores presentes no artigo e; descritores utilizados na busca*. E as discussões realizadas com base no arcabouço formado pelos referidos.

6.1 Arcabouço final de artigos: metadados do guião das discussões teóricas sobre cuidado em saúde e cuidado com a pessoa idosa

Para visualização mais sistemática e clara, os metadados destacados no estudo seguem apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1 – Metadados dos Artigos que compuseram a amostra final de análise

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO/TEMA	AUTORES/AS	DESCRITORES EXISTENTES NO ARTIGO	DESCRITORES UTILIZADOS NA PESQUISA/BUSCA	NUMERAÇÃO
2009	Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde	FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; OLIVEIRA, Marilda Siriani de.	Construção coletiva, Aprendizagem, Metodologia, Sujeito coletivo, Cuidados de saúde, Pessoal e saúde.	Cuidado. Saúde.	1
2009	Por uma clínica da expansão da vida	MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello.	Humanização da assistência. Sofrimento, Clínica, Ética, Estresse psicológico.	Cuidado. Saúde.	2
2010	As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar	LUZ, Priscilla Mesquita; MIRANDA, Karla Correa Lima.	Filosofia, Cuidado, Parceiros sexuais, HIV/aids	Cuidado. Saúde.	3

Quadro 1 – Metadados dos Artigos que compuseram a amostra final de análise.

(continuação)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO/TEMA	AUTORES/AS	DESCRITORES EXISTENTES NO ARTIGO	DESCRITORES UTILIZADOS NA PESQUISA/BUSCA	NUMERAÇÃO
2010	Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família	GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza	Cuidados em saúde, Família e saúde, Saúde da família, Conceito de cuidado	Cuidado. Saúde.	4
2010	Autonomia na unidade de terapia intensiva: começamos por cuidar de nós	VARGAS, Ambrosina Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza.	Unidade de terapia intensiva, Bioética, Ética.	Cuidado. Saúde.	5
2010	Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado	FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar.	Idosos, Instituições de longa permanência para idosos, Cuidado, Cuidador, Asilo.	Cuidado. Envelhecimento. (associação de sinônimos)	6
2012	Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus	SOUZA, Nayana Maria Gomes; HONORATO, Sandra Mara Araújo; XAVIER, Antonia Tayan da Franca; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; ATAIDE, Márcia Barroso Camilo de.	Diabetes Mellitus tipo 2, Envelhecimento, Idoso, Cultura.	Cuidado. Envelhecimento. (associação de sinônimos)	7
2014	Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral	BUSTAMANTE, Vania; MCCALLUM, Cecília.	Cuidado Em Saúde, Cuidado Infantil, Horizonte Normativo, Construção Social Da Pessoa.	Cuidado. Saúde.	8

Quadro 1 – Metadados dos Artigos que compuseram a amostra final de análise.

(conclusão)					
ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO/TEMA	AUTORES/AS	DESCRITORES EXISTENTES NO ARTIGO	DESCRITORES UTILIZADOS NA PESQUISA/BUSCA	NUMERAÇÃO
2014	Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado	SILVA, Sander Machado; RAMOS, Márcia Ziebell.	Cuidado, Serviço De Emergência Hospitalar. Interdisciplinaridade, Comunicação.	Cuidado. Saúde.	9
2015	Descompartimentar a noção de cuidado?	MOLINIER, Pascale; PAPERMAN, Patricia.	Care, Cuidado, Responsabilidade, Indiferença Dos Privilegiados, Escala.	Cuidado. Saúde.	10
2015	Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional	BATISTA, AnalíaSoria; BANDEIRA, Lourdes M.	Trabalho De Cuidado, Trabalho Sujo, Afetividades, Técnicas Do Corpo, Instituições De Longa Permanência.	Cuidado. Saúde.	11
2015	O Tempo e o cuidado na velhice	PATROCINIO, Wanda Pereira.	Cuidado, Idosos, Velhice.	Cuidado. Envelhecimento.	12
2016	O cuidado em saúde na velhice: visão do homem	COELHO, Juliana Sousa; GIACOMIN, Karla C.; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo.	Envelhecimento, Masculinidade, Cuidado Em Saúde.	Cuidado. Envelhecimento. (associação de sinônimos)	13
2017	O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas	CHERIX, Katia; JÚNIOR, Nelson Ernesto Coelho.	Idosos, Cuidado, Envelhecimento, Psicanálise, Ética.	Cuidado. Envelhecimento. (associação de sinônimos)	14

Fonte: O autor a partir da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (2019).

Dos 14 artigos encontrados, 9 foram da associação de Cuidado e Saúde e 5 foram encontrados nas associações de Cuidado e envelhecimento e seus sinônimos. Cabe salientar que apesar de se ter utilizado 3 associações diferentes para buscar artigos sobre o conceito de cuidado com a pessoa idosa, e cada busca ter resultados diferentes, em todas foram encontrados os mesmos 5 artigos correspondentes ao objetivo desta RI.

Quanto aos anos de publicação, é possível perceber que as discussões do conceito de cuidado atrelado à saúde, são mais frequentes do que as discussões de cuidado voltadas à

pessoa idosa. Ao olhar para a disposição dos artigos por ano de publicação, ver-se-á que os artigos encontrados com o uso dos descritores/termos de pesquisa “Cuidado e Saúde”, são mais distribuídos ao longo do recorte temporal, contando com artigos em 2009, 2010, 2014 e 2015. Já artigos encontrados com o uso dos descritores/termos de pesquisa “Cuidado e Envelhecimento” e seus sinônimos, apesar de terem resultados nos anos de 2010 e 2012, a maior concentração de achados se localiza na faixa dos últimos três anos do estudo, ou seja, entre 2015 a 2017.

Como já mencionado neste trabalho, as discussões em torno da temática do envelhecimento humano são razoavelmente recentes, o que pôde ser constatado também quanto à discussão do conceito de cuidado no tocante à temática do envelhecimento humano. Percebe-se, a exemplo, na RI em relação ao conceito de cuidado com as pessoas idosas. Nos artigos que compõem a RI buscou-se elementos discursivos fazendo-se um exercício de reflexão conceitual em torno do cuidado em saúde e com a pessoa idosa.

No processo de coleta com o uso da associação de descritores/termos de pesquisa “Cuidado e Saúde”, foi possível observar nitidamente o quanto o cuidado em saúde é mencionado e citado diversas vezes. O cuidado em saúde aparece como tema transversal de um vasto quantitativo de trabalhos. No universo dos 8.196 artigos, de onde foram extraídos 9 enquanto resultados finais desta etapa. O cuidado aparecia como tema transversal à integralidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade, humanização.

Outro paralelo bastante encontrado, que não se enquadrava nos critérios desta pesquisa, mas que vale a menção, é o cuidado em enfermagem. Onde o cuidado aparece como vertente técnica do processo de trabalho de atribuição privativa do/a profissional de enfermagem. Onde o cuidado em enfermagem tem uma roupagem mais específica ligada a prática do/a enfermeiro/a.

O cuidado em enfermagem, tem muito da própria discussão do cuidado em saúde, pois, como apresenta, Luz e Miranda (2010), a prática do/a enfermeiro/a se apropria desta discussão, articulando-a para fundamentar sua prática profissional; é nesse ponto da discussão, deste conceito mais amplo, que se insere o objetivo desta RI; do cuidado em uma perspectiva de colaboração e integração de conhecimentos de diversas disciplinas, como apresenta Soares et al. (2014), olhando para o processo de construção histórica do conceito de cuidado a partir dos diferentes saberes-profissões, como ressaltam Ferreira et al. (2009).

No processo de coleta com o uso da associação de descritores/termos de pesquisa “Cuidado e Envelhecimento” e seus sinônimos, foi possível perceber no universo de 1.852 artigos, de onde foram extraídos 5 artigos, que as associações e transversalidades mais comuns onde o cuidado mais aparece em relação a temática do envelhecimento é no tocante aos/as cuidadores/as de pessoas idosas.

O cuidado também aparece com associações com a humanização e integralidade, na perspectiva de que cuidar da pessoa idosa é prezar pela integralidade e humanização deste segmento. Apenas os 5 artigos encontrados que abordavam uma reflexão conceitual acerca do conceito de cuidado no tocante ao envelhecimento.

O arcabouço de 14 artigos encontrados na RI; após o cumprimento da **Etapa I** possibilitou ampliar a reflexão acerca do conceito do cuidado em saúde e com a pessoa idosa. o que poderemos ver a seguir com a apresentação da análise final do arcabouço e respectiva caracterização teórica acerca da categoria cuidado presente da literatura científica demarcada pelos critérios já apresentados, tratando-se, portanto, da literatura científica presente em artigos nos últimos dez anos. Após a análise do banco de dados e identificação de conceitos, noções e outros aspectos e elementos teóricos acerca do cuidado em saúde com a pessoa idosa foi realizado o agrupamento dos repertórios teórico-conceituais e com o cumprimento da **Etapa II**, foram definidos **quatro eixos teórico-analíticos**. A seguir encontram-se os eixos resultantes da análise conceitual dos achados da pesquisa, sinalizando-se quais artigos foram utilizados para a construção de cada um. Cabe salientar que leituras complementares também foram utilizadas ao longo da construção dos referidos.

Sendo eles:

- 1) *Noções e conceitos de cuidado por uma ótica de construção socio-histórica: uma categoria ligada ontologicamente a existência básica do ser humano;*

Artigos utilizados: três e quatro.

- 2) *Reflexões sobre o cuidado em saúde: uma abordagem teórico-conceitual;*

Artigos utilizados: um, três, quatro, oito e nove.

- 3) *O cuidado e suas expressões: um breve diálogo sobre aproximações das formas, dimensões e tipos desta categoria polissêmica e;*

Artigos utilizados: dois, três, cinco, seis, sete, dez e onze.

4) *Saúde e envelhecimento: reflexões sobre o cuidado em saúde com a pessoa idosa.*

Artigos utilizados: seis, dez, doze, treze e quatorze.

Diante dos resultados finais, é possível constatar que a revisão integrativa apontou escassez de discussões que se debrucem sobre as temáticas dos eixos temáticos adotados. Nos dois universos se evidenciou nos artigos uma ênfase sobre a escassez de produções que tratem sobre o cuidado em saúde teoricamente. Gutierrez e Minayo (2010), apresentam um trabalho de revisão de textos sobre o cuidado e ressaltam, como achados de sua pesquisa, que “dos textos examinados, alguns poucos trazem uma análise teórica do conceito de cuidado. Em vários textos analisados, o conceito de cuidado utilizado não é explicitado” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1500). Outro resultado de Gutierrez e Minayo (2010) que merece destaque é o de que “em vários textos, o cuidado é tomado na acepção do senso comum, sem delimitação precisa de seu significado” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1500).

Nesta mesma esteira, Freitas e Noronha (2010), destacam “a importância de ampliar a discussão sobre instituições de longa permanência e o conceito de cuidado” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 359). O trabalho de autoria de Bustamante e McCallum (2014), enfatiza a “dificuldade de construir reflexões teóricas sobre o cuidado” (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 1497). Apesar dessas evidências, foi possível estabelecer uma análise rica no tocante a abordagem conceitual da categoria cuidado.

A análise dos resultados da revisão integrativa, apresentada a seguir, foi estruturada em quatro subseções, que se caracterizam como eixos teóricos de apresentação da caracterização dos aspectos conceituais da categoria central deste estudo. Onde as três primeiras tratam da unificação das discussões trazidas pelos/as autores/as dos artigos no tocante à categoria cuidado conceitualmente em saúde. A quarta se propôs a trazer sistematização e considerações finais que foram tecidas sobre o conceito de cuidado em saúde com o segmento idoso.

6.2 Noções e conceitos de cuidado por uma ótica de construção socio-histórica: uma categoria ligada ontologicamente a existência básica do ser humano

Nos trabalhos que abordam o cuidado conceitualmente, recorre-se à história e ao que vinha sendo registrado pela humanidade a respeito do cuidado e buscaram compreender o

cuidado desde sua origem, fazendo o uso da filosofia. Sua origem está associada pela maioria dos/as autores/as com o próprio caráter existencial do ser humano. Constituindo o cuidado como uma categoria ontológica-existencial. Desta forma, ao longo do tempo, das gerações, o cuidado constituiu-se de diferentes formas, com várias noções e atreladas, inclusive, de forma quase que inexorável; pelo menos desde a origem do ser social, do homem vivendo em sociedade; com a cultura. O cuidado é colocado em uma relação intrínseca com a cultura, quando dialogamos sobre o cuidado na seara da socialização.

Tal como existem diversas culturas, diversas, noções e até mesmo práticas de cuidado são existentes. Todas as culturas possuem características que lhe são intrínsecas e formas próprias de organização, que embora possam parecerem estranhas para indivíduos que pertencem a outra cultura; as formas próprias de cultura devem ser respeitadas (CANCLINI, 1997, p1). Cabe salientar aqui que, não está se falando de casos extremos e polêmicos associados à cultura, como práticas e costumes que ameaçam a vida ou a dignidade do viver. Que centraliza uma discussão entre os limiares da cultura e da vida, que não será incorporada neste estudo. Por se tratar de uma temática muito cara a ser discutida, e digna de centralidade e de esforços sobre ela. Para fins desta pesquisa, considerando a natureza da mesma, é uma discussão que não cabe na seara desta dissertação. Entretanto, no tocante ao cuidado, é bastante pertinente ressaltar que:

Padrões culturais definem não somente o que é saúde, mas também o que é cuidado adequado de saúde, formatando sentidos e condutas. Todo um conjunto de produções na área de antropologia da saúde indica com argumentos bastante fortes a necessidade de se conhecer as representações, valores e lógicas presentes nas práticas cotidianas, construídas pelas e nas interações sociais. Isso é fundamental para que se entenda o modo como os grupos e pessoas reagem e organizam fazeres diante desse fenômeno complexo, unitário, porém tripartite, que é a saúde/ doença/cuidado. O cuidado à saúde, como prática social, se insere nesse conjunto de elementos de um modo específico, uma vez que através dele se dá corpo às representações que atuam na construção do mundo concreto e são construídas a partir daí (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1502).

Tanto a saúde, quanto o cuidado e as formas como os mesmos são entendidos e empregados perpassam por vários recortes, geracionais, históricos, econômicos e principalmente culturais. Desta forma, é de extrema relevância a compreensão dos valores e lógicas presentes nas práticas cotidianas ao decorrer das interações sociais, para que o estabelecimento do cuidado em saúde seja singular, humanizado, horizontal e integral. Além da cultura, outro recorte de extrema relevância é referente às questões de classe social. O acesso a condições dignas de todos os aspectos que envolvem uma sociabilidade sadia, como

infraestrutura e serviços urbanos, saneamento, educação, segurança, lazer, trabalho e renda, são condicionantes que se estruturam através do recorte de classe. Pois, “o nível de conhecimento sobre os processos evolutivos do homem e sobre os mecanismos das doenças, da mesma forma, deve ser considerado dentro do quadro de referência dado pela classe social” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1503). Desta forma, “o *cuidado*, em suas diversas formas, varia dentro das diferentes classes sociais (modos de vida, renda, escolaridade)” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1503). Ao regressar ao tocante da etimologia do cuidado, Luz e Miranda (2010) em seu estudo fizeram uma revisão de dicionários de filologia e

a palavra *cuidado*, segundo os dicionários clássicos de filologia, deriva do latim *cura* (coera) e era usada em contextos de relações de amor e amizade. Expressava a atitude de *cuidado*, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144).

Desta forma, a origem da palavra está ligada a significação de atitudes em prol de algo objetivando a preservação, o bem. Implica preocupar-se e ter atitude em prol do que se é estimado. Explana-se ainda que o cuidado é associado à cura, à resolutividade de algo que solucione algo ou alguma situação que importune, aflija o que se é estimado. Mais frequentemente empregado a início no tocante a relações em contexto de amor e amizade. Ainda nesta seara, Luz e Miranda (2010), também apresentam que:

Outros filólogos consideram que a origem da palavra encontra-se em *cogitare-cogitatus* e suas derivações *coeydar*, *coidar*, *cuidar*. O sentido é similar ao de cura: ter atenção, interesse, atitude de desvelo e preocupação. Logo, o *cuidado* se apresenta quando algo ou alguém tem importância para nós. A dedicação e a disponibilidade de participação, o sentimento de zelo e a responsabilidade realizam o *cuidado* (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144).

Etimologicamente, a origem da palavra cuidar tem similaridade fundamental à cura. Cuidar envolve atenção, interesse, atitude de desvelo e preocupação. Onde a inquietação gerada por uma situação que afete a estabilidade do algo/alguém que se tem afeição, zelo, que possui importância, gera uma preocupação e responsabilização levando a materialização de uma atitude de desvelo, de cura, de atenção, dentre outras palavras, de cuidado. Como exposto, a palavra cuidar teve sua origem atrelada a necessidade de nomear o que viria a ser esta categoria. Esta prática que teria relação ontológica com a existência humana. Assim sendo, “*cuidado* é um modo-de-ser-no-mundo, que fundamenta as relações que se estabelecem com todas as coisas. No jogo de relações, na coexistência e convivência, o ser humano edifica seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). Desta forma, tudo que possuir relevância e/ou importância para

alguém, seria fundamentalmente, alvo de cuidado. Sendo o cuidado, uma categoria portadora de uma relação ontológico-existencial com o ser humano. Inclusive, a pessoa que estabelece uma relação de afeição consigo mesma, por via do autocuidado, questões trabalhadas mais à frente nesta dissertação. Aqui, traça-se um paralelo com o que Boff; autor bastante referenciado no tocante às discussões de cuidado; apresenta sobre a relação entre o ser humano e o cuidado, a caracterizando como ontológico-existencial. Pois,

Segundo Boff, existem duas maneiras básicas de existir: pelo trabalho e pelo cuidado. Logo, a construção da realidade passa a ter seu processo emergente a partir dessas dimensões. Para a humanidade, o trabalho se transforma em um modo-de-ser consciente e assume a marca de um projeto, com suas manobras de modelagem de si mesmo e da natureza. Entretanto, a busca pela superação dos desafios impostos pela natureza levou o ser humano a aprofundar sua capacidade de interpretação e intervenção. Essa racionalidade leva o ser humano a uma objetividade cada vez mais imediata por uma tecnologia que acaba por robotizar e fragmentar a ação humana, distanciando-o da natureza(LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144).

Desta forma, o cuidado é uma dimensão que perpassa diversos aspectos da existência humana, desdobrando-se em diversas expressões formas e demandas. A exemplos; regar uma flor e tomar os devidos ‘cuidados’ quando cultiva em casa, para que ela se desenvolva e floresça; fazer uma cobertura para abrigar-se da chuva. Ter uma rotina de atividades e alimentação saudáveis para ‘cuidar’ da saúde. Uma mãe que desprende atenção, cuidado e zelo com um/a recém-nascido/a e preocupa-se com ele/a, ‘cuidando’ dele/a. Uma política pública que representa amparo estatal de minorias, é uma ação de ‘cuidado’ com os públicos alvos destas políticas. Um/a enfermeiro/a que realiza um curativo em um ferimento, que naquele momento está prestando ‘cuidados’ de enfermagem. O que nos leva a discussão das várias dimensões e aspectos que envolve, representa e caracteriza formas e tipos de cuidado, conforme veremos mais adiante nesta dissertação.

Agora, voltando-se novamente para a relação ontológico-existencial do cuidado com o ser humano, Boff (2000), como visto, apresenta duas maneiras básicas de existir, sendo elas o trabalho e cuidado. Que possuem, relação intrínseca entre si. Podendo ser o trabalho o meio pelo qual gera condições de provimento de diversos cuidados, hora sendo a efetivação do cuidado um trabalho, sendo informal ou como ocupação laboral. O trabalho encontra sentido no cuidado, fundamentalmente falando. Na sociedade capitalista o sentido do trabalho (compreendido como mão de obra desprendida e meio de subsistência da classe trabalhadora na sociedade capitalista contemporânea) está na exploração do ser humano pelo ser humano objetivando a acumulação da riqueza socialmente produzida. Concentração do que é

produzido socialmente nas mãos dos que detém os meios de produção e geradora de extremas desigualdades sociais estruturais e intrínsecas à sociabilidade capitalista que rebatem na classe trabalhadora.

No sistema capitalista, como afirmam Lessa e Tonet (2011), a essência da sociabilidade capitalista são as necessidades do capital e não as necessidades humanas. Desta forma, o trabalho na sociedade capitalista possui o sentido de responder às necessidades do capital e não às necessidades humanas (onde localiza-se o cuidado). Assim centro, a centralidade no cuidado em uma sociedade, seria possível apenas com a construção de uma sociabilidade onde a essência fosse as necessidades humanas. Por isso que construir um debate do cuidado em saúde norteado pelos ideários da reforma sanitária é tão desafiador, entretanto, extremamente necessário. Por se tratar de compreender a multidimensionalidade da saúde e do ser humano, prezando pela integralidade. Trata-se, portanto, do estabelecimento de uma noção de cuidado atrelado a dignidade do viver. Onde as necessidades das pessoas são vistas sob a ótica da compreensão de cada ser humano como totalidade viva. É construir o cuidado com os aspectos em seu sentido ontológico em uma geração de Fragilização Social, que como retrata Luz (2004), é dotada pelo esvaziamento de laços de coletividade e prevalência da individualidade e meritocracia, ou seja, uma geração de ‘descuido’, onde o cuidado, como visto a exemplo, na saúde, é colocado como pauta enfática, assiduamente, já há algumas décadas. Ainda no tocante ao cuidado como dimensão básica, tal como trabalho, da existência humana, sobre este ponto de vista, Heidegger (2008) traz que:

o cuidado acontece antes de qualquer comportamento humano, o que significa dizer que é encontrado em toda atitude e situação de fato. O cuidado é o modo-de-ser essencial da humanidade. Está presente em tudo, portanto é o fenômeno ontológico-existencial básico, quer dizer, fundamental para a interpretação do sujeito (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144).

Enfatiza-se aqui a associação da gênese do cuidado atrelada a existência humana. O cuidado é transversal, permeia e pode ser encontrado em toda atitude e situação que constitui a existência humana. E sendo sempre atrelado, o cuidado, a efetivação de atitudes benéficas de desvelo, preocupação, preservação, à ‘cuidar’. Desta forma, o cuidado é, partindo do concreto, uma categoria que representa um fenômeno ontológico-existencial básico. Heidegger, para explicar o cuidado partindo do pressuposto de que o mesmo é categoria ontológica fundamental da existência humana, utilizou uma fábula de origem grega e base latina escrita pelo escravo romano Gaius Julius Hyginus, conhecida como a Fábula de Higinio

(LUZ; MIRANDA, 2010), apresentada a seguir com fins de ampliar a reflexão aqui feita sobre a categoria cuidado.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.

Dentre muitos usos, esta Fábula é utilizada, conforme Luz e Miranda (2010) apresentam, como “tentativa humana de revelar a realidade imaterial ontológica, desvelando a gênese e a finitude humanas” (LUZ; MIRANDA, 2010. p 1144). O que retrata o caráter ontológico do cuidado, que está presente em todas as dimensões do viver, inclusive nos processos de finitudes humanas. Sem perder de vista o objeto de estudo desta dissertação, tal como a seara sobre a qual o mesmo se coloca, sendo a saúde, a tessitura temática central deste estudo, é possível apresentar como pertinente exemplo, os Cuidados Paliativos, pertencente ao campo da saúde, que sumariamente, como apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de uma

abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza biofísica, psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2012, p.26).

Uma abordagem na saúde que preza por promover qualidade de vida, tratar/aliviar a dor nas quatro dimensões que constituem o ser humano como totalidade viva, centra-se no ‘cuidado’, inclusive compondo o termo que nomeia essa abordagem. Enfatiza-se com este exemplo, como o cuidado é de fato atrelado a existência humana, acompanhando inclusive o próprio processo de finitude, como retratado também ao término da Fábula.

Ainda sobre a mesma, Heidegger apresenta que “é possível destacar que percebeu que, na imaginação de Higino, *Cuidado* ou *Cura* representava a primeira manifestação de uma característica fundamental do existir humano. O ser-no-mundo é muito mais do que simplesmente o estar-no-mundo” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). Ao se fazer uma análise conceitual sobre esta categoria, diante de tantos aspectos que condicionam formas, noções e práticas de cuidado, se torna indispensável exprimir esforços para se compreender o que faz o cuidado ser ‘cuidado’, em todas essas múltiplas manifestações do mesmo.

Desta forma Boff “compreende o cuidado como atitude fundamental de um modo-de-ser no qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com carinho” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144), enquanto que Heidegger “aponta que a origem humana está no cuidado e que esse cuidado possui uma anterioridade que imprime, mantém e domina o ser-no-mundo. O cuidado é a primeira marca humana”(LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). Em vista os aspectos apresentados e refletidos, é possível constatar o quanto que o cuidado está atrelado a existência humana. Podendo ser considerada uma categoria ontológico-existencial, que está presente e permeia todas as dimensões, em toda atitude e situação de fato.

6.3 Reflexões sobre o cuidado em saúde: uma abordagem teórico-conceitual

É pertinente ressaltar que entre os achados deste estudo, encontra-se uma informação relevante, no tocante à temática do envelhecimento. Gutierrez e Minayo (2010) em consonância com outros/as autores/as, trazem que:

O cuidado enquanto conceito relevante para a área da saúde surgiu da gerontologia para incluir o cuidado na família ao idoso em longo prazo; contudo, devido à sua importância, tem se difundido para diferentes domínios de atenção à saúde e gerado várias reflexões, porém, pensamos nós, ainda de modo insuficiente (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1500).

Desta forma é possível perceber que, o que outrora afirmamos neste estudo: *discutir o cuidado em saúde tendo como delimitação à seara do envelhecimento, se trata de um solo fértil para tecermos discussões sobre o cuidado em uma perspectiva ampla*, constata-se com os achados dos/as autores/as evidenciados. Incorporar o prisma da perspectiva ampla rebusca ao sentido ontológico, que faz o cuidado enquanto tal. Ou seja, compreender-se o cuidado enquanto categoria que perpassa todas as dimensões do viver desde a existência humana e; a saúde pela ótica da concepção ampliada, compreendo o ser humano como totalidade viva, e

inserindo a relevância dos diversos fatores que condicionam o processo de saúde-doença individual e coletivos.

É possível constatar que para um cuidado amplo é necessário diversos núcleos de saberes do campo da saúde articulados entre si com a finalidade de responder às diversas demandas de forma a prezar pela diretriz da integralidade. Os núcleos/profissões da saúde, devem gerir o seu processo de trabalho de forma harmônica e horizontal, voltando a centralidade do cuidado para a pessoa (usuário/a, paciente, familiares, acompanhantes).

A predominância do modelo biomédico-centrado acarreta diversos entraves para a efetivação de um cuidado em saúde integral. Esta lógica biologizante perpassa inclusive por uma questão epistemológica nas formações dos cursos compreendidos como os da grande área da saúde. Desta forma, “a história das diferentes profissões no que se refere ao *cuidado* nos leva a um processo de reflexão sobre a necessidade de construir novos saberes, contemplando o quê, como e por que mudar” (FERREIRA, et al. 2009, p. 241).

É necessário então, ter em vista que “não basta que o profissional tenha o domínio técnico. É fundamental que ele tenha um cuidar ético; levar em conta a vida e defendê-la, considerando a necessidade [...] sem julgá-lo, discriminá-lo ou estigmatizá-lo, sem perder de vista o cuidado ao outro”. (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1147). Gutierrez e Minayo (2010) ao abordar o tema cuidado em saúde, realizaram um estudo aprofundado em produções na saúde acerca da temática, destacando três aspectos, que intitularam de “propostas” constatadas nas discussões analisadas. Ao se debruçar sobre o tema de cuidado na área da saúde, é possível perceber que as mesmas geralmente giram em torno de três eixos, tal como também constatado por Gutierrez e Minayo (2010). São elas:

A primeira proposta apresenta um conceito existencial que abarca várias áreas da vida, como proposto em Boff. Aí encontramos estudos que entendem o cuidado como pertencendo à essência da humanidade, permitindo a sobrevivência física e abarcando aspectos psicológicos, como afetos e sentimentos de confiança, conforto e segurança. [...] A segunda proposta dá ênfase aos cuidados físicos e materiais ligados aos que são oferecidos pelos serviços de saúde em seu sentido técnico. Aí encontramos vários autores que assinalam, igualmente, a existência do provimento da atenção doméstica com a saúde. [...] A terceira proposta enfatiza os aspectos afetivos e relacionais e define cuidados como “função materna”, como paradigma do cuidar, no sentido do inclinar-se reverentemente para o outro, escutá-lo, compreendê-lo e ajudá-lo (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1501).

As três propostas constatadas por Gutierrez e Minayo sintetizam de forma suficiente os tipos de produções conceituais que encontramos sobre o cuidado no campo da saúde. Em

primeira instância, tem-se o cuidado como essência da humanidade. Então, na saúde, o cuidado, por ser ligado existencialmente à humanidade, deve sempre estar como foco primordial das práticas de todos os núcleos profissionais, sempre com a cautela de prevenir medidas iatrogênicas.

Em seguida, tem-se o cuidado em saúde como materialização técnica das intervenções profissionais, que devem ser regidas sobre a égide da humanização. E em terceira instância, o cuidado como alusão ao estar inclinando-se, ao “prestar atenção”, comparado conotativamente ao cuidado materno. Está empreendido em empregar escuta qualificada, compreensão, estar atento/a ao que é apresentado pelo/a outro/a como queixa.

Estes três apontamentos abordados tratam-se na verdade de uma tríade de prática de cuidado que deve perpassar as intervenções dos profissionais na saúde (GUTIERREZ, MINAYO, 2010). Desde sua intervenção focalizada no núcleo, na técnica, na atribuição privativa profissional, quanto nas interrelações estabelecidas neste processo de cuidar, com a compreensão de que: o cuidado perpassa todas as esferas da vida e de que para ser efetivado deve se ter a cautela e zelo pela escuta do que é trazido pela pessoa e empregar ações/atitudes/práticas que materializem toda esta conotação e denotação de que se trata o cuidado.

Quanto ao cuidado em saúde, é importante salientar “uma observação mais atenta e criteriosa nos leva a perceber que os “cuidados da saúde” são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família”(GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498). Desta forma, no tocante ao cuidado em saúde, é possível elencar pelo menos dois contextos de produção deste cuidado em saúde, os serviços de saúde e a família. Entretanto, o enfoque abordado enfatiza o cuidado no contexto da rede oficial de serviços de saúde, uma vez que, o objeto desta pesquisa versa sobre as políticas públicas, que não só compõem a rede de serviços de saúde, como na verdade, trazem as diretrizes, o norte.

Além das três instâncias de discussões conceituais sobre o cuidado no campo da saúde apresentadas acima, ainda é possível encontrar uma quarta instância de discussões que envolve elementos e aspectos diretamente ligados a um cuidado em saúde integral efetivado sobre a ótica da concepção ampliada da saúde. Envolvendo elementos como o acolhimento, a escuta qualificada, a horizontalidade nas relações estabelecidas; de modo geral, questões ligadas a humanização. Quanto a isto, Gutierrez e Minayo (2010, p. 1501) apresentam que:

Finalmente, um quarto grupo de autores assume uma concepção de saúde integral que envolve corpo, ambiente, psiquismo e relações sociais, integrando fatores biológicos e materiais com aspectos mais psicossociais. Vemos isso em vários estudos que propõem uma definição ampla de cuidados da saúde, incluindo a perspectiva psicossocial e antropológica.

Este viés de discussão de cuidado em saúde, caracterizada pelos nortes da reforma sanitária; que considera o processo saúde-doença como multidimensional e a pessoa como totalidade viva, alvo de um cuidado em saúde integral; está em constante ameaça na conjuntura de disputa de projetos político-sanitários. Quanto a isto, é possível constatar que “sob a égide do pensamento positivista, houve a redução da concepção de saúde à mera “ausência de doença” e os *cuidados* assumiram a forma de “ações e procedimentos técnicos” informados pela ciência biomédica e descolados do mundo vivido” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498).

O que Gutierrez e Minayo apresentam é exatamente o que já foi trazido aqui no tocante à fragmentação do cuidado, hegemonia dos procedimentos técnicos ligado a uma lógica produtivista, portadora de uma lógica biologizante, que são todos rebatimentos da predominância do modelo biomédico-centrado. Fazendo com que, como bem ressaltou Machado et al(2004), as próprias pessoas que procuram os serviços de saúde, já cheguem aos mesmos com a demanda de procedimentos clínicos. O que marca uma conjuntura onde os “*cuidados da saúde* têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde e também pelos profissionais da rede de um modo extremamente limitado” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498). Como já citado e mais uma vez enfatizado conforme Gutierrez e Minayo (2010), existe uma limitação relevante nas discussões conceituais sobre o cuidado. Desta forma, até nas produções sobre esta temática, “em vários textos, o cuidado é tomado na acepção do senso comum, sem delimitação precisa de seu significado” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1500). Em relação ao cuidado em saúde pelos profissionais, Silva e Ramos (2014), destacam pertinentemente alguns aspectos de extrema relevância para o processo de cuidado em saúde, sendo eles “(a) capacidade das instalações; (b) rede de atenção à saúde; (c) formação; e (d) recursos”(SILVA; RAMOS, 2014, p. 699).

A hegemonia do modelo biomédico-centrado no modo de fazer saúde no Brasil, além dos rebatimentos negativos já apresentados; o mesmo também impõe questões limitantes ao cuidado integral. A exemplo, a predominância do saber médico na saúde, que além de comprometer a horizontalidade quanto aos outros núcleos de saberes que compõem o grande campo da saúde, ainda acarreta em um afastamento das famílias no tocante ao cuidado com a

saúde. Quanto a isso, é possível constatar uma “visível indiferença dos serviços quanto ao papel que a família desempenha na produção de cuidados pode ser entendida como decorrente do processo de colonização a que a área da saúde foi submetida pelo saber médico” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498).

Corroborando com Gutierrez e Minayo, que afirmam existir uma “tendência de adoção de conceitos de *cuidado* abrangentes, que sintetizam aspectos materiais, afetivos e sociais sem, no entanto, uma discussão em termos concretos” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1.497); as autoras Bustamante e Mccallum (2014) assumem o desafio de discutir um cuidado em saúde, partindo das reflexões de Gutierrez e Minayo (2010). Desta forma, é possível perceber, que entre os artigos da revisão integrativa há consonância em muitos aspectos. Desta forma, é possível constatar que no atual estado da literatura, as produções que abordem o cuidado em saúde conceitualmente, apesar de escassas, são razoavelmente unificadas.

Para Bustamante e Mccallum (2014), refletir sobre o cuidado em saúde, caminha no sentido do que Ayres (2009) apresenta, ao enfatizar que discutir cuidado em saúde e suas expressões, “trata-se de fazer mais e, algumas vezes, um pouco diferente, aquilo que já sempre terá feito parte da arte da atenção à saúde” (AYRES, 2009, p. 18). Pois, o cuidado está atrelado intrinsecamente a arte da saúde. Neste sentido, Bustamante e Mccallum (2014) partem do entendimento de que:

Tanto a noção de cuidado como horizonte normativo para as práticas de saúde, quanto o conceito de cuidado como construção de projetos de pessoa são desdobramentos do Cuidado no sentido ontológico – segundo o qual o homem sempre cuida, mesmo nas relações de desprezo e descuido. O primeiro é um conceito inspirador para a construção das práticas de saúde. O conceito aqui proposto nos aproxima do cotidiano, de práticas construídas nos mais diversos contextos. Nesse sentido, defendemos a importância de que esta maneira de compreender o cuidado seja considerada como sabedoria prática que pode ser incluída nas práticas de saúde (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 688).

O Cuidado em seu sentido ontológico, compartilha de uma “noção que atinge várias dimensões das relações entre os seres humanos” (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1.500). Partindo deste sentido; cujos elementos já foram apresentados aqui sobre o cuidado como categoria ontológico-existencial; Bustamante e Mccallum (2014) realizaram uma revisão da literatura sobre o cuidado em saúde, e se debruçaram enfaticamente ao que Ricardo Ayres contribui no tocante a esta discussão. Quanto a isto, as autoras trazem que:

Após desenvolver uma revisão da literatura, que se detém especialmente no trabalho de Ayres, defende-se a necessidade de pensar duas grandes

maneiras de compreender o *cuidado* na área da saúde: de um lado, o *cuidado* constitui um horizonte normativo que orienta as práticas de saúde; de outro, tal como é mostrado com dados etnográficos, *cuidado* envolve a construção cotidiana de projetos de pessoa que se dá em um marco de relações de poder. [...]. Ambos os conceitos estão ligados à perspectiva ontológica do *Cuidado* e são fundamentais para a construção de uma teoria geral sobre o *cuidado* (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 673).

Neste sentido, o cuidado é uma categoria que em certo ponto é contraditória. Detentora ao mesmo tempo de um caráter muito restrito, ou muito amplo; que em seus extremos, abrem leque para uma polissemia característica da própria categoria cuidado. Ainda é possível ressaltar como outras contradições do cuidado em saúde: o caráter denotado pelo viés mercadológico de um projeto político-sanitário privatista, onde o cuidado se expressa em procedimentos técnicos fragmentados e; o caráter denotado pelos ideais da reforma sanitária, configurando ao cuidado expressões que materializem o princípio da integralidade. Quanto a isso, Bustamante e Mccallum, destacam o que a autora Thomas (1993) apresenta sobre esta categoria. Segundo esta autora (THOMAS, 1993):

o cuidado é uma categoria problemática na medida em que existem definições muito restritas ou muito amplas. Neste sentido, uma definição ampla de cuidado incluiria toda forma de trabalho centrado nas pessoas. Ao sinalizar esses problemas, a autora argumenta que o cuidado é uma categoria empírica que para ser estudada requer ser relacionada com categorias teóricas (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 674).

Como ressaltado por Bustamante e Mccallum (2014), iluminadas por Thomas (1993); se debruçar sobre o cuidado, requer o alicerce teórico necessário a este exercício. Pois,

De um lado, o *cuidado* constitui um horizonte normativo para as práticas de saúde, e o desenvolvimento desta perspectiva tem expressão muito significativa na obra de Ayres. Por outro lado, o *cuidado* não tem uma qualidade definida a priori, e se constrói cotidianamente em interações que envolvem relações de poder (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 674-675).

O cuidado no cotidiano envolve relações de poderes que se dão dentro de uma conjuntura de disputa de projetos não só políticos-sanitário, como também, de projetos societários alusivos às classes sociais fundamentais. Em estrito à saúde, esta disputa reflete nas disputas dos projetos de saúde. Em conformidade com o projeto privatista, é possível perceber o que Bustamante e Mccallum (2014) concordam com Ayres (2004a), quando o autor defende que “a reflexão sobre o cuidado é central em um contexto de crise das práticas de saúde que, ao priorizarem as tecnociências, não estão dando resposta às necessidades de saúde das pessoas” (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 678). Nos conformes da reforma sanitária, sobre uma perspectiva ampla do cuidado em saúde, é possível constatar que “o

termo “cuidado” é frequentemente utilizado na discussão sobre integralidade e humanização das práticas de saúde” (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014,p. 675). Nesta esteira, se destacam os autores Pinheiro e Mattos (2004). Sobre os mesmos, Bustamante e Mccallum retratam que:

Os autores consideram que integralidade e cuidado são temas com grande potencial para pesquisa e também são artefato estratégico de debate no âmbito da Saúde Coletiva. Nesse sentido, destacam que o cuidado é uma categoria-chave para abrir novos diálogos do campo de conhecimentos, saberes e práticas em saúde, possibilitando a concretude de ações que se destinam a materializar uma política de saúde em defesa da vida (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 676).

Apesar de Pinheiro e Mattos (2004) apresentarem uma discussão por excelência sobre a relação do cuidado com a integralidade e a humanização, e serem referência na compreensão do cuidado na saúde enquanto como uma atitude inter-relacional humanizada e ação integral de materialização do princípio da Integralidade, que o mesmo também o é, os autores não se debruçam sobre o que seria o cuidado enquanto categoria, à parte da semântica que a saúde à confere. Neste sentido, Bustamante e Mccallum, ressaltam que “contudo, eles não refletem sobre o que é cuidado” (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 676). Que é exatamente o que se busca nestas seções da presente dissertação com o cumprimento da revisão integrativa. Quanto a isto, Bustamante e Mccallum (2014) ressaltam o que Anés e Ayres (2011) discutem, em consonância com o já apresentado aqui, no tocante ao caráter e sentido ontológico do cuidado. Nesta esteira, Bustamante destaca que:

a compreensão do que é cuidado em saúde, tal como o compreendemos aqui, desdobra-se de uma compreensão ontológica do Cuidado, já como efeito da própria ontologia fundamental que faz dele o elemento central para a compreensão da existência humana. Dito de outra forma, a concepção de cuidado em saúde que se vê como possibilidade para as práticas de saúde só é possível porque, antes de tudo, se assume o Cuidado em seu sentido ontológico (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 654).

Ainda sobre à abordagem teórico-conceitual da categoria, Ayres aponta quatro sentidos que o cuidado pode ser pensado de perspectivas teórico-conceituais. Este adendo aqui estabelecido, é bastante pertinente. Assim sendo, o cuidado enquanto categoria, poderia ser pensado como ramificações de quatro categorias teórico-analíticas. São elas, o cuidado enquanto categoria 1)Ontológica, 2)Genealógica, 3)Reconstrutiva e, 4)Crítica. (AYRES, 2004b). Estando elas interligadas entre si e voltadas ao sentido ontológico do cuidado, que é o mais encontrado, por se tratar de um sentido que caracteriza o que faz o cuidado ser cuidado, rebuscando à historicidade e etimologia.

Assim sendo, no tocante ao escopo desta dissertação, as discussões do cuidado enquanto categorias genealógica, reconstrutiva e crítica, não cabem aqui. Sendo a ontológica a única encontrada na revisão integrativa. Cabe ressaltar ainda, que o desenvolvimento de estudos teórico-analíticos que explanem esses outros sentidos categóricos do cuidado na saúde é um apontamento instigante e necessário. Ainda sobre isto, Ayres (2004b) apresenta que; como reafirmam Bustamante e Mccallum (2014); “esses elementos são reencontrados ao pensar no cuidado nas práticas de saúde e inclusive propõem que o modo de ser do cuidado possa ser usado como princípio para uma avaliação formativa das práticas de saúde” (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 679-680).

Na saúde, o cuidado possui uma maior relação intrínseca com o cuidado em seu sentido ontológico, do desvelo, da afeição, do zelo, da ação. Anéas e Ayres (2011), apresentam que na saúde, o “genuíno encontro no cuidado” se torna possível partindo da “disponibilidade de uma escuta que traz a pessoalidade. O profissional se abre a esta escuta, não como porta-voz do discurso instrumental, mas como aquele que acolhe o outro e torna as suas demandas válidas para o direcionamento de suas intervenções”(ANÉAS; AYRES, 2011, p. 659). Assim sendo, na saúde:

O cuidado é uma noção central para pensar na técnica e, nesse sentido: A ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidade, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas ou desconexas (AYRES, 2009, p. 18).

Em vista os aspectos observados, cabe ressaltar que o cuidado integral em saúde possui como foco principal a pessoa a ser cuidada. O cuidado em saúde é definido por Ayres como uma “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004a, p. 90). De forma humanizada, horizontal e norteado pela integralidade. Para romper com a hegemonia da fragmentação (AYRES, 2009) é necessário reconfigurar as práticas de saúde voltando-se para o entendimento de que o cuidado perpassa todas as dimensões da existência humana e que a pessoa é o foco principal do cuidado e como ressaltam autores/as como Silva e Ramos (2014); Merhy e Feuerwerker (2009) e Bernardes (2012), o cuidado, ocupado uma posição estratégica como conceito organizador do trabalho em saúde.

6.4 O cuidado e suas expressões: um breve diálogo sobre aproximações das formas, dimensões e tipos desta categoria polissêmica

Na saúde, o cuidado é uma categoria central. Apesar de existir diversas expressões desta categoria, como já explorado; o campo da saúde está intrinsecamente engendrado ao cuidado. Nem que seja em sua forma mais pontual, como as intervenções profissionais dos núcleos componentes da saúde. Ou, como se almeja, o cuidado integral, entendendo-o em sua transversalidade e empregado de forma humanizada. O que remonta ao que faz ‘cuidado ser cuidado’, que trata-se de seu sentido ontológico, sendo o mesmo ligado a existência básica da humanidade.

Diante dos resultados encontrados; e de todo processo de reflexão e abstração despreendido sobre esta categoria, com o artifício do uso de diversos procedimentos metodológicos, como revisão bibliográfica e a RI, foi possível copilar as principais maneiras de como o cuidado emerge. Englobando dimensões, aspectos, formas e até mesmo tipos. É pertinente salientar neste momento, que não se pretende colocar as expressões desta categoria tão ampla e polissêmica em caixinhas. Ou ainda, limitar suas expressões às apresentadas aqui. Foi um exercício intelectual delicado com o objetivo de tornar mais nítida a compreensão desta categoria teoricamente, como se propõe este estudo.

Ao longo dos trabalhos dos/as autores/as é possível perceber que muitos/as utilizam termos diferentes para nomear alguns aspectos e elementos da categoria cuidado e suas expressões, mesmo se tratando empiricamente da mesma coisa. Nesta seção, serão apresentados os achados contidos nos estudos encontrados compilados e com diálogo estabelecido entre si.

Os termos empregados aqui neste estudo; para esta aproximação com as expressões do cuidado em cada elemento/aspecto a ser abordado sobre o cuidado teoricamente; foram elencadas por bases etimológicas e embasados no processo teórico-reflexivo do ramo de leituras que compuseram a tessitura teórico-temática deste estudo. Este exercício de categorização e sistematização teórico-conceitual do cuidado, será apresentado em tópicos, para melhor visualização dos elementos e aspectos que compõem esta complexa equação que se trata tomar o cuidado enquanto objeto teórico-conceitualmente; não tendo nenhum intuito, como já mencionado, em fragmentar ou limitar esta categoria, ontologicamente, diversa.

Pois, o Cuidado em si, trata-se de um objeto que transcende os limiares categorizadores da ciência, não sendo possível esgotá-lo ou contemplá-lo totalmente em um trabalho acadêmico desta natureza. Entretanto, os esforços despendidos neste estudo, tal como a forma como foi pensando metodologicamente, possibilitou uma aproximação contemplativa acerca do tema. Anunciado isto, e ao caminhar para a apresentação dos tópicos, é importante informar que as discussões encontradas nos resultados deste estudo foram agrupadas para apresentação em três tópicos. Versando cada um, respectivamente, sobre a) Dimensões; b) Tipos de/o cuidado e; c) Formas do cuidado.

6.4.1 O cuidado: uma categoria multidimensional

O termo ‘dimensão’, etimologicamente vem do latim *dimensio.onis* que denota um aspecto ou uma faceta de algo. Expansivamente, conota uma extensão mensurável de algo (em todos os sentidos), uma porção de espaço que é ocupada por algo, um corpo, um fenômeno, uma existência. Ressalta-se que um corpo, por exemplo, não ocupa necessariamente apenas uma porção de espaço, podendo o mesmo corpo ocupar várias porções de espaço em diferentes ‘dimensões’. A tecnologia 3D (três dimensões), parte do pressuposto, do recolhimento de informação visual tri dimensional e cria a projeção de profundidade de um objeto, imagem (PORTO, 2016). O termo dimensão, refere-se ainda, a uma face ou até fase de algo ou de algum assunto. Compreender a multidimensionalidade de certas coisas, é permitir-se à uma visão com maior profundidade.

Enquanto que, o cuidado possui suas formas, que são as maneiras como o mesmo se apresenta e se materializa no concreto, na realidade, as dimensões correspondem às faces, aos aspectos do processo ao qual se trata a existência das coisas. As dimensões do cuidado são equivalentes as dimensões que compõem o próprio viver em sua complexidade, uma vez que o cuidado é uma categoria interligada a existência concreta dos seres e das coisas. Para cada existência um cuidado. Em todas as faces que compõem esta existência. Dito isso, é pertinente ressaltar que iremos debruçarmo-nos agora sobre as dimensões do cuidado sob a ótica da multidimensionalidade do viver (existência humana). Neste ponto, chegamos a contemplar, no tocante à multidimensionalidade, os três principais conceitos/categorias que circunscrevem esta dissertação: a Saúde, o Envelhecimento Humano e o Cuidado. Estas três categorias, que se constituem como a base conceitual desta pesquisa, formam, portanto, um tripé conceitual multidimensional.

A multidimensionalidade do processo saúde-doença leva a reflexão da compreensão de cada pessoa como totalidade viva, onde um cuidado em saúde que preze por esta questão, deve ser concretizador do princípio da Integralidade. Diversos fatores incidem sobre o processo saúde-doença, constituindo-se como condicionantes e determinantes da saúde. A exemplo, a incorporação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e; A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada no Brasil, por Decreto Presidencial, em março de 2006.

Os DSS incorporam elementos que vão desde a dimensão/esfera mais proximal, como questões genético-biológicas do indivíduo/coletivo, até dimensões/esferas mais distais, como condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. E entre estes extremos, questões como educação, ambiente de trabalho, habitação, serviços sociais de saúde, água e esgoto e as condições de vida e de trabalho, que perpassa pelo recorte de classe, como já abordado aqui; estes elementos, engendrados entre si, também são instituídas como componentes do processo saúde-doença.

O acesso à condições dignas de todos os aspectos que envolvem uma sociabilidade sadia, como infraestrutura e serviços urbanos, saneamento, educação, segurança, lazer, trabalho e renda, são condicionantes do processo saúde-doença, constituindo-o como um processo multidimensional, onde para que se alcance a integralidade no cuidado à saúde de forma digna, como direito à vida.

Em específico, no tocante ao segmento idoso, por exemplo, ao resgatar o conceito de saúde da pessoa idosa apresentado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, de Ramos (2002), onde compreende-se que saúde da pessoa idosa é a interação entre a “saúde física”, a “saúde mental”, a “independência financeira”, a “capacidade funcional” e o “suporte social”. Este conceito, apresenta a compreensão de várias dimensões neste processo, como a social, mental, física. Resgatando, o envelhecimento enquanto processo multidimensional ao compreender que o mesmo se trata de um processo que envolve elementos genético-biológicos, socioeconômicos, histórico-culturais e subjetivo-comportamentais.

Desta forma, um cuidado integral, envolve estas mesmas dimensões da saúde e do envelhecimento, se tratando na verdade, da multidimensionalidade do viver. Assim como a saúde e o envelhecimento, o cuidado, como também retratam Batista e Bandeira (2015), trata-se de um “conceito multidimensional”. Embora seja possível retratar a realidade de que as discussões constatadas a este tocante são escassas demasiadamente. Entretanto, foi realizado

um esforço, recorrendo a outros procedimentos como busca ativa de artigos em bases de dados, pesquisa bibliográfica e outros, para nos auxiliar a explorar esta aproximação sobre este aspecto da categoria cuidado: a multidimensionalidade. Com fins de contemplar ao máximo os principais aspectos emergentes desta categoria.

No tocante à multidimensionalidade do cuidado, Heidegger (1989) aponta que o cuidar está em toda atitude do ser humano e faz parte de sua existência. O cuidado está na primazia das raízes da humanidade. Como refere Boff (1999), antes que o ser humano faça qualquer coisa, e tudo que o fizer, estará imbuído de cuidado. Em consonância, Heidegger e Boff afirmam que o cuidado é um modo de ser essencial. O cuidado é a ação que materializa as necessidades de uma existência e como refere-se Boff (1999), sem cuidado, deixa de ser humano. Assim sendo, o cuidado extensivamente, envolve tudo que estiver à volta, todas as dimensões.

O ser humano é entendido como um ser biopsicossocial. A dimensão *bio*, fazendo alusão aos aspectos genético-biológicos, a dimensão *psico*, envolvendo elementos do ser psíquico como lazer, saúde mental, a subjetividade. Batista e Bandeira (2015), elencam algumas outras delas, ao trazerem que o cuidado “comporta dimensões afetiva, cognitiva, moral e de poder” (BATISTA; BANDEIRA, 2015, p. 60). Batista e Bandeira, em seu estudo, debruçam-se enfaticamente na dimensão *afetivo-emocional* do cuidado, e sobre isto, é possível afirmar que

a dimensão afetiva constitui o cerne do trabalho de cuidado, embora a pesquisa também evidenciasse que se trata de tarefa complexa e cotidiana que exige uma carga cognitiva densa e boa habilidade funcional, por parte das cuidadoras, nem sempre presente. Em outras palavras, a tarefa de cuidar é árdua e de muita responsabilidade (BATISTA; BANDEIRA, 2015, p. 60).

O cuidar trata-se de um desprendimento de preocupação, e exige diversos elementos, dentre eles, como retratam as autoras, conhecimento e responsabilidade. Principalmente no tocante ao cuidado em saúde com a pessoa idosa. Uma vez que, apesar de o ‘cuidado de si’ dever ser estimulado ao máximo com este segmento, para preservação da autonomia e independência, a velhice da classe trabalhadora por exemplo, em sua maioria, é uma velhice acompanhada de adoecimentos causados pela depreciação da capacidade de labor ao longo da vida pelos ditames do capital e pela exploração e precarização, as quais, são características fundantes do capitalismo. Assim sendo, o cuidado com o outro, vindo dos profissionais de saúde, é um cuidado bastante necessário no atendimento a este segmento no tocante às demandas de saúde. A dimensão do *social* abre margem para diversos fenômenos que

comportam o desenvolvimento da sociabilidade. O foco dado a esta dimensão aqui, recai sobre o aparato social que abarque as questões da velhice e do envelhecimento. Infraestrutura, serviços urbanos e políticas públicas de corte social. Pois, a elaboração e efetivação de políticas públicas voltadas à garantia de condições dignas para um envelhecimento saudável, do ponto de vista do social, tratam-se também de ações de ‘cuidado’ com este segmento. Conotando-se respeito, zelo, preocupação e preservação das necessidades sociais deste segmento.

Outra dimensão do cuidado reportada nos achados da RI, trata-se da dimensão cultural desta categoria. Souza et al. (2012) apresentam que “o processo de viver dos indivíduos é único e percebido de maneira singular, e que as raízes do comportamento perante as situações, a grande maioria, têm base em suas crenças pessoais e nos fatores históricos e culturais” (SOUZA et al. 2012, p. 140). Desta forma, o cuidado na dimensão cultural “são os valores, as crenças e as expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências” (SOUZA et al. 2012, p. 143). Desta forma, ao compreender-se a cultura como elemento componente da multidimensionalidade do cuidado, principalmente, diante do segmento idoso, uma vez que “O idoso deve ser percebido como alguém com forte potencial para aliar conhecimentos, experiências e concepções culturais que foram sendo construídos ao longo da vida, aos novos atos de *cuidado*” (SOUZA et al. 2012, p. 140).

Na saúde, é necessário enfatizar, “portanto, o uso de alternativas populares, seja a fitoterapia, seja a procura das rezadeiras é estratégia encontrada por esses idosos para seu bem-estar e que faz parte dos seus valores e crenças, auxiliando no *cuidado diário*” (SOUZA et al. 2012, p. 144). Esta parte de constituição de valores e crenças, além de fazer alusão às questões culturais, reportam também ao tocante da dimensão da espiritualidade, que por sua vez trata-se de um conceito bastante amplo, e não facilmente definível. Entretanto, é possível utilizar, aproximadamente, uma proposta de conceito para espiritualidade adotado pela OMS. “Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa” (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p.469). Um claro exemplo disto, é o conceito de Cuidados Paliativos, já apresentado neste estudo. Como bem retrata Volcan et al. (2003), para a OMS, a dimensão da espiritualidade se caracterizaria como sendo o conjunto de todas as emoções e

convicções de natureza não material. Partindo do pressuposto de que há mais no viver, do que pode ser percebido, ou ainda, plenamente compreendido.

No tocante à espiritualidade, é pertinente ressaltar que, para uma plena compreensão da mesma é necessário frisar que ela distingue-se de religiosidade, não se tratando, portanto, de sinônimos. A Religião é uma instituição social. E como bem retratam autores como Boff (2006) e Libanio (2002), ela refere-se ao aspecto doutrinário de determinada vivência religiosa de forma institucional; definindo-se por determinadas crenças e ritos característicos de uma moral ética coletiva religiosa referentes ao “transcendente”. Como apresenta Vasconcelos (2006), existe porquanto, a espiritualidade “mística”, que caracteriza-se a partir do momento onde a espiritualidade se manifesta como religiosa. Ou seja, este conjunto de emoções e convicções de natureza não material, no transcendente, é depositado em determinado conjunto de crenças e ritos característicos de uma moral ética coletiva religiosa.

Assim sendo, como bem sintetizam Oliveira e Junges (2012), a espiritualidade se caracterizaria pela dimensão essencialmente experiencial e a religiosidade, atrelada a uma religião, enquanto cálculo no aspecto institucional e doutrinário. Em estrito na saúde, Panzini e Bandeira (2005), por exemplo, apresentam a existência de diversos estudos na área da saúde pública que referem a relação existente com o envolvimento religioso como sendo benéfica à saúde da pessoa que é realmente praticante de determinado conjunto ético-moral coletivo religioso. Com aspectos positivos apresentados majoritariamente, como menor probabilidade de uso e abuso de álcool e outras drogas que criam dependência. Menor probabilidade de apresentar comportamentos envolvidos com crimes e violência (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Outro fator relevante, é o que Connelly e Light (2003) chamam atenção com o resultado de sua pesquisa que teve por base a avaliação de 350 estudos científicos que se debruçavam na avaliação da opinião de usuários/as de serviços de saúde sobre o tema da espiritualidade. E conforme os achados desta pesquisa, foi constatado que a grande maioria dos/as usuários/as dos serviços de saúde querem ser perguntados/as sobre sua espiritualidade e/ou suas crenças religiosas no contexto de cuidado em saúde. Tendo em vista os aspectos observados, é possível, desta forma, concluir que os aspectos de natureza espiritual, tratam-se de uma dimensão, a espiritualidade, que é totalmente pertinente no tocante à seara da saúde. Todas as dimensões que envolvem o ser humano, biofísica, emocional, social, psicológica, cultural, como a espiritual, ambiental, dentre outras; são passíveis de uma forma e um tipo de cuidado. Conferindo ao mesmo, inegavelmente, um caráter multidimensional.

6.4.2 Uma categoria polirepresentativa: Um breve diálogo sobre os tipos de cuidado

O termo ‘tipo’, etimologicamente vem do latim *typus* que denota ‘figura’, ‘imagem’, ‘estátua’; ‘representação’ ‘materialização’. A tipificação do cuidado, definitivamente, é um dos aspectos mais plurais e de maior amplitude. Trata-se da representação e materialização do cuidado enquanto prática que perpassa várias dimensões. Os ‘Tipos de cuidado’, tratam-se da imagem/forma/representação com a qual o cuidado é evidenciado quando é materializado.

Em exemplos, são as ações de zelo, preservação e manutenção do bem estar com os cabelos (cuidado capilar), tal como ações de desvelo, atenção e preocupação com a boca (cuidado bucal). É o cuidado com alimentação, voltado a um cuidado geral com o corpo. Todas elas podem ser realizadas/concretizadas tanto através de um cuidado realizado pela própria pessoa no ato de tomar um banho e lavar seus cabelos, ou ainda, através de um profissional que possua sua intervenção laboral, voltada para ações de cuidado capilares, um cabeleireiro, por exemplo. São cuidados referentes à dimensão biofísica. É o cuidado realizado pelos diversos/as profissionais que compõem o campo da saúde, cada um/a em seu concernente núcleo.

Ou ainda realizar uma prece pertencente a determinado credo religioso com fins de alcançar tranquilidade em suas emoções ao alcançar o transcendental, concernente à dimensão da espiritualidade, tratando-se, portanto, de um tipo de *cuidado espiritual*, realizado pela própria pessoa. Mas que também pode ser prestado por outra pessoa. O cuidado, que em geral, pode ainda se apresentar em duas formas, como veremos mais à frente, no último aspecto a ser abordado conceitualmente sobre o cuidado nesta seção de análise das expressões desta categoria.

Freitas e Noronha (2010) apresentam alguns tipos de cuidado, além dos que vem sendo trazidos até então, que são cabíveis de serem ressaltados. Entretanto, duas observações pertinentes precisam ser ponderadas. A primeira é concernente ao fato de as autoras tratarem o ‘cuidado’ como categoria central, e elegem o que apontam como ‘subcategorias’ do cuidado. Mas, conforme apresentado em relação às terminologias utilizadas nesta pesquisa, e suas conseqüentes fundamentações, os achados desta RI em Freitas e Noronha (2010) serão apresentados como tipos de cuidado.

A segunda observação é referente a uma expressão do cuidado que as autoras assumem como subcategorias/tipos de cuidado. Entretanto, conforme veremos mais a frente,

trata-se de outro aspecto do cuidado. Esta expressão é o ‘autocuidado’, compreendido aqui neste estudo, como mais que meramente um tipo de cuidado, mas sim, uma forma com a qual a categoria cuidado se apresenta para o concreto, para a realidade.

Dito isto, as autoras trazem uma contribuição preciosa ao instituir alguns tipos de cuidado estruturantes, apresentados e brevemente explanados a seguir. São eles: “o cuidado informal, o cuidado como caridade e o cuidado profissional” (FREITAS; NORONHA, 2010, p.361). Os tipos de cuidado ligados à uma noção de caridade, como a realização de doações ou atividades filantrópicas. O cuidado informal, abrangendo dimensões que existem uma profissionalização do cuidado, entretanto, ainda se configuram como práticas de cuidado. Como um ‘cuidador informal’ de pessoa idosa, que desprende uma série de cuidados com o/a idoso/a. Ou um ‘assistente social gerontólogo’ que se trata de um cuidado profissional no tocante à dimensão social do cuidado com a pessoa idosa, por exemplo.

Na saúde, a ênfase dada é ao cuidado profissional, dos diversos núcleos profissionais que desprendem intervenções de cuidado em diversas dimensões, como a psicologia com suas intervenções voltadas para a dimensão do ser psíquico (cuidados de saúde mental, dimensões cognitiva, afetivo-emocional). Ou profissões como enfermagem, fisioterapia e medicina que voltam suas práticas para um cuidado em saúde no tocante à dimensão biofísica. É possível citar ainda, as autoras Freitas e Noronha (2010), que, em seu estudo, se debruçaram sobre a análise do cuidado com a população idosa institucionalizada, ainda sinaliza a constatação de tipos cuidados como caridade e de cuidados espirituais desprendidos por outras pessoas a população analisada. Quanto a isto, as autoras colocam que

o cuidado como caridade é prestado pela presença, sobretudo, da igreja católica, que está na instituição desde sua origem. Observamos, também, voluntários que prestam cuidado espiritual aos idosos, levando-os às missas que são realizadas na instituição ou realizando atividades, como leituras da bíblia e visitas aos pavilhões, dando panfletos e falando de Deus (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 366).

Como observado até aqui, os tipos de cuidados que materializam esta categoria nas várias dimensões que a mesma perpassa, se apresenta de, pelo menos, duas formas. A recorrermos ao exemplo da realização da prece (como um cuidado espiritual realizado pela própria pessoa) junto ao que trazem Freitas e Noronha (2010), referente o cuidado espiritual prestado a pessoa idosa, levando-a às missas, realizando leituras da bíblia, dentre outras ações. Estas formas serão debatidas no próximo tópico deste eixo.

Cabe salientar o que Souza et al. (2012) apresentam quanto a esta categoria referente à dimensão cultural da mesma, ressaltando o *cuidado cultural*, como atitude ética de respeito, desvelo, zelo e preservação dos valores culturais das pessoas, das crenças pessoais e nos fatores históricos e culturais que constituem a formada da pessoa. Principalmente se tratando do segmento idoso, pois, como enfatiza a autora, a pessoa idosa constitui-se como um ser com acúmulo construtivo de valores e crenças que construiu ao longo da trajetória da vida. Nesta esteira, vale ressaltar que a incorporação de “alternativas populares, seja a fitoterapia, seja a procura das rezadeiras é estratégia encontrada por esses idosos para seu bem-estar e que faz parte dos seus valores e crenças, auxiliando no cuidado diário” (SOUZA et al., 2012, p. 144).

Assim sendo, respeitar e considerar os valores e crenças, auxilia no estímulo e na realização de mais um tipo de cuidado que é anunciado aqui, o *cuidado diário*. Este tipo de cuidado refere-se as atividades de vida diária (como tomar banho, escovar os dentes, pentear o cabelo). Trata-se de um tipo de cuidado ligado a autonomia, à realização de uma prática de cuidado consigo mesmo. Entretanto, em caso de pessoas idosas, por exemplo, com comprometimento cognitivo que possuem perda de autonomia e independência, destaca-se o/a profissional de terapia ocupacional. Núcleo profissional componente no campo da saúde, que possui intervenções profissionais voltadas a esta dimensão do cuidado diário.

Tendo em vista as reflexões apresentadas até então, é possível constatar que o cuidado é uma categoria poli representativa. Uma vez que, a maneira com a qual a categoria cuidado expressa sua representação, sua materialização por meio dos tipos de cuidado que compõem um leque imensurável. Pois, cada existência necessita de cuidados para sua preservação. Quando se fala de cuidado “há o estabelecimento de um vínculo de dependência, baseado em necessidades de diversos tipos” (BATISTA; BANDEIRA, 2015, p. 75). Assim sendo, para cada necessidade de determinada existência, perpassa-se inexoravelmente, pelo cuidado. Em alguma dimensão, materializando-se em tipos de cuidado. Tratando-se portanto, de uma categoria polirepresentativa, que se representa materializando-se diversamente e que pode apresentar-se em duas formas. Como veremos agora.

6.4.3 *De si e Do outro*: conversando sobre as formas de cuidado

O termo ‘forma’, etimologicamente vem do latim *forma*, que significa, genericamente, ‘aparência, semelhança, imagem, fôrma etc.’. O termo ‘forma’ está relacionado a como um corpo, algo, se configura. Ao modo particular em que algo pode ocorrer. Está ligada ao

estado físico (materializado, concreto de existência) como algo se apresenta. Assim, aqui será tratado das formas de existir do cuidado. Como a categoria em tela pode ser constatada apresentando-se em seu sentido concreto de materialidade e existência.

Dito isto, é possível apresentar duas formas desta categoria. O Cuidado no sentido vetorial externo. Apresentando como ‘preocupação’ com outro, ação de cuidado voltado à pessoas, coisas que se tem afeição, zelo, desvelo, preocupação. E o autocuidado, emprego do cuidado consigo mesmo, seguindo os mesmos pressupostos de afeição, zelo, desvelo e outros, que remetem ao sentido ontológico do cuidado; apesar de alguns autores apresentarem que para o cuidado ser ‘cuidado’, pressupõe-se que precisa inexoravelmente ser no sentido vetorial externo, com o outro, tal como os supracitados Heidegger (1989) e Boff (1999).

Entretanto, o cuidado tal como é em seu sentido ontológico, segue as mesmas premissas tanto quando empregado com o outro e coisas, quanto quando consigo mesmo. Assim sendo, trata-se de uma categoria que possui como ramificações primogênicas estas duas formas de cuidado refletidas aqui nesta seção, e se tratando ambas, da mesma categoria que se apresenta à realidade, ao concreto, destas duas formas. Desta maneira, é possível afirmar, com bases nos estudos e pesquisas realizadas intensivamente nesta dissertação, que o cuidado é uma categoria, pelo menos, e até então, biforme, o cuidado aplicado consigo mesmo e o cuidado com o outro (alguém/algo).

Ao se aprofundar nos estudos sobre o cuidado, é possível ressaltar que ele está ligado ontologicamente à existência básica humana, seja com o outro ou consigo, não se tratam essencialmente de coisas distintas. Ele se trata da mesma categoria, o cuidado. Só que com formas diferentes, como veremos mais à frente. Assim sendo, são apresentadas como formas com as quais o cuidado apresenta seu estado físico: o *cuidado de si* e o *cuidado do outro*. Na saúde, quanto às formas do cuidado, é possível ressaltar que as ações são mais voltadas para a concretização do cuidado com outro, entretanto, sendo de extrema importância estimular o autocuidado do/a usuário/a com ele/a mesmo/a, como veremos mais esmiuçadamente posteriormente. Por este motivo, na saúde, encontra-se mais discussões voltadas ao cuidado como ação com outro (geralmente do/a profissional com o/a usuário/a) que deve acontecer em contexto de relações e práticas humanizadas, voltadas para a materialização do princípio da Integralidade.

No tocante ao cuidado com outro, cabe ressaltar que Leonardo Boff é um dos autores mais referenciados nos trabalhos encontrados, tal como em outras revisões de literaturas

realizadas ao decorrer da construção desta dissertação. Boff considera que “o cuidado como atitude fundamental de um modo-de-ser no qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com carinho” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). Desta forma, cuidado implica em:

Compreender a realidade do outro, saindo de sua própria referência estrutural, é o principal aspecto da dimensão ética do *cuidado* referido por Noddings, no qual a realidade do outro nos chega de forma empática, onde a tolerância torna-se fundamental. O *cuidado*, aqui, representa um acordo, pois existe envolvimento entre as pessoas e promove o bem estar do outro, logo, é uma atitude relacional (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1145).

Assim sendo, o cuidado pressupõe o exercício de promover o bem do outro, uma atitude relacional humanizada pautada na real escuta e afeição, zelo, preocupação e empatia com a realidade do outro. Permitindo que esta realidade alcance nossa predisposição transformando-a em preocupação, saindo da auto referência estrutural e realizando a ação que promova este bem estar do outro; em outras palavras, ‘cuidando’. Para Boff, cuidar das outras coisas, implica em seis elementos: ter intimidade; senti-las dentro; acolhê-las; respeitá-las; dar-lhes sossego e repouso. Com isto em vista, “cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, o espírito da delicadeza, o sentimento profundo” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). Cuidar é ação. Quanto a isto e em estrito, por exemplo,

no Brasil e nos países de língua espanhola, a palavra “cuidado” é usada para designar atitude, mas é o verbo cuidar, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra inglesa *care*. Assim, se é certo que “*cuidado*” ou “*atividade de cuidado*”, ou mesmo “*ocupações relacionadas ao cuidado*”, como substantivos, foram introduzidos mais recentemente na língua corrente, as noções de cuidar ou de tomar conta tem vários significados, sendo expressões de uso cotidiano (BATISTA; BANDEIRA, 2015,p. 68).

Partindo-se deste pressuposto de que o cuidado é verbo é ação, tal como na saúde ele é tomado como a ação inter-relacional materializadora do princípio da Integralidade. Caracterizando-se assim, como atitude destinada ao outro. Assim como Boff, o filósofo Martin Heidegger é outro autor bastante referenciado quanto ao cuidado com o outro, partindo do sentido ontológico do cuidado. Referente a isto, Heidegger aponta, como destacam também Luz e Miranda (2010), que “a origem humana está no *cuidado* e que esse *cuidado* possui uma anterioridade que imprime, mantém e domina o ser-no-mundo. O *cuidado* é a primeira marca humana” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144).

Ao se ter em vista os aspectos observados, é possível considerar que o cuidado com o outro, trata-se de uma das formas onde “o *cuidado* pensado aqui é entendido como ocupação e preocupação para fora de si. Essa ocupação tem o sentido primeiro de preservação de um

outro, que se caracteriza pela ação: ação de cuidar” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1144). E de acordo com Heidegger (1989), em toda atitude do ser humano o “cuidar” está presente, fazendo parte de sua existência. O próprio Boff (1999), faz alusão ao que Heidegger (1989) aponta, e Freitas e Noronha (2010) também comentam, de acordo com o apresentado por Heidegger de que “o cuidado está na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, sempre estará imbuído de cuidado, pois ele é um modo de ser essencial, está sempre presente e é irreduzível a qualquer outra situação anterior” (FREITAS; NORONHA, 2010. p. 360).

Desta forma, como bem apresenta Heidegger (1989), o cuidado é uma necessidade de todo ser, pois o mesmo sem o cuidado, deixa de ser humano. Pois, “se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com *cuidado* tudo que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e destruir o que estiver a sua volta” (BOFF, 1999, p.34). O cuidado é inegavelmente uma categoria *Sui generis* com gênese na existência básica da humanidade e trata-se de meio substancial de preservação de todas as formas de vida e existências, sem o qual, tudo se deteriora, e com o qual, tudo estrutura-se, ganha sentido e dignidade até a morte, ou inexistência.

No que se refere ao cuidado de si, Luz e Miranda (2010) fazem referência a Foucault (1994) quando este descreve com seu método arqueológico, escavando a cultura greco-romana nos séculos II e III revela uma tecnologia do cuidado de si sendo empreendido como uma técnica ética e estética da existência. O que nos leva a refletir como o cuidado de si, é uma forma da categoria cuidado dotada de tamanha importância para existência humana, tanto quanto o cuidado com os outros (algo/alguém). Sobre o que Foucault debate acerca do cuidado de si, Luz e Miranda (2010) apresentam alguns destaques no tocante à relevância desta forma de cuidado; destacando que Foucault,

reporta que um dos estatutos do sujeito era o sujeito do *cuidado de si*, que se tratava de uma prática da liberdade que implica a criação e invenção de si mesmo como sujeito. Logo, a partir do conhecimento de si, as pessoas poderiam autoprescrever dietas, exercícios, sexo, banhos, sem a necessidade de recorrer a especialistas, já que a pessoa mais indicada para esse cuidado é o próprio sujeito. O *cuidado de si* implica a relação de si consigo, um trabalho incansável de construção de si mesmo. Para o grego a questão era: você é senhor ou escravo dos seus desejos? (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1145).

Foucault (1994) nos leva a refletir sobre a relevância do cuidado de si, para existência básica humana. Partindo do pressuposto de que ninguém entenderia melhor suas necessidades

do que a própria pessoa. Isto nos leva a importância da participação da pessoa (usuária de um serviço de saúde) no plano de cuidado. Onde o/a profissional e o/a usuário/a são coparticipantes deste processo de cuidado em saúde, de forma horizontal e estabelecido através de interrelações humanizadas. Para além da saúde, o cuidado de si, é uma forma desta categoria que nos remete a importância e a associação destas duas formas de cuidado, para o alcance de um cuidado pleno. Onde ele é empreendido em si mesmo, e com o externo (pessoas, coisas que se possui afeição, respeito, zelo).

Para expandir esta reflexão, pensemos, por exemplo, em uma das orientações de segurança estabelecida pela Organização da Aviação Civil Internacional (OACI) em caso de depressurização. Em situações em que a cabine perde a pressurização, máscaras de oxigênio caem automaticamente, e a orientação dada pela OACI, passada durante os informes de segurança antes de o avião decolar, é de que a pessoa puxe uma das máscaras, coloque-a sobre o nariz e a boca, ajustando o elástico em volta da cabeça, respire normalmente e depois auxiliar a pessoa ao lado, caso necessário. Em casos em que a pessoa ao lado seja uma criança, por exemplo, é orientado que primeiro coloque a máscara em si, e após, na criança ao seu lado. Pois, se os adultos colocarem as máscaras primeiro nas crianças, eles podem vir a desmaiar. E mesmo que as crianças consigam colocar suas máscaras, pode haver o risco de as mesmas não alcançarem colocar nos adultos. Em situações de emergências, é necessário colocar a máscara primeiro, para estar em condições de colocar nos que dela necessitam. Metaforicamente, o que está sendo dito é que é necessário cuidar de si, para cuidar dos outros.

Em consonância com o que vem sendo trazido até então, Foucault insere em seus escritos sobre esta temática a prerrogativa de que o cuidado de si “tem de entrar primeiro na pauta da discussão, antes mesmo de pensarmos em cuidar dos outros. Um *cuidado de si* que deve, por ele mesmo e a título de consequência, produzir, induzir as condutas pelas quais poderemos efetivamente passar a cuidar dos outros” (VARGAS; RAMOS, 2010, p. 957). Esta prerrogativa apresentada por Foucault, e trabalhada por exemplo, pelas autoras Vargas e Ramos (2010), que fazem parte dos achados desta RI, endossa a apresentabilidade da discussão no tocante ao *cuidado de si* como uma das formas da categoria cuidado, tanto quanto *cuidado com o outro*; partindo ambos, das mesmas premissas e pressupostos, uma vez que são ramificações do mesmo solo, o cuidado. Uma categoria que conota uma atitude em busca do bem estar do que se tem zelo, afeição, desvelo, respeito e desprende-se preocupação por sua existência com dignidade.

Conforme apresentam Machado e Lavrador (2009), “o objetivo do “cuidador” deveria ser menos cuidar e mais incitar o desejo de *cuidado*, ou melhor, provocar no outro o desejo de cuidar de si” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 516). O cuidado de *si* deve ser colocado em foco com centralidade, entretanto, como ressaltam Machado e Lavrador (2009), é de extrema relevância o entendimento de que este cuidado de *si* não se trata de um “culto ao ego” ou “à solidão”, voltando-se exclusivamente para sua interioridade. Mas sim, como exercício ético de autorespeito e autopreservação, colocado como estatuto do sujeito. Alusivamente, colocar a máscara de oxigênio em você e posteriormente auxiliar o outro, ou seja, se cuidar para estar apto à cuidar do outro (pessoas e arredor) em uma relação de solidariedade mútua coletiva.

Como propõem Foucault (2004), Luz e Miranda (2010) e Machado e Lavrador (2009), sintetizado nas palavras destes últimos, o cuidado de *si*, “com base no estudo da cultura helenística e romana, implica um exercício ético. O cuidado de *si* é uma prática social, é uma intensificação das relações sociais” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 516). Como mencionado, o cuidado de *si* não reporta a individualização, característica de uma conjuntura social fragilizada com esvaziamento de solidariedade coletiva (LUZ, 2004). Mas sim, em uma perspectiva de singularização, onde leva-se em consideração as particularidades de cada pessoa, entendendo-a como totalidade viva dentro de uma pluralidade, que se trata da coletividade. “Assim, é preciso dizer que o *cuidado de si* deve tomar forma a partir de diferentes combinações, mas sempre num pertencimento a um grupo. Lembremos, pois, somente no interior do grupo e na distinção do grupo, pode o *cuidado de si* ser praticado” (VARGAS; RAMOS, 2010, p. 962).

As relações sociais são intensificadas por via do cuidado de *si* como prática social, “isto porque o *cuidado de si* implica o desejo de uma transformação contínua destinada a uma avaliação do que seria melhor ser feito e/ou dito em função das peculiaridades de cada circunstância” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 516). Uma vez que, regressando ao nosso supracitado exemplo, ao colocar a máscara primeiro, haverá uma possibilidade maior de colocar em outras pessoas. Em outras palavras, ao se cuidar, há melhores condições de desprender o cuidado com o outro. Assim sendo, estas duas formas da categoria cuidado “cuidado de *si*” e o “cuidado com outro”, devem estar lado-a-lado para uma experiência plena de bem-estar. Desta forma, além do cuidado com o outro, o cuidado de *si* deve ser pautado com equivalência de importância. Ainda sobre o cuidado de *si*, é pertinente salientar que

esse exercício ético envolve uma política, uma política em si. Dito de outra forma, a política de humanização não deveria ser experimentada como uma política estatal, exterior e/ou acima de cada um de nós, mas como uma política de governamentalidade ética, como governo de si (Foucault, 2004). Acreditamos ser este um desafio cotidiano que a política de humanização enfrenta. É nesse sentido que a prática do cuidar precisa constituir práticas de *cuidado* de si, onde ‘usuários’ e trabalhadores possam tomar ‘posse da vida’, ou melhor, possam inventar possibilidades de vida que escapem ao padecimento, à sujeição, ao vitimar-se (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 517).

É bastante pertinente esta reflexão que Machado e Lavrador realizam no tocante a política nacional de humanização (PNH) que se trata de uma política de Estado como estratégia de enfrentamento à desumanização que vigora no fazer saúde, embasado em uma lógica biologizante e fragmentadora enraizadas na hegemonia do modelo biomédico-centrado. A humanização não deveria estar presente nas interrelações no campo da saúde via uma implementação política (no sentido de diretriz estatal), mas sim como política de governamentalidade ética. Intrínseca às relações humanas, uma vez que, o cuidado pressupõe a humanização das relações e é uma categoria ligada à humanidade ontológico-existencialmente. Nesta esteira, o cuidado de si, é colocado com essencialidade, tanto para os/as usuários/as, quanto para os/as trabalhadores/as como enfatizam Machado e Lavrador (2009).

É importante ressaltar a necessidade de os/as profissionais de saúde, estimularem o cuidado de si nos/as usuários/as (MACHADO; LAVRADOR, 2009) paralelamente ao cuidado desprendido pelo/a profissional, para que se alcance o cuidado pleno em saúde. Devendo o/a profissional e o/a usuário, estabelecerem uma relação horizontal de parceria neste processo de cuidado. Ressalta-se também a necessidade de os/as profissionais da saúde; cujas intervenções profissionais em seus diversos núcleos, são voltadas, majoritariamente, para o outro; estarem atentos/as ao seu próprio cuidado de si.

Referente ao cuidado de si, uma ressalva considerada pertinente, é a importância de os/as profissionais de saúde estarem atentos/as ao exercício do autocuidado. Enfatiza-se isto, dada uma conjuntura onde a Síndrome de Burnout é crescente no meio profissional da saúde. Trata-se de uma síndrome que atinge diversas profissões, principalmente as destinadas a desprender cuidados aos outros, onde se destacam os profissionais da saúde, como apresenta Lima (2007).

Conforme apresenta Lima (2007), a Síndrome de Burnout, foi apresentada nos Estados Unidos, na década de 1970. Seu surgimento/descoberta se deu após um processo de busca por

respostas para melhorar os “cuidados” e atenção profissional aos trabalhadores de uma organização. Esta síndrome, foi definida como esgotamento profissional, uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho. Como ainda retrata Lima (2007), existem alguns estudos publicados que constataam que é uma síndrome que acomete trabalhadores de diversas profissões. Principalmente, como já citado, os profissionais encarregados tecnicamente de cuidar dos outros, como trabalhadores da área da educação, policiais, agentes penitenciários e trabalhadores da saúde (LIMA, 2007).

Kovaleski e Bressan (2012), trazem que os/as trabalhadores/as da saúde devem estar atentos/as com a sua saúde mental e emocional, mais do que trabalhadores/as de outras áreas. Pois segundo o autor e a autora, entre vários fatores que acometem a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, encontram-se como principais e diferentes estresses ocupacionais: 1) carência de profissionais ou indivíduos capacitados, 2) as prolongadas jornadas de trabalho, 3) a exposição do profissional a riscos químicos e físicos, 4) a falta de reconhecimento profissional; assim como, 5) o contato constante com o sofrimento, a dor e até mesmo a morte (KOVALESKI; BRESSAN, 2012).

Ao se ter em vista os aspectos observados até então, é preciso delimitar que “a produção da saúde não pode ser limitada aos serviços de saúde e aos seus trabalhadores. É preciso que o ‘usuário’ tome posse de si, do seu corpo/alma, do seu *cuidado*, enfim, que ele crie e amplie suas redes de saúde” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 51); para que desta maneira o/a usuário/a possa ativar “potências de vida que incluam os serviços, mas não se restrinjam aos mesmos” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 51). Tanto quanto, o cuidado em saúde não se restringir aos/às profissionais de saúde, tampouco, unicamente de forma técnica, como predominante no modo de fazer saúde enraizado em um viés mercadológico marcado pela hegemonia da lógica fragmentadora e biologizante. Sobre isto, Molinier e Paperman (2015), apresentam que:

O problema levantado pelas fronteiras dos saberes instituídos se encontra em sua aplicação às problemáticas sociais e políticas do *cuidado*. O modelo que prevalece atualmente, para pensar a categorização e a especialização das “profissões” do *cuidado*, é o da categorização e da especialização calcadas no modelo de desenvolvimento da ciência e das técnicas. A necessidade de profissionalizar o *cuidado*, e até os “auxiliares familiares”, passou a ser um dogma do qual dependeria o reconhecimento social das pessoas que fazem esse trabalho (MOLINIER; PAPERMAN, 2015, p.55).

A prevalência da categorização e da especialização do cuidado em saúde acarreta em rebatimentos negativos no tocante à integralidade. Quanto a isto, cabe salientar que “esse mesmo

cuidado tem sido ressignificado, também, porque este interfere diretamente no econômico. É ilusório dizermos hoje que *cuidado* não gera lucro para a instituição hospitalar; aliás, se indevidamente administrado, gera um grande prejuízo” (VARGAS; RAMOS, 2010, p. 962). Isto trata-se exatamente do *ethos* de saúde como mercadoria produzido pelo neoliberalismo. O cuidado em saúde norteados pelos ideais da Reforma sanitária, promotora de uma atenção voltada à integralidade da pessoa compreendida enquanto totalidade viva pressupõe o estímulo e a ênfase necessária ao cuidado de si. Pois, deve-se assumir o cuidado de si com ênfase em sua essencialidade. Pelo fato de que “o *cuidado de si* e a criação de um estilo de vida dissolvem os determinismos e abrem um espaço de possibilidade adequado às novas exigências da pluralidade, pois podemos constituirmo-nos como sujeitos em função da multiplicidade de experiências” (VARGAS; RAMOS, 2010, p. 957). Desta maneira, abarcando a multidimensionalidade do processo saúde-doença.

Referente ao autocuidado há mais uma prerrogativa que é pertinente e necessário de trazer à seara deste debate. O cuidado de si, pressupõe a autonomia. “E, como a prerrogativa da autonomia, o *cuidado de si*, está na pauta da discussão, lembremos o dito anteriormente, ou seja, para ser artífice do próprio *ethos*, deve-se introduzir uma experiência, já sempre sustentada por seu próprio acontecimento histórico” (VARGAS; RAMOS, 2010, p. 960). Assim sendo, ao pensar saúde da pessoa idosa, que compreende a autonomia e a independência como diretrizes fundantes; o cuidado de si com este segmento trata-se de uma questão delicada e de centralidade que será abordada mais enfaticamente na quarta seção de análise dos resultados da RI, mas que cabe ser referenciada aqui, na esteira de discussão teórica sobre esta forma de cuidado. Por fim, pensar sobre a categoria cuidado, pressupõe

pensar/ intervir, antes de tudo, sobre nós mesmos, na vida, no viver. Potência política de expansão das redes sociais por meio do exercício ético do “*cuidado de si*” em sua força estética de invenção de outras possibilidades de vida, de ampliação das normatividades, de transmutação de estados de coisa. Enfim, resistência contínua a todos os modos naturalizados de sobrevida/sobrevivência (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 520).

As formas de cuidado remetem e constatarem o engendramento inexorável ao qual esta categoria está em relação a existência básica da humanidade e até os dias atuais em toda complexificação das relações sociais na contemporaneidade. O cuidado de si refere-se ao zelo por sua existência; implica no autoconhecimento, no firmamento da singularidade, principalmente no processo saúde-doença. Uma vez que falar de saúde, é automaticamente falar de vida. Referir direito à saúde, é referir direito à vida. Prezar por um cuidado integral é zelar por uma existência em gozo das plenas condições para o estabelecimento do bem-estar

desta existência com dignidade. O exercício ético do cuidado de si, tanto quanto o cuidado com o outro, remetem à invenção de possibilidades de vida que denotam todas as premissas componentes do cuidado enquanto categoria ligada ontologicamente à humanidade.

6.4.4 O cuidado com o outro em saúde e os Subsistemas de cuidado

No que concerne ao Cuidado com o outro, na saúde, é pertinente pontuar aqui, uma discussão desenvolvida por autores/as da seara científica da saúde sobre ‘subsistemas de cuidado’ (apesar de não ter sido achados da RI, mas sim do estratagema teórico-bibliográfico realizado para endossar nossas discussões). Os subsistemas de cuidado, como proposto por Kleinman (1980; 1990), referem-se ao conjunto de práticas de cuidado em um determinado âmbito, que consistem no profissional, familiar e popular.

O sistema de cuidado, aqui referenciado, equivaleria ao conjunto de elementos, aspectos, tipos de cuidado, a dinâmica e funcionamento característicos daquele âmbito (profissional, familiar, popular). O sistema de cuidado profissional, por exemplo, é composto pelos cuidados em saúde prestados pelos núcleos que compõem a grande área da saúde. Os cuidados especializados, o da/o enfermeira/o, da/o profissional da educação física, da/o fonoaudióloga/o, dentre outros; dentro de suas respectivas intervenções, caracterizando um cuidado profissional alusivo majoritariamente à dimensão biofísica, mas também a dimensão social, com profissionais como assistentes sociais e as dimensões do ser psíquico (emocional, cognitiva, etc.) com profissionais como psicólogas/os.

O sistema de cuidado “familiar”, também denominado de “informal” ou “popular” (BOEHS et al., 2011), não possui em seu conjunto de elementos o sentido da prática especializada, profissional, mas constituem-se inegavelmente como sistema de cuidado com o outro. Inclusive, aqui incorpora-se práticas de cuidado ligadas à costumes, crenças, alusivos às dimensões ética e cultural. Especialmente nos segmentos sociais de baixa renda, tanto que

pesquisas realizadas nas décadas de 1980 e 1990, ocorridas durante o processo de concepção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apontavam para a multiplicidade de usos de recursos terapêuticos alternativos ou populares, e a recorrência às distintas fontes de tratamento por parte da população de baixa renda (BOEHS et al., 2011, p. 1006).

Estas pesquisas são destacadas nas décadas de 1980 e 1990 que constaram a significativa presença de cuidados alternativos e populares, desprendidos informalmente pelas famílias. Além destas, é possível destacar que as práticas dos cuidados “informais” oriundas

do sistema familiar de cuidado, também são alvos de estudos desenvolvidas mais recentemente como os de autoras/es como Barbosa et al. (2004), Elsen e Monticelli (2006) e Scholze e Silva (2005), como também enfatiza Boehs et al. (2011), que se debruçam sobre como os/as profissionais de saúde reagem diante do uso das práticas de cuidado do sistema informal (familiar/popular).

Diante desta amplitude da categoria central deste estudo, cabe ressaltar sobre o cuidado no concernente à saúde, estritamente no referente aos/as profissionais da área, no tocante ao tipo de cuidado profissional, na forma de cuidado com o outro, e perpassando a diversas dimensões que os vários núcleos da saúde contemplam. Nesta esteira, é interessante destacar que os/as profissionais da saúde devem nortearem-se “colocando em prática conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, referência, contrarreferência e *cuidado* ético, utilizando-se sempre de delicadeza, que é um modo sutil e suave de contornar situações difíceis” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1147).

É importante ainda ressaltar que referente às exposições submetidas aos/às profissionais de saúde, decorrentes, a exemplo, na Síndrome de Burnout, que o/a profissional de saúde não deve se deixar “tomar por sentimentos de penalização, muitas vezes paralisante frente ao cliente e à gama de sofrimentos por que ele passa, pois, no momento em que isso ocorre, o profissional se despotencializa, minimizando sua capacidade ética e desconsiderando o *cuidado* ao outro” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1147).

E por fim, é de extrema relevância destacar que “não basta que o profissional tenha o domínio técnico. É fundamental que ele tenha um cuidar ético; levar em conta a vida e defendê-la, considerando a necessidade do cliente, mas sem julgá-lo, discriminá-lo ou estigmatizá-lo, sem perder de vista o cuidado ao outro” (LUZ; MIRANDA, 2010, p. 1147); nem tampouco, o cuidado de si.

6.4.5 Subcategorias e a Tríade Orgânica do Cuidado

Como resalta Boff (1999), cuidar é a base do ser humano desde o seu nascimento até a sua morte. A existência em sua plenitude, pressupõe a necessidade do cuidado. Em suas duas *formas/direções*, consigo mesmo (**cuidar de si**) e *direção externa*, com outro e com o *arredor* (**cuidar de alguém e de algo**). Estes são os componentes do que será chamado aqui

de **Tríade Orgânica do Cuidado**. Diante das reflexões apresentadas ao decorrer deste estudo e brevemente retomadas aqui com fins de fechamento e iluminando-se por Hernández (2010), é possível elencar, pelo menos cinco classificações ontológicas da categoria cuidado em ação, ou seja, '*o cuidar*'.

As **subcategorias** da Tríade Orgânica do Cuidado, ou ainda, as **subcategorias do cuidado**, em toda sua multiplicidade de expressões, constituem-se como: 1) **Cuidar como imperativo moral e/ou ideal**; 2) **Cuidar como afeto**; 3) **Cuidar como relação interpessoal**; 4) **Cuidar como ação terapêutica profissional** e; 5) **Cuidar como característica humana**. A primeira referente às questões éticas de sociabilidade, conjunto de normas morais ligadas ao cuidado como atitude de preservação das existências (meio ambiente, pessoas, animais, economia, política, etc). A segunda referente ao cuidado ligado às afeições e afetividade humanas, como o cuidado referente à dimensão emocional, o *cuidado* como elemento em uma mesma equação com o *amor*. A terceira no tocante às relações interpessoais, onde a humanização deve reger a grande orquestra das relações sociais estabelecidas entre as pessoas em seus cotidianos, principalmente, no campo da saúde. A quarta, é onde localiza-se o cuidado em saúde dos núcleos profissionais, as intervenções clínico-terapêuticas e holísticas em saúde, principal subcategoria da Tríade Orgânica do Cuidado abordada nesta pesquisa no tocante à saúde da pessoa idosa. A quinta, remete totalmente ao sentido ontológico do cuidado, como característica humana atrelada ao atendimento das necessidades singulares das pessoas para com elas mesmas, com as outras pessoas, e de forma geral, com o arredor.

6.5 Saúde e envelhecimento: reflexões sobre o cuidado em saúde com a pessoa idosa.

O cuidado em saúde é uma demanda colocada pelo próprio segmento idoso em suas Conferências Nacionais. Mesmo a lei que legitima e regulamenta as Conferências datando da década de 1990, a primeira Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa aconteceu em 2006, teve como tema central o tema “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI)” e como objetivo principal a definição de estratégias para a implementação da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). A segunda Conferência Nacional aconteceu em 2009, teve como tema a “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios” e seu objetivo foi o de avaliar o desenvolvimento das estratégias de constituição da Rede Nacional de Proteção e Defesa da

Pessoa Idosa, identificando os avanços e desafios do processo de implementação das políticas destinadas a realizar os direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2009).

A Terceira teve como tema “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil” e aconteceu em 2011, com o objetivo de debater temas relevantes para o campo do envelhecimento, assim como os avanços e desafios da Política Nacional do Idoso, na perspectiva de sua efetivação (BRASIL, 2011). Em 2015, com o objetivo de propiciar a reflexão e a discussão sobre o protagonismo, o empoderamento e as consequências nas transformações sociais como estratégia na garantia dos direitos da pessoa idosa, ocorreu a quarta Conferência Nacional com o tema “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de todas as Idades” (BRASIL, 2015). A quinta Conferência Nacional de direitos da Pessoa Idosa está para acontecer no ano de 2019 com o tema “Os desafios de Envelhecer no Século XXI e o papel das políticas públicas” e estão propostos quatro eixos:

1)Direitos Fundamentais na Construção/Efetivação das Políticas Públicas. Subeixos: Saúde, Assistência Social, Previdência, Moradia, Transporte, Cultura, Esporte e Lazer. 2) Educação: assegurando direitos e emancipação humana. 3) Enfrentamento da Violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa. 4) Os Conselhos de Direitos: seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das políticas públicas (BRASIL, 2018).

Ao se passar brevemente pelos temas e objetivos das Conferências, é possível perceber que de início, nas duas primeiras (2006 e 2009) houve um enfoque político voltado para políticas sociais. A primeira voltada à criação de uma Rede e a segunda para se avaliar a efetivação da mesma. Contudo, a RENADI não foi implementada e nas Conferências seguintes, os focos passam a serem outros. Na Conferência de 2011, a centralidade foi nos avanços e desafios da Política Nacional do Idoso. Em 2015 o foco passa a ser a pessoa idosa, por via do empoderamento e protagonismo, distanciando as Conferências nacionais da esfera pública da discussão e garantia de direitos via políticas públicas e volta a discussão para a esfera da sociedade civil, através do protagonismo e empoderamento, deslocando o foco da intervenção da esfera estatal. Entretanto, o que merece atenção é o abandono das discussões acerca de respostas do Estado às demandas do segmento, como a exemplo, a discussão da RENADI.

Na proposta da V Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, o primeiro eixo merece destaque e possui grande relevância nas discussões da Saúde Pública, pois, ao colocar como eixo “Direitos Fundamentais na Construção/Efetivação das Políticas Públicas” e como

subeixos do mesmo: Saúde, Assistência Social, Previdência, Moradia, Transporte, Cultura, Esporte e Lazer”, dialoga-se diretamente com a concepção ampliada de saúde que ressignificou as práticas de cuidado em saúde em consonância com o princípio da integralidade.

Todavia, ao se debruçar sobre os anais das Conferências que já aconteceram e observando-se as demandas, encaminhamentos e deliberações, é possível perceber que as práticas de cuidado integral em saúde são fragilizadas. Existe a necessidade de qualificar mais o trabalho particularmente no “cuidado com famílias - cuidar de quem cuida” (BRASIL, 2006, p.189), avançar nas conquistas e garantias de direitos e:

[...] mudar de uma política de internamento para uma política de cuidado e atendimento domiciliar, que deve ser promovida pelo SUAS. A implantação dessa política implica uma mudança da cultura de segregação do idoso em abrigos, vilas vicentinas ou hospitais para uma cultura do cuidado conforme as necessidades das pessoas (BRASIL, 2006, p.191).

Nos Anais da I CNDPI é apresentado *El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe*, onde são traçados diversas estratégias visando o atendimento da pessoa idosa de forma mais ampla e integral, relatando que práticas de saúde e bem-estar na velhice:

Inclui cobertura universal de serviços de saúde, serviços de saúde abrangentes que atendam às necessidades dos idosos, promoção de comportamentos e ambientes saudáveis por meio de programas setoriais, regulamentações, serviços de longo prazo, a formação de recursos humanos e a monitorização do estado de saúde dos idosos (BRASIL, 2006, p.231, tradução do autor).

Desta forma, a tessitura temática do envelhecimento é um terreno fértil para a realização das discussões centrais deste estudo. O cuidado em saúde é um tema de grande relevância, entretanto “existem graves sinalizações socioculturais de descuido, mas, sem dúvida, a negligência com a vida e sua fragilidade é o eixo central de uma crise civilizatória de grande porte” (CARVALHO; MAIA, 2009, p.19). Ao se trazer para o debate da Saúde pública, é de extrema importância salientar que,

A produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado (MACHADO et al, 2004, p. 57).

O modelo biomédico, curativista e fragmentador, transforma os/as usuários/as em procedimentos clínicos, onde o foco passa a ser a “patologia” e não a pessoa que a apresenta, tornando a produção do cuidado em saúde nos moldes da reforma sanitária um desafio e,

consequentemente, fragilizando-o. Estas práticas de cuidado dentro de uma noção fragmentadora não é suficiente para se entender cada pessoa como totalidade viva, apresentando noções e práticas de cuidado isoladas e limitadas frente a multidimensionalidade do envelhecimento.

Ao se debruçar sobre os estudos do cuidado com as pessoas idosas, demarcando-a na nossa sociedade ocidental, contemporânea, capitalista, envolta na cultura globalizante, é possível notar que, ao longo da história, o cuidado à pessoa idosa está perpassado fortemente pela noção de cuidado ligado à caridade. Principalmente no tocante à velhice da classe trabalhadora, cercada por diversas desigualdades, principais usuários/as do Sistema Único de Saúde. Em outras formas de organizações societárias, como as mais primitivas, ou ainda civilizações orientais e tribos indígenas, a pessoa velha, culturalmente é vista como um ser autobiográfico, fonte de sabedoria e aprendizado a ser passado de gerações a gerações, dignos de todo respeito. Em países como a China e o Japão, a velhice é encarada pela sociedade com muito respeito, sendo entendida inclusive, como sinônimo de sabedoria e respeito. Na tradição japonesa, desde 1947 se comemora o *Keiro no hi*, que é o Dia do Respeito ao Idoso, que em 1966 foi decretado como feriado nacional. É um feriado com proposta de dedicação ao segmento idoso. Onde inclusive, os/as japoneses/as oram pela longevidade das pessoas idosas e desprendem agradecimentos à este segmento pelas contribuições feitas à sociedade ao longo de suas vidas (MASC, 2013). A cultura dessas sociedades, como afirma Masc (2013), possuem como tradição cuidar bem das pessoas mais velhas. Em tribos indígenas, por exemplo, as pessoas mais velhas possuem o papel de guardiões e transmissores das tradições como apresenta Marques et al. (2015). É possível reafirmar a importância da dimensão cultural no tocante ao cuidado, pois as noções e práticas de cuidado são desenhadas, também, pelas questões culturais. Como bem apresentado na discussão sobre as dimensões da categoria cuidado.

Como afirmam Coelho et al. (2016), A cultura condiciona as representações de velhice e de gênero com reflexos nas percepções sobre a saúde, a doença e o *cuidado* (COELHO et al. 2016, p. 409). O Brasil possui influências da cultura globalizante capitalista, onde a velhice é sinônimo de não produtividade e é a ela atribuído um sentido sombrio. A velhice da classe trabalhadora latino-americana é vista tragicamente. Como destaca Masc (2013), é possível observar até em que medida que as pessoas envelhecem, as cores destinadas são as mais claras, pálidas, sóbrias, tristes. A individualidade é cultuada, porém, como ressaltam Freitas e Noronha (2010) o fato de não saber o que é passível de “lhes acontecer ao precisarem de

ajuda, de *cuidado* é motivo de preocupação das pessoas idosas; e, logo, parece que atrelado a isso vêm as possibilidades de acontecerem maus-tratos, em decorrência da falta ou negligência na prestação desse cuidado” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 366). Preocupações fundamentadas em uma sociabilidade de fragilização de vínculos e condições objetivas de vida e de trabalho inadequadas, supraprecarizadas.

No Brasil, ainda em 2016, segundo o IBGE e o Ministério da Saúde, o Brasil tinha a quinta maior população idosa do mundo. Entretanto, a grande questão se trata de “como essa população está envelhecendo”, pois como afirma Parizzoto (2016), o país envelhece antes mesmo de resolver as questões sociais. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicou uma pesquisa em 2015 onde retratava uma realidade de mais de cem mil pessoas em situação de extrema vulnerabilidade e risco social, vivendo nas ruas. Desta parcela que só aumenta desenfreadamente, como retrata Parizzoto (2016), a população idosa que vive nas ruas, é uma “conta que só cresce”, e que em muito pouco tempo, o quantitativo de pessoas velhas vivendo nas ruas em situação de extrema vulnerabilidade e risco social será maior.

O índice de Gini, no Brasil, tal como em outros diversos países, por algumas instituições competentes, dentre quais se destaca a ONU que por meio do Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH), divulga os dados referentes a este índice. Que mede a desigualdade e concentração de riqueza nos países, onde, quanto mais perto de 1, maior é a desigualdade e concentração de riqueza naquele país. No relatório das instituições competentes pelo Índice de Gini (IG) de 2016, o Brasil ocupada no ranking deste índice, a 99ª posição com IG de 0,515. No terceiro trimestre do ano de 2018 o IG do Brasil já se encontrava em 0,615. No trimestre seguinte, no quarto de 2018, o mesmo subiu para 0,625, caracterizando um processo de aumentos trimestrais consecutivos. O Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas retrata ainda que na zona rural do Brasil, o Índice de Gini é mais alarmante. Por exemplo, em 2010 segundo dados do IPEA, enquanto que o dado geral do país era de 0,533, o Índice de Gini no meio rural brasileiro era de 0,727. No primeiro semestre de 2019, o IG subiu para 0,627. É possível perceber então, como as desigualdades se acentuam na atual conjuntura (AMORIN; NEDER, 2019; BÔAS, 2019; PENA, 2019).

Algumas informações a critério de amplificação da reflexão aqui desenvolvida acerca das desigualdades provocadas pelo capital. Os índices de Gini da Noruega é de 0,259; o do Japão é de 0,249; da Dinamarca é 0,247 e o da Hungria é de 0,244. São índices que não são alarmantes. Enquanto que países como a África do Sul com o Índice de Gini de 0,593 e a Namíbia com 0,707, além do Brasil, são especialmente alarmantes. Com estas informações,

por exemplo, é perceptível o claro demarcador de classe, entre países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Entre a ‘Grande Metrópole’ e a ‘Periferia do capital’. Onde os países periféricos possuem índices de Gini maiores. Enquanto que, os países chamados aqui de Grande Metrópole do capital, em contraponto à Periferia, com índices mais baixos e maiores índices de expectativa e qualidade de vida e envelhecimento. Evidenciando claramente a diferença nos níveis de desigualdades existentes entre estas distintas realidades.

Diante deste cenário é inegável a importância da responsabilidade estatal com o desenvolvimento de políticas públicas de corte social que viabilizem acesso e condições dignas de moradia, lazer, infraestrutura e serviços urbanos, saúde, segurança. Principalmente referente ao segmento idoso, promovendo cuidado integral como direito. Entretanto, esta relação ‘pessoa idosa – cuidado’, socialmente e historicamente está mergulhada na noção de caridade. O que não se trata de uma constatação ruim, uma vez que se refere à achados de solidariedade com este segmento. O ponto colocado aqui como crucial, é a desresponsabilização do estado via radicalização da participação da sociedade civil em deveres que conferem ao Estado. Um marco disso é a filantropização de questões pertinentes à educação e saúde. Que são, constitucionalmente, garantidos enquanto direito de toda/o cidadã/o brasileira/o. Quanto a isto, Cherix e Júnior (2017), destacam a predominância de uma

noção de cuidado como ligada à caridade e ao amor que podem acarretar um assujeitamento do idoso. Em contrapartida, propomos uma *compreensão do cuidado*, na qual idoso e cuidador se encontram numa relação intersubjetiva multifacetada, que implica tensões e possibilidades de transformação, sem nunca perder o horizonte ético no qual ambos são respeitados em suas idiossincrasias e diferenças (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 579).

Apesar de a noção de caridade ser bastante enfática no lidar com o segmento idoso, a autora e o autor sugerem que o cuidado estabelecido com as pessoas idosas, devem estar ligada a uma compreensão de que esta relação é multifacetada. Do ponto de vista dos direitos sociais que devem ser garantidos, Cherix e Coelho Júnior (2017) ainda destacam que:

Por falta de recursos financeiros e de uma rede de assistência que ofereça o *serviço de cuidado* de forma gratuita, a grande maioria dos idosos, no Brasil, é cuidada por mulheres da família, muitas vezes, elas mesmas idosas, sem preparação para esse tipo de trabalho e sem uma rede que propicie amparo para que possam oferecer um *cuidado* de qualidade aos familiares que delas dependem (CHERIX; JÚNIOR, 2017, p. 580).

Apesar dos marcos legais que existem no Brasil, que demarcam uma série de direitos às pessoas idosas, é evidente a precarização das políticas e a insuficiência de equipamentos

sociais voltados à este segmento. Quando na verdade, como afirma Teixeira (2008), é necessário o fortalecimento das mesmas. E como ressaltam Cherix e Coelho Júnior, a falta de recursos e uma rede e assistência comprometem a oferta de serviço de cuidado em saúde contemplativo. Ficando muitas vezes, a maioria das pessoas idosas no Brasil, sobre o cuidado informal de familiares.

Aqui cabe o destaque trazido pela autora e pelo autor no tocante a feminização do cuidado. Onde por questões referentes aos códigos de ética e estética de gênero dominantes, que conferem o espaço do público, do trabalho, ao homem, como provedor, e o espaço do privado, do lar, à mulher, dos ‘cuidados’ domésticos e familiares; marcam uma realidade onde são das mulheres das famílias que provém esse amparo. Como apresenta Marques (2010) estas diferenças impostas construídas socialmente, constroem e determinam “papéis sociosexuais”, e o mesmo condicionam diferentes riscos para a saúde, como consequentemente, leva a padrões diferentes de cuidados, estes padrões são “condicionados pelas experiências e relações entre as pessoas em contextos específicos que perpassam as definições e as formas de agir relacionadas aos significados de homem e mulher em diferentes culturas” (COELHO et al. 2016, p. 409). E como destacam Cherix e Coelho Júnior (2017), esta responsabilidade de cuidado é imposta socialmente sem o devido apoio estatal. Neste tocante à seara da responsabilização da família, tal como a relação da mesma com o cuidado, é pertinente pontuar o conceito conhecido como “Insuficiência Familiar” no cuidado com a pessoa idosa. A

insuficiência familiar se caracteriza como um processo de interação psicossocial de estrutura complexa, fundado especialmente no baixo apoio social da pessoa idosa e no vínculo familiar prejudicado. Tem como antecedentes as transformações contemporâneas no sistema familiar, os conflitos intergeracionais, o comprometimento das relações familiares e a vulnerabilidade social da família. As consequências da insuficiência familiar incluem a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio da saúde psicológica e funcional, a menor qualidade de vida e o envelhecimento mal sucedido (SOUZA et al. 2015, p. 1176).

Conforme apresentam Souza et al. (2015) o apoio da família é fundamental para as pessoas que vivem sua velhice. Freitas e Noronha (2010) ainda enfatizam que “ser idoso e não ter ninguém do seu ciclo de relacionamento familiar é o mesmo que não ter *cuidado*” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 365). Uma ressalva pertinente apresentada por Souza et al. trata-se da vulnerabilidade social que acometem às famílias e as transformações societárias contemporâneas. Cabendo ao estado o desenvolvimento de ações voltadas ao preenchimento destas lacunas incididas por questões macroestruturais da sociedade capitalista, e não cabendo

à família, suprir uma insuficiência estrutural de negativa de direitos e condições dignas objetivas de vida e trabalho. É necessário compreender o contexto estrutural da sociedade capitalista, tal como os ditames da mesma que constituem as relações sociais.

Não depositar nos indivíduos a responsabilização por sua condição de existência, principalmente no tocante aos aspectos objetivos de vida e trabalho, uma vez que é a conjuntura dada que os impõem. Onde muitas famílias não possuem condições concretas para realizar o cuidado adequado com as pessoas idosas pertencentes a seu núcleo familiar. Por exemplo, Karsch (2003) apresenta que no Brasil, a escolha por institucionalizar uma pessoa idosa, acontece apenas em contextos onde as famílias não conseguem oferecer os cuidados necessários. Isto ocorre, como afirma Karsch (2003), mesmo em famílias com renda inferior a dois salários-mínimos. Como ressaltam também Kawasaki e Diogo (2001), o cuidado diário e permanente à pessoa idosa dependente em contexto de famílias que não possuem condições objetivas e concretas para prover o cuidado necessário, provoca perturbações que afetam toda a vida familiar. Quanto ao amparo imprescindível às pessoas idosas, “é necessário haver uma rede de apoio interligada: o Estado, a família e a sociedade, para que o *cuidado* deixe de ser uma mera ação pontual e técnica” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 365). Onde o Estado oferte o apoio necessário às famílias, e se comprometa pelas pessoas idosas sem vínculos familiares.

É necessário também que a sociedade assuma seu papel diante de uma ética do cuidado voltadas às pessoas idosas de nossa sociedade. Pois, “a integração dessas esferas, cada uma com o seu limite de atuação, sem dúvida, estaria contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e das relações entre as gerações” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 365). Neste tocante, é importante a ressalva de que “a ética do *cuidado* está associada a uma forte ideia de responsabilidade, na maioria das vezes relativa às relações interpessoais, sem considerar sua pertinência nas relações entre entidades coletivas” (MOLINIER; PAPERMAN, 2015, p. 47). Estas últimas reflexões, no tocante a implementação de políticas públicas e garantia de direitos a este segmento, tal como o amparo estatal à pessoa idosa e a sua família, perpassam a exemplo, a dimensão social do cuidado. Este entendimento faz referência “a maneira como as necessidades de cuidado são consideradas em âmbito mais amplo (institucional, político) e como são considerados os meios para atendê-las” (MOLINIER; PAPERMAN, 2015, p. 46). E para este atendimento ser integral, é necessário fundamentalmente, um olhar holístico.

Como supracitadamente já referido neste estudo, o cuidado é multidimensional, tal como o envelhecimento e o processo saúde-doença. Desta forma, o cuidado em saúde com as pessoas idosas deve ser empreendido de forma integral, envolvendo os diversos núcleos que compõem a saúde. Entretanto, como traz Patrocínio (2015):

a maioria das publicações sobre *cuidado* de idosos no Brasil não aborda conjuntamente uma perspectiva multidisciplinar, acreditamos que há necessidade, no campo da gerontologia, de uma publicação que reúna, em um mesmo volume e de maneira concisa, textos voltados para o constructo do cuidado associado ao processo de envelhecimento numa abordagem multidisciplinar (PATROCINIO, 2015, p. 6).

É necessário fortalecer tanto a produção, quando as intervenções de forma multiprofissional e interdisciplinar, afim de alcançar a integralidade no cuidado com a pessoa idosa. Outro aspecto bastante relevante a se destacar, além da necessidade de um olhar multiprofissional sobre a saúde da pessoa idosa; é referente à mecanização das intervenções profissionais no processo de cuidado. Como refletem Freitas e Noronha (2010), “a concepção do *cuidado*, por parte dos profissionais de saúde, é equivalente a uma ação técnica e mecânica. Por isso, notamos o despreparo para cuidar do idoso” (FREITAS; NORONHA, 2010, p. 362). Logo, é demanda urgente a humanização das interações e consequente humanização do cuidado. Um cuidado em saúde prestado de forma horizontal. Pois como chama atenção Freitas e Noronha (2010, p. 362), “em qualquer contato entre humanos há relações de poder, e isso também está presente quando se cuida ou se é *cuidado*. Geralmente, o cuidador é quem mais está investido de poder. Ou seja, parece que em suas mãos está a decisão do *cuidado*”.

É necessário romper com isto, e se estabelecer uma relação humanizada, resgatando o sentido ontológico do cuidado, pois, na verdade “a relação entre quem cuida e quem é *cuidado* não equivale a uma relação de desigualdade, mas se refere ao encontro em que um demanda ajuda e o outro quer ajudar. Em teoria, essa relação com lugares distintos não pressuporia uma hierarquia de poderes” (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 584). No processo de cuidado, a pessoa idosa deve ser reconhecida e respeitada com também autora do plano de cuidado. Pois,

É possível pensar que, quando atingimos a idade adulta, nós nos sentimos relativamente autônomos, livres e independentes do *cuidado* do outro, porém, com o envelhecimento, a situação de dependência, desamparo e *cuidado* retorna e será determinada pela qualidade de experiências de *cuidado* anteriores (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 586).

Toda existência necessita de cuidado. A humana, tem a possibilidade do autocuidado, tal como a capacidade desprender o cuidado com o outro e com algo. Na velhice, dois aspectos que possuem ênfase, principalmente, no tocante à saúde, como apresenta Ramos (2002) é a independência e a autonomia. Em uma sociedade marcada pela fragilização de vínculos, onde a individualidade é disseminada como principal valor e a independência e autonomia são cultuadas como padrões de sucesso e culto ao ego; a situação da certa dependência, gerada pelo envelhecimento é uma prerrogativa que acarreta em sentimento de medo para muitos, como apresentam Freitas e Noronha (2010) e Cherix e Coelho Júnior (2017). Sendo possível desta forma afirmar que, as situações de dependências causam fortes impactos nas vivências destes sujeitos. Referente à discussão de autonomia na seara do envelhecimento, é pertinente apresentar que:

O grau de dependência de um idoso é avaliado de acordo com sua capacidade de executar as atividades da vida diária (AVD), as quais se dividem em: (1) atividades básicas da vida diária – tarefas próprias do *autocuidado*; (2) atividades instrumentais da vida diária – indicativas da capacidade para uma vida independente, como realizar tarefas domésticas, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro; e (3) atividades avançadas da vida diária – indicadores de atos mais complexos ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, exercícios físicos. A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 580).

Em casos de comprometimento, conforme a autonomia se compromete, a dependência também vai se instaurando. “Diante de situações concretas de dependência e adoecimento que marcam algumas histórias de envelhecimento, é possível refletir sobre o impacto dessas vivências nos sujeitos, assim como o impacto de suas reações sobre os outros à sua volta”(CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 580). Principalmente no tocante ao cuidador em questão, que deve atentar-se para o embate da lógica onde a pessoa idosa “encontra-se no lugar de quem não tem nada e precisa de tudo, de maneira que o “fazer pelo outro” acaba sendo o significado primordial por trás do *cuidado*. Esse tipo de cuidado priva o outro de sua autonomia e possibilidades de expressão de sua subjetividade” (CHERIX; JÚNIOR, 2017, p. 581). Nestes casos é necessário o desprendimento de um cuidado que rompa com os mitos e estigmas da velhice. tal como, o rompimento com a hegemonia do modelo biomédico-centrado caracterizado pela fragmentação do cuidado em saúde, quando ele deve se dar de forma integral. Quanto a isto, é possível ressaltar que:

Nos trabalhos publicados sobre *cuidado no envelhecimento*, são ressaltados aspectos do *cuidado* ao corpo, especialmente sob a perspectiva da qualidade de vida e da autonomia. Esse *cuidado*, pautado nos valores da biomedicina, pode mostrar-se extremamente técnico e eficaz para a manutenção da vida

biológica, mas tende a não levar em conta aspectos afetivos, psicológicos e éticos que estão em jogo nessa relação (CHERIX; COELHO JÚNIOR, 2017, p. 581-582).

Dito isto, afirma-se que o cuidado em saúde com a pessoa idosa deve ter ênfase na preservação do máximo de autonomia para estimular o auto cuidado; assim como, o cuidado prestado com o outro (a pessoa idosa) por parte dos/as profissionais de saúde em seus diversos núcleos, no tocante às diversas dimensões que perpassam o cuidado e a velhice, deve ser prestado de forma horizontal e por meio de interrelações humanizadas. Onde a política de humanização ultrapasse a esfera de conduta profissional para a esfera de conduta ética para o alcance de um cuidado integral em saúde com a pessoa idosa. Considerando a multidimensionalidade, as questões específicas da velhice e embatendo os mitos e estigmas da velhice. Promovendo um acesso a saúde com qualidade e dignidade.

Direito e acesso à saúde denotam direito e acesso à vida. Qualidade e dignidade no acesso à saúde, traduz qualidade e dignidade no viver. Discutir cuidado em saúde com o segmento idoso considerando a multidimensionalidade que envolve a saúde, o cuidado e a velhice; é discutir sobre um acesso a um envelhecimento saudável e digno. A vida sem saúde se define, acaba, não de forma natural mas, interrompidamente.

É necessário zelo, desvelo, preocupação, respeito e preservação da vida, atenção e preocupação com as necessidades das existências e nesta esteira, o cuidado tem papel central. De uma forma que só o cuidado dá conta, em tudo que ele representa como o pouco retratado aqui. Só o cuidado dá conta desse acesso à vida, à existência com dignidade e com plenitude.

O envelhecimento humano, como bem sabido, é um fenômeno em instância mundial, ou seja, o mundo está refletindo-o e debatendo-o. Vários aspectos precisam ser repensados e reestruturados quanto ao amparo adequado e viável a nível de custos. Estas mudanças precisam ocorrer em caráter de emergência. Estritamente quanto à saúde, “cuidado com idoso propõe um cuidado integrado, um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos” (VERAS, 2016, p. 888).

Para a promoção disto, é de suma importância que a pessoa idosa seja enxergada e respeitada como sujeito capaz e potente, participante do processo de cuidado e tendo levado em consideração sua história. Pois, “sabemos que quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem

funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde”(VERAS, 2016, p. 887).

Como debatido ao longo deste estudo, o envelhecimento carrega certas especificidades, quando comparadas aos outros ciclos da vida. Em específico o envelhecimento senil da maioria da classe trabalhadora brasileira. E além disto, quanto ao envelhecimento, mesmo que sem doenças crônicas, senescentemente, ainda assim, envelhecer acarreta em algumas alterações da funcionalidade.

Estritamente no tocante ao cuidado em saúde com a pessoa idosa é possível afirmar, inequivocamente, que a produção referente a esta temática, seguindo a abordagem teórico-conceitual, é extremamente escassa. E em consonância com autores/as como Giacomini et al. (2005) e Uchôa et al. (2002), afirma-se a necessidade de repensar os sistemas de cuidado com este segmento, principalmente pela acelerada transição demográfica vivenciada no país no atual momento, pois, envelhecer, para além de um fenômeno biológico, é um processo social, engendrado a universos sociais e culturais específicos. Frente a este fenômeno é de extrema importância uma equipe bem qualificada com comunicação fluida em seu processo de trabalho.

Uma boa comunicação estabelecida entre a equipe de saúde que desprende os cuidados profissionais em seus variados núcleos, evita, por exemplo, a duplicidade de encaminhamentos ou o a polifarmácia, definida, como retrata Pereira e colaboradores/as (2017), como a utilização de cinco ou mais medicamentos que pode desencadear em uma cascata iatrogênica, caracterizada, conforme Chaimowicz e colaboradores/as (2009) pela iatrogenia medicamentosa, resultante em diversos efeitos negativos para a saúde da pessoa idosa em uso de medicamentos, inclusive, a morte.

Logo, o cuidado com a pessoa idosa deve ser pensado, estruturado e efetivado de uma forma mais específica, diferente da forma como se pensa e estrutura-se para a pessoa adulta. Disto isto, “o cuidado para com o idoso tem de ser estruturado de forma diferente da que é realizada para com o adulto. Os modelos assistenciais são do tempo em que o Brasil era um país de jovens, hoje somos um jovem país de cabelos brancos” (VERAS, 2016, p. 888). Esta reestruturação necessária frente aos elementos específicos da velhice, trata-se de algo que envolve bastante aspectos, destacando-se como fundamentais a se enfatizar; como ressaltado por Veras (2016); a *organização do fluxo de cuidados* e a *diminuição de iatrogenia*. Ademais, “a prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com

multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos”. O professor e cientista, ainda enfatiza que estas questões sobrecarregam “o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida” (VERAS,2016, p. 888).

São impactos estruturais que trazem rebatimentos sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, especialmente, a pessoa idosa trabalhadora. Estas são questões referentes à dimensão social do cuidado cujo enfrentamento se dá através da reorganização da gestão e do processo de trabalho e, da implementação de políticas mais efetivas. Diante desta realidade, enfatiza-se a urgência da efetivação da reorganização do modelo de saúde, tanto quanto, de amparo social a este segmento.

Na saúde, o cuidado envolve técnicas, mas não pode restringir-se apenas às mesmas, por mais aperfeiçoadas que sejam. Além da técnica, como aponta Mandú (2004), o cuidado produzido na saúde deve levar em consideração as identidades, as experiências, as intersubjetividades e os saberes dos envolvidos para a prática efetiva de um cuidado em saúde compreendido pela concepção ampliada do cuidado que resgata o seu sentido ontológico. Em outras palavras, é necessário um cuidado amplo com a pessoa idosa para a garantia da Integralidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomar o cuidado enquanto categoria central deste estudo caracterizou-se como sendo uma decisão por um objeto de extrema relevância na seara da saúde e, em estrito quanto ao segmento idoso, também. Tanto que, ao se debruçar sobre os ANAIS das Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa idosa, por exemplo, é possível encontrar diversas falas e deliberações que envolvem o “cuidado em saúde” como demanda apontada pelo próprio segmento e seus/as representantes, ou seja, reafirmando que a demanda por “cuidado”, como visto ao decorrer do trabalho, não é uma reivindicação recente.

Abordá-lo teoricamente, tratou-se de um exercício que teve de ser feito de maneira minuciosa, cautelosa, com zelo, em outras palavras, com muito ‘cuidado’ frente a multiplicidade desta categoria. Como pôde ser constatado, trazer o a discussão do cuidado para a saúde, implicou quase que inexoravelmente, em levarmos esta discussão para uma instância mais distal deste objeto, o próprio campo da saúde; onde imperam dois projetos político-sanitários em constante disputa.

Estes projetos acarretam conseqüentemente, em discursos, ideários e práticas encharcadas nos vieses que correspondem às matrizes sociais características destes projetos político-sanitários como visto ao longo deste trabalho. O projeto neoliberal que impõe um viés mercadológico à saúde eresultante em práticas norteadas pela lógica biologizante que impera na hegemonia do modelo biomédico-centrado. E o outro projeto corresponde ao viés do direito, norteados pelos ideais da Reforma Sanitária, que apregoa as diretrizes e premissas da integralidade, horizontalidade e humanização, aproximando-se de um cuidado em saúde consonante com o seu sentido e significado ontológico. Estes dois, coexistem em relação de poderes. Onde no atual momento conjuntural no Brasil, é possível constatar, através dos desmontes das políticas públicas de corte social e regressão de direitos outrora conquistados, que o projeto neoliberal, continua constantemente e progressivamente se fortalecendo.

Assim sendo, nestas telas vão se desenhando formatos, noções e práticas diversas de cuidado que produzem, reproduzem e representam os respectivos valores da lógica dominante em cada matriz/viés conferidos pelos projetos político-sanitários, fundamentais em disputa na saúde brasileira. Apenas um cuidado em saúde desenhado pelo pincel da humanização na tela da compreensão holística da pessoa é capaz de materializar a pintura da tão estimada Integralidade. O cuidado não é uma invenção da saúde. Ele é ligado ontologicamente à existência básica humana. Conforme as organizações societárias foram se desenvolvendo

organicamente, as relações sociais e interpessoais foram se desenvolvendo e se complexificando, tal como o cuidado e suas expressões.

Apenas o fazer (a prática de algo); sem que haja observação, abstração, reflexão e seguinte produção (registro) deste processo; não se configura como suficiente para o real aprendizado. É necessário a prática constante da observação, abstração, reflexão e seguinte produção (registro) deste processo para que se possa aprimorar o conhecimento e conseqüentemente a prática de algo. Em outras palavras, frisa-se a relevância da pesquisa em geral, e em estrito, do viés teórico-conceitual das ‘coisas’. Dito isto, a proposta deste trabalho foi debruçar-se sobre esta esteira de reflexão e produção teórico-conceitual da categoria, supracitada, o cuidado.

Ao se aprofundar na análise da categoria cuidado, foi possível constatar que o Cuidado, trata-se, portanto, nas maneiras com as quais apresenta a sua materialização, do meio através do qual se garante a existência digna. Pois, como é possível refletir através da Fábula de Hígino e dos escritos de Boff, o que não passa pela alçada do cuidado, desestruturase, definha e perde o sentido. Desta maneira, contra os tempos difíceis, as adversidades e de modo geral, frente às situações desestabilizadoras, que tiram do eixo de estabilidade e de bem-estar de uma existência, a maior arma e estratégia de enfrentamento/resistência (mais antiga e fundamental), trata-se do cuidado de si, e conseqüente cuidado do outro (alguém/algo).

Com base no debatido neste estudo, a categoria cuidado é considerada aqui, como sendo, pelo menos, e até então, *Multidimensional* (perpassa e está presente em todas as dimensões do viver e da existência), *Polirepresentativa* (materializa-se de várias formas, representando-se com vasta tipificação) e *Biforme* (apresenta sua existência no concreto de duas formas, existe em duas direções, vetorialmente; uma em sentido próprio e a outra em sentido externo- algo e alguém).

O cuidado é um ato próprio da existência da humanidade, trata-se do zelo, do respeito, do desvelo e acima de tudo, da preservação das existências. Existindo destas duas formas, em direção/sentido próprio, *sorge* (cuidar de si), e em direção/sentido externo, em duas ramificações, para com alguém, *fürsorge* (cuidar de alguém) e para com algo, *besorgen* (cuidar de algo-objetos, animais, plantas, etc). O cuidado no sentido externo *besorgen*, também refere-se ao derredor, em seu sentido de ‘em volta, à volta, em torno, à roda, em roda’, as coisas/existências ao nosso entorno, como os animais e florestas, por exemplo, que

devem ser cuidados para garantia de sua preservação, senão, como tudo sem o cuidado, se extingue. Como várias espécies de animais já não existentes. Que se tratam na verdade, como visto durante a discussão, da Tríade Orgânica do Cuidado (cuidado de si, do outro e do arredor).

O cuidado é atenção, é preocupar-se e ocupar-se consigo, com alguém, com algo. Imagine um solo fértil, como sendo o cuidado e dele saindo um tronco que floresce para si mesmo, para outros troncos e para ao arredor, harmonicamente. Em uma grande relação sistêmica de zelo, desvelo, preocupação, ocupação, respeito, atenção às necessidades de existência e atendimento delas, em outras palavras, uma relação sistêmica de preservação da existência, dignamente por meio do cuidado.

Cuidar é o mais alto patamar de respeito à existência das coisas. Ultrapassando o limiar do respeito, e atingindo a instância de preservação dessa existência, tais como as coisas que essa existência precisa para se configurar como tal, de forma digna, e promotora do bem de si e do outro. É como chupar uma laranja e tomar um chá quando se está resfriado; fazer uma massagem em alguém que está tenso e estressado; varrer a sala de sua casa e regar as plantas que se cultiva. Como alguém que pertence a algum credo religioso, ao se sentir aflito/a, decidir por fazer uma prece/reza/oração de seu determinado credo religioso para alcançar o alívio que acredita precisar e conquistar com a realização desta ação. Ou um/a líder/representante/sacerdote de determinado credo religioso, realizar a mesma ação para com alguém que lhe pede, e deposita neste ato realizado pelo/a outro/a; no tocante a espiritualidade; o poder, ou ainda, a acreditação de uma salvação ou alívio momentâneo de alguma aflição.

São atividades corriqueiras de cotidianos, que retratam simples e brilhantemente alguns exemplos do cuidado e suas expressões. Consigo mesmo na dimensão biofísica (tomar um chá resfriado); com o outro em uma dimensão biofísica (massagem), como também, a mesma ação, expande-se para dimensões como no tocante à saúde mental (estresse); o espaço que se vive ao limpá-lo. Ou ainda cuidado no tocante à espiritualidade, tanto com um autocuidado espiritual (realizar uma prece), quanto um cuidado espiritual com o outro. O ‘cuidado’, por exemplo, tomado para o cumprimento de regras estabelecidas em um emprego e pactuações efetivadas em um relacionamento, para a preservação/manutenção da existência tanto do emprego, como da relação.

Como bem apresentado aqui, tudo que se tem importância se desprende um cuidado. Se pegarmos o cuidado como lente, seria facilmente possível metaforicamente, como também,

estritamente, encontrar o cuidado em tudo. A polinização, realizada pelo vento, e por borboletas e beija-flores, por exemplo. Uma atividade delicada, até mesmo ‘mimosa’, de grande importância para a preservação das plantas realizada de forma ‘natural’. Realizada também, intencionalmente pelo homem.

Considerando a multiplicidade da espiritualidade, crenças no transcendental e credos religiosos. É possível encontrar pessoas que acreditem que a polinização seria a ‘mãe natureza’ cuidando de si. Ou que seja um ‘deus’, ou para outros, uma ‘força superior’ que cuida de tudo ou de nós. Ou ainda, que a natureza naturalmente ‘evoluiu’ a ponto de manter sua própria preservação em tudo que lhe é necessário para sua existência, em outras palavras, de cuidar de si mesma.

Muitas catástrofes que já acometeram a humanidade são resultantes do ‘não cuidado’ em sua essência e sentido ontológico. As guerras, as desigualdades expressivas, discriminações e intolerâncias por religião, raça, etnia, gênero, orientação sexual, classe social. Estigmatizações, segregações e violações das mais perversas, que vão literalmente na direção contrária do respeito, cautela, zelo e preservação à existência do outro e das coisas, que são premissas constituintes do cuidado. Que se trata de uma categoria totalmente relacional, que aparece, se insere e realiza-se nas relações, constituindo-se como o meio através do qual se alcança relacionamento sadio, preservado, em estado de bem-estar digno de existência, tanto consigo mesmo, como com alguém e com algo. Em palavras mais simples, com você e com o mundo.

No Brasil, a palavra cuidado, semanticamente, nos dicionários, tanto denota como também conota significados e representações tanto enquanto substantivo, adjetivo e interjeição. Enquanto substantivo, cuidado é empregado enquanto “demonstração de atenção; em que há cautela; prudência. Aplicação e capricho ao realizar algo, zelo, esmero. Atenção maior em relação a; preocupação. Dever de arcar com seus próprios comportamentos ou com as ações de outrem; responsabilidade”. Enquanto adjetivo, empregado representando algo “muito bem-feito; em que há primor; capricho; aprimorado. Sobre aquilo que se pensa em excesso; ponderado. Que foi previsto; muito ponderado; que foi ou tem sido alvo de um algum tipo de tratamento especial; tratado” (bem cuidado). E no sentido de interjeição é empregado enquanto expressão que conota “cautela e prudência”, como a exemplo, uma placa escrita ‘cuidado, tinta fresca’. Estes empregos da palavra cuidado expressam e evidenciam a própria transversalidade, presença e relevância desta categoria em tudo de fato.

Após todos os esforços despendidos neste estudo, como os cuidadosos e exaustivos processos de reflexões e o resgate de discussões, apresentadas aqui, de autores e autoras que se debruçaram conceitualmente sobre esta categoria na saúde; é possível, propor como aproximação conceitual mais adjunta de uma unidade semântica, a compreensão de que *o cuidado é a ação, é o meio concretizador da atenção benéfica consigo, com pessoas e coisas. Fazer, promover e garantir o bem, considerando todos os aspectos, dimensões e necessidades de uma existência para que ela se desenvolva plena e com dignidade. É atenção desprendida para o não cometimento de Iatrogenias. Pois, a mesma ação que constitui um bem para alguém em determinado contexto, pode constituir-se como o mal, ou ainda, descuido com outro alguém em outro contexto. Mesmo sendo tão multifacetado, ao concretizar-se, no fim, ao acontecer, é sempre singular, pois parte das necessidades específicas de uma existência, preservada, por meio do cuidado.* O processo de envelhecimento é multidimensional e cada velhice constitui-se como única, e cada pessoa idosa deve ser enxergada em sua singularidade, tão como, os cuidados para ela, devem ser singulares.

Direito à saúde, é direito à vida. Condições dignas de saúde, são condições dignas de vida. A saúde é um bem precioso que pressupõe o cuidado, que é precursor e viabilizador da mesma. Como bem ressalta o cientista cubano Hernández, a *ação de cuidar* é transcendente ao marco do *cuidar sanitário*. De acordo com o cientista, para que se ‘cure’ alguém, é preciso ‘cuidar’ para evitar que uma enfermidade ocorra, isto seria, para prevenir, é necessário o cuidar também.

O cuidado com os enfermos denominados incuráveis, ainda assim é necessário, pois também possuem efeitos ‘curativos’, no sentido originário da palavra onde encontra-se ‘cuidar’ e ‘curar’ como mesma base etimológica. E estas curas com enfermos deste estado, existem, ainda que sejam detectáveis apenas no plano interior da pessoa. Um grande exemplo do cuidar com pessoas em situações ‘incuráveis’, são os cuidados paliativos na saúde, como já apresentado nesta dissertação. Para se curar bem, é necessário cuidado. Desta forma, o cuidar é anterior ao curar.

É necessário a compreensão de que os indivíduos e grupos; a depender dos cortes de gênero, contexto sociocultural e até mesmo faixa etária; constroem suas concepções acerca da saúde e da doença, atreladas às questões socioculturais e às vivências pessoais de cada indivíduo/grupo. E que, modelos de cuidado são definidos a partir desta equação multidimensional.

Isto implica em conhecer e reconhecer os aspectos socioeconômicos, ético-políticos, étnicos, culturais, genético-biológicos e legais acerca do envelhecimento das pessoas brasileiras. Embater e desconstruir os mitos e estigmas que rondam a velhice. Como a segregação, que deve ser embatida, por exemplo, através de vivências de intergeracionalidade e estreitamento do relacionamento com as pessoas idosas através da escuta e valorização de suas histórias de vida. É preciso fortalecer o entendimento de que cada velhice é única e resultante de um processo multidimensional.

Favorecer a inclusão social da pessoa idosa, inclusive, via políticas públicas de infraestrutura e serviços urbanos que considerem as especificidades da velhice, como a exemplo, quanto ao tempo que um semáforo permanece 'verde' para um/a pedestre. Fazendo com que a pessoa idosa apresse uma marcha que não responde em tempo hábil, e em uma realidade onde as quedas e suas complicações, como aponta a Organização Mundial de Saúde (OMS), representam 40 % da causa da mortalidade entre as pessoas idosas.

É necessário endossar o combate a mitos e estigmas como a infantilização da pessoa idosa e a associação entre envelhecimento e adoecimento que conotam à velhice um significado fúnebre, como uma tragédia, quando se trata de algo natural, tanto a senescência, quanto o processo de finitude da vida. Estes mitos e estigmas fortalecem a ditadura da jovialidade e da velhice trágica. Quando na verdade, como nos ilumina a professora Dr^a Sálvea Campelo e Paiva, a real tragédia da qual se trata a velhice, é na verdade o resultado de uma vida com condições objetivas de vida e trabalho como as da classe trabalhadora. E não o processo natural, senescente e finito da humanidade.

É necessário o desenvolvimento de estudos sobre a velhice, tal como desenvolvimento de compreensão e práticas em saúde capazes de extrapolar a dimensão do envelhecimento biológico e consolidar um cuidado compreendendo a velhice em sua multidimensionalidade. Na saúde, para isto, é indispensável fortalecer a intersetorialidade, favorecendo uma continuidade do cuidado mais ampla e, a humanização, precisa ser tomada enquanto uma política ética, no trato cotidiano inter-relacional. Coloca-se ainda, a necessidade do fortalecimento dos espaços de Controle Social representativos deste segmento.

Estritamente quanto ao cuidado clínico das intervenções profissionais na saúde, é indispensável a existência de um atendimento de uma equipe multiprofissional que gira seu processo de trabalho de forma interdisciplinar. Com horizontalidade, confiança no trabalho do/a colega, humanização, interrelações estabelecidas em uma ética do cuidado. Onde a

escuta deve ser qualificada e é necessário a cautela quanto à iatrogenias cometidas por palavras, ou até mesmo, pelo silêncio.

O cuidado voltado ao segmento idoso nos remete necessariamente a pensar sobre a história de cuidado de cada um/a singularmente. Muitas vezes, a equipe de saúde (para tecer seus cuidados profissionais), estará diante de uma pessoa idosa que traz consigo um quadro de diversas negações de cuidado durante a vida. Como a exemplo, as pessoas que envelhecem sob condições objetivas de vida e trabalho, literalmente, miseráveis. Desta forma, eventualmente, cuidar de uma pessoa idosa, corresponderá a suprir o máximo do cuidado negado, não acessado e não praticado consigo mesmo durante toda uma vida.

Cuidar da pessoa idosa por uma perspectiva ampla, contemplativa de todas as dimensões do viver, conota respeito, zelo, desvelo, preocupação e ocupação que vai para além de unicamente cuidar de determinado ser humano em certa fase da vida. Mas sim, cuidado com a própria história da humanidade e sua evolução. É preservar o legado daqueles que estiveram aqui construindo as coisas que quando chegamos estavam postas para nós. Cuidado ao segmento idoso, representa respeito e preservação a estes legados vivos (a pessoa idosa). Cuidar do/a idoso/a é zelar e preservar a sua própria existência enquanto humano.

A pessoa idosa é um ser autobiográfico, onde registrou-se ao longo da vida digitais individuais, socioeconômicas, políticas, culturais, e outras. A indissociabilidade entre a tríade orgânica do cuidado (se cuidar, ser cuidado/cuidar do outro e cuidar das coisas/arredor) e a existência humana; vai abruptamente de encontro à lógica individualizante do culto ao ego e à independência que vigora na atual conjuntura social fragilizada e destituída diariamente de valores e premissas fundantes necessárias a convivência em coletivo, como a solidariedade e o próprio cuidado.

A constatação do cientista Carl Sagan ao apresentar que a cada geração que nós retrocedermos, iremos ter duas vezes mais antepassados em uma linha direta e que se fôssemos retroceder o bastante, quaisquer duas pessoas sobre a terra teriam um ancestral em comum, nos leva a refletir que cuidar da pessoa idosa é fazer com as gerações passadas o que as gerações futuras farão por nós. E, em uma distância de alguns pulos geracionais, cuidar da pessoa idosa, caracteriza-se como cuidar da extensão de nós mesmos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004. p.221-240.
- AMORIM, D.; NEDER, V. **Desigualdade é a maior em sete anos.** 2019. Disponível em:<https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2019/02/26/desigualdade-e-a-maior-em-sete-anos.htm>. Acesso em: 14 out. 2018.
- ANÉAS, T. de V.; AYRES, J. R. de C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 15, n. 38, p. 651-662, set. 2011.
- ARCOVERDE, A.N. (org.) **Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.
- ARÊAS, G. P. T. et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, 2013. p.541-558.
- AYRES, J. R. de C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, set. 2004b.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./fev. 2004a.
- AYRES, J. R. de C. M. Organizações das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, jun. 2009.
- BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. *In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. cap. 4, p. 123-185.
- BARBOSA, M.A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 38-43, 2004.
- BATISTA, A. S.; BANDEIRA, L. M. Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 18, p.59-80, set./dez. 2015.
- BEAUVOIR, S. de. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BELO, I. **Do corpo à alma: O disciplinamento da velhice.** *In: LONGHI, M. e ALMEIDA, M. C. L. (orgs). Etapas da vida: jovens e idosos na contemporaneidade.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p.105-122.
- BERNARDES, A.G. Potências no campo da saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. **Barbarói**, n.1, v. 36, 175-190, 2012.
- BERZINS, M. A. V. da S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Velhice e Envelhecimento**, São Paulo, ano 24, n. 75, p. 19-35, set. 2003.

BÔAS, B. V. **Desigualdade de renda sobe pelo 17º trimestre e é recorde**. 2019. Disponível em: <https://www.valor.com.br/brasil/6265973/desigualdade-de-renda-sobe-pelo-17-trimestre-e-e-recorde>. Acesso em: 3 jan. 2019.

BOEHS, A. E. et al. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n. 3, v.21, Rio de Janeiro, 2001, p.1005-1021

BOFF, L. **Cuidado: o ethos do humano**. In: FERREIRA, G.; FONSECA, P. (Org.). *Conversando em casa*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 2000. p. 73-78

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Ed. Vozes. Petrópolis 1999.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Ed. Sextante. Rio de Janeiro. 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 2000.

BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. de A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte MG, v.5, n.11, p.121-136, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2., 2010, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/2a-conferencia/8-anais-da-ii-cndpi-2008>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. Brasil. Presidência da República. **I Conferência Nacional De Direitos Do Idoso: Construindo A Rede Nacional De Proteção E Defesa Da Pessoa Idosa - Renadi**. 2006. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:focnSN4T-V4J:www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Idosos/texto_base_1_conferencia_direitos_pessoa_idosa.doc+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 28 Jun. 2018.

BRASIL. Brasil. Presidência da República. **Iv Conferência Nacional Da Pessoa Idosa. 2014**. Disponível em: http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/id_submenu/128/eixos_iv_cndpi__out_2014__3__1_.pdf. Acesso em: 17 Jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Orientações para as Conferências Municipais, Regionais e Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa: passo-a-passo**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.social.mg.gov.br/images/stories/idoso/documento_preliminar_do_cndi.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Brasil. Presidência da República. **Orientações Para As Conferências Municipais Ou Regionais E Estaduais Dos Direitos Da Pessoa Idosa: Passo- A- Passo.** 2014. Disponível em: <orientacoes_e_passo_a_passo_iv_conferência_-10_11_12.2015-03-09_12-59-40 (1).doc>. Acesso em: 30 Jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA (Brasil). **Comunicado nº 1/2018/CNDI/SNDPI/MDH.** Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/522095>. Acesso em 07 Jul. 2018.

IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílio contínua. Abril de 2018.** Brasília, 2018. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149. Acesso em: 19 ago. 2018.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Política Nacional de Humanização.**Brasília: MS, 2013. Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 6 ago. 2018.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais.** Revisão 2016. Brasília, 2016.

BRAVO, M. I. **Impactos da Crise Contemporânea na Seguridade Social:** desafios postos aos assistentes sociais na saúde.Brasília: CFESS, CRESS, 2016.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, p.673-692, 2014.

CAMPELO e PAIVA, S. de O.**Envelhecimento, Saúde e Trabalho no tempo do capital.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CANCLINI, N. G.**Culturas Híbridas:** estratégias para entrar e sair da modernidade. São Paulo: EDUSP, 1997.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Histórico. 2015:** o marco histórico de 15 anos de trajetória. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=historico&Itemid=100. Acesso em: 15 nov. 2018.

CARDOSO A. F. C. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 13, mar. 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CARVALHO, M. R.; MAIA, M. S. **Em tempos de descuido: o paradigma do cuidado.** In: MAIA, M.S. (Org). Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro; Garamond, 2009.

CECCIM, R. B. **Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos.** In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.259-278

CHAIMOWICZ, F. et al. **Módulo: Saúde do Idoso: Unidade Didática II: Seção 2: Parte 1.** Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

CHERIX, K.; JÚNIOR, N. E. C. O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p.579-88, 2017.

COELHO, J. S. et al. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.25, n.2, p.408-421, 2016.

CONNELLY, R.; LIGHT, K. Exploring the “new” frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. **Journal of Religion and Health**, n.1, v.42, p. 35-46. 2003. Disponível em <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/jorh/2003/00000042/00000001/00457710> Acesso em 7 Mar. 2019.

DIJK, T. A. V. **Discurso e Poder.** São Paulo. Contexto, 2008.

DIVISÃO DE POPULAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DO SECRETARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/>> Acesso em 13. Jun. 2018

DUMAZEDIER, J. **Loisir et troisième âge;** in J. Dumazedier (org.), **Sociologie empirique du loisir**, Paris. 1974.

ELSEN, I.; MONTICELLI, M. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enfermagem**, n. 1, v. 15, 2006, p. 26-34.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: LIMA, Nísia Trindade et al. (org.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. cap. 2, p. 59-82.

FERREIRA, M. de L.da S. M. et al. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica.** v. 33, n.2, 2009, p.240–246.

FONTELLES, M. J. et al. **Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para A Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa.** 2009. Disponível em https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf Acesso em 05. Jun. 2018.

FOUCAULT, M. **O uso dos prazeres.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1994.

FREITAS, A.V. da S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p.359-69, abr./jun. 2010.

GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.5, v.21, 2005, p. 1509-1518.

GUILLEMARD, A. M. **Le déclin du social: formation et crise des politiques de la vieillesse**. PUF (Presses Universitaires de France). Paris 1986. p. 396.

GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. **Quando dádiva se transforma em saúde: Algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p. 37-56.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Manaus. v. 15, n. 1, p.1497-1508, 2010.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1989.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**, Parte I e II. 3 Ed. Vozes. Petrópolis. 2008

HERNÁNDEZ, L. L. et al. La percepción del cuidado em profesionales de enfermeira. **Revista Cubana de Enfermería**. n.1, v. 26, 2010, p. 30-41.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 29. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 380 p.

IBGE. **Cidades: Pernambuco, Recife**. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco|recife>. Acesso em: 19 Jun. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (org.). **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma análise da Condição de Vida da população brasileira em 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JUNIOR, A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.241-257.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, n.3, v.19, 2003, p.861-866.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência de enfermagem ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. USP. **Revista Esc de Enfermagem**, n.3, v.35, 2001, p.257-64.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. **Direitos Humanos, envelhecimento ativo, e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional**. Boletim do instituto de saúde. São Paulo. 2009.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. Califórnia: Regents, 1980.

KLEINMAN, A.; CSORDAS, T.J. **The therapeutic process**. In: JOHNSON, T.M.; SARGENT, C.F. (org.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Greenwood Press, 1990. p. 11-25.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, A. **A síndrome de Burnout em profissionais de saúde**. *Rev. Saúde e Transformação Social*. v. 3, n. 2. 2012. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/index> Acesso em: 12 Mai. 2019.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. **As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Cuidado- As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.91-101.

LARA, L. de. et al. Reforma Sanitária e a Privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia e Sociedade** n.2 v.28. Belo Horizonte. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p360> Acesso em 07 Ago. 2019

LARA,M. L. G. **Diferenças conceituais sobre termos e definições e implicações na organização da linguagem documentária**. Brasília. 2004. V. 33, n. 2. p. 91-96.

LASLETT, Peter. The emergence of the third age. **Aging and Society**, Junho. v. 7. Cambridge. 1987. p. 133-160.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. Ed. Expressão Popular. São Paulo. 2011.

LIBANIO, J. B. *A religião no início do milênio*. Ed. Loyola. São Paulo. 2002

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. (org.). **Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. cap. 9, p. 279-310.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. cap. 1, p. 27-58.

LIMA, O. **Síndrome de Burnout**. Publicado em 20 out. 2007. Disponível em <https://www.webartigos.com/artigos/sindrome-de-burnout/2450/#ixzz2e3u7jyBA> Acesso em 12 Mai. 2019.

LUZ,M.T.;BARROS,F. B. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Caderno de Saúde Pública**. N.4 v. 29. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20130004_00022 Acesso em 11 Jan. 2019.

LUZ, M. T. **Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje.** In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.9-20.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C.L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva.** Ceará. v. 15, n. 1, p.1143-1148, 2010.

MACHADO, F. R. S. et al. **As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde.** In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p. 57-74.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface - Comunicação Saúde e Educação,** São Paulo. v.13, n.1, p.515-21, 2009.

MALTA, D. *et al.* **Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada.** In: CAMPOS, C. R. *et al* (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã. 1998. p. 121-159

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, n.4, v.12, 2004 p. 665-675.

MARQUES, A. M. **Gênero e saúde: uma relação ainda oculta.** In: STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. (org.). Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros. Ed. Edipucrs. Porto Alegre, 2010. p. 35-58.

MARQUES, F. M. et al. A vivência dos mais Velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. **Psicologia & Sociedade.** n2. v.27. 2015. p. 415-427.

MARX, K. ENGELS, F. **Trabalho assalariado e capital:** salário, preço e lucro. 3. ed. Porto: Publicações Escorpião, 1977. 138 p

MARX, K. **O capital:** livro I. São Paulo: Ciências Humanas, 1999. 149p.

MASC, S. **O olhar ao idoso no Japão e na China.** Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013. Disponível em <https://www.ufjf.br/ladem/2013/06/28/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-por-silvia-masc/> Acesso em 17 fev. 2019

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios.** In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos da ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p. 23-30.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.** n. 5 v.20. Rio de Janeiro, 2004. p. 1411-1416.

MENDES, K.da S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem,** São Paulo, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008.

MERHY, E. E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In:

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a ama dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: EdUFBA, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da Colônia: limites e espaços da cura**. 2. ed. rev. ampl. e atual. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011. 523p.

MOLINIER, Pascale; PAPERMAN, Patricia. *Descompartimentar a noção de cuidado?* **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.18, p. 43-57, set. – dez. 2015.

MOTTA, A.B. **As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento**. CadernosPagu, Campinas, n. 13, p. 191-221, 1999.

NATIONAL HEALTH PREVENTATIVE TASKFORCE. **The Healthiest Country by 2020 – National Preventative Health Strategy Canberra**. Australia: CommonwealthofAustralia; 2009.

NETTO, A.J. **Universidade aberta para a maturidade: avaliação crítica de uma avançada proposta educacional e social**. In KACHAR, V. (org.) *Longevidade: um novo desafio para a educação*. São Paulo: Cortez, 2000, p. 45-61.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999. 22p.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 334p.

NETTO, J. P. *O movimento de Reconceituação: 40 anos depois*. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 84, p. 5-20, 2005.

OLIVEIRA, M. R. de; JUNGES, J. R. *Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos*. Ed. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n.17. 2012. P. 469-476

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 20 jan. 2012.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *The Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011; p. 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> . Acesso em 25 Mai. 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, jan./out. 2001

PAIM; J. S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986.

PANZINI, R. G.;BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, n. 3 v.10, . 2005. p.507-516. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso Acesso em 18 Nov. 2018

PARIZOTTO, W. **Mais uma conta que só cresce no Brasil: idosos moradores de rua**. 2016. Disponível em <https://portalplena.com/vamos-discutir/mais-uma-conta-que-so-cresce-no-brasil-idosos-moradores-de-rua/> Acesso em 18 Nov. 2018

PATROCINIO, Wanda Pereira. O Tempo e o cuidado na velhice. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.18, n.19, p.01-07. jun. 2015.

PENA, R. F. A. **Índice de Gini**. Brasil Escola. Disponível em <https://brasilescuela.uol.com.br/geografia/indice-gini.htm> Acesso em 27 Mai. 2019.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.*; n. 2, v. 20, 2017, p.335-344.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. **Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Cuidado- As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, 320 p.

PORTO, T. M. S. **Estudo dos avanços da tecnologia de impressão 3D e da sua aplicação na construção civil**. 2016. Monografia (Graduação em Engenharia Civil)-Escola Politécnica. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

RAPHAEL, B. **A population health model for the provision of mental health care**. AusInfo: Canberra; 2000.

SAGAN, C. **Bilhões e bilhões**. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 2008

SCHOLZE, A.S.; SILVA, Y.F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **CogitareEnferm.**, n.2, v.10, 2005, p. 9-16.

SEMANY, S.A.; SAIF, A.A. **Assessment of physical health status and quality of life among Saudi older adults**. *J. Phys. Ther. Sci.* 27: 1691–1695, 2015.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Lógicas de programar ações de saúde**. In: BARBOZA, P. R. (coord.). *Curso de Especialização Auto Gestão de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 81-107.

SILVA, R. V. B. et al. **Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Cuidado- As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.75-90

SILVA, S. M.; RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.693-714, 2014.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Esc Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 48, n. 2, p.335-345, 15 jan. 2014.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n.6, v. 68, 2015. p.1176-1185.

SOUZA, N. M. G. et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n.1. p.139-46, 2012.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: Implicações Para a Proteção Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde coletiva**, v.13, n.1, p. 195-206, 2008.

THOMAS, C. De-constructing concepts of care. *Sociology*. London, v. 27, n. 4, p. 649-669, nov. 1993.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 2. Ed. Vozes. Grupo de Estudos sobre Ideologia, Comunicação e Representações Sociais da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PURCS, Trad. Rio de Janeiro, 1995. (Obra original publicada em 1990)

TONET, I. **Método Científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRAVASSOS, C.; CASTRO; M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

UCHÔA, E. et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 25-35.

VARGAS, A. O.; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.63, n.6, p.956-63. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde** In Eymard Mourão Vasconcelos (org.), A espiritualidade no trabalho em Saúde. Ed. Hucitec. São Paulo, 2006. p. 13-157

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, n.6, v. 19, 2016, p. 887-905

VERAS, R. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumedemará, UERJ, 1994

VOLCAN, S. M. A. et. al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, n. 4, v. 37. 2003. p.40-445. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=en&nrm=iso Acesso em 19 dez. 2018

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. **Uma semiótica da integralidade: O signo da integralidade e o papel da comunicação.** In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). Cuidado- As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO: 2004. p.133-157.