Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Jussiara Barros Oliveira

Discursos e memórias sobre o sujeito idoso no Brasil: entre dizeres jurídicos e dos profissionais de saúde da família

Vitória da Conquista
2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Jussiara Barros Oliveira

Discursos e memórias sobre o sujeito idoso no Brasil: entre dizeres jurídicos e dos profissionais de saúde da família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concetração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis

Vitória da Conquista
2017

o45d Oliveira, Jussiara Barros

Discursos e memórias sobre o sujeito idoso no Brasil: entre dizeres jurídicos e dos profissionais de saúde da família/Orientadora Dra. Luciana Araújo dos Reis - Vitória da Conquista, 2017.
142 fls.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.

1. Memória. 2. Política. 3. Idoso I. Reis, Luciana. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. Título.

Título em inglês: Discourses and memories about aging in Brazil: between legal and family health professionals' statements

Palavras-chaves em inglês: memory, politics, elderly

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente), Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (Titular), Prof. Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos (Titular), Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira (Titular), Profa. Dra. Tania Maria de Oliva Menezes (Titular).

Data da qualificação: 14 de fevereiro de 2017

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Janaina Barros Oliveira

Discursos e memórias sobre o envelhecimento no Brasil: entre dizeres jurídicos e fazeres dos profissionais de saúde da família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 14 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)
Instituição: UESB
Ass.:

Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos
Instituição: UESB
Ass.:

Prof. Dr. Cláudio Eduardo Félix dos Santos
Instituição: UESB
Ass.:

Profª. Drª. Larissa Chaves Pedreira Silva
Instituição: UFBA
Ass.:

Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes
Instituição: UFBA
Ass.:

Dedico

A Deus autor da minha vida;
Aos meus pais, Juraci Nunes e Elza Barros, e minhas avós, Argentina Rosa de Jesus e Vitória Alves Oliveira, pelo amor, dedicação, inspiração e incentivo durante toda a minha jornada.

A sabedoria que vem do céu é antes de tudo pura; e é pacífica, bondosa, amigável. Ela é cheia de misericórdia, produz uma colheita de boas ações, não trata os outros pela sua aparência e é livre de fingimento. (Tiago 3:17)

AGRADECIMENTOS

A Deus, aquele que é soberano, onisciente, onipotente e que mesmo com toda grandeza se importa com a minha vida, sem ELE não chegaria aqui. Obrigada Deus pela sua companhia amorosa!

Aos meus pais, Juraci Nunes e Elza Barros, pelo incentivo e exemplo, que nos momentos difíceis, quando as forças pareciam que me sucumbiriam, suas doces palavras me encorajavam a prosseguir. Muito obrigada!

À minha irmã e amiga preciosa Marah, que sempre com seu jeitinho simples de ver o complicado me animou nessa caminhada marcando presença nos momentos difíceis, tornando-os descontraídos. E dessa forma estendo o agradecimento para toda a minha família, meu porto seguro.

Às minhas amigas irmãs Tânia Rocha, Patrícia Anjos, Dayse Samara, Juliana Vasconcelos, Sandra Gama e Lucia Schiffer pelo apoio sempre presente, mesmo algumas estando longe.

Às minhas irmãs preciosas em Cristo Jesus, Gena, Norminha, Jana e Irani, amigas e irmãs que intercederam por mim diante do Pai e Este guiou minha vida em todos os momentos;

À prof.ª DSc. Luciana Araújo Reis, que mais que orientação para a realização deste trabalho dispôs sua vida, sua amizade, seu apoio em momentos críticos, em que as adversidades quase me fizeram desistir. Obrigada por acreditar nesta proposta e pelos ensinamentos que contribuíram de forma especial em minha trajetória de vida e profissional.

Aos meus amigos e colegas do curso de medicina, professor Alberto Lima e Marcelo Oliveira, e da UFBA, José Louzado, pela participação no momento mais difícil dessa jornada, pelas palavras de conforto, pelo exemplo de ética e solidariedade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Memória, Linguagem e Sociedade por serem os facilitadores do processo de aprendizagem, especialmente as professoras Lívia, Conceição e Edvânia pela generosidade em compartilhar saberes vivenciados durante a realização deste estudo.

Aos colegas de doutorado pelos momentos que passamos juntos compartilhando solidariedade, ansiedades e realizações em cada etapa do curso.

A Amanda, minha sobrinha, presente que Deus colocou na minha vida, pelo seu cuidado, carinho e lanchinhos!

À funcionária Tâmara Marinho por sua prontidão em sempre servir e contribuir para o bom andamento dos trabalhos no programa.

Aos professores Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos (Titular), Dra. Tania Maria de Oliva Menezes (Titular), Dra. Sidnay Fernandes dos Santos Silva (Titular), Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (titular) e Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira por aceitarem o convite para

composição da banca examinadora para a qualificação e defesa, como também pelas excelentes contribuições para este trabalho.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia por oportunizar-me a realização do mestrado através do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

Às minhas amigas preciosas Gal e Simone de Jequié pelo socorro presente na hora da correria contra o tempo, com seu esmero e dedicação na correção das normas.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, muito obrigada!

RESUMO

O acelerado processo de envelhecimento humano tem sido um fenômeno considerado global, que tem mobilizado gestores, usuários, profissionais e formuladores de políticas públicas para garantir um arcabouço jurídico que direcione a implementação de uma atenção à saúde, voltado a esse expressivo seguimento populacional. A presente tese tem como objetivo geral analisar a posição do sujeito idoso nos enunciados das narrativas dos profissionais de saúde da família materializadas na legislação publicada no Brasil, direcionadas à saúde da população idosa. E como objetivos específicos: descrever as condições de possibilidade das políticas de saúde voltadas ao envelhecimento no Brasil no período entre 1988 e 2008; identificar a pessoa idosa no lugar de sujeito, nas narrativas jurídicas, e as memórias sobre envelhecimento e cuidado ao idoso construídas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, que adotou uma abordagem qualitativa e teve como proposta teórico-metodológica a análise do discurso. Os dados empíricos foram coletados através das técnicas de análise documental e entrevistas semiestruturadas, com a participação de 10 profissionais lotados em uma unidade de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA. A análise dos dados empíricos se desenvolveu na perspectiva da teoria da Análise do Discurso, tendo como apoio o uso do *software* de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®9 (Qualitative Solutions Research), versão 10. A partir das narrativas jurídicas e dos profissionais de saúde foi observado que as diferentes posições do sujeito idoso, presentes nas narrativas analisadas, estão imbricadas nas condições de possibilidade, vinculadas a uma memória constituída historicamente, que demarcam o modo de dizer e o não dizer ao longo do tempo na legislação e cuidado dos profissionais ao idoso. E que a visão homogeneizante dos profissionais se assenta em dois eixos: o biologicismo e a patologização da velhice, tornando o processo viver/envelhecer invisível na organização das ações da Estratégia da Família. Além disso, a necessidade de capacitação emerge como uma demanda para a gestão no sentido de qualificar o cuidado prestado pelos profissionais a esse grupo populacional. Esta tese está vinculada à área de concentração Multidisciplinaridade da Memória e à linha de pesquisa "Memórias, Discursos e Narrativas". Fazendo parte do projeto de pesquisa "Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional" do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da prof.ª Dr.ª Luciana Araújo dos Reis.

Palavras-Chave: Memória. Política. Idoso.

ABSTRACT

The accelerated process of human aging has been considered a global phenomenon, which has mobilized policy managers, users, professionals and makers to ensure a legal framework directing the implementation of health care aimed at this significant population group. Thus, this thesis aims to analyze the position of the elderly subject in the statements of the narratives of family health professionals, materialized in the legislation published in Brazil, aimed at the health of the elderly population. It has as specific objectives: describe the possibility conditions of the health policies dealing with aging in Brazil, in the period between 1988 and 2008; identify the elderly person in the place of subject, in legal narratives; identify the memories about aging and care for the elderly built by primary health care professionals. It is an exploratory, descriptive research that adopted a qualitative approach and had discourse analysis as theoretical-methodological proposal. The empirical data were collected through documental analysis techniques and semi-structured interviews, with the participation of 10 professionals from a family health unit in the city of Vitória da Conquista, Bahia. The analysis of the empirical data was conducted under the perspective of the Discourse Analysis theory, using version 10 of the QSR NVivo®9 (Qualitative Solutions Research) qualitative data processing software. Based on the legal and professional narratives, it was observed that the different positions of the elderly subject, present in the analyzed narratives, are imbricated in the possibility conditions, linked to a historically constituted memory, that demarcate, over time the way of saying and not saying in the legislation and practices of the professionals taking care of the elderly. Thereby, we saw that the homogenizing view of these professionals is based on two axes, biologism and the pathologization of old age, making the living/aging process invisible in the organization of the actions of the Family Strategy. In addition, the need for training emerges as a demand for the management in the sense of qualifying the care provided by the professionals to this population group. This thesis is linked to the concentration area. Multidisciplinarity of Memory, and to the research line “Memories, Discourses and Narratives”. It is part of the research project “Memory, Aging and Functional Dependency” of the Postgraduate Program in Memory: Language and Society, of the State University of Southwest Bahia, under the guidance of Prof.ª Dr.ª Luciana Araújo dos Reis.

Keywords: Memory. Policies. Elderly.

RESUMEN

El acelerado proceso de envejecimiento humano ha sido un fenómeno considerado global, que ha movilizado gestores, usuarios, profesionales y formuladores de políticas públicas para garantir un m cuadro jurídico que direccione la implementación de una atención a la salud, orientado a ese expresivo segmento de lapopulación.La presente tesis tiene como objetivo general analizar la posición del sujeto anciano en los enunciados de las narrativas de los profesionales de salud de la familia materializadas en la legislación publicada en Brasil, direccionadas a la salud de la población de la tercera edad. Y como objetivos específicos: describirlas condiciones de posibilidad de las políticas de salud dirigidas al envejecimiento en Brasil en el período entre 1988 y 2008; identificar a la persona anciana en el lugar de sujeto, en las narrativas jurídicas; identificar las memorias sobre envejecimiento y cuidado al anciano construidas por los profesionales de salud de la Atención Primaria. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, que adoptó un abordaje cualitativo y tuvo como propuesta teórico-metodológica el análisis del discurso. Los datos empíricos fueron colectados a través de las técnicas de análisis documental y entrevistas semiestructuradas, con la participación de 10 profesionales empleados en una unidad de salud de la familia del municipio de Vitória da Conquista, Bahia. El análisis de los datos empíricos se desarrolló en la perspectiva de la teoría del Análisis del Discurso, teniendo como apoyo el uso del *software* de tratamiento de datos cualitativos QSR NVivo®9 (*Qualitative Solutions Research*), versión 10.A partir de las narrativas jurídicas y de los profesionales de salud fue observado que las diferentes posiciones del sujeto anciano, presentes en las narrativas analizadas, están imbricadas en las condiciones de posibilidad, vinculadas a una memoria constituida históricamente, que demarcan el modo de decir y de no decir a lo largo del tempo en la legislación y los quehaceres de los profesionales para los ancianos. Y que la visión homogeneizadora de los profesionales se fundamenta en dos ejes, el biologicismo y la patologización de la vejez, tornando el proceso vivir/envejecer invisible en la organización de las acciones de la Estrategia de la Familia. Además, la necesidad de capacitación emerge como una demanda para la gestión en el sentido de cualificar el cuidado prestado por los profesionales a ese grupo poblacional. Esta tesis está vinculada al área de concentración Multidisciplinariedad de la Memoria y a la línea de investigación “Memorias, Discursos y Narrativas”. Siendo parte del proyecto de investigación “Memoria, Envejecimiento y Dependencia Funcional” del Programa de Posgrado en Memoria: Lenguaje y Sociedad de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahia, bajo la orientación de la prof.ª Dr.ª Luciana Araújo dos Reis.

Palabras Clave: Memoria. Política. Anciano.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD Análise do Discurso

APS Atenção Primária à Saúde

CIB Comissão Intergestores Bipartite

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PNSI Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PACS Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

EST Estratégia Saúde da Família

NASF Núcleos de Apoio à Saúde da Família

LISTA DE CENAS

CENA 1:	Constituição Federal, ano 1988	90
CENA 2:	Política Nacional do Idoso, ano 1994	91
CENA 3:	Política Nacional de Saúde do Idoso do ano 1999	92
CENA 4:	Estatuto do Idoso, ano 2003	94
CENA 5:	Política Nacional da Atenção Básica, ano 2006	96
CENA 6:	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ano 2006	97
CENA 7:	Implantação do Núcleo de Saúde da Família, ano 2008	99

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Cartografia Metodológica 78

FIGURA 2: Marcas de funcionamentos dos lugares do sujeito idoso nas políticas de proteção ao envelhecimento no recorte temporal 101

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1: Caracterização dos participantes do estudo 77

LISTA DE TABELA

TABELA 1: Total de narrativas jurídicas que discursavam sobre o direito da saúde à pessoa idosa no Brasil, no âmbito da Atenção Primária, publicadas no período de 1988 a 2008. 70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

1.1 QUESTÃO PROBLEMA 25

1.2 OBJETIVOS 25

1.2.1 Objetivo Geral 25

1.2.2 Objetivos Específicos 26

1.3 HIPÓTESE FORMULADA 26

1.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA TESE 26

2 A VELHICE SOB A LENTE DA MEMÓRIA COLETIVA 28

2.1 ENVELHECER: A CONSTITUIÇÃO DISCURSIVA E MEMÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE AO IDOSO NO BRASIL 37

2.1.1 O dizer sobre o envelhecimento nas narrativas jurídicas no contexto brasileiro 44

2.1.2 As tramas do discurso do cuidado à pessoa idosa na atenção primária à saúde 61

3 A CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS* E O PERCURSO METODOLÓGICO 70

3.1 TIPO DE PESQUISA 71

3.2 TEORIA ANALÍTICA/ METODOLÓGICA - ANÁLISE DO DISCURSO 72

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO 75

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA 76

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 77

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E TRATAMENTO DE DADOS 78

3.6.1 Primeiro movimento: aproximação com campo e participantes 78

3.6.2 Segundo movimento: análise documental 79

3.6.3 Terceiro movimento: as entrevistas, a escuta da polifonia sobre a memória da velhice 82

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 85

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS: ENTRELAÇANDO MEMÓRIAS, DIZER(ES) E FAZER(ES) SOBRE A VELHICE 87

4.1 REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA DO LUGAR DO SUJEITO IDOSO NAS NARRATIVAS JURÍDICAS 88

4.2 MEMÓRIAS DA VELHICE: PRODUÇÃO DE SENTIDO E VALOR DE VERDADE PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA 101

4.3 MEMÓRIAS DO CUIDADO AO IDOSO: ENTRE O SER E O FAZER 112

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 123

REFERÊNCIAS 126

APÊNDICES 134

APÊNDICE A: Roteiro de entrevistas 135

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 136

ANEXOS 137

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP 138

ANEXO B: Autorização para Coleta de dados 141

ANEXO C: Ofício da Secretária de Saúde de Vitória da Conquista 142

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta de pesquisa emergiu de inquietações e indagações conceituais sobre políticas de saúde, suscitadas ao término da Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Saúde, através da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 2013, intitulada "Multiversos contextos da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa", levando a uma (re)significação do objeto de estudo, em uma perspectiva de irromper suas fronteiras e produzir um novo recorte do saber-fazer as políticas protetivas de envelhecimento no Brasil, sob a ótica da teoria da memória coletiva e metodologia francesa da análise do discurso.

O gesto analítico investido neste estudo está embasado na compreensão da memória, não como uma função cognitiva, mas enquanto objeto de interesse filosófico e científico a partir do princípio da multimodalidade, ou seja, as múltiplas possibilidades de ser e de expressar um dado fenômeno. Nesse ponto, ocuparemos com a discursividade lógica – conceitual dos saberes: lógico - porque nos interessará as ordens da sentença, segundo as quais irá se definir ou apresentar o objeto de conhecimento perseguido neste estudo; conceitual - tendo em vista a definição das partes que compõem o objeto, sua classificação quanto às propriedades, qualificando as partes e o todo, na perspectiva de compreender o fenômeno que foi objeto de estudo.

Para esta pesquisa, as narrativas jurídicas são corporificadas como lugar de memória discursiva, onde se materializam formulações sobre o sujeito idoso, no âmbito do poder legislativo e executivo, retratando a discursivização que circula no interior da sociedade. Por meio dessa ótica, a memória coletiva se tornará âncora para assentar a materialidade simbólica de sentidos, que funciona como lugar de memória discursiva (FONSECA-SILVA, 2007). Além disso, segundo Foucault (1969), o processo de produção do discurso não se faz de maneira estática, ligada apenas a uma materialidade, o que explica sua dispersão, descontinuidade e transformação, materializando não apenas na estrutura linguística, mas nas práticas que determinam sua existência.

Assim, enfatizar a memória é reviver, é estabelecer uma conexão dos acontecimentos com as marcas de um conhecimento do passado no presente, que pode levar a uma reflexão sobre as perspectivas futuras de certo objeto. A memória, nesse aspecto, pode ser comparada a uma linha tênue que liga o antes, o agora e o depois, funcionando com um operador temporal, na visão Bergsoniana. Para Bergson (1999), há uma proximidade de aspectos importantes na constituição da memória, que se desenha por meio das primeiras noções gerais, obtidas por

meio de conexões com experiências vividas e que se assemelham a situações atuais. Esse movimento de contiguidade e semelhança ocorre no plano da ação (corpo) e do sonho (espírito), estabelecendo uma ligação entre reações automáticas que operam certo nível de tensão da memória à medida que se afastem ou aproximem da ação presente (BERGSON, 1999).

Nesse contexto, a Análise do Discurso (AD) adota um papel fundamental na compreensão das "redes de memória", nas quais se inscrevem os enunciados das narrativas jurídicas das leis de proteção ao idoso e no arranjo assistencial do cuidado prestado, pelos profissionais de saúde da família, a essa população na Atenção Primária. Nesse ponto de vista, Pêcheux (2008) propõe uma reflexão sobre a linguagem, na busca de dispositivos que possibilitem o conhecimento dos entremeios na "instauração de novos gestos de leitura", levando em consideração o confronto do que é dito (teoria) e o que não é dito, observado na prática ou nos interdiscursos.

Assim, na AD, as narrativas deixam de ser um produto meramente linguístico, abstrato, e passam a ser uma prática social constituída pelos sentidos (ORLANDI, 2001). Para Orlandi, "a palavra discurso etimologicamente tem em si a ideia de curso, de percurso, de pôr em movimento" (ORLANDI, 2001, p.15). Nesse aspecto, a produção do discurso expressa a ideologia do sujeito, em um dado contexto social, é o "homem falando", a base de condição histórica da existência de uma sociedade (ORLANDI, 2001, p.17).

Nessa linha de investigação, também consideramos o aporte teórico de Michel Foucault (1969), essencial na concepção da constituição do sujeito adotado neste estudo. Para o autor, a constituição da posição sujeito configura-se em uma arena conflituosa compreendida no estabelecimento das relações de saber e poder (sujeito passivo), permitindo também espaço para a manifestação de si mesmo (sujeito ativo). A posição sujeito ou sujeito do enunciado cunhado pelo autor é entendida como uma posição de funcionamento, e não pela presença em si do sujeito pragmático, o que permite ser ocupada por diferentes atores, que podem assumir o lugar de dizer de sujeitos.

A partir desse ponto, teceremos algumas considerações para compreendermos melhor a magnitude do fenômeno envelhecimento humano, no Brasil e no mundo; trataremos também de algumas contribuições de autores que trabalharam a temática na perspectiva conceitual, de política de saúde, demográfica e epidemiológica.

Recentemente, a discussão sobre o envelhecimento populacional no mundo, e particularmente no Brasil, tem ocupado a pauta dos meios midiáticos, despertando interesse de pesquisadores e gestores públicos. Tal fato, a nosso ver e para muitos estudiosos, deve-se à

constatação de ser este um fenômeno global e irreversível, que requer uma revisão no modo como tem sido concebido pela sociedade o lugar do sujeito idoso nas políticas públicas nas últimas décadas.

Considerado uma das principais conquistas da humanidade no século XX o envelhecimento populacional possui contextos sociopolíticos e econômicos distintos quando se compara os países desenvolvidos àqueles em desenvolvimento. Isto resulta em sistemas de proteção social mais amplos ou restritivos para todos os seguimentos etários, em especial o dos idosos, quando se refere às políticas de saúde, assistência e previdência social (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No caso do Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido em um ritmo acelerado e progressivo. Essa velocidade projetará o país em 2020 no sexto lugar do *ranking* mundial, agregando uma série de questões cruciais para gestores públicos, exigindo uma capacidade de resposta efetiva diante de um cenário complexo, que ainda convive com necessidades de outros grupos populacionais, em uma conjuntura social desfavorável, como grandes iniquidades sociais, econômicas e desigualdade de acesso às ações das políticas públicas (VERAS, 2009).

Tal estado é sinalizado por dados do censo demográfico de 2010, que revela em seu relatório que o Brasil apresenta uma população total de 190.755.199 milhões de pessoas, das quais aproximadamente 10,8% são idosas, ou seja, 20.590.599 milhões estão acima de 60 anos (IBGE, 2010).

Esse novo paradigma demográfico está ocorrendo paralelo à outra transição, a do padrão de morbimortalidade, marcado pelos elevados índices de mortes por doenças crônicas, como câncer, cardiopatia, diabetes e do aparelho respiratório, o que é típico de uma população envelhecida. A carga das doenças crônicas tem onerado os custos com os serviços de saúde, comprometendo a autonomia e qualidade de vida do idoso. Para o enfrentamento de tal situação, a promoção e prevenção da saúde, aliadas ao tratamento das doenças crônicas, propõem um novo modelo de atenção, baseado na identificação de risco e integralidade nos diversos pontos da rede assistencial, sem privilegiar a doença como foco, visando, dentre outras coisas, à qualidade de vida e saúde da pessoa idosa e garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde (VERAS, 2013). Uma velhice malsucedida, caracterizada por cursar com patologias crônicas, custa muito aos cofres públicos em virtude das internações hospitalares, além do impacto no convívio social e no psicológico, uma vez que pode comprometer a autonomia da pessoa que envelhece e a dinâmica de funcionamento da família.

Diante de tais considerações, o Estado desde o período da redemocratização, após a promulgação da constituição federal em 1988, vem implementando dispositivos legais e buscando a incorporação de direitos sociais, direcionados à população idosa, em uma tentativa de atender às demandas oriundas do envelhecimento da população, mediante a preservação do princípio da dignidade humana e cidadania (ANDRADE et al., 2013).

Dentre esses dispositivos, podemos elencar leis/portarias que orientam a organização da atenção à saúde da pessoa idosa no território nacional, dispostas de maneira sintetizada na seguinte ordem: Lei nº 8.842/94, que define a Política Nacional do Idoso; Portaria nº 1.395/GM - Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999; Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, incentivando a participação e convívio social do idoso; Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que ressalta o envelhecimento ativo e saudável; Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que define o pacto pela saúde, com pactuação de indicadores de acompanhamento de saúde do idoso; Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o atendimento às pessoas idosas no território da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA; SANTANA, 2013).

Segundo Fagnani (2009), é possível identificarmos na trajetória da proteção social brasileira nas últimas décadas dois direcionamentos das agendas políticas no país. O primeiro aponta para o movimento inspirado no Estado de bem-estar social, que iniciou com a luta pela redemocratização - mobilização popular diretas já - e culminou com a promulgação da constituição cidadã em 1988. O segundo período (1990- 2002) foi caracterizado pelo movimento contrário, a tensão entre o Estado mínimo e o Estado de bem-estar social. O mundo experimentava a emergência do neoliberalismo, e o Brasil dos meados de 1970 até 1988 seguia na contramão desta lógica, sobretudo na área econômica e dos direitos sociais universais FAGNANI, 2011).

Nessa fase de tensões, o Brasil na década de 90 vivencia a disputa de dois paradigmas:

> Em primeiro lugar, essa estratégia acarretou aumento da crise social, percebida, sobretudo, na desorganização do mundo do trabalho, consequência da estagnação econômica, implícita no Plano Real. Em segundo lugar, as políticas monetária, cambial e fiscal adotadas desorganizaram as finanças públicas e limitaram o gasto social (FAGNANI, 2011, p.3).

Esse cenário nos permite compreender “o paradoxo das políticas de saúde, assistência social e educação fundamental, nas quais os inegáveis avanços institucionais foram minados pela macroeconomia” (FAGNANI, 2011, p.3).

Na década de 2000, sobretudo a partir de 2003, há uma grande mudança em termos da concepção do papel do Estado. O contexto político do período em estudo revela uma intensa movimentação do congresso e o direcionamento de pautas nas agendas da câmara de deputados, senadores e do próprio gabinete da casa civil, particularmente em relação aos direitos protetivos do envelhecimento no Brasil, quando nos debruçamos nos quantitativos de dispositivos publicados nesse período, que foi marcado por mobilização da sociedade em defesa do direito da pessoa idosa.

Tal movimentação foi observada com mais intensidade nos mandatos do presidente Luís Inácio Lula da silva. A “Era Lula” (2003-2010) foi marcada por conquistas sociais, destacando-se os programas de melhoria de condição de renda familiar, inicialmente Programa Fome Zero, substituído pelo Programa Bolsa família, e habitação, além de resgates dos direitos positivos das minorias, como temas transversais das políticas setoriais, como idoso, mulher, igualdade racial e de gênero, apesar de todas as dificuldades e limitações inerentes de uma nação em desenvolvimento como é o caso do Brasil (MADEIRA, 2014). No entanto, vale ressaltar a concepção de uma política pública, adotada neste estudo, para que possamos distinguir seu processo de construção e como as políticas setoriais, no nosso caso a política de proteção de saúde da pessoa idosa, definem sua abrangência.

Nesse sentido, tomaremos a concepção de política pública postulada por Castro e Oliveira (2014 p. 22) para melhor contextualização do objeto deste estudo:

> O conjunto de políticas, programas e ações do Estado, diretamente ou por meio de delegação, com objetivo de enfrentar desafios e aproveitar oportunidades de interesse coletivo. Tais políticas, programas e ações concretizam-se na oferta de bens e serviços que atendam às demandas resultantes das disputas políticas acerca do que é ou deveria ser de interesse público. [...] Nas sociedades contemporâneas, cabe ao Estado prover políticas públicas que atendam aos anseios da sociedade. Para que as funções estatais sejam exercidas com legitimidade, é preciso haver planejamento e permanente interação entre governos e sociedade, de forma que sejam pactuados objetivos e metas que orientem a formulação e a implementação das políticas públicas.

As conquistas sociais, elencadas no período citado, impactaram nos indicadores sociais observados neste período, como ampliação do PIB per capita, queda da pobreza extrema e aumento da esperança de vida (MADEIRA, 2014).

No entanto, apesar do empenho político observado na “Era Lula” em constituir um arcabouço jurídico-político importante e de caráter inovador na proteção do envelhecimento em nosso país, a efetivação dos direitos sociais na vida dos idosos no que concerne à saúde ainda é um desafio para usuários, gestores e profissionais. Direitos sociais, de acordo com o artigo 5º da Constituição Federal, dizem respeito às condições de vida básicas para todo cidadão viver com dignidade em sociedade (saúde, educação, alimentação, moradia, lazer etc.) e que devem ser asseverados por políticas setoriais específicas, executadas pelo aparelho do Estado, representado pelo executivo nas esferas municipais, estaduais e federais (BRASIL,1988).

Sendo assim, a implementação das políticas públicas depende de um engajamento de toda a sociedade na luta pelos direitos sociais, especialmente através do protagonismo dos idosos, atores principais desse processo, considerando os aspectos específicos e multidimensionais do envelhecimento humano (MARTINS et al., 2007; OLIVEIRA; SANTANA, 2013).

Assim, partindo dos resultados encontrados na dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Enfermagem da UESB, foi possível observar a dicotomia entre a teoria e a prática dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa idosa, quando relacionadas com as políticas formuladas pelo Ministério da Saúde, órgão normatizador da assistência à saúde no território nacional. Um dos resultados da pesquisa desenvolvida demonstrou que os profissionais conhecem a política, mas a prática distanciava-se das ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, em uma perspectiva de integralidade e longitudinalidade do cuidado, legitimando uma assistência focada na clínica, com ações eventuais de promoção e prevenção para esse seguimento populacional (OLIVEIRA; SANTANA, 2013).

Além disso, o interesse sobre a temática foi se constituindo ao longo da minha trajetória profissional, em diferentes áreas: assistência (hospitalar e equipe de saúde da família), gestão municipal (área técnica do idoso, controle social, apoio institucional às equipes), ensino e pesquisa como docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Nesses diversos campos de atuação foi possível deparar-se com a crescente procura de pessoas idosas aos serviços de saúde, em condições agudas de doenças crônicas. Além disso, outro aspecto observado foi o modo de produção fragmentada do cuidado aos idosos na atenção primária. Nessa caminhada, amparada pelos cursos de capacitação realizados na área de saúde da família, percebemos ainda a coexistência de demandas maternas infantis nos serviços, com pactuação de indicadores de produção, que torna imperativa a organização do

serviço em torno dessa clientela. Na função de gestora da área técnica de saúde do idoso, era inegável a necessidade de sistematizar o cuidado na Atenção primária ao seguimento idoso.

Outro aspecto sobre o interesse no tema desta investigação diz respeito ao engajamento ético e político em mobilizações de defesa do direito da pessoa idosa, com a discussão da Política Nacional, contribuindo com a identificação e compromisso com a temática abordada. Enquanto trabalhadora de saúde e gestora, atuamos como sujeito político nas etapas Regional, Estadual e Federal da I Conferência Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2003). Desde então, deu-se início à militância na defesa dos direitos desse seguimento populacional, nos espaços de formulação e execução da política no âmbito municipal. Essas experiências culminaram com o ingresso na academia como docente da disciplina Enfermagem na terceira idade, no curso de enfermagem, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O ensino e interesse pela pesquisa instigaram-me a estudar o fenômeno do envelhecimento e suas repercussões nos sistemas públicos, em especial no âmbito da saúde e em uma unidade federativa, sendo o mestrado acadêmico o ponto de partida para a construção de um conhecimento sólido sobre a política de saúde da pessoa idosa e suas implicações no cuidado ao idoso e no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O *corpus*, de análise deste estudo, compreende dois gêneros discursivos: as narrativas jurídicas e as produzidas pela oralidade dos profissionais de saúde da família, concentrando nossa atenção nos “dizeres” e “fazeres” da política de envelhecimento em nosso país. Tal fato fez-se necessário para captar os enunciados materializados em diferentes lugares e como estes se configuram e reconfiguram, distanciando-se de uma visão reducionista e linear de encadeamento de fatos históricos.

Além de estabelecer uma conexão com outros enunciados que o sucedem e precedem observados na prática do cuidado dos profissionais de saúde a essa população nos serviços do Sistema Público de Saúde brasileiro. Nessa perspectiva, a formação discursiva do sujeito idoso está diretamente relacionada ao seu duplo aspecto de constituição: linguístico e sócio-histórico (ORLANDI, 2001).

O período delimitado para realização deste estudo deve-se ao fato de que nesse período foram publicadas legislações específicas relacionadas ao envelhecimento, norteadoras da qualificação do cuidado em saúde a esse expressivo seguimento da população, particularmente no âmbito da Atenção primária em Saúde.

Assim sendo, o fenômeno do envelhecimento está para além das questões relacionadas à sustentabilidade das políticas públicas, contempla os modos como ao longo da história da humanidade a sociedade foi agregando sentidos e valores e também como essa vivência da

velhice se distingue de um lugar para outro. Nessa perspectiva, investigamos como esses sentidos e valores agregados constituem a memória coletiva de formuladores e profissionais de saúde das políticas protetivas e qual o lugar do sujeito idoso em tais formulações e práticas.

Então, diante da importância social e científica desta temática e do interesse pessoal, cada vez mais acentuado, acreditamos que o presente estudo constituirá uma importante ferramenta. Tal instrumento poderá subsidiar gestores, pesquisadores e idosos no debate qualificado sobre a atenção à pessoa idosa nos serviços de saúde, tendo como campo de estudo uma unidade federada no estado da Bahia e como cenário de investigação a Atenção Primária da Saúde (APS), em especial o âmbito da estratégia saúde da família. Nesse direcionamento, busca-se, neste estudo, compreender os sentidos das memórias dos profissionais de saúde da família e o lugar do sujeito idoso a fim de compreender a trama que é tecida, na tensão do saber/fazer no cotidiano do cuidado à saúde da pessoa idosa na APS, na esfera municipal.

Por fim, acreditamos que exista algo mais, além do ponto final de cada portaria publicada sobre os direitos da pessoa idosa, sobretudo por ter percebido ao longo do desenvolvimento da dissertação de mestrado a dicotomia do “dito” e do que é “visto” no cotidiano dos idosos, em especial dos mais idosos e com mais fragilidades.

1.1 QUESTÃO PROBLEMA

Assim, considerando a trajetória argumentativa desta problemática, optamos por desenvolver este estudo de cunho científico, o qual terá como questão central a ser desveladas ao longo da tese: Como apresenta a posição do sujeito idoso nas narrativas constituídas pelos enunciados da legislação publicada no Brasil e memórias dos profissionais de saúde da família no cuidado ao idoso?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Logo, a partir das perguntas sobre o tema, foram traçados os objetivos da pesquisa que possibilitaram a seleção dos elementos para a discussão nesta pesquisa, sendo definido como objetivo geral:

- Analisar como se apresenta o sujeito idoso nos enunciados materializados nas

narrativas da legislação publicada no Brasil direcionadas à saúde da população idosa e dos profissionais de saúde da família.

1.2.2 Objetivos Específicos

Para esse fim, fez-se necessário formular especificamente os seguintes objetivos:

- descrever as condições de possibilidade das políticas de saúde voltadas ao envelhecimento no Brasil, no período entre 1988 e 2008;
- identificar a posição de sujeito idoso, nas narrativas jurídicas;
- relatar as memórias sobre a velhice e o cuidado ao idoso construídas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária**.**

1.3 HIPÓTESE FORMULADA

- Diante do exposto, buscaremos comprovar através da memória coletiva e dos recursos da Análise do discurso a seguinte hipótese: 1) O sujeito idoso aludido nos enunciados da legislação das narrativas jurídicas e dos profissionais de saúde da família, que ressaltam, respectivamente: a posição sujeito idoso ativo e saudável e uma percepção homogeneizante do processo de envelhecimento e, por conseguinte, não impacta na melhoria da atenção na Estratégia Saúde da Família a esse grupo populacional.

1.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA TESE

Além do capítulo 1, em que apresentamos a fundamentação teórica do tema, motivação para realização do estudo, procedimentos metodológicos na constituição do *corpus*, questão problematizadora, hipóteses e objetivos, a tese ainda apresenta os seguintes capítulos:

No capítulo 2, denominado **A velhice sob a lente do olhar da memória coletiva,** definimos as bases teórico-metodológicas que adotamos como referência para análise do *corpus* deste estudo. Neste capítulo, discutimos a memória como fio condutor na compreensão das tramas tecidas pelos profissionais de saúde da família na concepção do envelhecimento.

No capítulo 3, intitulado **Envelhecer: a constituição discursiva e memória da política de saúde ao idoso no Brasil,** buscamos na relação dialógica entre memória e discurso delinear a condição histórica do dizer sobre o idoso, constituída nas narrativas jurídicas e nas práticas dos profissionais de saúde da família no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária.

No capítulo 4**, a constituição do corpus e o percurso metodológico,** apresentamos os seguintes aspectos sobre o estudo: trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, que adotou uma abordagem qualitativa e teve como proposta teórico-metodológica a análise do discurso. Os dados empíricos foram coletados através das técnicas de análise documental e entrevistas semiestruturadas, com a participação de 10 profissionais lotados em uma unidade de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA. A análise dos dados empíricos se desenvolveu na perspectiva da teoria da Análise do Discurso, tendo como apoio o uso do *software* de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®9 (Qualitative Solutions Research), versão 10. A partir das narrativas jurídicas e dos profissionais de saúde foi observado que as diferentes posições do sujeito idoso, presentes nas narrativas analisadas, estão imbricadas nas condições de possibilidade, vinculadas a uma memória constituída historicamente, que demarcam o modo de dizer e o não dizer ao longo do tempo na legislação e cuidado dos profissionais ao idoso. Além da **Teoria analítica/metodológica - Análise do Discurso**, utilizada como fundamento para assentar a compreensão do objeto, no desenvolvimento do estudo, detalhando a performance adotada neste estudo.

No capítulo 5, intitulado **Resultados e discussão dos dados: Entrelaçando memórias, dizer(es) e fazer(es) sobre a velhice,** analisamos as diferentes retratações da velhice em diferentes materialidades discursivas. Nas narrativas jurídicas da legislação de proteção ao envelhecimento no Brasil, foi possível identificar as diversas posições do sujeito idoso constituídas no período analisado e também nas narrativas dos profissionais de saúde, estabelecendo uma relação dialógica entre as memórias e as práticas discursivas no fazer do cuidado à pessoa que envelhece na Estratégia Saúde da Família. Assim, nessa perspectiva analítica, exploramos os enunciados produzidos por sujeitos que compartilham suas percepções e vivências, em um mesmo campo de efeitos de sentido pré-constituídos.

No capítulo 6, intitulado **Considerações finais**, apresentamos as considerações finais deste estudo e, por último, as referências mobilizadas para diálogo com os dados empíricos, emergidos da tarefa de trabalho de campo da pesquisa.

2 A VELHICE SOB A LENTE DA MEMÓRIA COLETIVA

> *"A velhice não é um fato estático: é o término e o prolongamento de um processo"* (Simone de Bevouir)

A noção de **memória coletiva** será o fio condutor deste estudo para compreender os sentidos produzidos pelos sujeitos na concepção do envelhecimento, não apenas como um fenômeno biológico, mas com ênfase no caráter social imputado pelos diversos grupos de pertencimento. E, dessa forma, compreendendo sob a ótica de Halbwachs (2004) que o comportamento, sentimentos e valores dos homens estão e são resultados do seu nível de integração com a contextura das relações sociais que faz parte. Assim, nessa perspectiva social, é que trataremos a memória neste trabalho.

Segundo Santos (2012), a memória coletiva era tratada no início do século passado como um saber delimitado ao campo da filosofia, que buscava entender como se constituía o significado da vida humana, o centro do conhecimento era o homem. Com o "descentramento" da origem no sujeito, várias correntes teóricas (Marx, Foucault e Freud) passam a conceber a intencionalidade a partir de outros aspectos, como as relações de poder e o inconsciente. Nesse ínterim, a memória, antes reduzida a funções psíquicas e sociais, passa a ser estudada enquanto pesquisa experimental e quantitativa, no final do século XIX, pelo psicólogo Herman Ebgunghaus. Parte da trajetória conceitual argumentada pela autora trazida aqui demonstra a constituição da memória enquanto fenômeno social, que depois de três décadas tem o conceito de memória coletiva cunhado por Maurice Halbwachs (1920) que infere que as determinações da consciência por marcos sociais têm como função tornar a "sociedade possível" (SANTOS, 2012).

A percepção da memória no campo da teoria social direcionou vários autores na continuidade dos estudos iniciados por Halbwachs, ora contradizendo, ora reiterando seu pensamento sobre o funcionamento da memória como fenômeno social (WEBER; PEREIRA 2010). Segundo as autoras, a teoria social da memória era uma resposta aos seus principais críticos (Block e Blondel), fazendo da prática da rememoração mais que um exercício individual, sinalizando a existência de uma ancoragem com o vivido socialmente nos grupos de pertencimento, como a família, grupos religiosos, trabalho, dentre outros. Halbwachs, então, persegue como tema principal de sua obra explicar o funcionamento da memória como um extrato social dinâmico, que reconstitui o presente, pelos vestígios deixados pelo passado, perpassando dois campos teóricos: a psicologia e a sociologia (WEBER; PEREIRA, 2010).

No entanto, Halbwachs não desconsidera a memória individual como parte constitutiva da evocação do passado, o que o autor enfatiza é que esse ato será sempre precedido de uma base comum, vivenciado pelos indivíduos que são os quadros sociais, nos quais há uma combinação ou encontro com diferentes memórias dos grupos de pertencimento que o indivíduo está inserido, como afirma o autor: nossa "memória deve aproveitar da memória dos outros, apresentando pontos de contato entre uma e outra lembrança", o que só pode ocorrer com a participação de outros do mesmo 'nicho' social ao longo de sua existência na humanidade (HALBWACHS, 2006, p.39).

Além disso, para Halbwachs (2006), a memória não parte da imaginação pura de um indivíduo, suas palavras e ideias são representações do seu contexto social, por isso mesmo, por mais pretensioso que seja, não podemos adotar uma ideia ou posicionamento como propriamente de nossa autoria, como se estivéssemos em uma redoma de "autopeise". Para o autor, "os indivíduos lembram como integrante de um grupo" e então, apesar da base da evocação ser o grupo, é o indivíduo que lembra, isto é fato, que estabelece as conexões com o que vivencia ou vivenciou e expressa isso nos seus atos, no seu modo de se posicionar e agir na sociedade.

As narrativas jurídicas e relatos de pessoas chaves na perspectiva adotada pelo estudo possibilitam emergir efeitos de sentido, levando-nos a compreender as memórias dos grupos envolvidos, impulsionando para um mergulho em seus significados e como isso contribui na gestão e qualificação do cuidado à pessoa idosa em nosso país, algo que move meus anseios como pesquisadora, que também está envelhecendo. E assim buscando vislumbrar nesse horizonte o viver/envelhecer com qualidade de vida e uma política que seja de fato efetivada em nosso país, com dignidade e cidadania para esse grupo populacional que tem sido cada vez mais numeroso.

A compreensão da memória coletiva constituída na óptica dos profissionais e gestores, por meio das práticas do cuidado e da legislação de proteção ao envelhecimento, permitirá captar os significados do viver/envelhecer para esses atores. Isto poderá repercutir na prática dos serviços públicos de saúde e nas estratégias de capacitação dos profissionais, levando a uma mudança na relação profissional-usuário. Tais mudanças não seriam motivadas apenas pela situação emergente imposta com a transição demográfica, mas pela mudança de atitude diante desse fenômeno progressivo e irreversível, que impacta diretamente no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Então, é com base nessa concepção de memória coletiva que compreendemos como se espraiam os níveis de sentido, formando *verdadeiros arquipélagos*, por meio das recordações

ancoradas para além das recordações pessoais. Entendendo assim que, nas bases recebidas de um grupo, são forjados conceitos e deslocamentos nos lugares que o grupo atribui a cada indivíduo, travando-se uma batalha no campo mnemônico. Logo, os pensamentos ou percepções (unidades do eu), na visão Halbwachiana, seriam produzidos "pelos encontros em nós de correntes de uma realidade objetiva fora de nós", e não apenas expressão da espontaneidade (RICOUER, 2007).

Esses "encontros" com a realidade socialmente constituída e aliada à pressão da *coerção social* transformam-se em mecanismos de produção de sentimentos e valores dos indivíduos. Mais do que propriedades, a maneira como as coisas são interpretadas demonstra como os grupos fornecem atributos às coisas, selecionando, de maneira escalonada, os valores instituídos a elas em detrimento de outros. Por seu turno, os sentimentos não carreiam em si apenas o aspecto da emoção, pois, assim como os valores são socialmente constituídos determinando as relações que se terá com determinada questão ou coisa ou pessoa, o seu grau de importância será produzido. Os sentimentos também são produzidos socialmente e, diferente das emoções, que têm um caráter efêmero, explosivo, os sentimentos- *formações mentais*- permanecem, tornam-se base para as relações que estabelecemos com as pessoas ou coisas durante a nossa existência (VIANA, 2006).

Assim, ancorados nessa concepção teórica, por muitas vezes, usaremos ao longo deste estudo os termos memória, memórias, memória coletiva, memória social, memória discursiva. Essa polissemia demonstra a complexidade desse campo teórico, que não se limita a apenas uma, mas várias terminologias, e também pela necessidade de tornar inteligível a leitura do objeto através dessa abordagem, porém sempre retomando o conceito Halbwachiano de gênese social.

Nesse direcionamento, Fentress e Wickham (1992) também nos remete à reflexão sobre a questão do aspecto social da memória. Como vimos, sua constituição social ocorre por meio das relações dos indivíduos nos diversos grupos de pertencimento e como eles articulam o significado das coisas, o que não é uma operação simples. Pelo contrário, por ser este um campo de contextura dinâmica, as formas narrativas (textos jornalísticos, biografias, panfletos publicitários, revistas etc.) ganham importância, legitimando as lutas e conflitos do passado atualizado no presente. As associações das narrativas com a documentação comprobatória de fatos evocados demonstram ser eficazes para compreender, em certo grau, como se constituíram os interesses e identidades sociais, apesar de muitas vezes o grupo manter certa coesão, mas sem um nível de consciência de classe (FENTRESS; WICKHAM, 1992).

Com isso, podemos acrescentar mais um ponto trazido por Fentress e Wickham (1992), que nos move na compreensão deste campo complexo que é a memória na perspectiva social ou coletiva. Para os autores, a **memória social** está relacionada a três categorias ligadas intrinsecamente ao campo da linguística: o reconhecimento, evocação e articulação. Isso implica dizer que nossa experiência coletiva nos leva de maneira inconsciente a, primeiro, identificar as coisas com base em experiências vivenciadas, o que geralmente envolve habilidades sensoriais (visão, olfato, tato e paladar); segundo, evocar está mais para um ato do espírito, ou seja, uma experiência pessoal, interior, que constrói uma imagem mental de qualquer coisa (algo ou alguém); e terceiro, a articulação, que ocorre quando compartilhamos a outras nossas reminiscências. Tais categorias demonstram para o autor que na constituição da memória podemos considerá-las parte de um único ato ou de atos distintos, sem, logicamente, definir a localização da memória, uma vez que essas categorias são frequentemente funcionais (FENTRESS; WICKHAM, 1992).

Por sua funcionalidade, a memória é flexível, denotando para a linguagem a responsabilidade de expressá-la, organizando o conhecimento adquirido dos efeitos da nossa experiência, despertando a atenção na oposição entre o semântico e sensorial. Essa oposição torna a tarefa mnemônica da interpretação da *coisa-coi*sa ser mais complexa do que a de *palavra-palavra*. Para os autores, a experiência da memória (memória-palavra/memória-coisa) influencia na maneira como de fato a usamos. Isto porque a experiência da memória, por meios dos conhecimentos disponíveis, torna possível "recordar informações puramente semânticas", concebendo as palavras, mesmo que descontextualizadas, uma memória codificada por meio de uma cadeia de símbolos, ou seja, trataríamos dos significantes (símbolos), e não dos significados (onde e quando aprendemos). Sendo assim, o autor afirma que: a memória pessoal está intrinsecamente ligada à memória sensorial, conferindo-lhe um caráter de *continuidade de espírito e corpo e de memória e percepção.* E nesta lógica de continuidade possibilita a memória semântica, fixando-nos ao mundo que vivemos (FENTRESS; WICKHAM, 1992, p.46).

Esse ponto nos leva a refletir, em que medida, de maneira consciente ou não, são selecionados ou codificados os conhecimentos ou conteúdos discutidos nos encontros de educação permanente sobre diversos temas com os profissionais de saúde da família. Os autores Fentress e Wickham (1992) trazem uma experiência interessante suspeitada por Bartlett (1932), a partir da noção do psicólogo francês Binet, de "ideia-diretriz", que seria resumidamente o ponto-chave para a constituição e sequenciação da memória, a partir da experiência de os indivíduos associarem as categorias já citadas da memória social, o que para

os autores, conforme a experiência de Bartlett (1932), poderia se justificar pela formação profissional do indivíduo, citando como exemplo os advogados e pintores, validando a memória a partir da prática real no presente. No entanto, os autores deixam claro que a memória não é algo inabalável, universal ao conhecimento, justamente por ser constituída por ideias e pela possibilidade de novas experiências dos indivíduos carreadas de *significações* e *significados.*

Então, quando associamos este ato de rememoração aos grupos que pertencemos ao longo da nossa vida, como família, escola, trabalho, e ao lugar que ocupamos no mundo, podemos remeter aos pressupostos da memória coletiva para compreendermos o presente e a influência desses grupos na constituição de nossas noções gerais sobre diversos aspectos da vida, em especial nesta investigação sobre a velhice (HALBWACHS, 2006, p.61).

Ao tomarmos este aspecto, da constituição de noções, encontramos um ponto de convergência entre Halbwachs (2006) e Orlandi (2005), pois, na formulação, usamos o discurso do outro, algo que já foi dito de um lugar e que causa um efeito de sentido (memória) no que está sendo dito na atualidade. Nesse pensar, o conceito de interdiscurso está abrigado no de memória discursiva:

> [...] O fato é que há um já-dito que sustenta a possibilidade mesma de todo dizer, é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso, a sua reação com os sujeitos e com a ideologia. A observação do interdiscurso nos permite remeter o dizer da faixa a toda uma filiação de dizeres, a uma memória, e a identificá-lo em sua historicidade, em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos (ORLANDI, 2005, p. 32).

Assim, de acordo com a autora, podemos afirmar que todo discurso é formado pelo interdiscurso. Essa afirmação remete-nos ao papel da memória discursiva naquilo que é dito pelo sujeito enunciador, mesmo que surja inconscientemente naquilo que é dito por ele, o que fortalece ainda mais a relação do sujeito-ideologia. Para Orlandi (2005), é inconcebível um discurso sem sujeito e sujeito sem ideologia, todo discurso é atravessado pela exterioridade.

Logo, percebe-se que a memória que constitui os indivíduos não se limita a nenhum tipo de reducionismo conceitual, mas contempla uma diversidade de atributos- clássica, semântica, moderna, individual e coletiva- o que a coloca como instrumento nas construções do presente, permitindo compreender os legados do passado nas vontades e ações da realidade vivida pelo indivíduo socialmente (SANTOS, 2012).

É pertinente destacar outra contribuição da autora Maria Santos Sepúlveda, ao ponderar sobre a função da memória coletiva. A autora afirma que, a partir da premissa da

memória coletiva, é possível compreender sua natureza e função, na esteira de Maurice Halbwachs. Como “função”, ela destaca a capacidade de manutenção e transmissão a partir dos fatos constituídos nos e pelos grupos, de “um tempo para outro”. Por outro lado, seu funcionamento, para além da sua gênese social, possibilita a “microanálise” dos sentidos conferidos pelos atores sociais às diferentes memórias coletivas, que afloram posições contraditórias às oficiais (SANTOS, 2012, p.18).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) trata-se de um documento normativo, que define estratégias para organização da atenção à saúde do idoso, podendo ser dividida em componentes para uma visão didática. Os componentes são: a) gestão: com atribuições para os órgãos executivos do SUS na organização dos serviços e cuidado nas três esferas de governo; b) assistência, abordagem integral pela equipe multiprofissional, com foco na avaliação multidimensional para promover autonomia e identificação de risco de fragilização; c) pesquisa e educação permanente: busca de evidências clínicas em estudos científicos de base populacional e qualificação dos profissionais da rede SUS para uma abordagem integral e multidimensional.

Como exemplo de pesquisas realizadas abordando a questão do envelhecimento, podemos citar as narrativas dos profissionais de saúde, apresentadas nas entrevistas, desenvolvidas no estudo do mestrado, sobre a concepção de envelhecimento e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Os profissionais de saúde da família e gestores entrevistados demonstram sobre o mesmo tema pontos de vista ora divergentes, ora convergentes, o que pode ser atribuído pela participação em capacitações sobre a temática, nível de escolaridade e pelo lugar que ocupa na equipe de saúde (OLIVEIRA; SANTANA, 2013).

Neste mesmo estudo, observou-se nas narrativas dos profissionais de saúde da família que o cuidado à pessoa idosa é limitado ao enfoque das doenças crônicas e à falta de conhecimento sobre a PNSPI. E como ser diferente se a PNSPI não é difundida? Esses e outros resultados apontados por este trabalho estimulou a busca no aporte teórico da memória coletiva e análise do discurso visando compreender os aspectos constitutivos que legitimam as práticas dos profissionais à pessoa idosa na atenção primária.

Para a compreensão da memória e sua relação com o objeto do presente estudo, é preciso especificar as nuances da realidade que circundam esse complexo fenômeno, o envelhecimento e suas repercussões nas políticas públicas, no ir e vir da teoria, e os dados empíricos encontrados. Esse aprofundamento é possível com o aporte teórico da memória coletiva, como fenômeno social, fato reconhecidamente, cada vez mais atual, conferindo uma

dimensão epistemológica para o estudo de diversos objetos. Tal dimensão, no que tange à noção histórica da visão de determinados grupos e como certas práticas permanecem ao longo do tempo, parece pertinente para a tarefa de traduzir as construções simbólicas e identidades coletivas, marcando uma ruptura com a visão dicotomizada "entre indivíduo e sociedade, por um lado, e presente e passado por outro", possibilitando a preservação da humanidade (SANTOS, 2012, p.17).

Dessa forma, ao agregarmos o conceito de memória coletiva e discursiva, lançamos luz sobre as construções das formações discursivas para dar visibilidade ao que está implícito no funcionamento de "determinados processos históricos" e sua implicação na produção de significação da linguagem (FONSECA-SILVA, 2007), o que para esta pesquisa será de grande valia.

Essa perspectiva social adotada sobre o envelhecimento não foi aleatória, mas pautada na relevância que a temática tem ocupado nos últimos anos na agenda de discussões de gestores das políticas públicas, dando-lhe certo "*status* privilegiado e legitimidade". Nesse movimento de legitimação das necessidades desse expressivo seguimento populacional, a gestão da velhice extrapola os limites do âmbito privado e familiar, tornando-se uma preocupação social (DEBERT, 2004, p.13). Abordar a velhice nessa ótica possibilita compreender as facetas desse fenômeno, como a sua gestão no espaço das políticas públicas. Nesse movimento de *socialização da gestão da velhice*, há o papel do Estado como formulador de estratégias para a provisão do atendimento às necessidades das pessoas idosas (DEBERT, 2004, p.13).

Assim, pensar a velhice é buscar compreender como a sociedade projeta na coletividade a experiência cotidiana do viver/envelhecer, nos seus mais diversos aspectos e necessidades, bem como nas transformações e mudanças culturais, que se fazem necessárias na maneira de "pensar e gerir" esse processo (DEBERT, 2004).

A necessidade de memória nos leva a ponderar como Halbwachs (2006), no seu papel como ferramenta demarcadora de limites, posicionando em primeiro plano os grupos e suas representações, compreendendo as recordações individuais como uma série de impressões encadeadas sobre os pensamentos desses grupos. E, assim, possibilitando regressar ao passado, atualizando-o no presente por meio dos vestígios de um conjunto de acontecimentos deixados pelas sociedades e que adquiriram certa "estabilidade" (HALBWACHS, 2006).

Logo, as diferentes noções de envelhecimento pela sociedade, que existem ao longo dos tempos e que foram ganhando estabilidade, levam-nos a esquadrinhar saberes constituídos pelos grupos sociais, que vão se configurando e emoldurando memórias sobre a velhice. Para

Halbwachs (2006), tal condição revela como os indivíduos vão se conectando, estabelecendo uma *rede de memória* (apud FONSECA-SILVA, 2007) à maneira de ver, viver e atuar nos grupos sociais na transmissão de saberes.

Neste estudo, ao considerar a velhice como uma noção de "**categoria social"** nos reportamos também a Eclea Bosi (1994). Segundo a autora, essa concepção de velhice configura em uma sociedade que visa ao lucro e destaca aspectos como eficiência física, rapidez e produtividade, ressaltando ainda a perda da capacidade funcional como algo depreciativo, expondo o trabalhador velho a um tratamento diferenciado. Diante disso, o velho é sujeitado a um lugar de discriminação e silenciamento, reiterando, no imaginário social, a ideia de um sujeito pacato e assujeitado. A autora ainda afirma que mais intrigante é que, no discurso da **"moral oficial",** quanto ao que está posto pelos órgãos oficiais através da legislação, o respeito ao velho é defendido. No entanto, nega a esse sujeito o direito à voz e expressão de suas opiniões, principalmente quando argumenta contrariamente ao que está posto. O discurso de participação social, protagonismo, existe, porém efetivamente acontece timidamente. Isto ocorre porque vivemos em uma sociedade em que a experiência de vida acumulada não é valorizada, seus saberes são rejeitados, o enfoque é a novidade, o empreendedorismo. Nesse sentido, muitas vezes esse lugar de protagonismo é "cedido" aos jovens, empobrecendo e mesmo fazendo desaparecer o diálogo intergeracional (BOSI, 1994, p.78).

Diante desse panorama, observou-se nas sociedades modernas, em meados do século XIX, o fortalecimento de um estereótipo social homogeneizante da velhice caracterizado por uma etapa do ciclo vital, em que há um declínio funcional e ausência de protagonismo, ou seja, um ser pacato e frágil. De certa maneira, essa imagem decadente da velhice levou o Estado a tomar decisão no sentido de amparar com políticas protetivas, inicialmente assistência social e previdência. Esse foi o aspecto positivo, a população idosa foi beneficiada de algum modo de forma positiva na legitimação de direitos sociais conquistados nas últimas décadas (DEBERT, 2004, p.13,).

Além disso, a velhice então considerada como uma questão de ordem social vai se tornando gradualmente um objeto de disciplinas no campo da sociologia e psicologia, além da medicina. Tal condição possibilitou a criação da *Sociedade Brasileira de Geriatria Gerontologia* em 1961, legitimando um debate em torno da velhice, em uma perspectiva interdisciplinar, pois envolvia profissionais de saúde de diversas formações além da medicina (DEBERT, 2004). A autora destaca o pensamento de Pierre Bourdier, que afirma que a constituição de um campo não se faz isenta de disputas e interesses, o que definirá tendências

ideológicas e direcionamentos nas agendas políticas. E que, no caso da velhice, esse debate extrapolou os limites do discurso dos gerontólogos, demonstrando o silenciamento ou apagamento dessa questão pela sociedade, o que é lembrado pela autora citando o trabalho de Simone de Bevouir, a "conspiração do silêncio", que tomou a forma de uma denúncia da forma como era tratado o idoso em nosso país (DEBERT, 2004, p.196).

O tema velhice permite múltiplas articulações teóricas, produzindo materialidades narrativas em várias vertentes, que abordam aspectos fisiológicos, socioculturais, impacto nas políticas públicas e a transdisciplinaridade. Tais categorizações foram observadas em uma revisão de literatura, que trabalhou dezenove publicações, incluindo obras clássicas: A velhice, Simone Beauvoir (1976), e Lembrança de Velhos, Eclea Bosi (1983); dissertações, teses e artigos, além de produções como folhetos, artigos, dentre outros, a partir da década de 1970. A pluralidade no modo de conceber a velhice, observada nessa revisão, demonstra a complexidade e singularidade envolvidas no processo de viver/envelhecer, não permitindo uma unicidade de análise, principalmente se considerarmos o cenário dinâmico, complexo e diverso desse processo em nosso país de grande dimensão territorial e cultural (SIQUEIRA et al., 2007, p.901).

Pode-se observar que, em relação à vertente sociocultural, a construção da memória social ou coletiva da velhice sofreu influências do modo de pensar do Estado e dos centros especializados, evocando em seus discursos institucionais e técnico-científicos a ideia da velhice concebida não como uma questão de ordem apenas patológica. Nesse direcionamento, a comunicação institucional é idealizada como uma necessidade de mobilização social (campanha) em torno da aspiração de uma velhice bem-sucedida, por meio da produção de diferentes materialidades (*folders,* cartaz, vídeos), buscando alcançar grupos distintos e funcionar como instrumento de legitimação do "desejo" de uma velhice saudável com ênfase na promoção da saúde e participação social (MUNIZ, 2007, p.36).

Atualmente, a imagem de uma velhice fragilizada tem sido substituída por outra, em que o idoso é socialmente ativo e que traz como bagagem um acúmulo de experiências de vida, que podem ser compartilhadas com outras gerações. Ainda para Muniz (2007), a produção social da velhice situa-se em dois polos: uma versão ***idealista*** e outra ***racionalista*** do envelhecimento saudável. Nesses polos, encontram-se concepções bem marcadas de oposições das imagens construídas da velhice na contemporaneidade. De um lado, a visão sobre o envelhecimento, conferindo uma "liberdade de expressão" aos indivíduos que assumem a idade, o que no passado foi algo reprimido por mitos e tabus (MUNIZ, 2007).

Por outro lado, a versão racionalista da velhice saudável trata da "vontade de verdade" que circunda os discursos sobre o envelhecimento e critica a patologização e apropriação pelos saberes técnicos da velhice e considera a necessidade de atrelar a questão à politização do envelhecimento, e não apenas associar velhice à atividade física, qualidade de vida e sexualidade. Ou seja, o exercício pleno da cidadania pela pessoa idosa, que teria a consciência política de que os espaços conquistados na sociedade não são privilégios, mas uma condição de direito garantido constitucionalmente por leis infraconstitucionais (MUNIZ, 2007).

As considerações sobre a concepção social da velhice, nos parágrafos antecedentes, remetem-nos a uma reflexão sobre o diálogo possível do objeto em estudo com a concepção de memória coletiva. Pois, os significados constituídos pelos indivíduos de uma dada sociedade só têm sentido em relação a um grupo do qual fazem parte como membro integrante. Isto acontece porque implica um evento real vivido outrora em comum e, através desse evento, depende o contexto social no qual, na atualidade, transita o grupo ou indivíduo que o atesta (HALBWACHS, 2006).

Neste estudo, recortamos como atores-chaves os profissionais da Estratégia saúde da família para, a partir do direcionamento teórico, compreender os efeitos de sentido produzidos na constituição de memórias no cuidado da pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária e sua repercussão na qualidade da assistência a esse grupo populacional. E, assim, situarmos o lugar do sujeito idoso nas práticas de saúde dos profissionais de saúde na APS.

2.1 A CONSTITUIÇÃO DISCURSIVA E MEMÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE AO IDOSO NO BRASIL

> *"O mundo dos velhos, de todos os velhos, é, de modo mais ou menos intenso, o mundo da memória"* (Norberto Bobbio).

Reiterando a relação dialética entre memória e discurso, buscaremos delinear o dizer sobre o idoso, constituído na prática observada dos profissionais de saúde da família no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária. Entender como a velhice tem sido representada pela nossa sociedade nos permite estabelecer certo lastro com as formações discursivas que incidem no cotidiano dos serviços públicos de saúde e que ganham contornos nas relações sociais de produção do cuidado a esse grupo populacional. Além disso, essas reflexões teóricas preliminares contribuirão para delinearmos o caminho que será adotado na análise do corpus do estudo ora proposto.

A construção social da velhice ao longo dos tempos perpassa pela (re)configuração por meio de várias nomenclaturas que marcam a questão identitária com o discurso dominante de

cada época, ora com expressões pejorativas, associada a características negativas, atribuindo um sentido de invalidez/incapacidade para o trabalho nesta etapa da vida, ora retratando a existência com vigor, participação ativa e inserção social (ROZENDO; JUSTO, 2011; CALDAS; TOMAZ, 2010).

Essas retratações da velhice como uma etapa da vida com limitação física contribuíram para associá-la a doenças, isolamento social e perda da autonomia, tratando o envelhecimento como uma fase de declínio, quando a imagem de corpo produzida por esse sentido não é considerada bela por uma sociedade que busca a "eterna juventude" negando suas marcas estéticas (CALDAS; TOMAZ, 2010).

No entanto, observa-se que as denominações a esse grupo social vão apresentando deslizamentos de sentidos, variando desde as terminologias "velhos", "velhotes" para distinções mais atualizadas a partir da década de 90, como "a velhice", "a melhor idade", "a terceira idade", "os idosos". As denominações são reflexos das mudanças sociais e culturais. Então, o que produz outro(s) efeitos(s) de sentido(s) são os dois aspectos articulados: linguagem e história.

Além disso, na medida em que o aumento numérico dessa parcela da população passa a despertar interesse econômico de mercado, fazendo surgir uma necessidade de discriminação social dentro do próprio seguimento, já que aqueles considerados na terceira idade ainda detêm um potencial produtivo e de consumo (ROZENDO; JUSTO, 2011). Outro aspecto que os autores citando Peixoto (2009) afirmam é que a nomenclatura "terceira idade" surgiu junto com a normatização de medidas de promoção do envelhecimento ativo difundido pelas instituições geriátricas, prescrevendo ações como vigilância alimentar, atividades físicas, necessidades sociais, culturais e psicológicas no "tratamento da velhice" (ROZENDO; JUSTO, 2011).

Essas terminologias e as mais atuais, como "futuridade", "senilidade", "melhor idade", "nova juventude", "quarta idade", marcam o dizer sobre a velhice, e os enunciados que circulam na sociedade denotam formas de existência singulares do processo de viver/envelhecer (ROZENDO; JUSTO, 2011). Os diferentes termos para se referir ao envelhecimento revelam também que o mesmo não é um processo homogêneo, ele cursa ligado a fatores intrínsecos (genética, etnia, gênero) e extrínsecos (econômicos, culturais, sociais e de saúde) que caracterizam a interação do biológico com o social (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002).

Para Rozendo e Justo (2011), a construção social da velhice perpassa por estereótipos que se relacionam com o modo como ela é vivida pelos diferentes seguimentos etários dentro

da própria faixa etária, nos espaços cotidianos da sociedade, ou seja, sua capacidade de mobilidade e ritmo de vida são determinados "por um suposto saber sobre ela", o da gerontologia e do saber técnico dos profissionais de saúde, e que, aliados às políticas públicas, passam a "ditar" sua vivência.

As variações terminológicas nos remetem à necessidade de compreendermos como as práticas sociais constituem domínios de saber que, por seu turno, estariam vinculados a certas condições de possibilidade e existência para irrupção de novos discursos e posição do sujeito em funcionamento nos enunciados sobre o envelhecimento, materializado nas narrativas dos profissionais de saúde. Para tanto, tomaremos como referência a tessitura delineada pelo papel demarcador da memória, "como espaço de existência histórica do dizível, no qual práticas de diferentes ordens são atualizadas, ressignificadas, deslocadas" (RAZIA, 2015).

Para Foucault (2008) e Pêcheux (1988), a memória na perspectiva da AD caracteriza-se pela sua função social atravessando as superfícies das materialidades discursivas e os sentidos que passam a ser tomados pelo sujeito-enunciador, que ocupa *a posição sujeito* em determinado momento histórico, sendo este o ponto que possibilita o diálogo entre esses autores. Essa noção de posição do sujeito, cunhada pelos autores, é entendida como lugar que o dizer passa a ocupar nos discursos mediante certas condições de possibilidade ou de existência, não possuindo uma origem no sujeito pragmático ou autoria. Esse entendimento na AD não desconsidera as projeções de identificação/desidentificação do sujeito pragmático, pois os lugares ocupados em determinadas condições pelo sujeito enunciador autorizarão seu dizer, no entanto essa noção se distancia da concepção de autoria adotada em outros campos de conhecimento, como vemos em Foucault (2008, p.130):

> Examinando o enunciado, o que se descobriu foi uma função que se apoia em conjunto de signos, que não se identifica nem com "aceitabilidade" gramatical, nem com a correção lógica, e que requer, para se realizar, um referencial (que não é exatamente um fato, um estado de coisas, nem mesmo um objeto, mas um princípio de diferenciação); **um sujeito** (não a consciência que fala, não o autor da formulação, **mas uma posição que pode ser ocupada sob certas condições**, por indivíduos diferentes); um campo associado (que não é o contexto real da formulação, a situação na qual foi articulada, mas um domínio de coexistência para outros enunciados) [...].

Como não se trata de focarmos a autoria, investimos nosso olhar de interesse sobre *o discurso* da velhice enquanto uma prática social, ressaltando os significantes/significados que vão se constituindo nas práticas dos profissionais de saúde da família. Na vertente deste estudo, levaremos em consideração que o sujeito que fala Foucault é prática materializada no

discurso, não é condição primeira ou núcleo central e não cessa de modificar-se, pois é um ser histórico que produz saberes, que operam certo funcionamento. Assim, tomamos emprestado para esta investigação a concepção de ***discurso*** cunhada pelo professor do Colege France, nas palavras de Revel e Foucault (2005, p.37)

> **(*Discurso*)** É um conjunto de enunciados que podem pertencer a campos diferentes, mas que obedecem, apesar de tudo, a regras de funcionamento comuns. Essas regras não são somente linguísticas ou formais, mas reproduzem um certo número de cisões historicamente determinadas (por exemplo a grande separação entre razão/desrazão): a "ordem do discurso" própria a um período particular possui, portanto, uma função normativa e reguladora e **coloca em funcionamento mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de praticas** (grifo nosso).

O trajeto teórico leva-nos a mobilizar outro conceito operacional que será importante para caminharmos com firmeza no encalço de nosso objeto, percebendo suas nuances ao abordá-lo neste capítulo. Trata-se da noção ***de acontecimentos discursivos***. Mais uma vez buscando, em Foucault (2008), na sua obra *arqueologia do saber*, referência para o conceito de ***acontecimento discursivo***, estabelece que o discurso não é determinado apenas pelas regras internas, ligadas à estrutura linguística do repetível, mas irrompe como um dizer legitimado, autorizado por condicionantes não discursivos, padrões estabelecidos institucionalmente que permitem a irrupção de uma nova regularidade. Nessa perspectiva, a análise do discurso, enquanto acontecimento, possibilita não a descrição pura do discurso, mas a problematização do porquê daquele enunciado e não outro em seu lugar. Significa saber "qual o uso que se faz de enunciado em um contexto" (VANDRESEN, 2014).

Logo, permite compreender o dizer autorizado sobre algo, que não pode ser dito de outra forma e que é complementado pela inflexão da visão Pechetiana, que abre várias possibilidades de discussão pela sua intrínseca relação com as redes de "memória e de trajetos sociais, incorporando na discursividade o verbal e o não verbal, os efeitos de sentidos que circulam na sociedade". Ou seja, qual o estatuto das discursividades que trabalha um acontecimento: quem é o sujeito enunciador? De onde ele fala? (GREGOLIM, 2007)

Essa noção de acontecimento para AD é fundamental para compreender sua relação com a enunciação e com a história. A história não tratada linearmente, mas vista como elementos de condições de possibilidade para a existência de um enunciado, sem considerar o acontecimento como um evento episódico, mas como a emergência do enunciado em sua singularidade, uma "inversão geral de uma tendência" (POUSSENTI, 2009).

Nesse entendimento trazido pelo autor, à luz de Foucault, significa dizer que em um determinado momento histórico algo está autorizado a ser dito e certos enunciados devem ser silenciados, controlando dessa forma os sentidos e as verdades que circulam em determinadas condições de possibilidade. Por esse pensar as práticas discursivas (dizeres e fazeres) materializam as ações dos sujeitos na história (GREGOLIN, 2007).

Além disso, adotamos o entendimento que acontecimento discursivo difere de acontecimento de outra natureza, como os políticos, que considera a sua natureza epistemológica[1], não se atrelando unicamente à "história acontencimental", mas às rupturas e tomadas de consciência que são induzidas por certos acontecimentos (REVEL; FOUCAULT, 2005).

Partindo desse deslocamento, é possível buscar compreender, a partir da descrição de acontecimentos discursivos, como um determinado enunciado surgiu, e não outro em seu lugar (FOUCAULT, 2008). Seguindo esse pensar, poderemos então entender as narrativas das práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado à pessoa idosa e as narrativas jurídicas como acontecimento discursivo, entendendo esse fato como demarcador de uma questão discursiva problematizadora, no que diz respeito à maneira como tem sido organizada a atenção à saúde da pessoa idosa em nosso país.

Como vimos, irrupção de acontecimentos discursivos, na perspectiva foucaultiana, considera a tensão presente no jogo de suas instâncias, que permite a repetição, apagamento/silenciamento e transformação de determinados enunciados sobre um dado objeto, determinando um dizer, e não outro em seu lugar, instaurando na dispersão temporal uma **vontade de verdade**[2] (FONSECA-SILVA, 2007). Trata-se de reconstituir uma verdade, por meio da historicidade, identificando como certas coerções discursivas se apresentam na sociedade, ou seja, o tipo de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiro (FONSECA-SILVA, 2007). A respeito disso, diz Revel e Foucault (2005, p.86-87):

> As análises de Foucault procuraram, em particular, trazer à luz as características de ***nosso próprio regime de verdade***. Esse regime possui, efetivamente, várias especificidades: a verdade está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; ela é permanentemente utilizada tanto pela produção econômica quanto pelo poder político [...] O

[1] Por natureza epistemológica, tomamos o entendimento de momentos "históricos desregulados", ou seja, o aparecimento de uma ordem em determinado momento histórico em que os saberes que surgem, que são manifestos nos discursos, são tomados como verdadeiros pelas condições que os tornam possíveis em uma época (FOUCAULT, 1999).

[2] Vontade de verdade é um termo cunhado por FOUCAULT (1969), que afirma que a "escuta de um discurso" sobre os domínios de um objeto é atravessada por sua historicidade, que se apoia em como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, repartido e de certa forma atribuído, em uma espécie de jogo de tensões.

> tema dos "jogos de verdade" é onipresente em Foucault, a partir do momento em que a análise das condições de possibilidade da constituição dos objetos de conhecimento e análise dos modos de subjetivação são dadas como indissociáveis [...]

Outra contribuição importante para este estudo é apresentada por Pecheux (2008) em sua obra *O discurso: Estrutura ou Acontecimento*, em uma referência a Nietzsche. Este autor considera que "todo fato é uma interpretação" e que, em sua "leitura", todo discurso marca uma relação/tensão dual de estruturação e desestruturação que estaria sujeitada às redes de memória que constituem o acontecimento. Essas ***redes de memória*** estabeleceriam "filiações históricas" na constituição de memórias possibilitando a interpretação dos significados e significantes e colocando em jogo a detecção de vazios, negações, visibilidades do discurso, que determinam o entrecruzamento entre a memória e a atualidade do acontecimento (PECHEUX, 2008).

Tomando os aspectos das práticas de saúde na atenção primária voltada à pessoa idosa, levamos em consideração que, a partir da publicação de uma ampla legislação e enfoque das agendas internacionais, ressaltou-se o envelhecimento ativo, autonomia e participação social que até então não possuíam muita visibilidade nos discursos instaurados, especialmente no campo das políticas de saúde.

Todo o esforço empreendido neste tópico nos leva a uma mudança de olhar para o real constituído na relação entre o irremediavelmente equívoco e o logicamente estabilizado, através da marca do inconsciente e da construção discursiva social, levando-nos ao encontro com o real e suas redes de memória (PECHEUX, 2008).

Nesse sentido, coadunamos com Caldas e Tomaz (2011), "ao afirmar que a formação da identidade[3] e subjetividade[4] do idoso não é algo que diz respeito somente a ele, mas aos demais agentes sociais, que também vão interferir e contribuir para o conceito de envelhecimento que possuímos". Para demonstrar a determinação social da velhice, esses

---

[3] Identidade - Caldas e Tomaz (2011), em seu artigo, trabalhou com o conceito de identidade cunhado por Campedelli (2009), que explica sua constituição a partir da relação indivíduo/categoria / identidade, ou seja, suas raízes estariam nessas relações e, portanto, sendo produzidas pelo grupo a que pertencemos ao longo de nossa existência, permitindo assim nos reconhecermos e sermos reconhecidos pelos outros. A autora reforça o caráter mutável dessa formação identitária, já que, na sociedade, estamos sempre em um movimento contínuo, adquirindo novas ideias, comportamentos no intercambiamento com outros indivíduos.

[4] Subjetividade - Esse termo foi tratado pelos autores para referir a subjetividade do idoso na sociedade como a forma de expressar os modos de ser e de se colocarem no mundo, refletindo uma identidade social, muitas vezes limitadora de uma concepção de "categoria genérica do velho" (Apud MERCADANTE, 1997). As autoras reconhecem que na relação paradoxal da sociedade na produção da imagem do velho generalizada e do velho particularizado que se produz essa subjetividade do idoso. No pensamento de Foucault (1970) essa constituição histórica da subjetividade, além de relacionar-se a certos saberes sobre o sujeito, também estão relacionadas às práticas de dominação e das estratégias de governo as quais se pode submeter os indivíduos (REVEL, 2005).

autores realizaram um estudo com a análise de três dissertações de vertente sociocultural, que verificaram como os jovens lidam com o envelhecimento. Os resultados, dentre outros achados, demonstraram o papel social na determinação da imagem dos idosos em que sua individualidade e potencial são subjugados às características de generalização do processo de envelhecimento, na maioria das vezes, relacionadas às limitações físicas e biológicas. Ao referirmos a esse estudo, exemplificamos como os enunciados circulam na sociedade e vão se constituindo em *redes de memória*.

Buscando a compreensão dos deslocamentos que possibilitam uma dada regularidade de enunciados que configuram a constituição da discursividade sobre o envelhecimento no campo da saúde, mobilizamos um conceito operacional de Foucault, o ***a priori histórico***. Esse conceito considera que os enunciados estão circunscritos em condições históricas de existência, coexistindo com outros, daí a sua multiplicidade de sentidos (FOUCALT, 2008).

Se tomarmos o entendimento e o da noção de *memória discursiva,* já discutidos nos parágrafos precedentes, para analisarmos como circulam as representações da velhice no cuidado à pessoa idosa, veremos que essas construções sociais sedimentam os modos de pensar/agir dos profissionais de saúde em que os enunciados estabilizam certa forma de construção discursiva.

Cabe, então, ressaltar o contexto socio-histórico da atenção ao idoso no âmbito da APS. Nesse sentido, na perspectiva foucaultiana, pensando-o na lógica da não linearidade e univocidade da história, tipo relação automática de causa-efeito, mas delineando, através da superfície discursiva, o lugar do sujeito idoso nas práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ao propor essa inversão da lógica da linearidade, o jogo do implícito (não dito) e explícito (dito) dos acontecimentos adquire uma nova nuance, um novo significado. Dessa forma, concordando com Orlandi (2009, p.82-83), tomamos emprestadas suas palavras:

> [...] Distinguindo, na origem de sua reflexão, como diferentes formas de não dizer (implícito), o pressuposto e o subtendido, esse autor (referindo-se a Ducrot) vai separar aquilo que deriva propriamente da instância da linguagem (pressuposto) daquilo que se dá em contexto (subtendido). [...] O posto (o dito) traz consigo necessariamente esse pressuposto (não dito, mas presente). Mas o motivo fica subtendido [...]. O subentendido depende do contexto [...] de alguma forma, complementa, acrescenta-se [...]. De todo modo, sabe-se por aí que, ao longo do dizer, há toda uma margem de não ditos que também significam. Em outras palavras, **o dizer (presentificado)** se **sustenta na memória (ausência) discursiva (**grifo nosso).

Logo, nos atentaremos para a constituição discursiva nas práticas dos profissionais de saúde, buscando emergir por meio das pistas deixadas no explícito aquilo que está implícito, ou seja, sobre o que está dito e sua associação (ou não) com o que é vivenciado no cotidiano da atenção primaria em saúde à pessoa idosa, o que será evidenciado na fase de análise das narrativas das entrevistas. E assim saber como tais práticas ocupam posições no discurso e definem concepções que operam no ser/fazer o cuidado à pessoa idosa. Tal condição nos fez realizar um levantamento teórico da literatura no campo da política de saúde com ênfase na saúde do idoso.

2.1.1 O dizer sobre o envelhecimento nas narrativas jurídicas no contexto brasileiro

Para este estudo, consideramos como ponto de partida para delinearmos as condições de possibilidade os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que versam sobre o direito à saúde a todo brasileiro, entendendo que o direito não discrimina faixa etária, portanto inclui a pessoa idosa. Como podemos ver na citação abaixo:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...]
> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...]
> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...] (BRASIL, 1988).

Como vimos, o direito à saúde é descrito na constituição federal em cinco artigos, iniciando com a declaração que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O que está implícito nesta afirmação é que independente de faixa etária, condição social ou qualquer outro critério de discriminação, o direito à saúde é garantido a todo brasileiro.

Como desdobramento deste direito, em relação aos idosos, houve a necessidade de afirmação pelo Estado, por meio de políticas protetivas específicas voltadas a essa população, a proposição de condições dignas de uma velhice com autotomia e independência (MARTINS et al., 2007).

Assim, tendo como elemento catalisador, a Constituição Federal e a I Assembleia Mundial sobre envelhecimento em Viena (1982), o Brasil, como todos os países, em especial os desenvolvidos, norteados pelo paradigma da independência e inserção social do idoso, implementou mudanças no arcabouço jurídico com formulação de políticas sociais protetivas ao seguimento envelhecido da população. As políticas sociais protetivas significam dizer que há um reforço do Estado em potencializar os direitos constitucionais nas áreas sociais (saúde, assistência social, previdência, trabalhista, dentre outros) visando assegurar condições para a velhice, baseada na garantia dos direitos humanos (FÁTIMA E SILVA; YAZBEK, 2015). Vale destacar que, nos países desenvolvidos, essas mudanças ocorreram em um cenário socioeconômico favorável, com a organização de uma rede de proteção social mais efetiva amparando o viver-envelhecer com respeito e dignidade, demonstrando a relação direta com o modelo econômico vigente em cada nação (CAMARANO; PASINATO, 2004; FERNANDES; SOARES, 2012).

Nessa perspectiva, dado o seu caráter conjuntural e de contexto, a formulação de políticas de proteção ao envelhecimento no Brasil também teve influência das deliberações da Assembleia Geral das Nações Unidas (1991) que focava cinco eixos fundamentais em relação à população idosa: “independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade” (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ao longo da década de 90, esses eixos geraram debates e reflexões, definindo aspectos conceituais sobre o envelhecimento, ampliando o olhar para esse processo, englobando dimensões sobre convívio multigeracional, aumento do potencial individual e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social na construção de *uma sociedade para todas as idades*, afirmação documentada pela Organização das Nações Unidas em 1992 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Estado, entendido como o órgão responsável pela implementação desse direito no território nacional, compreenderia então as secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. Tais instâncias do poder legislativo e executivo devem propor, excetuar e avaliar políticas de saúde que atendam às necessidades apresentadas pela população. Essas ações, no entanto, devem ser acompanhadas pela sociedade através do exercício da participação e controle social nos espaços instituídos posteriormente pela Lei 8.142/90, os conselhos de saúde, de caráter fiscalizatório e deliberativo ligado aos órgãos executivos.

A partir desse entendimento, consideramos que as leis infraconstitucionais detalham os direitos sociais descritos na carta magna em nosso país nos âmbitos municipal, estadual e federal. Dentre esses dispositivos, buscamos elencar leis/portarias que orientam a organização

da atenção à saúde da pessoa idosa no território nacional, dispostas na seguinte ordem: Lei nº 8.842/94, que define a Política Nacional do Idoso; Portaria nº 1.395/GM - Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999; Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, incentivando a participação e convívio social do idoso; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que ressalta o envelhecimento ativo e saudável; Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Ancorados pela visão foucaultiana, continuaremos não traçando uma linearidade desses acontecimentos históricos, mas buscando o ponto de encontro entre a memória e atualidade, considerando as condições de produção dos discursos colocadas no recorte temporal deste estudo. E assim, por meio de um trabalho minucioso e sistematizado, buscar fazer emergir das formulações discursivas a posição sujeito idoso, enunciada de diferentes lugares de saber e poder.

Ademais, a análise enunciativa que trataremos, neste estudo, não tem como foco o sujeito pragmático, daí não nos atermos à autoria dos documentos, no caso ministros ou Presidente da República, mas aos discursos heterogêneos engendrados nas alíneas e parágrafos, que circulavam na sociedade naquele dado período, tomando a enunciação como "um correlato da posição socio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis" (MAINGUENEAU, 2015, p.14).

Nesse ponto, remete-se à questão da dramatização do discurso político, que é encenado nos bastidores do congresso e do senado federal. No Brasil, o poder legislativo é organizado na modalidade "bicameral", ou seja, formado por duas câmaras, a de deputados e do senado federal, juntas compõem o congresso federal com funções específicas, definidas na Constituição Federal. Atualmente, o congresso é formado por 513 deputados (conforme critério de proporcionalidade em relação ao número de habitantes por estado) e 81 senadores (3 para cada estado). Possuem como atribuição primordial zelar pela democracia em nosso país, debater e aprovar leis de interesse da nação e dos brasileiros. Há situações de pautas como alteração da constituição em que se faz necessária a reunião das duas casas, instituindo, então, uma sessão do Congresso Nacional. Existe diferença no tempo de mandato, o dos senadores tem duração de 8 anos e dos deputados federais de 4 anos. Dessa forma, com um olhar mais atento, percebemos o posicionamento do enunciador e o lugar de onde ele fala. No

caso, da formulação de legislação, ele fala de um lugar de poder legitimado pelo voto do cidadão, manifesto no processo de eleição eleitoral (http://www2.camara.leg.br).

Vale ressaltar que os trabalhos de ambas as casas inicia-se a partir de um projeto que deve ser de autoria de um deputado, senador, presidente da república ou em certos casos por iniciativa popular e do judiciário. Esses projetos tramitam pelas comissões técnicas para emissão de parecer, propostas de emenda e, em seguida, apreciação em plenário. Todos passam pela comissão de constituição e justiça para avaliar a constitucionalidade (BRASIL, 2016).

O que pode influenciar no trâmite do projeto de lei? O ritmo de movimentação de um projeto de Lei pode estar atrelado à pressão da sociedade, interesse das bancadas e força política da base que possui maioria. Temos observado nos meios midiáticos essa movimentação e espetacularização todos os dias, principalmente se acompanharmos os noticiários vinculados nas emissoras brasileiras com *flashes* da transmissão das sessões da TV Câmara e Senado Federal.

Posto isso, entendemos que será facilitada a compreensão do funcionamento sobre o discurso da velhice nas narrativas jurídicas. Iniciaremos com a análise dos efeitos de sentido dos enunciados, tendo como materialidade discursiva a Lei nº 8.842/94, que define a Política Nacional do Idoso (PNI), demarcada como ponto de partida do recorte temporal das narrativas jurídicas de proteção ao idoso realizado para este estudo.

Ao analisarmos as sequências discursivas da Lei nº 8.842/94, procedemos, primeiramente, à descrição da referida Lei, formato linguístico, observando como a linguagem funciona como fio condutor dos efeitos de sentido que circulam em nossa sociedade. Assim, para essa leitura, utilizaremos as concepções teórico-metodológicas de Dominique Maingueneau (2004), que considera que refletir sobre um texto é considerar o sujeito que fala (enunciador) e como uma sequência de enunciados adota sentidos, ou seja, iremos nos ater às expressões referenciais definidas no estilo do gênero selecionado para análise, indo além da interpretação literal.

Na lógica e dinâmica de leitura do texto a partir da ótica de Maingueneau (2015, p.66.), os tipos do discurso observado, neste caso nas narrativas jurídicas, revelam o posicionamento de um grupo ou sociedade. Assim, em um dos gêneros que elegemos para este estudo - narrativas jurídicas - o ponto de vista pode representar: a esfera de atividade (narrativas jurídicas), o campo discursivo (discurso político) e o lugar de atividade de funcionamento (legislativo), exemplificando com parte de nosso objeto de estudo para uma melhor compreensão do leitor.

A Lei nº 8.842/94, assim como as demais elencadas, em parágrafo precedente é um documento oficial que apresenta inicialmente o conteúdo principal a que se dispõe, seguido do enunciado do presidente da República que, no uso de suas atribuições previstas na Constituição Federal definidas no art.84, inciso IV e VI, sanciona a lei e decreta sua vigência a partir da data de publicação, tornando-se assim o conjunto de elementos textuais comuns.

No que tange às especificidades, observa-se na Lei nº 8.842/94 o capítulo sobre finalidade, definindo a política nacional do idoso como um componente dos direitos sociais que devem ser assegurados ao idoso, inclusive determinando o critério de idade para o "status" de idoso a todo brasileiro acima de 60 anos. Além de definir princípios e diretrizes e descrever de forma concisa as ações governamentais nas políticas de assistência social, saúde, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer. Como ressaltamos no excerto da materialidade jurídica abaixo:

> [...] Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
> Art. 2º Considera-se **idoso**, para os efeitos desta lei, **a pessoa maior de sessenta anos de idade.**
>
> SEÇÃO I
> **Dos Princípios**
> Art. 3° A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios [...]
>
> SEÇÃO II
> **Das Diretrizes**
> Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso [...]
>
> CAPÍTULO III
> **Da Organização e Gestão**
> Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso [...]
>
> CAPÍTULO IV
> **Das Ações Governamentais**
> Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicas [...]
>
> No entanto, o decreto Nº 1948/1996, que **regulamentou a citada lei, esclarece algumas lacunas quanto às competências dos órgãos e entidades públicas ligadas diretamente com a sua execução**, daí o caráter interministerial que esta lei possui. Como podemos observar no excerto abaixo:
>
> Art. 1° Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto [...] (BRASIL, 1994).

Ainda destacamos o percurso de tramitação de aprovação da Lei nº 8.842/94, que iniciou como projeto de Lei 5710/1990, como pauta de uma comissão no Senado Federal, denominada – Comissão de Assuntos sociais, que na sua ementa fixava diretrizes para a Política Nacional de Assistência ao Idoso com outras providências. Nas informações de tramitação, obtidas no *site* da Câmara, essa apresentação ocorreu dia 12 de setembro de 1990, que despachou para diversas comissões, a saber: Comissão de Justiça e de Cidadania, Comissão de Seguridade Social e Família, até 30 de junho de 1993. Depois de vistas dos pareceres dessas comissões, foram anexados vários substitutivos sugeridos pelas comissões e as PL 323/1991, PL1925/1991, PL2946/1992 e PL 3289/92.

Seguindo-se a tramitação, um parlamentar solicitou em 06 de julho de 1993 que a referida Lei fosse votada em caráter de urgência, mas tal solicitação foi rejeitada e, com isso, houve o adiamento por dez sessões, ocorrendo finalmente sua aprovação em turno único, com vetos, em 04 de janeiro de 1994, pela mesa diretora do Congresso Nacional. Essa saga foi então finalizada quando a Lei nº 8.842/94 foi sancionada pelo Presidente da República, no mesmo dia, com a manutenção dos vetos. Ao realizar a busca eletrônica dos vetos no *site* da Câmara, observamos que a justificativa do Ministério da Fazenda se pronunciou favorável aos vetos, quando a redação anterior concentrava a responsabilidade do financiamento dos programas à União, sendo contraditório ao discurso de descentralização governamental. E também foi solicitado o veto do capítulo V alegando conflitos de interesse público e inconstitucionalidade ao criar um órgão permanente, que seria o Conselho Nacional do Idoso, o que deveria ser de competência da presidência da república (https://www.congressonacional.leg.br), conforme atesta o excerto do veto selecionado:

> **Razões do veto**
> [...] Entretanto, no art. 8º, inciso IV, e art. 9º, do projeto, **fica a impressão de que o financiamento de tal programa só seria de responsabilidade da União, cabendo às outras unidades políticas apenas a execução/supervisão**. Se isto for verdade, tal posicionamento conflitaria com o discurso governamental de que a descentralização desses gastos deva ser realizada em todas as suas dimensões.
> Como tal interpretação pode prevalecer, **o risco envolvido torna contrários ao interesse público esses dispositivos [...]** (BRASIL, 1994)

Desse modo, fica perceptível que o tema, apesar de ter sido considerado pauta do Congresso, não teve a devida prioridade para aprovação nas sessões ordinárias. No entanto, a insistência de alguns parlamentares e a conjuntura política nacional e internacional instigou o debate desse tema, marcando o dizer sobre a velhice.

A questão da velhice na Lei nº 8.842/94 é abordada no texto por meio de alguns argumentos apresentados na superfície da materialidade jurídica. Essa lei traz como finalidade: assegurar os direitos sociais do idoso *(aqui implícito o da saúde), grifo nosso*; criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

> [...] CAPÍTULO I
> Da Finalidade
> Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para **promover sua autonomia, integração e participação efetiva** na sociedade (...) (BRASIL, 1992)

Nesse ponto, cabe destacar o enunciado "promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade", o que aponta para a ausência de tais condições para esse expressivo seguimento populacional, que já na década de 90 contabilizava 10,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2013). Mesmo assim, apesar da Constituição Federal garantir no capítulo II, artigo 6º, os direitos sociais a todo brasileiro, esse seguimento ainda não dispunha de um dispositivo específico que direcionasse sua legitimação efetiva, algo que não está explícito no texto.

Ainda no ano de 1994, o presidente da república sancionou a lei nº 8.926 que tornava obrigatória a inclusão nas bulas dos medicamentos de advertências e recomendações sobre seu uso pelas pessoas acima de 65 anos. Essa publicação, mesmo de caráter pontual, repercute até os dias atuais como um ganho positivo para a prevenção de iatrogenias no tratamento de doenças nesse grupo populacional, pelos profissionais de saúde, que, muitas vezes, convive com múltiplas doenças crônicas nessa fase da vida. Vale ainda destacar o caráter educativo para a promoção do autocuidado pelo idoso, na gestão do cuidado em saúde.

Em 7 de abril de 1999, após a publicação da PNI, o Ministro da Saúde Pública na portaria nº 280, que torna obrigatório aos serviços de saúde da rede SUS, contratados e conveniados, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante para pessoas idosas (acima de 60 anos) em internação hospitalar.

> [...] Considerando que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar, resolve:
> Art. 1º - **Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhant**e de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados (BRASIL, 1999a).

Nesse sentido, podemos considerar, como Silva Sobrinho (2007), que os discursos na área jurídica funcionam de forma normatizadora, apresentando um caráter de ordenamento, o que para a questão da velhice nos fornece evidências, que nos levam a pensar no foco indivíduo, definido idosos, acima de 60 anos, demonstrando um forte apelo capitalista sobre a produção do dizer sobre este sujeito, vinculado ao máximo ao mercado de trabalho e consumo de bens e serviços.

No dia 8 abril de 1999, o Ministério da Saúde, através do uso das atribuições do ministro da pasta, após considerar a necessidade de uma política específica do setor saúde para essa população e contar com a participação de diferentes atores sociais dos segmentos envolvidos direta e indiretamente com a temática, além do debate da proposta na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, publicou a portaria 1.395/1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). O que aparece na estrutura textual difere da Lei 8.142/94, publicada anteriormente, pois seu conteúdo normativo consta em três artigos, sendo complementado por um anexo que descreve o processo de transição demográfica no país.

> O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso**;**
> a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu **consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente** envolvidos com o tema; e a aprovação da proposta da política mencionada pela **Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde**, resolve:
> **Art. 1º** Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.
> **Art. 2º** Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
> **Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, 1999a).

No anexo dessa portaria, observa-se certa preocupação com as projeções demográficas, apontando também o aumento da expectativa de vida e outros indicadores de saúde, como número de atendimentos hospitalares na faixa etária de 60 anos ou mais, além do tempo maior de permanência hospitalar, quando comparado ao grupo de 0-14 anos e a relação da velhice com as doenças crônicas. Outro aspecto trabalhado nessa portaria é o enfoque ao envelhecimento ativo e saudável e a manutenção, ao máximo, da capacidade funcional, encerrando a introdução do tema, com o aumento do ônus para o Estado gerado pela

dependência do idoso e o comprometimento familiar no cuidado integral e contínuo, o que possivelmente demandará um atendimento interdisciplinar e multiprofissional considerando as múltiplas dimensões do processo de envelhecimento com fragilidades, definindo-se como "problemática multifacetada do idoso" (BRASIL, 1999a).

Continuando no exame das sequências discursivas no anexo da portaria nº 1.395/1999, observamos, na definição do propósito, a ênfase à capacidade funcional, reformulando o discurso visto na Lei nº 8.842/94, que inicia a definição de sua finalidade, colocando em primeiro lugar promover condições que assegurem a autonomia. Esse entrecruzamento entre as materialidades nos permite observar certa estabilidade na produção do sentido sobre envelhecimento.

A organização do texto dessa portaria ainda apresenta diretrizes, responsabilidades institucionais de cada ente federativo, avaliação e acompanhamento, dos planos, programas e projetos que operacionalizem a política. A Portaria ainda apresenta a necessidade de uma colaboração solidária, com um amplo envolvimento dos gestores do SUS. Esse envolvimento compreende uma articulação intersetorial com ministérios afins: educação, previdência e assistência social, trabalho, emprego e renda, justiça, ciência e tecnologia, dentre outros. E no último item traz um glossário com terminologias relacionadas ao campo da geriatria, utilizadas no desenvolvimento do corpo textual da portaria. Como trata o recorte da materialidade das formulações do anexo da portaria nº 1.395/1999:

> [...] Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, **processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional** que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que esteja direta ou indiretamente relacionada com a presente Política [...] (BRASIL, 1999a).

A próxima materialidade discursiva que será descrita é a Lei 10.741 de 2003. O período de publicação do Estatuto foi particularmente muito efervescente socialmente, revelando, assim, que toda prática discursiva está inscrita no complexo contraditório-desigual que marca a posição de sujeito por meio da historicidade. Esse dispositivo jurídico revelou-se de grande importância por elencar os direitos sociais alcançando-os de maneira ampla.

O enunciador fala de um lugar revestido de autoridade máxima no país, a presidência da república. Ao analisarmos a estrutura textual, observamos de início a posição de sujeito idoso funcionando a partir da concepção cronológica, definida no título das disposições preliminares, estabelecendo a idade de 60 anos como precursora da condição dos direitos

definidos no Estatuto (BRASIL, 2003). No entanto, apesar da relevância desse dispositivo legal, a discriminação dos direitos sociais contidas nele são garantias constitucionais a todos os brasileiros, ou seja, possui caráter universal, e não discriminatório por seguimento etário.

Mesmo assim, as especificidades trazidas para a promoção do bem-estar da população idosa constituem instrumento de orientação à implementação das políticas públicas, "dando forma" à lei no cotidiano dos serviços públicos, além de prever como crime a sua infração, já que o caráter constitucional de uma Lei torna obrigatório o fazer ou deixar de fazer, sendo esse o princípio da legalidade, previsto na Constituição Federal, artigo 5º:

> [...] DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS
> Art. 5º **Todos são iguais perante a lei**, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
> I - **homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações**, nos termos desta Constituição;
> II - **ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei** [...] (BRASIL, 1988).

Outro aspecto reiterado pelo Estatuto é o caráter intersetorial da materialização dos direitos sociais para as pessoas idosas. O documento apresenta 10 capítulos, no título II dos direitos fundamentais, abrangendo direitos: à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; alimentos; saúde; educação, cultura, esporte e lazer; profissionalização e do trabalho; previdência social; assistência social; habitação e transporte.

Diante disso, em uma revisão bibliográfica e documental, referente ao tema, observou-se a necessidade da articulação das ações de diferentes setores para a efetivação das políticas públicas e que tal situação ainda não é uma realidade vivenciada pelos gestores quando da implementação de políticas para os idosos, ações são planejadas isoladamente diminuindo seu potencial de promoção do bem-estar e qualidade de vida desse seguimento (OLIVEIRA et al., 2014).

Ao debruçarmo-nos no capítulo IV, do Estatuto do Idoso, sobre a saúde, os princípios do SUS são citados para garantir esse direito, destacando a integralidade, universalidade e igualdade visando à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, em especial aos agravos mais comuns nessa faixa etária, podendo ser citadas as doenças crônicas não transmissíveis. Na formulação desse capítulo, a efetivação da prevenção e manutenção da saúde do idoso assenta-se em cinco ações: o cadastramento da população idosa, atendimento especializado em ambulatórios, unidades geriátricas de referência, atendimento e internação domiciliar, além de reabilitação para redução de sequelas:

> [...] CAPÍTULO IV
> **Do Direito à Saúde**
> Art. 15. É assegurada a **atenção integral** à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, **garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde**, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
> § 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
> I – cadastramento da população idosa em base territorial;
> II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
> III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social [...] (BRASIL, 2003).

Finalmente, os artigos referentes à saúde trazem situações relacionadas ao direito ao acompanhamento, incentivo à autonomia do idoso na escolha pelo tratamento de saúde quando apto mentalmente para fazê-lo, notificação compulsória de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa idosa:

> [...] Art. 16. Ao idoso internado ou em observação **é assegurado o direito a acompanhante,** devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
> Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
> Art. 17. **Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde** que lhe for reputado mais favorável.
> [...] Art. 19. **Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória** pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos [...] (BRASIL, 2003).

Nos artigos do gênero discursivo fica implícito o não dito que o poder público é o provedor desse direito por meio dos serviços de saúde, que devem atender a **critérios mínimos** para o atendimento das necessidades dos idosos, com a promoção da qualificação dos profissionais de saúde, cuidadores familiares e grupos de autoajuda:

> [...] Art. 18. As instituições de saúde **devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso**, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda [...] (BRASIL, 2003).

Tal formulação, mesmo diante das especificidades elencadas, ao nivelar o atendimento por **critérios mínimos,** ressalta um tom restritivo, o que pode implicar diretamente no

desenho da política de saúde, distanciando-se de uma efetiva e integral atenção à saúde a esse seguimento.

Seguindo na descrição das materialidades das narrativas jurídicas, de proteção ao envelhecimento no país, em 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 648- Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esse documento se caracteriza como marco na mudança de paradigma proposta pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo assistencial e consolidação do SUS. Tratou-se da revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, com direcionamento ao PSF e Programa de Agentes Comunitários (PACS), definindo como áreas estratégicas, dentre outras, a saúde do idoso. Essa prioridade surgiu da pactuação tripartite dos gestores do SUS pela saúde, denominada Pacto pela Saúde, que estabelecia como prioridade para planejamento das ações a saúde do idoso, com a implantação da política e caderneta de acompanhamento da saúde pelos estados e municípios.

A portaria é dividida em três capítulos: Da Atenção Básica; Das especificidades da Estratégia Saúde da Família; e do Financiamento da Atenção Básica. O capítulo da Atenção Básica traz a concepção sanitarista no direcionamento das ações que compreende uma atuação individual e coletiva nos problemas de saúde identificados na população de um determinado território, ressaltando a capacidade resolutiva e a relação de vínculo estabelecida por ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, devendo ser orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, integralidade, humanização, responsabilização, equidade e participação popular:

> CAPÍTULO I
> Da Atenção Básica 1
> DOS PRINCÍPIOS GERAIS
>
> **Formulação 1** - A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de **ações de saúde, no âmbito individual e coletivo**, que abrangem a **promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saú**de. É desenvolvida por meio do exercício de **práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas**, **sob forma de trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância **em seu território**.
>
> **Formulação 2** - É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se **pelos princípios** da **universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação**

> **social**. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (...) (BRASIL, 2006).

Já no capítulo das especificidades da Estratégia de Saúde da Família, observa-se a retomada do discurso da **família** como espaço privilegiado das práticas de saúde, incorporando-a na própria denominação da Estratégia. Tal fato revela-se como um sinalizador de que as práticas devem ser direcionadas às famílias com a (co)responsabilização na gestão do cuidado, aparentemente adornado pelo novo, mas já dito em outras narrativas jurídicas (Constituição Federal, Estatuto do Idoso) em um outro lugar de saber/poder.

No enunciado acima destacado, na formulação 1, percebemos uma mudança de paradigma sobre as práticas de saúde, como elas devem ser produzidas, agregando a importância do trabalho em equipe, na perspectiva inter e multidisciplinar, para que se possa atingir um modo de viver saudável. O trabalho em equipe prevê a cogestão do cuidado da população adscrita no seu território pelos profissionais que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário) e pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e outros).

Outro aspecto que se destaca nessa portaria diz respeito à relação entre lembrança e esquecimento sobre o fenômeno demográfico do envelhecimento, na perspectiva trazida pelas outras materialidades publicadas anteriormente que enfatiza a participação ativa – o envelhecimento ativo e saudável. Nessa portaria, o envelhecimento surge no elenco das áreas estratégicas de atuação da Atenção Básica em todo território nacional como um direcionamento para o atendimento de saúde a um seguimento populacional específico. Significa dizer que, mesmo considerando a Estratégia Saúde da Família como um mecanismo indutor e o conhecimento acumulado sobre o impacto do fenômeno do envelhecimento nas políticas públicas, o assunto sofreu certo apagamento, retomando posteriormente na atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Tal apagamento também é observado no anexo do documento, nas atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família, que cita a assistência integral em todos os ciclos de vida, direcionando o atendimento pelo médico e enfermeiro, dando pouca visibilidade dessa demanda aos demais membros da equipe de saúde, generalizando-o a atendimentos individuais e coletivos de todas as famílias, indivíduos e grupos específicos. Além disso, o aspecto multidimensional e especificidades na abordagem da pessoa que envelhece são

sentidos como uma ausência, reiterando o papel da Atenção Básica por meio de indicadores e que terão seu desempenho avaliado com definição de metas aos municípios pela Comissão intergestores Bipartite (CIB). E, assim, demarcando uma distribuição de vazios no campo enunciativo, possibilitando multiplicar os sentidos entre o dito, coisas que se transmitem e se conservam, e o que não está dito, ocupando, desse modo, seu lugar próprio (FOUCAULT, 2008).

Ao descrevermos os enunciados, experimentamos em todo o percurso que mais do que atermos a estrutura do texto, vislumbramos as sinuosidades do ato simbólico em que se produz o sentido, em um movimento cíclico ler, descrever e interpretar (ORLANDI, 1999). Tal como afirma a autora, o apagamento induz um complexo efeito e retorno misturando diversas posições (ORLANDI, 1999). Observa-se que nos enunciados a posição sujeito participação ativa e saudável do idoso desliza para o sentido da participação passiva. Tal deslizamento é percebido quando observamos as visibilidades das formulações em que a questão do envelhecimento tem suas demandas específicas diluídas na quase interminável lista de fundamentos da Atenção Básica e atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família:

> [...] A Atenção Básica tem como fundamentos: [...] VI - estimular a participação popular e o controle social. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional **a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas** serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.
>
> [...] ANEXO I
> AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS
>
> As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.
> 1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS: I - **participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe**, identificando grupos, **famílias e indivíduos expostos a riscos**, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - realizar o **cuidado em saúde da população adscrita**, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; III - **realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local,** bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local [...] (BRASIL, 2006a).

A concepção social da velhice adotada neste estudo e já discorrida em parágrafos precedentes nos faz considerar o aspecto dialógico da política com os valores constituídos nas relações sociais, o que permite compreender a política de saúde para esse seguimento para além da moral oficial, ou seja, na visão dos órgãos oficiais e materializados nas normatizações expedidas por eles, como leis, decretos e portarias. Ao considerarmos esse aspecto, destacamos aqui a marca da sociedade sobre a concepção da velhice na publicação das narrativas jurídicas, trazendo à tona os implícitos sobre os valores e significados que constituem os polos conceituais sobre essa temática: *a versão idealista* e a *racionalista.*

Na materialidade jurídica da Portaria n° 2528, de outubro de 2006, publicada pelo Ministério da Saúde, que trata Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), retoma-se a posição de participação ativa e saudável do idoso. O documento é pautado por considerações teóricas e conceituais sobre o fenômeno do envelhecimento, sendo definido como uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde com os gestores do SUS por meio da pactuação de indicadores do pacto pela saúde ampliando a resposta do Estado para as necessidades da população idosa. Essa política assume como principal problema para o idoso a perda da capacidade funcional, toda sua formulação marca como aspecto primordial a autonomia e independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006b).

Essa demarcação retoma uma vontade de verdade, constituída por certa regularidade de formação discursiva, reaparecendo nas narrativas em momentos próprios, materializando o modo de pensar que circula na sociedade. Essa vontade de verdade lembra e retoma o discurso Internacional da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, ocorrida em Madri, assumida como compromisso por vários países no mundo, incluindo o Brasil. Essa Assembleia reitera os princípios para a formulação pelos governos de políticas para as pessoas idosas a nível nacional e internacional, com ênfase aos países em desenvolvimento: *1) Participação ativa no desenvolvimento, na sociedade, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar da velhice; 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento* (CAMARANO; PASINATO, 2004; FERNANDES; SOARES, 2012).

Interessante observar que, mesmo considerando a heterogeneidade intrínseca ao processo de envelhecimento humano (biológicas, psicológicas, culturais e sociais), com o desenvolvimento de situação de fragilidade, por alguns idosos, a condição funcional é uma questão crucial para se atingir as metas estabelecidas pelos planos internacionais e diretrizes. A perda da capacidade funcional é sinalizada como um importante marcador, porém, na prática dos serviços, sua identificação, estratificação e prevenção ainda são um desafio às

políticas para os idosos que já apresentam alta dependência, revelando um modelo de assistência médica individual que muitas vezes se restringe às complicações advindas das doenças crônicas (BRASIL, 2006b).

Outra questão trazida nos enunciados dessa portaria chama a atenção para o envelhecimento como um processo evolutivo da existência humana, isto é, apesar de se utilizar o critério cronológico para definir a pessoa em condições de usufruir os direitos sociais, a pessoa não envelhece aos 60 anos. Logo, a abordagem dos profissionais de saúde a esse fenômeno deve permear as ações desde o pré-natal, pois a promoção da saúde não começa quando se "torna idoso". Para tanto, a mudança de paradigma coloca-se como algo preponderante para a desconstrução do preconceito e negação sobre a velhice. Essa concepção circula na sociedade, arraigada na nossa cultura e caracteriza-se como um obstáculo para pensar políticas específicas para esse grupo (BRASIL, 2006b).

> [...] DIRETRIZES
> **Não se fica velho aos 60 anos**. O envelhecimento é um **processo natural** que ocorre **ao longo de toda a experiência de vida do ser humano**, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações [...] (BRASIL, 2006b).

Tal entendimento, como vimos acima, é referido na introdução do tópico sobre as diretrizes, revelando-se como paradoxo no encadeamento discursivo que permeia a temática e que a nosso ver pode se prolongar na prática dos profissionais de Saúde da Família, visto que ainda há um discurso sobre a velhice que compara a relação com as ações na infância a investimento e que na velhice se contabilizam gastos onerosos. Paradoxalmente, quando a velhice é vista como um êxito e o aproveitamento da experiência e competência dos grupos mais velhos são vivenciados com naturalidade, tem-se um bônus que poderá redundar no desenvolvimento das sociedades (BRASIL, 2006b).

Além disso, quando analisamos mais detalhadamente as condições históricas da produção de sentido simbólico/político das enunciações, percebemos um funcionamento operando no modo de dizer idoso, que passa a ser designado de "**pessoa idosa**". A Política Nacional de Saúde, então designada à **pessoa idosa**, passa a gravitar em torno da questão da cidadania, valorização e respeito a esse seguimento populacional, retomando de outro lugar de saber/poder o discurso da **participação ativa**. Esse lugar é marcado no enunciado ao afirmar

a importância da participação do idoso na sociedade e no incentivo à autonomia e exercício da cidadania como eixo transversal do documento. Esse mecanismo projeta um lugar pré-construído por meio das memórias discursivas constituídas sobre a velhice na sociedade e, dessa forma, ancorando o dizer.

No dicionário, o significado da palavra **pessoa** é aplicado a: ser humano em seus aspectos biológico, social e espiritual; no campo jurídico, ser a quem se atribui direitos e obrigações (FERREIRA, 2008). De pronto, encontramos duas possibilidades de sentido, uma referindo-se aos aspectos multidimensionais na abordagem do ser que envelhece e a outra suscitando a questão de dispositivo político que obriga a uma tomada de posição perante direito à saúde para esse seguimento populacional.

A questão multidimensional retomada de maneira implícita, na Portaria Ministerial nº154 de 2008, que cria os Núcleos de Saúde da Família (NASF) reconhecendo que a multiplicidade de demandas oriundas na produção do cuidado, quer seja ele individual ou coletivo, necessita de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas. A atuação acontece de maneira compartilhada com os profissionais das equipes de saúde da família, ampliando, assim, o elenco das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade e articulação com a rede local de saúde em todos os níveis de atenção. O NASF deve trabalhar na perspectiva do cuidado integral aos usuários do SUS em território adscrito a uma unidade de saúde da família (BRASIL, 2008).

Mesmo após a publicação das portarias da Política Nacional da Atenção Básica e da Pessoa Idosa, acreditando-se na potencialidade desse apoio matricial, a questão do envelhecimento não é dita. A ênfase está na atenção em saúde mental, quando orientada a composição dos núcleos pelos municípios, justificada pela magnitude epidemiológica dos transtornos psíquicos. Devido ao apagamento da questão do envelhecimento nessa materialidade jurídica, o sentido é deslocado para o aspecto prescritivo/normativo utilizado para definir critérios de implantação e repasse de recursos financeiros federais para os municípios e, em seus anexos, as descrições das ações comuns a todos os integrantes do NASF e blocos de ações com ênfase em atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; prevenção de deficiências e necessidade de reabilitação; alimentação e nutrição em todas as fases do ciclo de vida; saúde mental; assistência farmacêutica; saúde da mulher e saúde da criança (BRASIL, 2008).

Todo esse rigor de leitura/descrição/interpretação buscou dessecar a materialidade do dado, tornando-se necessário para se estabelecer a ligação socio-histórica de identificação que constitui as redes de memória e trajetos sociais, fundamentais para a compreensão dos

deslocamentos que possibilitam a irrupção de uma sequência de enunciados enquanto acontecimento (PÊCHEUX, 2008).

O ato de esquadrinhamento permitiu constituir a primeira parte do *corpus* deste estudo, seguindo o caminho trilhado da legislação publicada no Brasil no período de 1988 e 2008, que encontrou maior relevância para demarcar como se concretiza a posição do sujeito idoso no discurso jurídico no campo do direito social da saúde e das políticas específicas.

2.1.2 As tramas do discurso do cuidado à pessoa idosa na atenção primária à saúde

> *"O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro."* (Leonardo Boff).

A abordagem social do fenômeno do envelhecimento neste estudo não permite o enclausuramento em um único campo de conhecimento. Seu interfaceamento com o campo jurídico, por exemplo, nos levou às narrativas da legislação sobre os direitos do idoso no Brasil referentes à saúde e a dos profissionais de saúde da família. Propomos neste capítulo uma conexão das práticas dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primaria, com normatização jurídica, enquanto acontecimento discursivo, e emoldurando como certas práticas vão se constituindo com uma vontade de verdade no cotidiano desses atores e assim ganhando estabilidade no dizer desse grupo.

O sistema público de saúde, instituído pela Lei orgânica 8080/90 (BRASIL, 1990), e posteriormente regulamentado pelo decreto nº 7508/11 no que diz respeito ao atendimento à população, define que o Estado deve prover a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Esse dizer sobre a assistência integrada, a nosso ver, buscou minimizar a dicotomia que havia na prática dos profissionais nos serviços públicos de saúde, que preponderantemente eram desenhados na lógica do modelo biomédico.

A prática da integralidade irrompe como um acontecimento discursivo, sendo retomado na publicação da portaria nº 648/2006a, que define a Política Nacional da Atenção Básica:

> [...] A Atenção Básica tem como fundamentos:
> I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da

> equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços [...] (BRASIL, 2006a)

O enunciado sobre a integralidade se repete em outras modalidades discursivas como os protocolos de atendimento publicados pelo Ministério da Saúde, como o da mulher, criança, idoso, atenção domiciliar. O discurso constituído sobre a integralidade gira sobre um eixo principal, apesar de implícito, o cuidado.

A concepção de cuidado, na perspectiva de Boff (1999), transcende o cuidado do biológico, busca o desenvolvimento de uma visão holística do ser humano e do outro. Para ele, o cuidado se entrelaça com existências, que possuem um rosto, que sofre e, portanto, nunca poderia se restringir ao patologicismo observado muitas vezes na produção do cuidado na contemporaneidade. O autor ainda ressalta uma dimensão subjetiva do cuidado, quando afirma que é o "sentimento que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas" (BOFF, 1999).

Esse sentimento que nos move em relação ao outro é expresso de várias formas no cuidado, como a gentileza, cordialidade, empatia, compaixão, ternura, em uma relação de troca, que se constitui em ações do cuidado. Assim, sobressai o essencial da existência humana, carregado de valores, percepções e emoções de quem cuida e quem é cuidado. Portanto, o descuidado ou a negação do cuidado essencial pode ser considerado como patologia do cuidado (SILVA et al., 2005).

Na prática, o cuidado se estabelece para além da ideologia dominante da doença ou da saúde, concebida pela OMS[5], pois compreende a multidimensionalidade do viver, que acompanha o desenvolvimento humano do nascer à finitude da vida (BOFF, 1999).

Além disso, como afirma Silva et al. (2005, p.474):

> Boff nos faz atentar para a ausculta de nossa natureza essencial, o cuidado, sendo um modo-de-ser essencial do ser humano, além de nos fazer pensar em estratégias para uma nova prática de cuidado macro e o micro a partir de uma conversão de nossos hábitos cotidianos e políticos, privados e públicos, culturais e espirituais no sentido do respeito e preservação de tudo que existe e vive.

[5] OMS define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social. Essa concepção torna a saúde um objeto inatingível, fruto de uma vivência que desconsidera as múltiplas formas de viver e os acontecimentos inerentes desse processo como o sofrimento e a morte (BOFF, 1999).

Com base no acima exposto, podemos refletir sobre a organização do cuidado na Atenção Primária, partindo do marco histórico que definiu suas diretrizes, que foi a 30ª reunião da Assembleia Mundial de Saúde em 1977, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu como requisito para o desenvolvimento dos governos das nações participantes a obtenção de um nível de saúde para todos os cidadãos do mundo no ano 2000. Essa ideia-força era associada a uma vida social e economicamente produtiva e teve grande repercussão sobre o "pensamento a respeito da Atenção Primária" (STARFIELD, 2002).

Como consequência dessa mobilização internacional em torno dessa ideia-força, conhecida na contemporaneidade como "SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000", em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, na cidade de Alma Ata, no Casaquistão, produzindo enunciados nas resoluções desse evento, que funcionaram como um demarcador da visão sobre "Atenção Primária à Saúde" (APS), especificando componentes fundamentais para sua organização, como educação em saúde; saneamento ambiental; programas materno-infantis, incluindo imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento de doenças prevalentes; dispensação de medicamentos essenciais; promoção da alimentação saudável e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

As deliberações de Alma-Ata foram retomadas e reiteradas politicamente em 1979 na assembleia Mundial de saúde, constituindo o seguinte marco conceitual:

> Atenção Essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro Nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1979 Apud STARFIELD, 2002, p.30).

Segundo Starfield (2002), a partir dessa concepção deliberada na Conferência de Declaração de Alma-Ata, os países repensaram seus sistemas de saúde, adequando-os a esse entendimento, variando em sua aplicabilidade, principalmente pela pouca base histórica nas experiências dos países industrializados na atenção à saúde dirigida à comunidade. Além disso, a mudança da atenção médica primária para a APS rompe com paradigmas cristalizados sobre componentes importantes de uma política de saúde, como enfoque (saúde x doença);

conteúdo (curativo pontual x promoção e atenção abrangente); organização (especialistas, atendimento médico individual x generalista, atendimento em equipe) e responsabilidades (setor saúde e profissionais como detentores do domínio do saber x intersetorialidade, autorresponsabilidade).

Os compromissos assumidos a partir da declaração de Alma-Ata repercutiram em muitos países do mundo, buscando transformar a forma de organização dos serviços de atenção médica primária tradicional em uma resposta mais efetiva para as necessidades de saúde da população, seja as de caráter individual e/ou as coletivas, definindo o fortalecimento da APS como um princípio para orientação de todos os sistemas de saúde do mundo, buscando diminuir as iniquidades em saúde (STARFIELD, 2002).

Tais eventos possibilitaram a adoção da APS saúde em várias partes do mundo com diferentes conformações. Ainda se observa no século XX uma forte tendência à especialização e à baixa valorização do generalista. Na comunidade Europeia (1996), por exemplo, a maior parte dos países incorporou os princípios da APS, tendo como fator favorável sua trajetória histórica na luta pela "solidariedade e equidade" (STARFIELD, 2002). A autora também ressalta outro aspecto importante que é a fragmentação na prática dos profissionais de saúde, com ênfase na doença ou determinado tipo de doença, na medida em que é cada vez mais frequente o aumento na carga de informações, levando-os a uma "subespecialização" (STARFIELD, 2002). A nosso ver, tal situação faz com que o cuidado gravite em torno da doença mais prevalente que acomete uma comunidade em detrimento a pessoa, o ser humano na sua inteireza existencial.

Essa sequência de debates internacionais com grandes mobilizações realizadas pela ONU ao longo dos anos possibilitou a formação discursiva da noção de Atenção Primária como principal indutor de mudanças nos sistemas públicos de saúde. Essa condição foi incorporada na luta do movimento da reforma sanitária brasileira na década de 70, reverberando na promulgação da Constituição de 1988, em que encontramos pontos de ancoragem com o conceito amplo de saúde que circulava em nossa sociedade, marcando a participação popular na gestão do sistema de saúde, além de princípios doutrinários como a universalidade e integralidade no atendimento do usuário.

Toda essa contextualização nos permite tecer o cuidado na APS no Brasil, em particular à pessoa idosa, que assim como outras nações também derivou da construção internacional na cadeia de sua concepção, ganhando certa estabilidade.

No Brasil, a Atenção Básica sofreu um deslizamento de sentido na sua denominação somente em 2011, quando da publicação do decreto n° 7508/2011, que regulamentou a lei

8080/90, definindo as formas de funcionamento do Sistema Único de Saúde, passando a ser denominada como APS, entendendo-as como termos equivalentes. As condições históricas de criação do SUS consideraram nos seus princípios e diretrizes as orientações internacionais quanto ao entendimento da relevância e fortalecimento desse nível de assistência que é o primeiro contato do usuário com sistema. No entanto, ainda se encontra aferrada a forma tradicional de organização da assistência médica à população, reportando, então, a Estratégia de Saúde da Família como elemento catalisador das mudanças necessárias nas práticas de produção do cuidado em saúde.

Inicialmente, quando da implantação em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) era denominada Programa de Saúde da Família. A variação do modo de dizer perpassou por uma mudança tática da política que investiu no programa um caráter indutor para a mudança no modelo assistencial vigente no país, que dava sinais claros de falência diante das crescentes e complexas necessidades de saúde da população oriundas dos fenômenos de transição demográfica e epidemiológica (ROSA; LABET, 2005).

A lógica assistencial da organização das práticas da ESF contempla a integralidade das ações de promoção, prevenção, reabilitação, cura e tratamento, propondo a (co)responsabilização do usuário, em uma relação horizontalizada com os profissionais de saúde, estabelecendo vínculo e participando ativamente da produção/gestão do cuidado em saúde, proporcionando assim troca e valorização de saberes. Além disso, esse espaço relacional pode direcionar as práticas de saúde no sentido da integralidade do cuidado e interdisciplinaridade, os profissionais são mobilizados para o diálogo possibilitando uma gestão compartilhada do cuidado entre os pares e com os usuários (ROSA; LABET, 2005).

Esse aspecto destaca o desafio da organização das práticas de saúde, sendo a integralidade do cuidado o eixo norteador das ações individuais e coletivas planejadas pela ESF. Significa dizer que o princípio da integralidade deve ser compreendido como a capacidade de a equipe articular ações buscando uma assistência ampliada que contemple as dimensões biopsicossociais do indivíduo, ultrapassando a concepção normativa da Lei nº 8080/90, que define os princípios organizativos e doutrinários do SUS. Nesse sentido, a integralidade do cuidado se caracteriza como um desafio para o sistema de saúde, no que tange à consolidação de um modelo assistencial que prevê a ruptura com o paradigma assistencial biomédico, com inversão da lógica de organização de suas práticas (ROSA; LABET, 2005).

Vale ressaltar que o modelo assistencial biomédico sempre foi criticado pela ênfase no atendimento individual, medicamentoso e hospitalocêntrico, com ações curativas voltadas

para o tratamento de patologias, lesões e danos, com pouca ênfase aos fatores condicionantes. Essa concepção estabelece uma contraposição aos modelos assistenciais alternativos propagados na década de 90 como propostas voltadas para a qualidade de vida e necessidades de saúde da população (FERTONANI et al., 2015)

Assim, partindo dos pressupostos adotados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, capacidade funcional e avaliação multidimensional, o arranjo das práticas de atenção à saúde necessita seguir outra lógica do que vivenciamos na atualidade. Para Veras et al. (2013), os pontos de atenção na rede de saúde devem ser acionados a partir de uma avaliação funcional, organizando o cuidado de maneira hierarquizada, baseado no "ciclo da prevenção e não da doença", focado na identificação e monitoramento de riscos de fragilização. Pois, no idoso, a doença normalmente crônica pode cursar com agudizações e necessidades de cuidados hospitalares que elevam os custos do sistema de saúde.

Ainda na visão do autor, o modelo de atenção à saúde do idoso, na lógica de organização da linha de cuidados[6], deve contemplar o processo de envelhecimento desde a fase que o idoso está saudável e ativo (acolhimento e inserção social) até a finitude da vida com cuidados paliativos, ampliando a qualidade de viver e assegurando o morrer com dignidade (VERAS et al., 2013).

Para tanto, seria necessária a estruturação dos serviços da rede SUS para suporte dos profissionais de saúde da família, com ampliação de acesso a serviços especializados, como centros-dia ou hospitais-dia; serviços de média e longa permanência para atendimento de idosos com perda funcional grave e comprometimento mental; apoio matricial em cuidados paliativos; além de suporte às famílias e aos cuidadores. Esse nível de estruturação atualmente apresenta-se insuficiente para o processo acelerado de envelhecimento que vivenciamos, devendo ser mais exaustivamente debatido entre os gestores públicos para que se possa de fato prestar um atendimento integral à pessoa idosa (MOTA et al., 2011).

Nesse contexto, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa encontra possibilidade de concretude na Estratégia de Saúde da Família, pois o estabelecimento do vínculo e proximidade com contexto social, sanitário e familiar favorece uma atenção integral, com escuta qualificada e atendimento humanizado pelos profissionais

[6] Linha do cuidado- É uma proposta do Ministério da Saúde de organização do processo das equipes de saúde da família, no sentido de articular os saberes e as práticas de produção da saúde, considerando a longitudinalidade do cuidado, ou seja, desde o acolhimento até as possibilidades do cuidado paliativo. Nessa visão, o usuário é acompanhado em todo o percurso da atenção na rede, estabelecendo a corresponsabilização e singularidade do plano terapêutico, buscando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

de saúde, considerando as singularidades do viver/envelhecer (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; ROCHA et al., 2011; COUTINHO et al.; 2013).

Além disso, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, a abordagem multiprofissional permite avaliação do processo de envelhecimento em uma perspectiva integral, identificando riscos e agravos físicos, mentais e ambientais que podem adquirir potencial de limitação da capacidade funcional, comprometendo a participação ativa do idoso na comunidade e sua qualidade de vida (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Mesmo reconhecendo o processo de envelhecimento humano, os profissionais da ESF destacam a necessidade de educação permanente para o atendimento integral do idoso, tendo em vista as dimensões biopsicossociais e especificidades do processo de envelhecimento e a lacuna observada no desenvolvimento de habilidades e competências, voltadas a esse seguimento, durante a graduação dos profissionais de saúde. Tal fato deve-se a pouca expressão nos currículos de graduação em saúde da geriatria e gerontologia (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; MOTA et al., 2011).

Por outro lado, um importante estudo sobre o cuidado do idoso na visão dos profissionais de saúde realizado por Coutinho et al. (2013) detalha os componentes do processo de trabalho da equipe de saúde e revela a visão biomédica que ainda permeia a organização do cuidado a essa população. Os resultados do estudo, mesmo com limitações, apresentaram quatro categorias importantes que retratam como está consolidado o cuidado ao idoso na ESF: assistência pautada em programas de saúde, como imunização e hiperdia, que atua com a população hipertensa e diabética, e então incluídos os idosos, nesse caso, são priorizados os que apresentam comorbidades. Outro resultado encontrado foi o comprometimento da prática da clínica ampliada e integralidade, com atendimento individualizado em caso de agudização da doença, referido como consequência da grande demanda de atendimento, estabelecimento de metas pela gestão e número insuficiente de profissionais para a realização de atividade. Essa característica demonstra um reducionismo na abordagem do processo de envelhecimento em sua multidimensionalidade (COUTINHO et al., 2013).

Além disso, os autores sinalizaram nos resultados que há pouco cuidado para os idosos ativos que não se enquadram nos programas ou atividades coletivas de saúde. A priorização do atendimento prevista no Estatuto do Idoso acontece à medida que o idoso procura o serviço, e quando o faz é atendido pela queixa que apresenta. No entanto, o estudo reitera a necessidade de pensar o cuidado ao idoso de forma articulada com a rede de saúde e comunidade, otimizando a reunião de equipe para o seu planejamento e, assim, adequando a

oferta de serviços à demanda representada por esse expressivo seguimento populacional, que traz heterogeneidades na vivência da velhice, apresentando níveis variáveis de dependência funcional e vulnerabilidades (COUTINHO et al., 2013).

Alguns fatores podem ser atribuídos ao desempenho da equipe de saúde da família na produção do cuidado da pessoa idosa na perspectiva da micro e macrogestão na APS. Em um estudo que envolveu 250 profissionais de saúde, foram realizados inquéritos sobre a avaliação dos serviços de saúde na atenção ao idoso. As ações de microgestão avaliadas dizem respeito aos componentes: processo de trabalho (trabalho em equipe); ações de saúde (serviços de rotina, grupo de apoio aos idosos e cuidador, atividade física e terapia comunitária); promoção do cuidado (humanização do cuidado, foco do atendimento). As ações de mesogestão referem aos componentes aspectos gerenciais, recursos materiais e humanos; infraestrutura (ALMEIDA et al., 2011). As autoras apresentaram um quadro preocupante nos resultados, demonstrando que o desempenho dos serviços está associado a aspectos de organização da rede do sistema local de saúde, portanto, para os autores, o desafio é potencializar para a disseminação de uma cultura de apoio aos idosos, com desenvolvimento de atividades específicas, que não foquem práticas curativas e fragmentadas (ALMEIDA et al., 2011). Em suma, poderíamos concluir, através dos achados deste estudo, a importância de o peso da vontade política implementar a PNSPI, aliado ao compromisso e atitude dos profissionais na produção do cuidado integral.

Outro aspecto interessante, observado na revisão teórica para construção deste capítulo, foi que apesar de os descritores (Cuidado; Atenção; Assistência ao Idoso) utilizados não mencionar categoria profissional, alguns artigos publicados no período de 2011 a 2015 enfatizam o cuidado ao idoso pelo profissional de enfermagem, mesmo tratando da ESF, que é formada por uma equipe multiprofissional de saúde com outras categorias, como agente comunitário de saúde, médico, dentista, auxiliar de consultório do dentista e profissionais do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Os resultados desses estudos sinalizam o fazer gerontológico como uma subespecialidade atrelada à enfermagem, paradoxalmente ao que vimos na PNSPI, que prevê no caderno da Atenção Básica orientações e atribuições para toda a equipe. No entanto, não nos ateremos na sinalização desse achado (ROCHA, 2011; PINHEIRO et al., 2012; POLARO et al., 2013; SILVA; SANTOS, 2015).

Nessa perspectiva, as condições históricas de produção de sentido do sujeito idoso, nas práticas dos profissionais de saúde, parecem não mais circundar em torno da cidadania e participação ativa, previstas na PNSPI, mas na patologização da velhice, encarcerando-a no campo do saber/fazer técnico-científico, que, a nosso ver, parece uniformizar essa vivência

como um mecanismo de defesa da falta de habilidade de enxergar os rostos envelhecidos por traz da doença. Outro aspecto associado à condição de produção do cuidado reitera o papel da memória constituída pelos profissionais de saúde da APS, relacionando-o à valorização social conferida ao idoso, o que suscita o tipo de enunciado que pode levar à pratica do (des)cuidado ao idoso.

Como vimos nas narrativas jurídicas e nos estudos no campo das práticas de saúde na APS, o lugar ocupado do sujeito idoso se constitui com um deslizamento de sentido, diluindo-se nas múltiplas funções dos profissionais de saúde na APS, produzindo um apagamento do fenômeno vivenciado na contemporaneidade. O lugar do sujeito idoso é marcado pelo assujeitamento à lógica da produção do ato do cuidado que se distancia da concepção holística, vidas se cruzam e não passam despercebidas pelo olhar atencioso de quem se interessa pelas “coisas essenciais” (BOFF, 1999).

O cuidado ao idoso nas práticas dos profissionais de saúde da APS se delineia diante de um cenário desafiador. O eixo principal para repensar a produção do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família seria para alguns autores ressignificar as concepções de promoção da saúde a partir da visão integral e integralizada da pessoa idosa, tomando como referência a defesa de seus direitos, bem como sua experiência de vida, fortalecendo ainda mais o vínculo usuário-família-serviço. Aliado a isso, torna-se necessário utilizar instrumentos que subsidiem a organização do cuidado a esse seguimento, incentivando o envelhecimento ativo e saudável, conforme diretrizes da PNSPI, e garantindo atendimento aos que cursam ou cursarão com enfermidades crônicas ao longo de sua existência nessa fase do ciclo vital (PINHEIRO et al., 2012).

3 A CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS* E O PERCURSO METODOLÓGICO

"O passa e repassa do ser/fazer bricouler." (adaptado Olavo Bilac)

Na construção do *corpus,* buscamos inicialmente selecionar as narrativas corporificadas na legislação brasileira dirigidas à população idosa no âmbito da saúde, publicadas no período entre 1988 e 2008, registradas em documentos oficiais (leis e portarias) disponibilizadas em *sites* do governo**.**

Essa seleção ocorreu com o empreendimento de leitura atenciosa, marcando as características comuns das narrativas, buscando nos enunciados jurídicos menção ao direito protetivo no âmbito da saúde relacionado ao idoso, particularmente na Atenção Primária do SUS, cenário deste estudo.

Ressaltamos que os documentos foram analisados na íntegra, apenas com exceção da Constituição Federal devido ao seu caráter jurídico amplo enquanto dispositivo de direitos de cidadania. Depois, procedemos à seleção, organizamos os documentos e entrevistas por pastas para posterior tratamento. No caso das materialidades jurídicas, utilizamos um *software* de análise de dados qualitativos. Tal procedimento permitiu a visualização das marcas de funcionamento dos lugares do sujeito idoso nas narrativas jurídicas. Na tabela a seguir, indicamos as narrativas jurídicas selecionadas, o objeto que se trata e ano da publicação do documento.

Tabela 1 - Total de narrativas jurídicas que discursavam sobre o direito da saúde à pessoa idosa no Brasil, no âmbito da Atenção Primária, publicadas no período de 1988 a 2008.

Narrativa jurídica	Objeto	Ano de publicação
Constituição Federal	Seção II da saúde- (Artigos 196 a 200)	1988
Lei nº 8842	Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso	1994
Portaria nº 1395	Política Nacional Saúde do Idoso	1999
Lei nº 10741	Estatuto do Idoso	2003
Portaria nº 648	Política Nacional de Atenção Básica	2006
Portaria nº 2528	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	2006
Portaria nº 154	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF	2008

Fonte: Dados da pesquisa

Em um segundo momento, os dados produzidos pela oralidade dos profissionais foram descritos em formato de textos, sendo catalogados em pastas, feito um recorte de 26 excertos, até porque muitas narrativas materializavam o mesmo lugar de sujeito idoso, o que permitiu-

nos selecionar algumas por critério de saturação de dados. Além disso, a descrição das narrativas, aliada às observações não verbais do diário de campo, possibilitou a aglutinação das posições sujeito que constituem a memória dos profissionais de saúde da família sobre envelhecimento. Dessa forma, a constituição do *corpus* está relacionada tanto ao problema quanto ao referencial teórico metodológico adotado.

Assim, no trabalho de construção do corpus da pesquisa, buscamos não descartar elementos, o que seria contrário ao referencial teórico adotado, que valoriza a materialidade dos dados e sua desenvoltura na estrutura linguística, observando os deslizamentos de sentido, bem como a constituição da vontade de verdade que faz com que permaneça circulando na sociedade.

A analogia do trabalho do pesquisador com o de um artesão nesta secção permite entender como foram mobilizados elementos empíricos por meio de práticas analíticas e interpretativas programadas, encarando-os como parte de um "mosaico" teórico científico resultante de uma delicada e cuidadosa montagem do retrato do objeto investigado, por meio de uma multiplicidade de técnicas e referenciais teóricos, que se interligam em um processo interativo (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O termo *bricouler* não se aterá aqui ao sentido filosófico, mas à habilidade artística em fazer encaixes que, de maneira lógica e harmoniosa, resulte em uma produção singular.

Ao adotarmos essa performance, vislumbramos as infinitas possibilidades de trabalhar com múltiplas técnicas para retratar, de maneira particular, as condições de existência de determinado fenômeno social considerando sua historicidade (MINAYO, 2005).

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos teórico-metodológicos da Escola Francesa da Análise do Discurso (AD).

Este tipo de pesquisa marca uma oposição epistemológica ao positivismo, respondendo às questões de estudo no campo das ciências sociais por meio da análise dos meandros das relações sociais que podem ser apreendidas através das construções da vivência em sociedade pelos grupos (MINAYO, 2005).

Nessa perspectiva, a autora afirma que a problemática da dialética estabelecida entre o quantitativo e qualitativo ancora-se na "qualidade dos fatos e das relações sociais," não permitindo a indissocialidade entre elas na compreensão da totalidade e historicidade de uma

realidade multifacetada, entendo-a como algo que está em constante e inesgotável transformação (MINAYO, 2005).

Logo, a opção por esse enfoque ocorreu por entender seu nexo na busca por respostas às questões problematizadas neste estudo. Ademais, o percurso metodológico ancorou-se no aporte teórico-analítico da AD, transversalizando as etapas de coleta, tratamento e análise dos dados, que foram submetidos a uma leitura e interpretação criteriosa e contextualizada ao momento socio-histórico de sua produção.

Isso aconteceu de maneira entrelaçada com o pensamento de memória coletiva por Halbwuachs (1960), tendo em vista a perspectiva da construção social da velhice, propondo um modo de tornar visível o lugar do sujeito idoso nas narrativas jurídicas de proteção ao direito da saúde dessa população e dos enunciados nas narrativas dos profissionais de saúde. Um trabalho, a nosso ver, de aprofundamento do que está explícito e implícito nos espaços intersticiais das formações discursivas.

Assim, a memória, por sua vez, tem seu intercambiamento, quando pensada em relação ao discurso. E, nessa perspectiva, é denominada interdiscurso, ou seja, aquilo que fala antes, em outro lugar, a memória discursiva, que retoma o já dito, o pré-construído (ORLANDI, 2000).

3.2 TEORIA ANALÍTICA/METODOLÓGICA - ANÁLISE DO DISCURSO

O marco teórico-metodológico importante para a compreensão da cartografia[7] metodológica (Figura 1) é a Análise do Discurso (AD) como recurso analítico das materialidades que constituíram o *corpus* deste estudo. Assim, a interação com o campo de estudo nos levou a mais de um modo de trabalhar, o que foi emergindo das relações estabelecidas com os sujeitos e o aprofundamento nos discursos encontrados nas materialidades jurídicas, mas sempre seguindo a linha da AD e memória coletiva como demonstra a cartografia metodológica.

A AD não é um campo teórico comumente visitado pelas ciências da saúde, mas talvez por isso instigou-me a buscar nessa fonte os recursos que pudessem clarificar as

[7] Cartografia é uma terminologia derivada do campo da geografia e tomada emprestada em pesquisas de abordagem qualitativa para delinear o percurso metodológico de maneira visual e gráfica, buscando uma melhor compreensão, por parte do leitor, dos aspectos que envolveram o campo e os dados de determinado estudo. Como método, foi utilizado pelos filósofos franceses Deluze e Guttari no final da década de 60. No Brasil, é considerada visão teórico-metodológica inovadora. A cartografia permite representar a complexidade de um campo de pesquisa, além de acompanhar os passos do estudo, podendo ser utilizada para rever procedimentos ou itinerários do estudo, possibilitando conexões e múltiplas entradas, creditando-se a ela uma condição de rizoma, e nesse aspecto podendo ser redesenhado (MARTINEZ et al., 2013).

inquietações que me acompanhavam desde o final da dissertação de mestrado em 2012, sob certo “fetiche teórico”, como diria Pecheux (1990).

No Brasil, a difusão da AD, segundo Ferreira (2008), enquanto campo teórico, é atribuída ao trabalho dedicado de Eni Orlandi, na década de 80, mais precisamente após a morte de seu fundador Michel Pecheux, em 1983, em uma derivação da linguística, apropriando-se do assujeitamento, ou seja, da produção de sentido por um sujeito constituído, circunscrito a uma formação discursiva, e não ao sujeito empírico, pragmático. Nessa linha de pensamento, o fato linguístico tem uma estreita e indissociável relação com o irremediável equívoco da língua, isso significa que nas “falhas” são produzidos deslizamentos de sentido que se distanciam muitas vezes do dizer da palavra, em um sistema sempre aberto a novas interpretações. Nesse sentido, a AD, na perspectiva dos analistas do discurso brasileiros, ultrapassa as fronteiras da crítica da linguística por ampliar as possibilidades de materialidades linguísticas enquanto objeto, incluindo aí práticas, gestos, permitindo a articulação com as ciências humanas (FERREIRA, 2008).

No contexto deste estudo e para os autores de AD, o discurso deixa de ser um conjunto de textos e passa a ser uma prática constituída pela dispersão de textos, com abertura para o simbólico. O discurso ultrapassa, aqui, os elementos da linguística e introduz a ideia da linguagem em funcionamento, ou seja, a constituição dos sujeitos e a produção dos sentidos.

Isto implica destacar a relação da exterioridade (historicidade) e a linguagem, conferindo lugar à dimensão simbólica dos fatos. Nessa concepção, a linguagem mobiliza sujeitos e sentidos que são afetados pela língua e pela história. Essa concepção ganhou forma, nos anos 60, na chamada Escola Francesa da Análise do Discurso, tendo como autor fundante M. Pêcheux (1969), que estabelece uma relação interdisciplinar da linguística e ciências sociais, levando em conta o sujeito e o contexto, produzindo outra forma de conhecimento, o discurso, no qual pode ser observada a aproximação da linguagem e ideologia, constituindo o tripé língua- sujeito - história (ORLANDI, 1994).

A autora ainda afirma que “a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de pôr em movimento” (ORLANDI, 2001, p.15). A discursividade é um acontecimento, sendo que o discurso acontece sempre no interior de uma série de outros discursos, com os quais estabelece correlações e deslocamentos. Os sentidos produzidos em um momento histórico estão relacionados com a interdiscursividade (PÊCHEUX, 1988).

É utilizar um olhar mais atento para captar o real em outros sentidos, um real diferente, que existe produzindo efeitos e que transpõe os arranjos textuais por si mesmo, apontando um horizonte infinito de possibilidades de interpretações (PÊCHEUX, 1988).

Portanto, a noção de AD trazida pelo autor apresenta uma complexidade intrínseca ao processo de constituição da discursividade, conferindo sentido à linguagem quando ela se inscreve na história, onde os campos da linguística, filosofia e ciências sociais se entrelaçam, produzindo sentido na releitura de um objeto (ORLANDI, 2001).

E assim compreender nas narrativas jurídicas corporificadas na legislação e narrativas dos profissionais de saúde os sentidos que a constituíram, ou seja, o que não foi dito (ORLANDI, 2001). Partindo do ponto de vista desse autor, em que o sujeito discursivo funciona como uma mola propulsora que afeta o inconsciente e a ideologia da sociedade, neste estudo representado pelos executores das políticas públicas no Brasil (profissionais da APS). É sobre isso que discorremos na análise dos dados desta pesquisa, contando com recursos analíticos dos discursos imbricados na legislação e prática das políticas protetivas do envelhecimento, em especial no campo da saúde.

Para tanto, incidiremos mais luz na questão do que está dito e não dito nas narrativas, logo significa, do ponto de vista epistemológico, direcionar o problema não ao sujeito pragmático, mas, sim, à estrutura, deslocando a explicação do fenômeno estudado para o funcionamento da estrutura, que permite a certo enunciador, em determinadas condições de possibilidade, o dizer sobre algo, e não outra coisa em seu lugar. Ou seja, realizar a AD a partir da pluralidade da posição de funcionamento do sujeito em um contexto socio-histórico (FOUCAULT, 2008).

Na releitura do estruturalismo trazida por Foucault (2008), o lugar do sujeito está subordinado ao seu funcionamento na estrutura social como um jogo, em que as regras da sociedade, seus valores, constituem o sujeito do discurso. Esse lugar então ocupado de forma inconsciente possibilita emergir o que está dito na organização funcional da estrutura.

Esse sujeito do discurso ou “sujeito enunciador”, consciente ou não, revela seu modo de pensar e ver o mundo, imbricado por valores constituídos nos espaços relacionais de sua existência (MACHADO, 2012).

Diante das características desta investigação, acreditamos que a trajetória metodológica escolhida ofereceu subsídios para alcançarmos os objetivos delineados no presente estudo. Assim, nos parágrafos dos subitens subsequentes, buscou-se descrever pormenorizadamente o percurso metodológico da pesquisa - mediante o alinhavar de fios, em um passa e repassa de uma pesquisadora com alma de artesã bricouler - utilizando diferentes instrumentos em uma construção dedicada e eticamente responsável.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa de campo foi a Atenção Primária da Saúde do município de Vitória da Conquista/Bahia, em particular a Estratégia Saúde da Família. O município selecionado possui uma população de 306.866 hab. (IBGE, 2010), situa-se no Sudoeste da Bahia, apresenta uma extensa área na zona rural, que é dividida em 15 distritos e 284 povoados. O projeto político e de governo, seguido desde 1997, tem organizado as ações municipais em torno de prioridades relacionadas à atenção à criança e ao idoso, com implantação de projetos e programas sociais que visam ao resgate da cidadania com atendimento integrado a uma rede de serviços de caráter intersetorial.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município desde 1998, atualmente possui 43 equipes, sendo 26 na zona urbana e 17 na zona rural. As equipes são formadas, conforme regulamentação do Ministério da Saúde, por médicos, enfermeiros, agentes comunitários, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos de saúde bucal. Vale ressaltar que a iniciativa de incorporar o odontólogo foi do município, desde a implantação das primeiras equipes, precedendo à orientação da Política Nacional da Atenção Básica. Além disso, a gestão municipal implantou 5 equipes de matriciamento para apoio às ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família, o NASF (Núcleo de Apoio de Saúde da Família), composto por fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e educador físico, fortalecendo o princípio da integralidade do cuidado.

A rede municipal está organizada com serviços de média e alta complexidade, urgência e emergência, com hospitais e clínicas conveniadas ao SUS, que constituem a retaguarda para as ações das equipes de saúde da família, em uma perspectiva de trabalho compartilhado em rede, com incentivo à autonomia individual e da comunidade por meio de uma gestão participativa.

Além disso, a escolha pelo campo desta investigação considerou alguns aspectos fundamentais no intuito de garantir a viabilidade da execução da pesquisa. Logo, foram consideradas questões como: facilidade de acesso às Unidades de Saúde da Família; perfil e estrutura da gestão municipal no campo da pesquisa; tempo de implantação da Estratégia Saúde da Família pelo município (desde 1998); e aproximação com o campo de investigação durante a realização do mestrado e atividades docentes na graduação em medicina da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia.

O estudo foi realizado em seis Unidades de Saúde da Família, sendo identificadas pela Diretoria da Atenção Básica aquelas que possuem profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, na zona urbana e rural.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde, lotados nas unidades de saúde da família da zona urbana selecionadas. Optamos por não definir a categoria profissional visando possibilitar a captação do sentido constituído por esses atores, na perspectiva de múltiplos olhares e lugares.

Foram adotados como **critérios de inclusão**: tempo de formação (mínimo de 7 anos); tempo de experiência profissional (mínimo de 7 anos); e estar em atividade de suas funções. O tempo mínimo de 7 anos de experiência considerou o período de participação em ações de educação permanente e implementação de instrumentos de sistematização do cuidado ao idoso no município - protocolo e caderneta. E como **critérios de exclusão**: não estar lotado nas unidades de saúde da família; estar em gozo de férias e licença ou atestado médico.

O conjunto de participantes convidados e envolvidos na pesquisa totalizou 10 profissionais de saúde da família do município selecionado, sendo escolhidos de forma direcionada, conforme critérios predefinidos e aceite em participar do estudo. A forma direcionada na seleção dos participantes permitiu-nos identificar profissionais dentro da lista fornecida pela diretoria da atenção Básica, garantindo o atendimento dos critérios de inclusão e respeitando o caráter ético e voluntário na participação da pesquisa, excluindo participantes inelegíveis. Assim sendo, foram identificados pela letra P, seguida do número de ordem cronológica de realização das entrevistas, ou seja, P1 a P10, evitando, dessa maneira, a ênfase na categoria profissional, já que nosso foco é o sujeito enunciador, e não o pragmático, além de possível viés na análise dos resultados, já que neste estudo não tratamos das relações dos profissionais de saúde na produção do cuidado, e sim da (re)configuração das memórias coletivas enquanto produção social e sua relação com o pré-construido, o já dito em um outro lugar e tempo.

Foi possível a construção de um quadro (Quadro 1) com as características dos participantes envolvidos no estudo, demonstrando o grau de elegibilidade pelos critérios de inclusão adotados e a constituição da memória coletiva enquanto prática social desses atores ao longo de sua trajetória de vida e profissional, o que refletirá em uma análise dialética entre

a produção do discurso e contexto social ou institucional que permitiu certas condições de sua existência.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo.

Participante	Escolaridade	Idade	Tempo de formação	Tempo de experiência (ESF)
P2	Superior completo	73	47 anos	15 anos
P7	Superior completo	70	43 anos	10 anos
P8	Segundo grau completo	56	17 anos	17 anos
P6	Superior incompleto	53	16 anos	16 anos
P5	Segundo grau completo	52	15 anos - ACS/3 anos técnico em enfermagem	15 anos (como ACS e técnicos de Enfermagem)
P4	Superior completo	48	25 anos	16 anos
P3	Superior completo	40	17 anos	17 anos
P1	Superior completo	37	13 anos	13 anos
P9	Superior completo	37	12 anos	10 anos
P10	Superior completo	35	13 anos	13 anos

Fonte: Base de dados do pesquisador

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A abordagem qualitativa, adotada para este estudo, permitiu a utilização de fontes variadas, no intuito de compreender o lugar de funcionamento da posição sujeito idoso nas narrativas jurídicas publicadas no período de 1988 a 2008 e narrativas dos profissionais de saúde da família no cuidado a esse seguimento populacional. Desse modo, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados primários a **entrevista** e para a obtenção de dados secundários, a **análise documental.**

Esses instrumentos foram utilizados de forma articulada e direcionada a fim de manter o foco nos objetivos propostos, delineando, assim, a constituição do *corpus* do estudo. As materialidades selecionadas, documentos oficiais – leis e portarias- e narrativas dos profissionais de saúde da família foram analisadas concentrando nossos esforços nas descobertas das intencionalidades e singularidades de uma necessidade de verdade dos enunciados esquadrinhados.

Desse modo, foi realizado um levantamento das narrativas dos documentos oficiais relacionados à política nacional de atenção ao idoso, a partir do conceito de enunciado enquanto posição de funcionamento de um dizer. E ainda, na identificação desses enunciados,

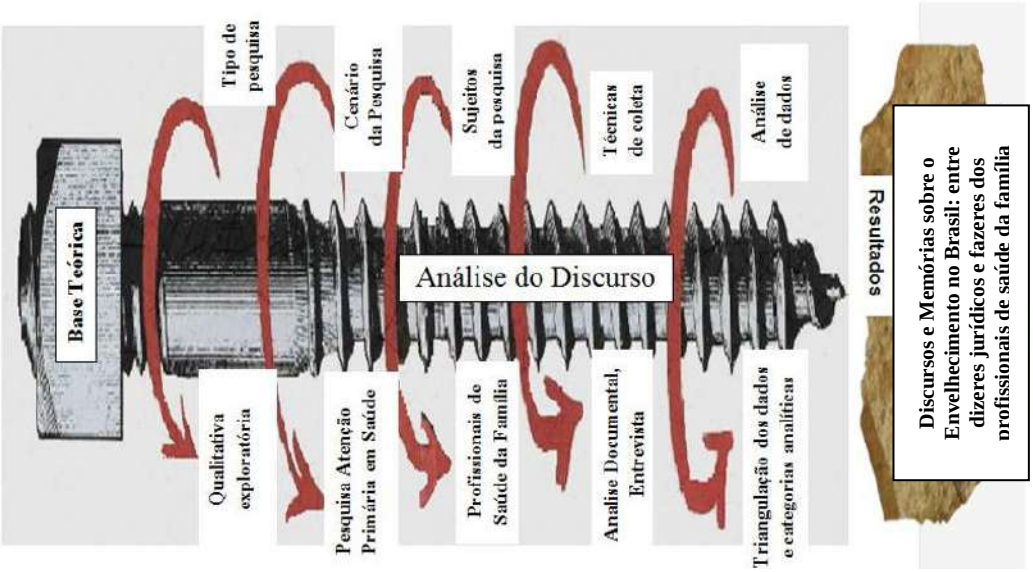
foi levada em consideração a relação entre memória e acontecimento, ressaltando a posição do sujeito idoso na organização das práticas de saúde na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os dados gerados a partir das ferramentas de coleta foram anotados em um diário de campo, em um movimento combinado e constante na busca de desvelar o objeto deste estudo, sinalizando o não verbal, ou seja, o não dito.

Os enunciados dos documentos e narrativas dos profissionais de saúde que foram recortados acerca do idoso permitiram trabalhar os significados dos dados encontrados, sem, contudo, ter a pretensão de esgotá-los, como afirma Foucault (2008, p.32), "um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua e nem o sentido podem esgotar inteiramente".

Entendendo a essência da abordagem qualitativa, seguiremos a detalhar a trajetória para a aproximação dos campos e dos participantes, conforme visualizado no desenho cartográfico da metodologia (Figura 1).

Figura 1 - Cartografia Metodológica



Fonte: adaptado do Livro Estrutura e acontecimento (PECHEUX) pela pesquisadora.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

3.6.1 Primeiro movimento – aproximação com campo e participantes

Esse movimento se configura na cartografia metodológica (Figura 1) "por mais um giro em torno do parafuso", em um movimento circular *continuum* em torno do recurso teórico-

analítico adotado, buscando o aprofundamento com vistas a (re)configurar as memórias dos profissionais de saúde da família. Esse momento marca a entrada da pesquisadora no campo de investigação, permitindo a interação com os atores envolvidos na pesquisa e a exploração da realidade.

Para garantir os aspectos éticos e rigor científico, foi agendado um encontro com técnicos da Diretoria da Atenção Básica (DAB) para apresentação do projeto, critérios de seleção dos participantes e termos de liberação dos comitês de pesquisa da Assessoria de Planejamento e Educação Permanente – secretaria de saúde e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Após apresentação, os técnicos demonstraram interesse em colaborar com o estudo, considerando sua relevância para subsidiar as ações de educação permanente visando à qualificação do cuidado à pessoa idosa no âmbito da atenção Primária à Saúde.

Além disso, disponibilizaram relação de nomes e contato telefônico de profissionais elegíveis para o estudo. Esse momento foi facilitado pela minha inserção em atividades acadêmicas com os estudantes de medicina na gestão e trajetória profissional no município.

Por outro lado, o agendamento com os profissionais necessitou de negociação com as agendas de atendimento e organização prévia do local para garantir privacidade e comodidade aos participantes da pesquisa.

No decurso do estudo, predominava a disponibilidade dos profissionais, bem como meu compromisso político e ético como pesquisadora. A execução do procedimento de coleta de dados no campo da pesquisa ocorreu no período de outubro a dezembro do ano de 2015, atendendo aos critérios de inclusão e à realidade imposta pela interação com o campo.

Esse período foi marcado pela mudança de horário de funcionamento das unidades de saúde da família, que passaram a funcionar de 7 às 14h, o que acarretou a limitação do fator tempo dos participantes, sendo contornado pela abordagem individual e antecipada de cada pessoa e interesse em participar do estudo. As entrevistas tiveram um tempo médio de 30 minutos, sendo descrita no diário de campo a apreensão do não verbal (o não dito) do fenômeno estudado com o objetivo de compreender os sentidos dos dados emergidos das narrativas dos sujeitos.

3.6.2 Segundo movimento: análise documental

Partindo do relato e dos vestígios do passado pela evocação da memória coletiva do cientista idoso e utilizando uma ferramenta computacional Nvivo, organizamos a descrição do

corpus do estudo partindo do arcabouço jurídico das leis de proteção ao idoso. Essa organização contou com o suporte dessa ferramenta computacional com a função de auxiliar no manuseio dos dados e sua organização, facilitando o processo de integração entre as regularidades encontradas no texto para posterior análise e interpretações do pesquisador.

A grande quantidade de informações dos documentos selecionados levou-nos a escolher o *software* de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®9, versão 10.0 (NVivo), a sigla QSR equivale a Qualitative Solutions Research, que podemos transliterar para Soluções para Pesquisa Qualitativa (QRS INTERNATIONAL, 2013). Esse *software* destina-se à codificação, ao tratamento, armazenamento e gerenciamento de arquivos de textos, vídeos, áudio etc. Ele oferece um vasto conjunto de ferramentas para facilitar o processo de análise por meio da criação de códigos, determinação de categorias analíticas e estabelecimento de relacionamento entre elas (SAUR-AMARAL, 2012).

Além disso, a ferramenta permitiu a elaboração de uma tipologia dos dispositivos legais da legislação de proteção ao direito da pessoa idosa, visualizando-os por meio de padrões de conexões com a criação do desenho de nuvens (ALVES et al., 2015).

A imersão nas fontes documentais (leis e portarias) com o auxílio da ferramenta computacional NVivo proporcionou o delineamento de condições de possibilidades que permitiram a irrupção de certas regularidades sobre a posição sujeito idoso. Essas regularidades foram se aglutinando a partir das seguintes questões problematizadoras: *Qual a formação discursiva predominante na lei analisada*? *De que lugar vem o sentido das unidades de linguagem que formaram as nuvens (aglutinações)? Quais os sentidos que emergem dos enunciados?* Em seguida, conforme instruções do manual de utilização do *software* NVivo, construímos um modelo lógico, ou seja, um esquema cognitivo que constitui uma fase prévia de tratamento da lei analisada.

Além disso, todo esse percurso foi repetido para cada documento analisado e nos permitiu outro olhar acerca da legislação de proteção da saúde do idoso no país. Vale ressaltar que os documentos foram analisados na íntegra, com exceção da constituição federal, por se tratar como já referimos de um dispositivo amplo de direitos de cidadania. Dessa forma, analisamos os artigos 196 ao 200, referentes à seção da saúde.

É importante ressaltar que as ferramentas desse *software* possibilitou emergir das narrativas o delineamento das condições de possibilidade no período recortado, aglomerando palavras em nuvens de cada documento analisado, representando a ideia-força que predominava na estrutura textual.

Vale frisar que todo esse trajeto é definido não só pelas orientações do manual, mas também pela experiência do pesquisador no objeto discursivo. Apesar das ferramentas, a definição dos objetivos de cada codificação é uma atribuição exclusiva do pesquisador.

A nuvem é definida pela frequência das palavras, à medida que isso ocorre de maneira proporcional, de acordo com o corte de palavras e com a utilização de filtros, como exclusão de proposições, pronome, vão se constituindo o tamanho e posicionamento das unidades de análise, ou seja, os dizeres permitidos. No nosso caso, ao final do tratamento pelo uso do *software*, finalizamos em 100 ou 50 palavras mais frequentes, mais do que um "jogo de palavras", buscamos nas superfícies das narrativas jurídicas um dizer ou não dizer sobre o lugar de funcionamento do sujeito idoso. Isso permitiu captar dizeres que se apresentaram no desenho das nuvens, o que para a AD significa regularidade, além de poder identificar os deslizamentos ocorridos em razão de certa conjuntura histórico-social.

Logo, o desenho confere a essa figura as marcas das condições de possibilidade da política de proteção ao envelhecimento, em uma temporalidade recortada (1988- 2008), uma proposta didática para facilitar a visualização e compreensão do leitor, no que tange às formulações discursivas materializadas nas narrativas jurídicas, demonstrando as concepções que circulavam na sociedade e os deslizamentos de sentido observados de uma publicação para outra.

O primeiro passo, no entanto, antes da utilização do *software* NVivo, foi submeter os documentos a uma leitura minuciosa para levantamento dos dados e questões, buscando através da análise dos enunciados das narrativas jurídicas a correlação socio-histórica.

Essa correlação revela-se como demarcador de posição de funcionamento, destituindo o foco no autor que produz, no nosso caso o formulador de política no legislativo federal, considerando que o *corpus* não está circunscrito à autoria de determinado sujeito pragmático. Observando os recursos semióticos disponíveis em uma sociedade e como são mobilizados na construção dos sentidos dos enunciados (MAINGUENAU, 2015), esse movimento retoma a imagem constituída na cartografia metodológica, do "parafuso", em analogia à teoria analítica utilizada – AD. O aprofundamento no objeto ocorre nesse "giro", sendo imanente ao trabalho do analista de discurso no tratamento dos dados selecionados. E, no caso do pesquisador bricouler, ainda se torna parte do ser artesão, na busca do enquadre perfeito para sua obra em construção.

As leis e portarias foram impressas para facilitar a marcação dos enunciados e a leitura interpretativa, valorizando todos os dados apresentados na materialidade discursiva selecionada, tendo sempre o foco nos objetivos e considerando que na visão da AD a

composição do *corpus* mantém uma relação com a capacidade analítica do pesquisador, podendo produzir diferentes resultados (ORLANDI, 2001).

O volume considerável de documentos analisados desprendeu muito tempo e energia, mas foi compensado pelos dados obtidos. Essa etapa constituiu-se em um laborioso e sistemático exercício, caracterizado pelas nuances que se apresentavam no movimento do pesquisador dentro do campo da investigação do objeto.

3.6.3 Terceiro movimento: as entrevistas, a escuta da polifonia sobre a memória da velhice

A entrevista, segundo Gil (2008), é uma técnica muito utilizada em estudos no campo das ciências sociais devido a vários aspectos: estabelecimento da interação social do pesquisador com o participante, em uma forma de diálogo "direcionado", que pelo seu caráter de flexível permite a obtenção de dados em profundidade acerca de valores, crenças, por meio do que é verbalizado e do que é "encenado" pelo sujeito falante, na sua entonação de voz, expressão facial e mesmo pausas.

Além disso, a entrevista, segundo o autor, pode variar em relação à dinâmica de execução. Em nosso caso, optamos pela entrevista por pauta, que é uma entrevista aberta, mas que apresenta certo grau de estruturação. Essa estruturação é direcionada pelo pesquisador através de tópicos predefinidos, em forma de roteiro, tornando possível uma análise objetiva das informações obtidas (GIL, 2008).

Para tanto, buscamos construir um roteiro para a realização das entrevistas abertas direcionadas por tópicos (APÊNDICE A). O roteiro foi definido em dois blocos: I- Memórias de sua experiência de vida e trajetória profissional, descrevendo sua aproximação com o idoso; e II- Memórias sobre a assistência ao idoso na estratégia saúde da família.

Os blocos foram compostos por questões norteadoras, que permitiram aos atores da pesquisa expressar suas concepções, valores e significados sobre sua experiência pessoal e profissional que constituíram suas memórias na aproximação e cuidado da pessoa idosa. Tais questões funcionaram como uma linha guia na direção dos objetivos, sem, no entanto, caracterizar rigidez no encontro com os profissionais, buscando uma interação relacional dialógica para que pudessem emergir valores, crenças e atitudes dos entrevistados em relação à velhice e ao cuidado prestado ao idoso na APS, constituindo assim a memória dos profissionais de saúde da família.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, após leitura, em um processo de pré-análise e de exploração do material, interpretação dos dados, em um movimento *continuum*

para a compreensão das unidades de análise. Esse processo guiou-se pela escuta exaustiva das gravações para fazer emergir do dado o que está implícito, trazer à luz as “múltiplas vozes”, pois, para a AD, não existem vazios, mas uma forma de funcionamento de uma determinada posição sujeito, constituída por memórias coletivas.

As entrevistas foram transcritas no programa *Word* (Windows 7), cada uma separadamente, e arquivadas em pastas no computador da pesquisadora. Em seguida, foram impressas para facilitar o processo de delimitação do *corpus* nos vestígios deixados pelo passado, representado por sentenças e longos trechos do discurso, explorando-os em uma perspectiva analítica, buscando captar uma verdade interna, por meio da opacidade da língua, relacionando os dizeres sobre a velhice no contexto socio-histórico vivenciado pelos participantes, tornando o processo interpretativo mais aberto.

Nesse sentido, adotando as recomendações de Minayo (2004), centramos em um dos aspectos conceituais da entrevista abordado pela autora e que coaduna com a perspectiva da AD: *o status da palavra* como reveladora de crenças, valores, que muitas vezes pode se apresentar como contraditório, estabelecendo uma relação dialética entre a resistência e a submissão, próprios de um sistema de dominação. Esse *status* da palavra, constituído socialmente, pode se caracterizar como um “porta-voz” de determinados grupos em certas condições históricas, materializando uma realidade objetiva (MINAYO, 2004).

O procedimento de análise das narrativas dos profissionais buscou na evocação de suas memórias coletivas a associação aos grupos de pertencimento e modelagem de mundo que definem as noções gerais sobre a velhice, presentificadas no cuidado a esse grupo populacional.

Nesse processo, a fase de organização dos dados tratou o material discursivo para além do conteúdo ou códigos, ateve-se à correlação da linguagem com experiência de realidade, em uma combinação do que foi dito (entrevistas impressas) e o não verbal (o áudio e observações de campo). Essa dinâmica de análise das entrevistas na perspectiva da AD permitiu a aglutinação de enunciados em torno da concepção do núcleo de sentido coercitivo das narrativas e sua concretude na realidade vivenciada no cotidiano das práticas de saúde no cuidado à pessoa que envelhece na APS. Esse direcionamento metodológico não permitiu a utilização do *software* NVivo, que é uma ferramenta útil de análise, mas que não permite captar os sentidos das formulações discursivas emergidas da oralidade das entrevistas com os profissionais de saúde. Tal direcionamento conduziu-nos à compreensão do entrecruzamento dos diversos discursos, permitindo um descentramento do sujeito pragmático (categoria

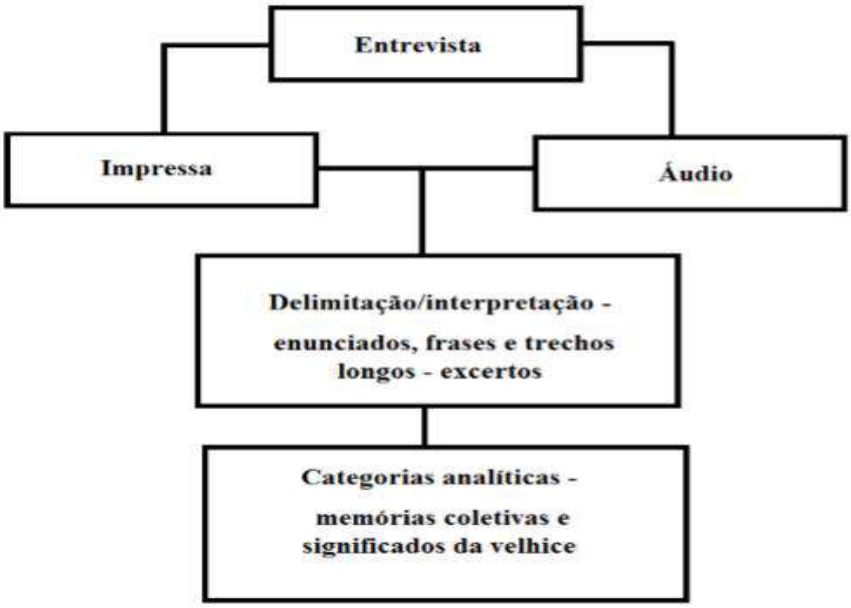
profissional) para a posição sujeito, constituída pelas memórias dos profissionais e que autoriza desse lugar certo dizer sobre o cuidado à pessoa idosa.

Isso significou examinar, nas práticas discursivas, aspectos relacionados aos enunciados, que mostraram, na dispersão, certas regularidades, apagamentos, revelados nos tipos de entonação (argumentativo, afirmativo), sentimentos sobre o vivenciado (conflitos, interesses, indiferença), formas de posicionamento sobre as relações institucionais e ações no cuidado à pessoa idosa no contexto da estratégia de saúde da família.

Para atingir as categorias analíticas, as entrevistas foram impressas individualmente como recurso didático-visual para trazer à tona as unidades de sentido da análise. Utilizou-se lápis coloridos para marcar os enunciados que mantinham uma relação de afinidade, tendo o cuidado ético de não modificar o sentido apresentado pelos participantes. Esse procedimento seguiu alicerçado pela análise documental e pelo referencial teórico do estudo, além das inferências produzidas pela transversalização com as observações de campo.

Reconhecemos que a interpretação não se nomeia na pesquisa qualitativa como uma operação linear e reducionista, pelo contrário, a imersão que é feita nos dados, através de procedimentos técnicos, amplia a compreensão do fenômeno estudado por meio do significado dos discursos, levando-nos a observar os efeitos de sentido produzidos na (re)configuração das memórias coletivas do sujeito que fala, assegurado pelo olhar dos acontecimentos que envolveram a implementação do cuidado à pessoa que envelhece na APS, no âmbito municipal e, mais ainda, no microcontexto da ESF.

Essa atividade culminou com a sistematização das respostas dos participantes em categorias analíticas, encadeadas pelo seguinte esquema cognitivo:



Fonte: A autora 2016.

O agrupamento dos excertos de acordo com os objetivos do estudo demonstrou a visibilidade dos ‘entremeios’, do interdiscurso, em uma tentativa de perceber na raridade dos discursos as memórias constituídas no ser/fazer do cuidado à pessoa que envelhece, com leituras, marcações e audições das entrevistas. Os excertos foram identificados com numeração sequencial e dados de caracterização dos participantes.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a realização do estudo, as questões éticas de que tratam as pesquisas com seres humanos foram observadas em todos os procedimentos de coleta, conforme resolução 466/2012. O projeto será submetido à comissão de ética e pesquisa, da secretaria Municipal da Saúde de Vitória da Conquista para autorização institucional e, em seguida, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, conforme Parecer Consubstanciado Nº 1.304.614.

Após a aprovação do CEP/UESB, foram iniciados os procedimentos de coleta de dados. Os sujeitos participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sua metodologia, os instrumentos de coleta de dados e, a partir de suas anuências, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) (APÊNDICE B). Foram garantidos sigilo e anonimato quanto aos dados coletados e quanto à identificação dos sujeitos, garantindo também a não maleficência aos sujeitos participantes deste estudo.

Sendo assim, em relação ao anonimato dos atores entrevistados, profissionais de saúde, designamos uma numeração sequencial, de maneira que não serão identificados sob nenhuma hipótese.

A pesquisa não realizou procedimentos invasivos com os participantes, no entanto, em conformidade com a Resolução 466 /2012, para minimizar a exposição dos sujeitos ao risco de constrangimento, no momento da coleta, foram adotadas algumas medidas e a qualquer momento os profissionais de saúde poderiam abdicar de responder a alguma pergunta ou não participar do estudo. Destacamos que foi observada no estudo a adequação do ambiente em que se processou a coleta de dados, zelando-se para que esta acontecesse com tranquilidade e segurança, de modo que os atores envolvidos expressassem de maneira livre e espontânea suas opiniões acerca do lugar subjetivado do idoso nas relações estabelecidas nas práticas do cuidado a esse seguimento populacional.

Como benefício, o estudo poderá contribuir para o processo de reflexão-ação, constituindo um momento pedagógico de educação permanente do processo de trabalho dos

profissionais de saúde, fortalecendo, desse modo, a implementação da PNSPI no âmbito da Atenção Primária e possibilitando novos caminhos no processo de viver/envelhecer com dignidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS: ENTRELAÇANDO MEMÓRIAS, DIZER(ES) E FAZER(ES) SOBRE A VELHICE

Diante das considerações versadas nos parágrafos anteriores e compreendendo a memória como fio condutor deste estudo, tomamos as narrativas dos profissionais de saúde que atuam na APS, buscando dizeres da construção social no processo mnemônico edificados por meio das atualizações ou esquecimentos, possibilitando assim emergir múltiplas memórias no contexto vivenciado pelos atores envolvidos e nas superfícies das narrativas jurídicas selecionadas para este estudo.

Na visão teórica adotada nesta pesquisa, há de se considerar que a prática de rememorização se ancora no vivido em determinado(s) grupo(s) de pertencimento, no qual o dizer da memória individual traz consigo muitas vozes, tomando emprestadas percepções de mundo que reconfiguram o passado no presente, mobilizando, assim, como já vimos, o campo da psicologia e sociologia (WEBER; PEREIRA, 2010). Essa visão também, como vimos, permite o descentramento do sujeito pragmático para a posição do sujeito, constituída pela historicidade de um dado objeto.

Reconhecendo que o cuidado à pessoa idosa na APS requer uma prática que utiliza saberes constituídos para além da formação profissional, com repercussões biopsicossociais no âmbito individual (pessoa que envelhece) e coletivo (comunidade e família) e que o ato do cuidado em si é uma atitude fundamentada na concepção social dos profissionais de saúde, foi instigante estabelecer a conexão da teoria da política do idoso com a realidade vivenciada no contexto da APS sob a ótica da memória coletiva e AD.

E nesse sentido estabelecer uma relação de sentidos com documentos oficiais “moral oficial”, termo cunhado por Bevouir (1976), que normatizam a assistência, tornando audível o dizer que se encontra silenciado nas relações dos profissionais de saúde da APS com a pessoa que envelhece.

A partir da análise do corpus, foi possível favorecer a emergência das seguintes categorias: **Representação imagética do lugar do sujeito idoso das narrativas jurídicas; Memórias da Velhice: construção do sentido e valor de verdade pelos profissionais de saúde da família;** e **Memórias do cuidado ao Idoso: entre a Formação e o Fazer.**

4.1 REPRESENTAÇÃO IMAGÉTICA DO LUGAR DO SUJEITO IDOSO NAS NARRATIVAS JURÍDICAS

De posse dos dados, considerando a historicidade do período recortado, sem, contudo, traçar uma linearidade (evitando noção de causa efeito) entre eles e perante o desenho formulado pelas "nuvens de palavras", foi possível a representação imagética do lugar do sujeito idoso, criando assim um dispositivo de análise diante das características apresentadas dos dizeres sobre a velhice nas narrativas jurídicas e emergindo formulações discursivas da posição do sujeito usando para tal propósito a memória discursiva constituída que se materializa na superfície das narrativas.

Partindo da pressuposição aventada no referencial teórico, nesse ponto do desenvolvimento do estudo, tivemos a necessidade de mobilizar conceitos operacionais de posição do sujeito cunhados por Foucault (2008) e Pêcheux (1988), entendendo que a materialidade do dado é atravessada pela historicidade, que em certas condições de possibilidade autorizou aquele dizer, e não outro em seu lugar, pelo sujeito enunciador.

Então, sem desprezar dados, ao debruçar sobre os dados no tempo demarcado no desenho das nuvens, observamos que, de fato, a publicação dos dispositivos jurídicos permite a irrupção de um dizer sobre a velhice na saúde, funcionando como demarcador de uma questão problematizada, que constitui o sujeito idoso, em um processo de transformações que configura e (re)configura o discurso ao longo do tempo.

Como uma peça de teatro vejamos os "atos" que vão constituindo as cenas de enunciação dos discursos em movimento nas nuvens de palavras mais frequentes (aglutinações) desenhadas a partir da análise documental e utilização do Nvivo. Para tanto, utilizaremos na análise, como marca de funcionamento do dizer, as palavras que emergiram nas nuvens de palavra em "caixa alta" e a posição sujeito marcada em negrito para facilitar a compreensão do leitor.

A Constituição brasileira é considerada uma inegável conquista pelo seu caráter universal e ênfase à dignidade humana, a todos os cidadãos brasileiros e em especial para os idosos, a qual destinou dispositivos legais específicos, no que concerne ao direito de proteção e amparo pela família, sociedade e Estado (CIELO; VAZ, 2009).

Ao comparar a realidade da Constituição de outros países como Portugal, Espanha e Itália, segundo Fonseca et al. (2012), observa-se uma similitude nos ordenamentos jurídicos estudados pelos autores em relação ao princípio norteador, o da salvaguarda da dignidade e dos direitos das pessoas idosas como um imperativo constitucional. Tal fato revela a

influência internacional, na formulação da constituição, em torno da pauta estabelecida pela OMS sobre a proteção do envelhecimento e o reconhecimento dos direitos humanos desse seguimento expressivo em todo o mundo (FONSECA et al., 2012).

No caso brasileiro, atribui-se à promulgação da Constituição de 1988, denominada "*Constituição cidadã*", o papel catalisador no desencadeamento de debates sobre o pleno exercício da cidadania, especialmente para os idosos brasileiros (BRAGA, 2005). A autora afirma que o seguimento dos aposentados organizou uma ampla mobilização nacional, que despertou a atenção da mídia, que publicizou para a sociedade a luta pela reivindicação pelos direitos desse grupo etário.

Essa dívida social e histórica com o idoso brasileiro está para além da instituição de um marco legal, como afirma Moraes (2007, p.805):

> Mais do que reconhecimento formal e obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana. O reconhecimento àqueles que construíram com amor, trabalho e esperança a história de nosso país tem efeito multiplicador de cidadania, ensinando às novas gerações a importância de respeito permanente aos direitos fundamentais, desde o nascimento até a terceira idade.

Neste estudo, iremos nos ater ao direito à saúde, buscando direcionar nossos esforços no encalço do objeto perseguido. Nesse sentido, concordamos com Cielo e Vaz (2009) quanto à importância de conhecer a legislação protetiva do idoso, bem como suas demandas para que possamos atendê-las mediante o acionado e efetivação de dispositivos que estão disponíveis, não só pela sociedade, mas pelo empoderamento do próprio seguimento idoso, subsidiando para as reinvindicações de seus direitos e dignidade como cidadão. As autoras consideram as leis protetivas como uma "carta de intenções", cabe então à sociedade organizada, os idosos, enfim a todos os atores envolvidos na efetivação de uma política pública a participação e fiscalização do cumprimento do que está posto na lei.

Considerando o objetivo do estudo, ao debruçarmos sobre a Constituição Brasileira, na secção da Saúde, nos artigos 196 ao art. 200, rememoramos um passado determinado por uma intensa mobilização dos movimentos políticos e por um Estado autoritário que possuía um aparelho institucional frágil diante das demandas sociais da população, excluindo a universalização de direitos fundamentais como saúde e assistência social. Talvez diante dessa realidade, quando tratamos dos excertos selecionados, 196 ao art. 200, foi possível uma

representação imagética tão próxima do contexto sanitário que o brasileiro vivia, sendo possível emergir, através do tratamento pelo NVivo, a primeira cena de enunciação da materialidade trabalhada das narrativas jurídicas selecionadas, como segue-se representada na imagem da nuvem de palavras.

Cena 1: Constituição Federal, ano 1988.

Fonte: arquivo do pesquisador.

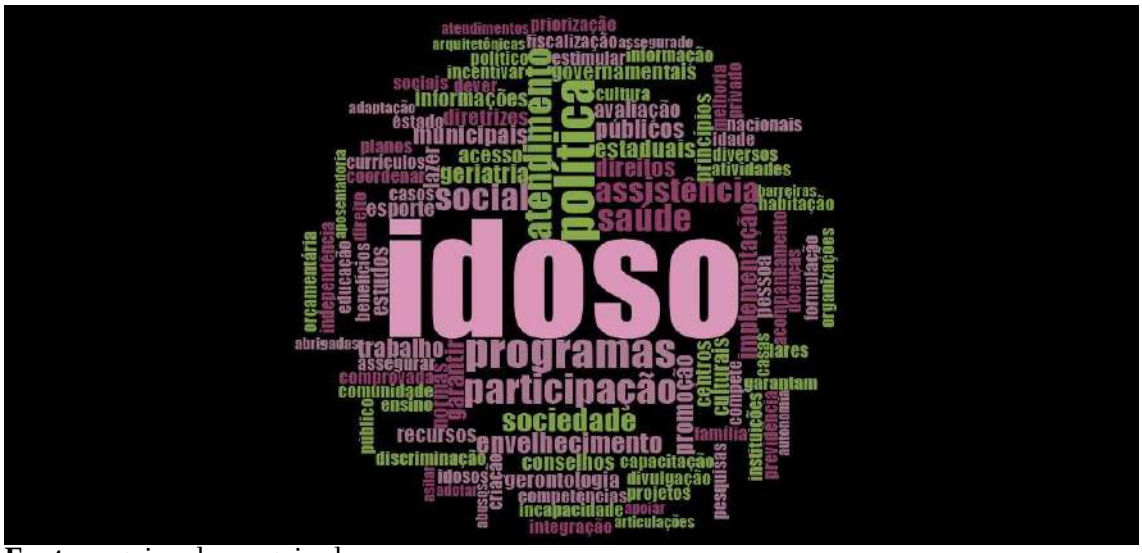
Mas do que marcações puramente semânticas, enfatizamos os sentidos produzidos na nuvem para aquele momento histórico. A nuvem retratou a realidade vivenciada pelos brasileiros e o papel do Estado. Observamos que da frequência das palavras emergiu o núcleo do que trata os artigos que é a SAÚDE; em seguida, visualizamos a ênfase nos MUNICÍPIOS e só depois os ESTADOS.

Como já vimos naquele período, a saúde não era considerada direito universal, o Estado tinha um papel centralizador das ações coletivas, responsabilidade que passa desenvolvida pelos estados e municípios. As palavras ASSISTÊNCIA, DIRETRIZES E ENDEMIAS, a nosso ver, remetem aos aspectos referentes ao modelo de atenção à saúde e funções do sistema de saúde. Verificamos, por meio da maneira como se organizaram os dados e sua serialização, nos jogos de verdades, noções que materializam a posição do sujeito idoso no campo político e jurídico, na qual funciona o discurso do **cidadão de direito assistido –** dotado de direitos e de uma assistência de saúde em caso de necessidade**.**

Por não realizar nenhum tipo de discriminação, a constituição federal, em especial, no que tange à saúde é direito de todo brasileiro, trata o envelhecimento como uma questão individual e de âmbito privado, familiar. Os formuladores das políticas naquele período, apesar da formação de uma comissão mista no congresso para abordar a pauta (1978),

restringe o direito à saúde do idoso à assistência generalizada sem ponderar os dados demográficos que já apontavam a perspectiva de envelhecimento da população brasileira e instigava a discussão sobre políticas específicas que contemplassem a aposentadoria e principalmente sua inserção social com um maior tempo de capacidade laborativa (SALGADO, 1978).

Cena 2: Política Nacional do Idoso, ano 1994.



Fonte: arquivo do pesquisador.

A análise que empreendemos aqui seguiu a mesma lógica de tratamento. A década de 90 ainda sentia o “frescor” da redemocratização em nosso país. O discurso que emerge dessa publicação põe em cena a questão do envelhecimento e a pessoa envelhecida como IDOSO que necessita de uma POLÍTICA com atendimento em programas que estimulem a PARTICIPAÇÃO social. A saúde entra no bojo das condições necessárias para um envelhecimento que leve em consideração aspectos sociais e culturais. O discurso sobre o envelhecimento na SOCIEDADE configura uma posição de funcionamento, retomando a categoria **cidadão de direito assistido**, reconfigurando-a para **idoso assistido**.

O deslizamento de sentido observado acentua o quadro político vivenciado no país no período da publicação desta portaria, que emergiu como uma necessidade, como dispositivo infraconstitucional, para especificar os direitos dessa população. Vale ressaltar que essa portaria teve um caráter interministerial, buscando resgatar condições necessárias para a população idosa a fim de efetivar os direitos de cidadania em várias políticas públicas, em especial assistência social, saúde, trabalho, cultura e educação. Essa portaria também surge como resultado de uma intensa mobilização de aposentados, educadores, profissionais

gerontólogos e várias entidades representativas desse seguimento, em debates em vários estados e municípios, propondo a minuta do documento, que mais tarde se tornou fundamentou a elaboração da lei (CIELO; VAZ, 2009).

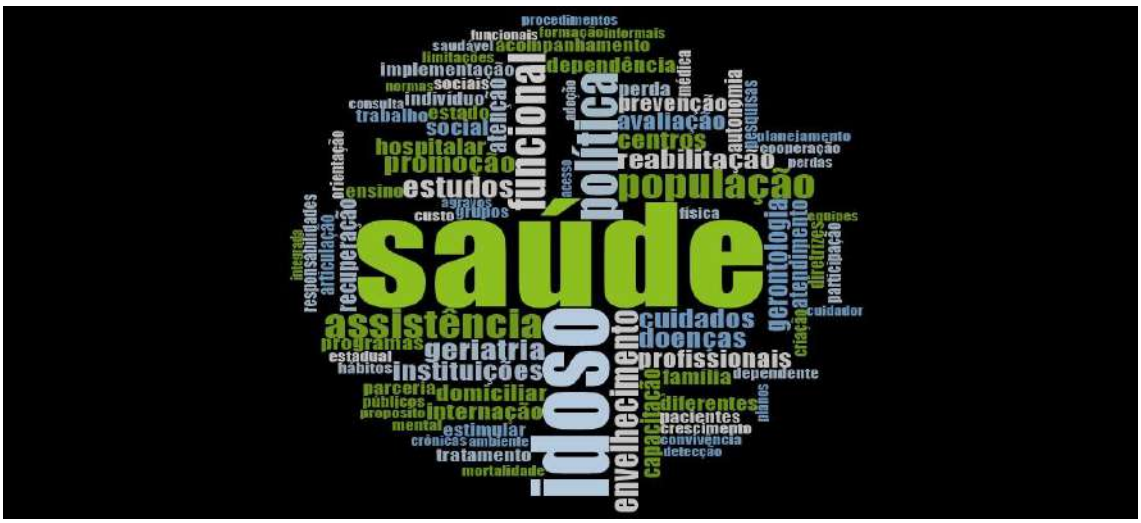
Diante de tal constatação, da demanda crescente e necessidade de direcionar ações voltadas para efetivação dos direitos constitucionais, levou legisladores e responsáveis pelas implementações das leis a repensarem estratégias que garantissem a proteção a esse seguimento populacional expressivo e crescente com dispositivos normativos jurídicos. No entanto, mesmo reconhecendo o caráter inovador da legislação ao longo dos anos, a lei por si só é incapaz de garantir aos idosos dignidade e respeito. Para isso são necessárias transformações no modelo atual e futuro de sociedade (SOUSA, 2004).

Diante disso, afirma Sousa (2004) sobre a Lei 8842/94:

> Ela veio consolidar os direitos dos idosos já assegurados na Constituição Federal, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a violação desses direitos e promover a proteção integral do idoso em situação de risco social, retratando as novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa, sob o pressuposto da manutenção da Política Nacional do Idoso, como norma orientadora da atuação governamental da área.

Assim, diante desse cenário ainda desafiador, de garantir a efetivação das leis, o caminho mais construtivo apontado pelo regime democrático é estimular a participação social nos espaços institucionalizados (conselhos municipais, estaduais e nacionais do idoso) e fomentar a discussão sobre a temática em outros, como movimentos sociais, sindicatos, igrejas etc. O envelhecimento saiu do *status* de privilégio que ocupava nas décadas anteriores e atualmente é um direito de todos, em um país que caminha a passos largos para a longevidade, almejando-a com qualidade de vida e saúde (CIELO; VAZ 2009).

Cena 3: Política Nacional de Saúde do Idoso do ano 1999



Fonte: arquivo do pesquisador.

Com a crescente necessidade de assistência e tratamento da população idosa no país, particularmente as demandas da saúde, formular políticas mais específicas que se incorporam ações de promoção, prevenção da saúde, proteção e recuperação da saúde, com disponibilização de uma rede intersetorial articulada, exigiam uma atuação mais incisiva do poder público. Além da transição demográfica que o pais vivenciava, paralelamente, outra transição estava em curso: a epidemiológica. A publicação de documentos internacionais, a Carta de Otawa (1986) e a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (1994), funcionou como mola propulsora para a publicação da portaria nº1395/1999, PNSI, pelo Ministério da Saúde. É importante considerar que essa portaria estabeleceu diretrizes para a organização de projetos, planos e atividades para o envelhecimento populacional e a população de pessoas que já se encontravam acima de 60 anos, definindo atribuições e responsabilidades institucionais, sem, no entanto, garantir recursos financeiros, apenas as fontes de financiamento (MYATA et al., 2005).

A ausência de um documento específico anterior que norteasse as ações de saúde para a população idosa e o foco na funcionalidade e capacitações de profissionais para assistência às necessidades específicas desse grupo populacional destacam-se na análise realizada a seguir.

Verificamos que nessa publicação, PNSI, há marcas enunciativas que mantêm o foco na visão do sujeito idoso que remete à posição de funcionamento ligada aos elementos de uma política pública específica da SAÚDE, orbitando ao seu redor o ser IDOSO que necessita de ASSISTÊNCIA e INSTITUIÇÕES especializadas, além da CAPACITAÇÃO dos PROFISSIONAIS para ATENDIMENTO e CUIDADO do idoso, tendo como base o discurso da GERIATRIA que enfatiza o ENVELHECIMENTO ativo e saudável e a manutenção da capacidade FUNCIONAL.

O deslizamento de sentido que se observa uniformiza e identifica a pessoa destinatária da POLÍTICA publicada, o que o identifica os indivíduos que estão na mesma condição social e de vulnerabilidade. Na narrativa prevalece o pensamento dominante do capitalismo e para que não haja prejuízos para os cofres públicos o ENVELHECIMENTO tem que ser FUNCIONAL. Retomando a categoria em funcionamento de **sujeito Idoso assistido,** com a interpelação determinada pelas condições externas da sociedade, podemos dizer que há certo apagamento do assistencialismo, evidenciando o **sujeito Idoso ativo.**

Cena 4: Estatuto do Idoso, ano 2003.

Fonte: arquivo do pesquisador.

A publicação do Estatuo do Idoso constitui outro marco legal na legislação de proteção ao envelhecimento no Brasil. Segundo Camargos et al. (2006), o Estatuo do Idoso surge como um dispositivo legal que congrega todos os direitos dos idosos como uma sinopse da Constituição Federal e outras portarias do ministério públicas anteriormente, ressaltando para este estudo a Saúde. O documento divide-se em diversos temas, como vimos anteriormente, que envolvem os "direitos fundamentais, medidas de proteção e acesso à justiça e os crimes contra o idoso", definindo penalidades judiciais para seu descumprimento.

Como o Estatuo trata do envelhecimento bem-sucedido, com foco na autonomia e funcionalidade e inserção social, suas ações têm uma abrangência intersetorial, o que torna um desafio a sua implementação em um país continental e com tantas diversidades como o nosso. Diante dessa constatação, Camargos et al. (2006, p.224) afirma que:

> Esse fato ocorre possivelmente em decorrência da incipiência de suas políticas, assim como de uma adesão ainda inexpressiva dos profissionais e estruturas que se ocupam do atendimento à pessoa idosa. Ao realizar uma análise de situação da saúde, entende-se que, em uma sociedade marcada por grandes desigualdades econômicas, a garantia de uma implementação direta das propostas estatutárias não será de fácil operação.

Todavia, como cidadãos imbricados com os direitos humanos, particularmente dos idosos, população mais vulnerável, precisamos cada vez mais investir em estratégias de divulgação desse importante instrumento de cidadania para os idosos brasileiros, otimizando

nos espaços públicos a disseminação dessa informação, principalmente pelos serviços de saúde, entendendo que não só os idosos precisam desse conhecimento, mas também os profissionais que prestam atendimento direto a esse grupo populacional (CAMARGOS et al., 2006).

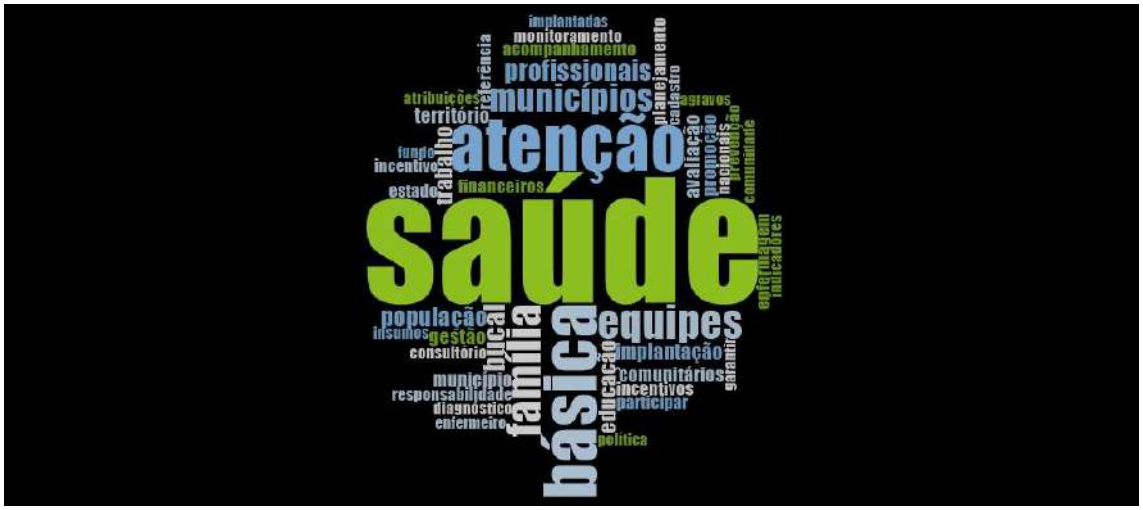
Logo, reiteramos o acima exposto pela análise integral desta narrativa pelo Nvivo e destacamos o caráter eminentemente protetivo do estatuto, que concede ao IDOSO um dispositivo de PROTEÇÃO dos seus DIREITOS, particularmente nos BENEFÍCIOS GOVERNAMENTAIS de políticas públicas (TRANSPORTE, ASSISTÊNCIA, LAZER, PREVIDÊNCIA, SAÚDE, ALIMENTOS) garantidas constitucionalmente como forma de assegurar o ENVELHECIMENTO ativo e saudável, sob proteção de lei específica. Ao tratar dessa questão do idoso, os sentidos constituídos reforçam o lugar de funcionamento do **sujeito idoso ativo.** Essa materialidade discursiva é atravessada por uma ideologia capitalista, que prevê a manutenção do cidadão no círculo consumo-produção por mais tempo.

O não dizer, porém, é paradoxo, como afirma Orlandi (2001): “As palavras acompanham um silêncio”. No caso do Estatuto, ele irrompe esse silêncio como um acontecimento discursivo. A sociedade produzia uma pressão por dispositivos de proteção do idoso, agora mais do que nunca, reconhecidamente vulnerável a situações de violência de todos os tipos, desde as institucionais (asilos irregulares, dentre outros) até a intrafamiliar. Nesse sentido, o discurso jurídico significa uma resposta materializada do Estado às demandas que afligiam a sociedade (ANDRADE et al., 2013).

O período desta publicação é marcado pelo discurso que circulava na época, reiterado pela mídia através de denúncias que envolviam os idosos como vítimas de violência e maus-tratos. Uma violência que estava silenciada nas paredes “privadas ou institucionais”, sacralizando a relação de dependência desse seguimento com o Estado para a garantia de seus direitos, criminalizando os infratores com penalidades proporcionais ao ato praticado.

Sob este ângulo, a posição de **sujeito idoso ativo** é revisitada e associada à posição de vítima, recorrendo à criminalização para colocar em funcionamento, ao mesmo tempo, outro enunciado, que ganha mais visibilidade **o sujeito idoso fragilizado.** Essa coexistência é configurada na necessidade de um dispositivo jurídico específico, colocando-o em um lugar de indefeso, mesmo possuindo as mesmas garantias constitucionais de todo brasileiro.

Cena 5: Política Nacional da Atenção Básica, ano 2006.



Fonte: arquivo do pesquisador.

Vários estudos apontam a Atenção Básica ou APS em saúde, que pode ser considerada o principal nível de atenção para a sistematização do cuidado ao idoso (OMS, 2005; BRASIL, 2006). Isso se deve a algumas características do processo de trabalho, ordenado pela portaria nº 648/2006. A portaria prevê o estabelecimento do vínculo a uma clientela adscrita a uma área de abrangência delimitada. Isto implica dizer que o atendimento ao usuário, especialmente o idoso, torna-se mais próximo ao seu contexto sociossanitário e principalmente familiar.

Nessa perspectiva, a proposta da APS integra-se à diretriz da PNSI, possibilitando a promoção do envelhecimento ativo, prevenção e tratamento de condições incapacitantes que podem comprometer a qualidade de vida do idoso (MARTINS et al., 2014). Esses mesmos autores, em um estudo realizado em unidades de saúde da família em Porto Alegre, encontraram em seus resultados que, apesar do que está preconizado pelas diretrizes que definem as atribuições da APS, o acesso dos idosos a esse nível de atenção ainda encontra algumas dificuldades, como "restrição no acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitação de escopo de serviços oferecidos e despreparo das equipes para necessidades específicas que acometem os idosos" (MARTINS et al., 2014).

Assim, foi possível estabelecer um nexo da análise da narrativa jurídica que normatiza o funcionamento da Atenção Básica e Programa de Agentes Comunitários em todo o país e o lugar do sujeito idoso nas áreas estratégicas de atuação. Esse lugar aparece na análise, diluído nas inúmeras atribuições e funções dos profissionais do atendimento da população que está sob sua responsabilidade na área de abrangência. Essa "diluição" produz um apagamento do

dizer sobre o processo de envelhecimento. Tal fato pode ser atribuído à demanda de atendimento materno-infantil e mais recentemente de endemias emergentes (Arboviroses, HN1, dentre outras), que criam condições de um não dizer sobre o idoso. Esse apagamento, apesar de dito no texto da portaria, coloca em funcionamento **o sujeito idoso fragmentado**, acentuando uma lógica de organização do TRABALHO das equipes da ATENÇÃO BÁSICA, distante do cuidado integral, focando em ações de AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO, ACOMPANHAMENTO, PLANEJAMENTO e ações curativas e preventivas que visam atingir INDICADORES. Interessante observar que o tratamento dos dados com o uso do *software*, as 50 palavras que mais se repetem, não contemplam a integralidade. Não significa dizer que não emergiu nos enunciados dessa portaria, mas que apareceu como um princípio geral do Sistema de Saúde, e não do cuidado em si.

Considerando que, atualmente, esse nível de atenção é responsável pela coordenação do cuidado e o contato mais próximo do idoso (ou qualquer usuário). O efeito de sentido produzido leva a uma prática fragmentada, apesar do dizer ser outro, coloca em funcionamento o **sujeito idoso fragmentado**, que é marcado pelas ações "esporádicas" desenvolvidas para esse grupo etário pelos profissionais de saúde: campanha de vacinação, atendimento no programa do hiperdia (hipertenso/diabético), datas comemorativas (dia do idoso, diabético e outros).

As formulações verbais põem em jogo efeitos de sentido que retomam o funcionamento da posição **cidadão de direito assistido**. No implícito dessa portaria está uma vontade de verdade no discurso institucionalizado pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o que faz com que, do lugar que ele ocupa, autorize ou não o dizer sobre alguma temática referente ao domínio da produção do cuidado em saúde.

Cena 6: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ano 2006.

Fonte: arquivo do pesquisador.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela portaria 2528/2006, consagra a questão da saúde do idoso, com base no exercício da cidadania e estímulo do envelhecimento ativo e saudável, desencadeada por outra medida política importante, que foi a pactuação intergestores bipartite, que foi o Pacto pela Saúde. Essa pactuação instituía como uma das prioridades a saúde do idoso, colocando definitivamente essa pauta na agenda dos gestores (BRASIL, 2006b).

Essa política detalha em suas diretrizes aspectos fundamentais para a implementação das ações pelos gestores municipais e estaduais de saúde com a indicação de responsabilidades dentre outras áreas: atenção integral e integrada ao idoso; assistência domiciliar; formação e educação permanente de recursos humanos na área de geriatria; implantação da caderneta do idoso; distribuição do protocolo do idoso e guia prático do cuidador, incentivos de pesquisas, dentre outros. Significa dizer que são estabelecidas condições ideais para a atenção à pessoa idosa, com desenvolvimento de sua autonomia, independência funcional e assistência para os que já se encontram fragilizados (FERNANDES; SOARES, 2009).

Da análise da nuvem dessa portaria, o primeiro aspecto que nos chama atenção nessa materialidade jurídica é a introdução da palavra pessoa na concepção original da POLÍTICA. Novamente retoma o sentido da cidadania que, apesar de não estar dito, expressa o sentido dado pelo sujeito enunciador do lugar que ele ocupa no processo de envelhecimento em curso em nosso país. A posição sujeito **cidadão de direito assistido** é retomada, apesar de ser uma política específica, as formulações linguísticas reforçam o direito à SAÚDE, colocando os critérios para alcançá-la, particularmente atendendo às necessidades do seguimento IDOSO.

Além disso, percebe-se o entrecruzamento de diferentes vozes: especialistas (INSTITUIÇÕES, CENTROS, ESTUDOS, projetos E PESQUISAS); profissionais de saúde (ASSISTÊNCIA, CUIDADO, PREVENÇÃO, INTEGRALIDADE ABORDAGEM, INSTRUMENTOS, ACOMPANHAMENTO); gestores (IMPLEMENTAÇÃO, ESFERAS, REDES, REFERÊNCIAS, DIRETRIZES, PACTO, INTEGESTORES).

Essa polifonia demonstra o imbricamento do enunciador, ponto de vista e conexões enunciativas, permitindo descrever a maneira plural que eram tratados o tema e a relação com o pré-construído historicamente, como vimos discorrendo até o momento.

O pressuposto saber sobre o fenômeno do envelhecimento inscreve a formação discursiva em um espaço institucional que autoriza um dizer sobre a velhice naquele período,

marcado por pontos de contato com as outras materialidades jurídicas que antecederam. Outro aspecto importante é o reconhecimento da complexidade do fenômeno do envelhecimento e sua multidimensionalidade (FÍSICA, MENTAL, SOCIAL).

Tal fato repercute no efeito de sentido produzido pela narrativa, que compartilha a reponsabilidade da saúde do idoso com PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, FAMÍLIA, COMUNIDADE E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL com outras políticas públicas, que têm como foco o estímulo à PARTICIPAÇÃO, PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA E CAPACIDADE FUNCIONAL, retomando o lugar de funcionamento de **sujeito idoso ativo.** A posição do sujeito é caracterizada sob ângulos convergentes políticos e técnicos ao definir as diretrizes e constituir saberes sobre a abordagem do idoso pelos profissionais de saúde.

No entanto, mesmo definindo responsabilidades na atenção ao idoso, a "carga" maior continua sendo da família, que deve mobilizar recursos financeiros, afetos e mudanças no funcionamento de sua dinâmica para atender às necessidades do seu ente querido que envelhece ou do indivíduo, cada cidadão deve ser "protagonista" principal do seu processo de envelhecimento. Tal situação permite a coexistência do funcionamento da posição **sujeito idoso privado**, significa dizer que o cuidado à saúde do idoso deve ser situado no âmbito familiar e de empoderamento individual do cuidado de si, constituindo o lugar do **sujeito idoso ativo e saudável**. Essa publicação reflete o papel da memória coletiva ou social na constituição do dizer sobre a atenção à saúde do idoso no nosso país e o lugar ocupado na pauta da formulação de políticas voltadas a esse grupo populacional.

Essas diferentes posições revelam que enquanto formação discursiva é o imaginário social que constitui o "lugar" do sujeito enunciador, ou seja, ele toma emprestado para dizer algo que circula sobre ele na sociedade (ORLANDI, 2001).

Cena 7: Implantação do Núcleo de Saúde da Família, ano 2008.

Fonte: arquivo do pesquisador.

Essa publicação cria os núcleos de apoio à equipe de saúde da família. Essa estratégia amplia as ações da equipe de saúde da família, o que favorece uma abordagem integral e multidisciplinar. Nessa perspectiva, o planejamento das ações possui melhores condições para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, por ser o suporte dos profissionais o cuidado produzido ao idoso atinge suas necessidades de maneira humanizada e articulada com os recursos do território e da família (UFMA, 2014).

A literatura publicada é escassa em relação ao papel do NASF na atenção ao idoso. Quando refere à assistência ao idoso, o artigo encontrado especifica uma categoria profissional, o fisioterapeuta. Tal fato, a nosso ver, pode ser observado devido à presença de um número considerável de idosos frágeis, dentro do seguimento idoso. O artigo ressaltou que a reabilitação na APS deve ser compreendida como um pilar do cuidado a esse grupo populacional, contemplando diversos agravos de saúde vivenciados na realidade cotidiana dessas pessoas e da equipe de saúde da família (CARVALHO, 2013).

Por fim, essa heterogeneidade do processo de envelhecimento nos faz pensar no desafio de propor uma atenção integral e a necessidade de estimular o autocuidado e suporte aos cuidadores formais ou informais de idosos.

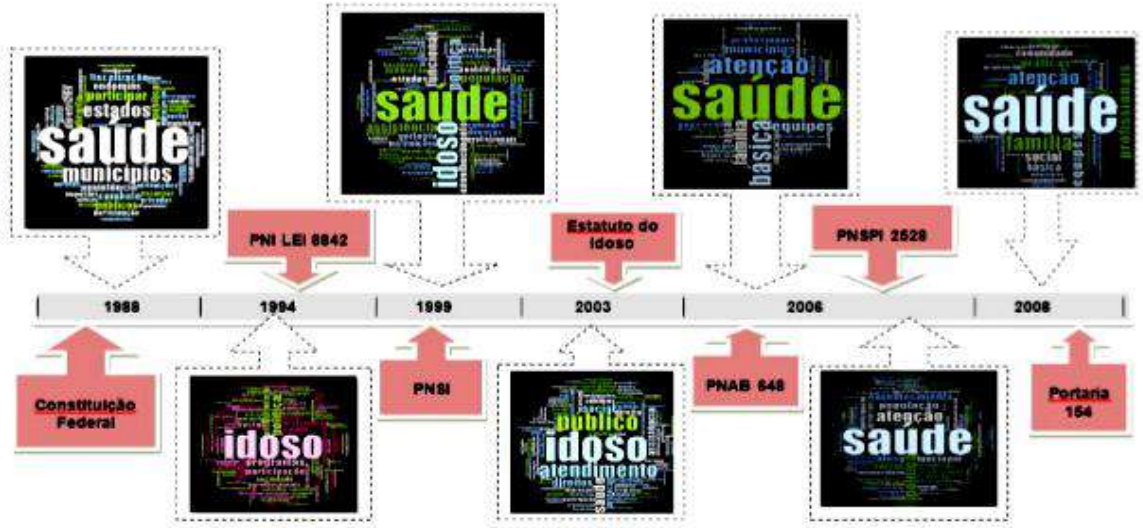
Diante do exposto, observamos nas nuvens as seguintes constituições de lugar do sujeito da pessoa idosa. Esses núcleos devem funcionar de maneira integrada ao trabalho das equipes de saúde da família por meio da adoção de PRÁTICAS INTEGRAIS com a abordagem de outros profissionais de saúde além da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família no TERRITÓRIO de sua atuação.

Os trechos dessa portaria apresentam uma regularidade enunciativa que marca um lugar de apagamento da posição de sujeito idoso. Esse apagamento ou lacuna é ocupado por um dizer na atenção à saúde, voltado ao CUIDADO para um foco mais coletivo com práticas voltadas à mudança no estilo de vida (ALIMENTAÇÃO, EDUCAÇÃO FÍSICA, ATIVIDADES CORPORAIS) e promoção da saúde (ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA), de forma sutil, produz um efeito de sentido que, apesar de não dito, reitera o lugar do **sujeito idoso ativo**, pois nesse contexto de cuidado o lastro da memória social ou coletiva norteia a prática dos profissionais de saúde da família e do NASF para a busca recorrente da materialização do princípio da integralidade, no entanto silencia o envelhecimento da população. O foco está na promoção da saúde, buscando reverter uma lógica de modelo assistencial orientada para a doença.

Ao longo da análise empreendida sobre as nuvens de palavras produzidas pelo *software*, fomos dialogando com a historicidade porque adotamos neste estudo o entendimento que toda formulação discursiva é atravessada pela historicidade. Tal situação nos remete a Orlandi (2001, p.45), quando afirma: "E isso define em grande parte o trabalho do analista: observando as condições de produção e verificando o funcionamento da memória, ele deve remeter o dizer a uma formação discursiva (e não outra) para compreender o sentido do que ali está dito".

Por fim, elaboramos uma síntese das marcas de condicionalidades constituídas pelas nuvens de palavras emergidas do tratamento realizado com o Nvivo (Figura 2).

Figura 2- Marcas de funcionamentos dos lugares do sujeito idoso nas políticas de proteção ao envelhecimento no recorte temporal



Fonte: Arquivo do pesquisador

4.2 MEMÓRIAS DA VELHICE: PRODUÇÃO DE SENTIDO E VALOR DE VERDADE PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Inicialmente, queremos reiterar que a abordagem social da velhice, neste estudo, destina-se a direcionar nosso olhar para as retratações da velhice pelos profissionais de saúde da família e como as memórias estabelecem uma relação dialética com práticas discursivas, em uma perspectiva analítica de explorarmos os enunciados produzidos pela oralidade dos atores que compartilham suas percepções e experiências, em um mesmo campo de efeitos de sentido pré-constituídos.

Um dizer construído socialmente que confere uma vontade de verdade, a concepção da velhice, carreada de uma historicidade, apresentando o tipo de discurso que é “autorizado” pela sociedade e pela instituição (PSF), que o faz funcionar como verdadeiro. Os sentidos da velhice variam, como vimos, conforme os diversos campos do saber (jurídicos, religiosos, médicos e outros) em que surgem e, por conseguinte, são atualizados pelas memórias coletivas dos profissionais de saúde, um determinado significado, marcando um lugar de funcionamento.

Além disso, a velhice traz consigo demandas que exigem um novo modo de pensar e agir em relação à pessoa que envelhece. No âmbito da saúde, a concepção dos profissionais sobre envelhecimento pode se caracterizar como um fator crucial para a melhoria do cuidado à pessoa que envelhece (AMTHAUER; FALK, 2014).

Ao indagarmos os profissionais de saúde sobre a concepção de envelhecimento humano, no início de sua trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), tivemos os seguintes enunciados:

Excerto 01

> P1 [...]: Bom, para o profissional, é uma **fase da vida.** Que a gente tem umas **determinadas condições** e alguns **determinados tratamentos particulares**. **Além dos cuidados** também**.**

Excerto 02

> P4 O **envelhecimento seria, o processo biológico normal, mas não vou dizer ausência de doenças**, mas que seria assim, uma menor possibilidade de ter doenças evitáveis, como diabetes, hipertensão, a cárie mesmo, a doença periodontal que dentro da minha área, que é uma coisa que a gente acompanha [...]

Ao analisar os enunciados proferidos pelos profissionais de saúde da família, buscamos nos excertos fazer emergir o não dito, destacando em negrito parte do enunciado que tem um núcleo de sentido coercitivo, fortemente ligado ao dito, as condições de existência ou possibilidade na produção do discurso sobre as memórias da velhice e os significados atribuídos pelos profissionais de saúde.

Nos enunciados 1,2 e 3, percebemos uma base comum nos termos e ideias dos participantes, conferindo à velhice uma ênfase à questão biológica, estabelecendo uma conexão entre as particularidades/especificidades com a patologização.

A noção biológica na concepção do envelhecimento aparece no estudo qualitativo realizado por Amthauer e Falk (2014) com profissionais de saúde da família de Porto Alegre.

Quando os participantes foram questionados sobre o processo de viver envelhecer, emergiram várias percepções. A primeira nos chama atenção porque apresentou o mesmo sentido produzido pelos profissionais que colaboraram com esse estudo. A produção dos discursos é marcada pelas alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, vivenciadas de maneira singular por cada pessoa, pois possuem trajetórias de vida diferentes. Apesar de ser um processo biológico de fato, a velhice deve ser considerada em sua totalidade, devendo ser contemplada as dimensões biopsicossociais (AMTHAUER; FALK, 2014).

Nesse sentido, destacamos um excerto da Portaria 2528/2006, que trata das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que afirma: "Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias" (BRASIL, 2006b). Essa assertiva nos leva a refletir sobre esse processo para além da perspectiva cronológica, biológica e patologicista. Mas em como ao longo da existência humana se vivencia o processo de viver e de que forma esse cuidado é organizado e prestado pelos profissionais que atuam na ESF. O que para este estudo seria considerar o envelhecimento como eixo transversal na produção do cuidado; na prática seria abordar o indivíduo de maneira interdisciplinar e multidimensional projetando para promoção da qualidade de viver.

No enunciado do excerto 1 aparece uma marca importante dessa visão predominante, destacada em negrito. Nas condições de produção desses discursos, o dizer sobre a velhice é autorizado pela concepção formulada no campo da geriatria, os especialistas, quando se diz "determinados tratamentos particulares". Percebemos que tal formação discursiva circula na sociedade com uma vontade de verdade, sendo incorporado pelos profissionais de saúde da família, remetendo à importância da exterioridade na produção da discursividade sobre a velhice.

Essa exterioridade é marcada pelo pressuposto saber no campo da geriatria e gerontologia. Determinadas condições de comorbidades (vivência com mais de uma patologia) nos idosos são tradicionalmente trazidas pela geriatria, que enfatiza aspectos específicos da avaliação funcional, que abrange a social, mental, antecedentes patológicos e atendimento prestado, que possam contribuir para a identificação de síndromes geriátricas. Principalmente quando se trata de idosos frágeis, essa integração dos profissionais generalistas da ESF com o campo especializado produz um cuidado mais qualificado (VERAS et al., 2013).

Excerto 03

> P3 **Um processo natural**, **mas que tem suas especificidades**, **próprias**, diferente da fase infantil, da fase de adolescência, os cuidados são os mesmos, porém com muito, **com um olhar muito mais voltado às particularidades da idade**, **do envelhecimento, da senilidade**. E, interessante que, **o bem-estar do idoso**, assim o **respeito** pelo idoso, é.... aquele **conceito de saúde** que envolve vários, vários aspecto**s,** se a **família e a comunidade, e o PSF** em si consegue proporcionar, o idoso **adoece menos, o idoso acaba sendo mais participativo.**

Paralelamente à visão biologicista e patologizante da velhice, P1 e P2 (excertos 1 e 2), P3 destaca ainda um aspecto interessante quando associa a percepção da velhice com o conceito de saúde, formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1975). A utilização desse enunciado marca um lugar de posição quando estabelece essa relação. O participante escolhe dizer que a concepção da velhice não deve estar atrelada a uma visão reducionista e utiliza outra expressão, a "senilidade". O enunciador ainda relata que o envelhecimento deve ser visto como um processo que tem suas particularidades dentre do próprio seguimento etário.

A senilidade e senescência são temas atuais, que muitas vezes funcionam com certo eufemismo, mas na prática clínica ao idoso exige da equipe multiprofissional uma abordagem integral voltada para a "reserva funcional", no intuito de preservá-la ao máximo de tempo na vida da pessoa que envelhece (CIOSAK et al., 2011). Nessa concepção, os autores afirmam que o maior desafio no cuidado ao idoso é "redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível".

Excerto 04

> P4 Hoje, Eu (...) eu acho assim... (pausa reflexiva) que a parte de educação em saúde, é... essencial pra se envelhecer bem. Então a gente **tem que... cuidar para que a população entenda que ela é corresponsável, pela sua saúde e pelos cuidados**, que a responsabilidade **não pode ficar só no serviço,** né? (tom de voz enfático) Que ele **tem que compreender** (tom de voz enfático), **como é que é o funcionamento do seu organismo, como é o funcionamento de tais doenças que ele possa vim a desenvolver**. E, ter a prevenção, mas... (pausa na voz) falta muito, é um... (pausa na voz) eu acho que é orientação, tanto é que **as pessoas que participam de grupos educativos têm uma postura diante da doença bem diferente daquelas que não participam**. Então **quando a gente envelhece cuidando da parte física, da alimentação e da parte mental**, "cê" envelhece muito melhor. Enquanto a gente acha que tem saúde e que vai no excesso de trabalho, **aí a gente vai perdendo essa saúde e vai envelhecendo mal.**

No enunciado do Excerto 04, P4 aponta outras dimensões do viver/envelhecer, além do cuidado em saúde como o bem-estar, a participação da pessoa idosa na sociedade, atribuindo à família, comunidade e PSF essa responsabilidade. Então, surge um viés interessante, embora não dizendo, essa participação da pessoa idosa é uma participação passiva, sem protagonismo, ela é permitida em determinados espaços pela equipe, em

"**grupos educativos"** sobre hipertensão e diabetes ou atividades do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), como observamos na narrativa do participante P4.

Isso reitera o dizer de Ciosak et al. (2011), que no envelhecimento, mesmo com as perdas oriundas dos processos de desgaste natural, as limitações impostas podem se tornar oportunidades para se reaprender um modo novo de viver, acompanhado de qualidade de vida. Tal condição está associada à noção de envelhecimento saudável que circula na sociedade como vontade de verdade, relacionando-o com a importância do convívio social e familiar, além de valorização da pessoa que envelhece. Como afirma Garbin et al. (2010, p.2942):

> Considerar a mudança de conceitos que a sociedade vem sofrendo acerca do envelhecimento é uma maneira de se envelhecer bem e com saúde, alegria e bem-estar, deixando de lado os paradigmas que remetem o envelhecimento somente a doenças, perdas, limitações e sofrimento.

Outro estudo relevante que realizou uma revisão bibliográfica sobre qualidade de vida em idosos e a importância do autocuidado sobre o envelhecer saudável trouxe uma importante contribuição para o estudo sobre envelhecimento. Esses componentes nos artigos revisados apontam que eles estão relacionados de forma direta com o nível socioeconômico, educacional e de disponibilidade de apoio familiar e social (SOUSA; MURAY, 2007).

Nesse contexto, a equipe de saúde da família pode contribuir no reconhecimento da rede de apoio e na organização de ações efetivas de promoção do envelhecimento saudável e ativo, como prevê a PNSPI, enfatizando através do planejamento de suas intervenções a pessoa que envelhece, e não sua patologia, em momentos esporádicos e com ações que não impactam na qualidade do processo viver envelhecer, caracterizando como medidas paliativas para eventos comemorativos ou agudos de adoecimento (BRASIL, 2006b). Assim, o cuidado patologizante e fragmentado é uma barreira transponível, que deve constituir alvo de gestores e profissionais de saúde (COUTINHO et al., 2014).

No excerto 3, o enunciador, ao atualizar suas memórias sobre o envelhecimento, marca no dizer a responsabilização de proporcionar o envelhecimento humano bem-sucedido (com menos adoecimento), hierarquizando os responsáveis, retomando o pré-construído nas narrativas jurídicas de proteção ao direito da pessoa idosa, Constituição Federal (BRASIL, 1988) e Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), ou seja, a ordem: família, comunidade, sociedade e Estado.

Ainda na narrativa de P3, destaca-se a ordem colocada, pois é exatamente a mesma do discurso das narrativas jurídicas, em que o Estado é representado pelo PSF, programa

governamental implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Ao eleger esse encadeamento e não outro em seu lugar, o participante expressa o papel principal da família para asseverar a proteção, promoção e o cuidado ao idoso, atribuindo-lhe um ônus diferente em relação aos demais. A comunidade, nessa condição, expressa a opção de suporte mais próximo da realidade vivenciada pela pessoa que envelhece.

No entanto, há de ser considerado que, muitas vezes, as limitações e perdas de funcionalidade do idoso o colocam em uma situação de dependência contínua de cuidados, o que pode tornar a família sem condições de prestar uma assistência adequada, expondo o idoso a eventos como maus-tratos, negligência e abandono. Tal situação foi constatada em um artigo que realizou uma revisão da literatura, que teve como objetivo constatar de que forma está ocorrendo o cuidado do idoso dependente no contexto familiar. O estudo apontou o conhecimento dos profissionais sobre as dificuldades, facilidades e sentimentos envolvidos na relação idoso-cuidador. Nesse sentido, é fundamental para o planejamento de uma assistência domiciliar humanizada e com suporte adequado dos profissionais visando um ambiente seguro para o idoso frágil e seu familiar, tendo em vista a recuperação e prevenção do *stress* na relação entre os envolvidos no cuidado (JEDE; SPULDARO, 2009).

Por isso a importância do Estado no desempenho de seu papel em resguardar os direitos do idoso e da família, com a consolidação de uma rede intersetorial, como prevê a PNSPI, articulando a saúde e a assistência social para garantir dignidade no processo viver/envelhecer/morrer, já que, nesse caso, muitos dos idosos frágeis estão vivenciando a completude do ciclo vital.

Já o lugar do PSF nesse enunciado afirma o dizer da ordem de hierarquização. Esse dizer, tendo como sujeito enunciador um profissional de saúde que faz parte de uma equipe de saúde da família, produz um efeito de sentido de **distanciamento desse cuidado**, posicionando-se como última instância a ser recorrida, o que contradiz com a proposta da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011). A PNAB estabelece como função primordial dos profissionais da estratégia de saúde da família a de ordenar ao cuidado não um lugar de coadjuvante, mas de ator principal, buscando articular o recurso de uma rede de saúde com os da comunidade em reposta às necessidades da pessoa que envelhece.

A esse respeito Amthauer e Falk (2014, p.820) diz:

> Para atender a essa nova demanda e aos novos paradigmas acerca do envelhecer, torna-se imprescindível uma assistência à saúde que contemple a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde do idoso, percebendo-o em sua totalidade, diante de seu contexto biológico, psicológico, familiar, social e espiritual. A forma de olhar o idoso como um ser ativo, participante

> e com autonomia para decidir sobre sua vida tem modificado as ações de saúde direcionadas a essa população. Hoje, é essencial manter os idosos socialmente ativos na comunidade em que vivem e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família têm contribuído de forma significativa para isso.

Na narrativa de P4, também, o sujeito enunciador se expressa de maneira enfática na utilização da expressão "**corresponsável**", trazendo no não dito uma vontade de verdade no "dever" da pessoa de saber se cuidar e conhecer os aspectos que se relacionam às doenças comuns nessa etapa da vida. Com isso, institui para o indivíduo um lugar de aceitabilidade de uma condição patológica, aliando à vivência da velhice no âmbito individual e de gestão privativa, acionando pela memória discursiva que as **repercussões negativas seriam de sua total responsabilidade**. Logo, a expressão "corresponsável" neste enunciado é contraditória ao sentido que é produzido. Como vimos no referencial teórico, a gestão da velhice não deve ser de natureza privada, a gestão da velhice é também da ordem pública, no que diz respeito à implementação de políticas que assegurem os direitos constitucionais para um viver/envelhecer com dignidade (DEBERT, 2004).

Logo, o profissional de saúde da família deve organizar a assistência ao idoso buscando compreendê-lo em seu contexto sociocultural, não só incentivando a corresponsabilização, mas compreendendo sua condição limitante, estimular seu potencial, procurando construir estratégias que fortaleçam sua autoestima e participação ativa nos espaços sociais (CIOSAK et al., 2011).

Excerto 5

> P9 [...] Eu acho que esse, esse conceito que é envelhecimento humano **tem sido muito ampliado** né? Tem **sido mais batido**. É, **eu acredito que mais pela mídia** até... (tom de voz enfático) ... eu não tenho visto muitas ações assim, é ... **(Pausa reflexiva, demonstrando incerteza) mais direcionadas pro idoso não (tom de voz afirmativo)** pra **envelhecimento saudável**, é ... **(pausa reflexiva)** pra... **(pausa reflexiva)** a nível**... (pausa reflexiva)** de gestão, num **tô falando só local não**, eu digo da maior mesmo (tom de voz enfático), eu não tenho visto isso muito não. Para os profissionais de saúde da família, envelhecer é você, né? é**... (Pausa reflexiva, demonstrando incerteza)** envelhecer assim, **como é que se diz**, **algumas funções vitais do seu corpo**, né? Além disso, as **questões psíquicas**, né? **Que estão atrelados,** e... **a partir de sessenta anos já é considerado, já o início do envelhecimento né?** Eu acho que é mais em relação a isso. **Eu tô meio assim**... (demonstrando incerteza)

No excerto 5, há no enunciado uma série de marcas que sinalizam contradições, causadas pela carga de sentidos constituída em suas memórias como valor de verdade sobre a velhice. Inicialmente, destacamos o papel pedagógico do pesquisador no momento de

realização da entrevista. Era perceptível, pelas expressões não verbais do enunciador, que naquele momento de evocação, ele buscava articular os vestígios do passado, do vivido em sociedade (mídia, grupo de trabalho).

Analisando a ênfase que o participante traz à mídia, é preciso trazer duas questões para nossa análise: a mídia como lugar de memória sobre o envelhecimento, o que nos possibilita visualizar o quanto a constituição da pauta dos meios de informação é carregada de uma vontade e verdade, que faz circular um dizer sobre a velhice conectado à ideologia de uma sociedade capitalista que tem despertado o interesse por esse seguimento populacional em virtude do seu crescimento vertiginoso constituir um novo nicho de consumo. A outra questão diz respeito à vinculação da velhice com denúncias de maus-tratos, que configura um **estereótipo da pessoa idosa como um ser pacífico e indefeso**, vulnerável a vários tipos de violência. E não por acaso um indivíduo que deve ser assistido, tutelado pelo Estado, que neste estudo é tipificado pela ESF.

As mudanças na tonalidade da voz parecem muito mais com tomadas de posição que expressam o lugar de onde o participante falava, o lugar de profissional de saúde subordinado a uma instituição da gestão municipal de saúde, mais especificamente a Diretoria da Atenção Básica, que autoriza certo dizer sobre o envelhecimento.

Nesse momento sua narrativa parecia uma insinuação do peso do vivido em grupo como profissional de saúde da família, quando se busca (re)configurar memórias sobre uma temática que envolve seu processo de trabalho, apontando para a gestão local ou nacional do PSF a responsabilidade pela promoção do “envelhecimento saudável”. Nessa ocasião, escapa-lhe o uso do termo adotado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que tem como objetivo principal promover o envelhecimento ativo e saudável.

O efeito de sentido do não dito, a omissão do “ativo”, retoma o idoso para o lugar de participação passiva, bem como o dizer biologicista sobre o envelhecimento, atrelando-o à idade cronológica como marca definidora de sua existência. A forma como é dita apresenta outra contradição, quando no início de sua narrativa afirma que conceito de envelhecimento humano é “ampliado” e retoma os aspectos biológicos em uma **explicação homogênea do processo de envelhecimento**.

Entender o envelhecimento humano como um conceito ampliado é considerá-lo como um processo contínuo ao longo da existência humana. Essa visão ampliada perpassa pela ideia da *genocultura*, ou seja, acompanhar a pessoa ao longo do seu viver/envelhecer atentando para as dimensões biopsicossociais dessa existência, como aprendemos na nossa formação com a puericultura na década de 1990 e Crescimento e desenvolvimento (CD), na atualidade.

Na realidade da estratégia saúde da família seria mover todas as ações produzidas pela equipe para a lógica não apenas do cuidado, “linha do cuidado”, mas na lógica da “linha da vida”.

Para este estudo a “**linha da vida**” é o estabelecimento de um novo paradigma de reorientação do cuidado para a vida, e não para os ciclos vitais. Nesse pensar, as particularidades e especificidades de cada etapa da vida seriam consideradas dentro de uma lógica integralizante e integralizada, direcionando as ações e setores para a melhoria da qualidade de vida, o que significaria melhoria do viver/envelhecer. Esse binômio viver/envelhecer seria então, nessa perspectiva, mais que um jogo de palavras, seria a representação de uma ideologia que torna favorável o cenário para o envelhecimento humano na contemporaneidade.

Outro aspecto destacado neste excerto é que os vazios da narrativa se encontram preenchidos por um sentido, meio opaco, pouco nítido do conceito de envelhecimento humano pelo participante no contexto da Estratégia Saúde da Família. A PNSPI, em suas diretrizes, delineia os princípios para o conceito de um envelhecimento saudável e ativo. O efeito de sentido produzido sobre o assunto indica **um possível apagamento** na medida em que, mesmo atuando em uma equipe de saúde da família, sugere que não há interesse informativo sobre a temática e também desconhecimento sobre a PNSPI. Segundo Coutinho et al. (2013), toda iniciativa de organização do cuidado à população idosa aponta a necessidade da qualificação do cuidado.

Como vimos no referencial teórico, na visão de Pêcheux (2008), o discurso situa-se entre o acontecimento e a estrutura relacionando a linguagem com as práticas sociais. É a partir dessa concepção que compreendemos que o sujeito enunciador é atravessado pela historicidade e determinado por uma espacialidade e temporalidade do vivido socialmente.

Em seguida, para melhor (re)configurar as memórias dos profissionais e compreender se houve no decorrer de sua vivencia profissional alguma marca no discurso que expresse um deslizamento de efeito de sentido sobre as memórias na concepção da velhice, tomamos os excertos abaixo para análise.

Excerto 6

> P8 E**ra uma...** ...(pausa reflexiva) eu não sei nem muito explicar isso, que eu entendo, né? **Era sem, sem muita, assim... (pausa reflexiva) importância. Parece que não cria muito**, **não achava muito que o idoso precisava de mais cuidado, de mais assistência, de mais compreensão, né**? Pra começar é... (pausa reflexiva) o profissional não conseguia falar muito a linguagem do idoso, entender as suas atitudes, por que que ele está se limitando? Por que que ele precisa de mais atenção? Eu creio mais assim né? (...) Porque hoje, a gente vê que tem mais atividade, é ... (pausa reflexiva). Voltada para o idoso. Assim, apesar das limitações da saúde

> (política de saúde local) que a saúde, precisa melhorar muito mais, **mas eu acho que hoje já tem, assim**... (pausa reflexiva). **Os profissionais, os gestores tão se preocupando mais em abrir espaço, em facilitar os cuidados com saúde, como atividade física, como... Uma série de atividades que têm sido hoje para melhorar o cuidado com o idoso.**

O excerto 6 marca, de maneira discursiva no seu enunciado, uma memória constituída nas práticas de saúde pelos profissionais, quando a participante se refere ao período de implantação da Estratégia Saúde da Família no município, ao assumir que, em "determinado tempo", a pessoa idosa não encontrava expressão na relação com o profissional de saúde. Essas marcas estão presentes quando ela afirma que o cuidado com o idoso não era foco das ações dos profissionais e, portanto, as habilidades como comunicação e atitudes de compreensão do processo de envelhecimento eram assuntos desconhecidos. No enunciado, é possível a evidência de um lugar de posição sujeito de **distanciamento e silenciamento das demandas desse seguimento populacional**.

Tais condições aparecem quando o participante afirma que "o profissional não conseguia falar muito a linguagem do idoso, entender as suas atitudes, por que ele está se limitando? Por que ele precisa de mais atenção? [...]". Ao final da sua fala, a participante conclui as razões do descuidado dos profissionais com o idoso, parece reportar implicitamente à estrutura institucional, à escassez de recursos para a realização das atividades voltadas para a pessoa idosa naquele período, marcando com a palavra "Hoje" uma nova etapa da implementação da política de saúde no município.

Observamos que o discurso encontrado nas narrativas dos profissionais de saúde da família, que colaboraram com nosso estudo, coaduna com os resultados encontrados por Mota et al. (2011, p.724):

> Certo grau de banalização da atenção ao idoso, como se somente a atitude de acolhimento fosse suficiente, secundarizando o conteúdo teórico e o desenvolvimento das habilidades específicas: "Eu acho assim, eles têm uma carência muito grande. Eu observo muito, às vezes o paciente idoso vem mais para consulta para conversar, ele não vem nem assim por causa do remédio" (médico). Além da banalização das necessidades aparece certa infantilização desses usuários [...].

Diante da pressão demográfica, dos significados da velhice para os profissionais de saúde, instala-se um grande desafio: repensar suas praticas junto com o apoio institucional, trazendo a visibilidade do planejamento de suas ações na ESF para as necessidades e peculiaridades desse expressivo seguimento populacional. Logo, faz-se necessário desenvolver competências para atuarem na APS, resgatando conteúdos sobre gerontologia que

não foram trabalhados durante a formação do profissional de saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, por ainda não constituírem prioridade na produção do cuidado (MOTA, 2011).

Excerto 7

> P2 **Naquele tempo,** "cê" preste bem atenção, quando a gente... (pausa na voz), quando a gente atendia um paciente, tá entendendo? Já focava simplesmente nos sintomas do paciente, se ele estava com dor de cabeça, era um remédio só pra dor de cabeça. A gente não buscava a causa daquela dor de cabeça, e **não pensava também que aquele ser humano podia ter um dia seguinte, quer dizer, uma década, várias décadas [...]** O conceito, tá entendendo? Que a gente sempre observa faz, e transmite pra eles, é que **o conceito de envelhecimento humano, nem sempre tá na faixa etária, mas tá muito, tá muito ligado com a sua maneira de viver, com a sua maneira de pensar, com o seu relacionamento com a sua família, com a sua religião**. Em suma é tudo aquilo que está em volta dessa pessoa, que é muito importante para **a sua vida futura.** Então quando a gente pega lá (referindo-se ao atendimento na unidade de saúde), quando a gente encontra uma pessoa com setenta, oitenta anos, depois desse trabalho que toda essa equipe e mais outros e outros colegas, e a própria imprensa, falada, escrita e que tem falado, tem escrito e que essas pessoas escutam, **a gente tá observando que essas pessoas tão mudando o conceito, de ter que ficar, só dentro de casa vendo televisão e etc.**, **que atividade física é primordial, para um bom equilíbrio físico e emocional.**

Excerto 8

> P3 Eu acho que o entendimento de envelhecimento era que.... era, **uma coisa normal,** que **tinha haver com o velho ficar doente mesmo** e que, **tinha que acontecer**. Meio que o acesso, ou seja, a visão, não era tão, tão voltada pro foco (referindo-se ao envelhecimento ativo e saudável). **Fazia parte da vida, entre aspas, e que para o velho, era comum que ficasse acamado, morresse...** E não tinha tanta **qualidade de vida como tem hoje**. **Então hoje, tem mais facilidade, o acesso (referindo-se a assistência de saúde) melhorou, a longevidade também.**

Pelos enunciados expostos, constatamos valores e sentidos agregados ao longo da vida desses participantes. A sequência dos enunciados manifesta a instauração de um "novo" modo de pensar a velhice, de concebê-la. Esse modo **rompe com paradigmas associados à visão biológica e patologista da velhice**, assumindo uma posição sujeito que traz uma vontade de verdade, em que o enunciador extrapola o campo da saúde, marcando inicialmente de forma sucinta que o envelhecimento está além da determinação cronológica, da ordem do natural da vida. Essa concepção ampliada **agrega outros sentidos como sua maneira de ver e viver em sociedade.**

Além disso, os enunciados dos excertos 7 e 8 revelam um horizonte, "uma vida futura", apontando para outro aspecto do envelhecimento em nosso país, **a extensão da vida traduzida pela longevidade** das pessoas que estão envelhecendo. Nessa perspectiva, a morte, mesmo não sendo **citada**, passa a ficar mais distante. A concepção do envelhecimento

atrelada a uma “vida futura” produz um efeito de sentido positivo para essa etapa do ciclo vital, reforçando o princípio da autonomia e autorrealização, dito em outro lugar, das narrativas jurídicas de proteção ao envelhecimento, particularmente o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), logo autorizando esse dizer nessa dada condição de existência.

Os excertos também revelam uma posição de funcionamento no modo de dizer sobre a velhice na contemporaneidade. A expressão **“qualidade de vida”** é tomada como uma questão indissociável para o envelhecimento bem-sucedido, desafiando gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade para essa nova realidade. A longevidade nos leva a refletir sobre demandas de macropolítica, como a urbanização e acessibilidade das cidades, inserção no mercado de trabalho e previdência. Mas, iremos nos ater aos enunciados no que diz respeito à memória constituída pelos profissionais de saúde da família ao longo das últimas décadas, marcadas pelo tempo de experiência de vida e profissional dos participantes deste estudo.

Excerto 9

> P9 Eu acho Sara que o que **tá mais diferente** é ... (pausa reflexiva) é tá relacionado assim: antigamente se pensava né? Que aquela pessoa que envelhecia, que ficava idosa, ela... (pausa reflexiva) não tinha, **ela acabava diminuindo a função dentro da sociedade**, né? Eu acho que o que mudou hoje, na nossa cabeça, dos profissionais de saúde, é entender aquele, que aquele idoso **ainda tem condições** de ter **uma vida ativa**, que **ainda deve-se ter um cuidado** com esse idoso. É em relação **a própria assistência também**. E que assim, ele vai ter um envelhecimento de uma forma mais saudável, condições de vida, o que **mudou mais são essas questões: os hábitos de vida, as condições de vida,** que vão lhe proporcionar um **envelhecimento mais saudável**, eu acho que **o que mudou, foi mais relacionado a esse sentido**.

Pelo enunciado, P9 agrega outro sentido ao envelhecimento, o **da participação social**, que coloca em funcionamento a **posição sujeito idoso ativo e saudável**, já dita de outro lugar. A PNSPI enuncia no escopo de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável como primordial para a pessoa viver livre de qualquer dependência funcional (BRASIL, 2006b). A perda da capacidade funcional limita a pessoa que envelhece ao convívio social e, dessa forma, seu protagonismo na gestão pública da velhice. O envelhecimento ativo e saudável é marcado por uma vontade de verdade materializada nos discursos, quando apresenta os hábitos e condições de vida, atividade física como critério para alcançar esse *status* na velhice (OMS, 2005).

4.3 MEMÓRIAS DO CUIDADO AO IDOSO: ENTRE O SER E O FAZER

Propomos, nesta categoria, criar a ponte entre o vivido socialmente (memórias) no grupo familiar e de formação profissional e como certas práticas no cuidado à pessoa que

envelhece vão se constituindo com uma vontade de verdade no cotidiano desses participantes e ganhando estabilidade no dizer desse grupo. Na visão de cuidado, postulado por Boff (1999), o que é visto na relação/encontro com o outro revela uma dimensão transcendental com a vida, carregada de valores e sentidos atribuídos por quem cuida e por quem é cuidado.

Então, buscando saber mais sobre as condições que moldam os enunciados e elucidar esse nexo entre memórias e práticas discursivas no cuidado à pessoa que envelhece no contexto da estratégia saúde da família, perguntamos aos participantes sobre sua aproximação, na sua vivência familiar e na formação profissional, com os idosos e obtivemos as seguintes respostas:

Excerto 10

> P10 (...) Hoje não, **mas já convivi, é, inclusive assim, com minha vó**... **(fala com voz chorosa)**: depois quando ela ficou viúva, ela se dispôs a vir embora e trouxe os netos pra estudar. Então assim, uma pessoa que a gente via que era muito forte né? Muito decidida, estimulava a gente a crescer. Eu morava com minha vó, era eu e minhas quatro primas, **ela já era idosa**. **Ela na época já tava com sessenta e quatro anos quando ela ficou viúva**, e aí assim (pausa de voz) como forma de fuga da perda do esposo, ela resolveu mudar de cidade. Ela era muito pra frente, como a gente falava (risos). E ela queria promover pros netos, é... (pausa na voz) um estudo melhor, ela falava né? Que a gente precisava estudar pra ajudar, até porque a gente era de uma cidade pequena. (Voz chorosa**). Aí ela falava:** o que **a gente podia fazer pra nossa cidade, era contribuir, né?**

Excerto 11

> P9 **Tive (ênfase, referindo-se a convivência familiar com idosos)!** Tive com minha vó, com minha bisa, eu tive a felicidade de conhecer e de conviver por muitos anos com minhas, com minhas três bisavós, terceira geração. **E a minha última bisavó, né? Morreu agora nesse ano, que Já era... tataravó de minha filha.**

Excerto 12

> **P5** Eu morava em uma outra cidade, vim "praqui" por motivo de saúde da minha mãe, e aí aqui estou até hoje. **Minha mãe voltou, ela na verdade ela fica aqui e na cidade de origem né? Aqui e lá (risos). Ela tá com oitenta, oitenta anos.**

Observamos, nos enunciados acima, valores e sentidos atribuídos à convivência com pessoas idosas como atributos que constituem suas memórias sobre a velhice. Há uma vontade de verdade como marca discursiva dos enunciados, que parece funcionar como algo aceitável para a intergeracionalidade com idosos no contexto familiar. Esse efeito de sentido inscreve a relação intergeracional a partir de uma valorização, transmissão de experiência e princípios dos idosos.

Atualmente, o foco na relação intergeracional tem sido um ponto de investimento em programas nas escolas, universidade aberta para a Terceira Idade, cursos de graduação e pós-

graduação, sendo comprovados seus benefícios à comunidade e aos idosos. Tal situação deve-se à importância de acolhermos a transição demográfica em uma sociedade mais solidária e cidadã, que valorize a troca de saber entre as gerações e busque um desenvolvimento sustentável e cognitivo social, com estabelecimento de vínculos afetivos, promovendo a melhoria da qualidade de vida de jovens e idosos, rompendo com os estigmas do preconceito. Cumpre aos profissionais a capacidade de intermediar as relações intergeracionais, especialmente no contexto familiar, visando fortalecer os vínculos intergeracionais dentro de uma perspectiva interdisciplinar (FRANÇA et al., 2010; TAROLLO, 2015).

Nesse entrelaçamento de gerações, o afeto e respeito retomam no enunciado de P10 como elementos que minimizam os conflitos preservando sua autonomia, ou seja, o governo de si, considerando as suas vontades e valores. Além disso, observamos que a posição ocupada pelo idoso neste contexto familiar é o de referência, membro participante ativo da dinâmica familiar.

Excerto 10

> **P10** E a gente vê o quanto é importante assim **ouvir, dar atenção né**? então pra mim foi... Tudo de bom. (...) **eu vejo que muitos idosos eles precisam disso, de atenção, de um cuidado, na maioria das vezes a gente vê que hoje em dia tá esse corre-corre, então as famílias isolam o idoso né? É cada um no seu canto, assistindo televisão... Com as inovações tecnológicas resolvendo sua vida**, **e eles precisam desse cuidado, desse olhar diferenciado mesmo**.

Essa vontade de verdade fica evidenciada quando o enunciador reitera no seu discurso a necessidade de ouvir, dar atenção, e o não dito produz um efeito de sentido que é o “gastar tempo”. Esse efeito resvala no vivido pela sociedade na contemporaneidade quando o participante traz algumas considerações. Os avanços tecnológicos, que têm como objetivo “ampliar a rede social”, fazem exatamente o contrário, isolam as pessoas, comprometem as relações do real vivido em família e assujeitam, em particular, os idosos a um lugar de isolamento.

Quando P10 finaliza dizendo que “eles precisam desse cuidado, desse olhar diferenciado mesmo**”,** retoma uma vontade de verdade, advinda do seu contexto profissional, ou seja, de uma instituição que autoriza esse dizer, e não outro em seu lugar, fazendo com que esse enunciado seja legitimado no cuidado à pessoa idosa no contexto da Estratégia Saúde da Família como práticas discursivas institucionais.

Contudo, no decurso da realização das entrevistas, observamos nos dizeres dos profissionais de saúde da família, nos excertos abaixo, que a legitimação do cuidado à pessoa

idosa **está relacionada ao "perfil" "aptidão", "simpatia" do profissional de saúde** com pessoas nesta etapa da vida. Tal característica apresenta uma relação intrínseca com os sentidos e valores que constituíram as memórias desses profissionais de saúde no viver e conviver com idosos em família. Esse "perfil" apresenta um deslizamento de sentido que denominamos *habilidades e competências,* o que pode funcionar como instrumento em potencial para a mudança de práticas por meio da Educação Permanente. Tais atitudes estão intrinsecamente ligadas à formação profissional, além da memória da velhice constituída pelos profissionais.

Quanto a isso, os autores Witt et al. (2014) realizaram um estudo que teve como objetivos identificar e analisar as competências profissionais necessárias para o atendimento de idosos em cuidados primários de saúde. As autoras concluíram que é possível identificar competências baseadas em consensos internacionais estabelecidos pela OMS para serem desenvolvidos pelos profissionais de saúde. Tal fato reflete as políticas brasileiras de saúde e constituem um eixo norteador para as práticas e a formação para o atendimento do idoso na APS, permitindo a melhoria das atitudes dos profissionais, sua educação e treinamento. Assim, para as autoras:

> No Brasil, elas poderão contribuir para a inclusão do processo de envelhecimento como parte do curso de vida e todos os seus aspectos, como uma prioridade para a população brasileira, nos cursos de formação profissional (WITT et al., 2014, p.1021).

Nesse direcionamento, tomamos os enunciados que se seguem:

Excerto 13

> P10 (...) e assim eu vejo **o PSF como, é... aquela, luzinha no fundo do túnel** pra melhorar, principalmente para as pessoas mais carentes, né? As pessoas mais vulneráveis, e a zona rural tem essa peculiaridade, que nem todo mundo tem acesso às coisas que nós temos, que **eu acho que a gente que trabalha no PSF, a gente tem que ter perfil, principalmente pra trabalhar com idoso.**

Excerto 14

> P5 **Algumas pessoas sim, mais por aptidão, entendeu? Aptidão, que tem pessoas que gostam do que fazem.** Com o todo (referindo-se ao PSF e atendimento de idosos) ele trabalha na área da saúde porque ele gosta, ele gosta de tratar bem as outras pessoas e dar uma resposta, por exemplo, **eu gosto de... (pausa reflexiva) acolher aquelas pessoas que necessitam daquele serviço. Inclui os idosos também, principalmente crianças e idosos que dependem mais (ênfase no tom de voz)!**

Excerto 15

> P8 "(...) porque às vezes até displicência do profissional, às vezes o profissional faz assim, um atendimento às vezes com pressa, ou às vezes a **pessoa mesma não é aquela pessoa que tem assim, uma simpatia pelo atendimento ao idoso**. **às vez trabalha, mas não tem um certo assim, amor pelo que faz. que isso, eu acho que conta muito."**

Para este estudo, consideramos também as **memórias do vivido na formação profissional**. Tal fato deve-se à compreensão de que os participantes pertencem a grupos sociais distintos, neste caso na escolarização ou graduação, que vão conectando-os a uma rede de memória. E assim possibilitam atualizar o presente do real vivido com os vestígios do passado, compreendendo as lembranças individuais como representações sociais de um grupo. Em outras palavras, é possível perceber nos discursos outras vozes. Para isso, avaliamos necessário considerar para análise os excertos a seguir:

Excerto 16

> P4 (...) Fiz a faculdade, tive um filho durante a faculdade, atrasei um semestre na formatura e **no período de faculdade a gente não tinha essa coisa assim, de saúde pública, de saúde coletiva, a disciplina era muito fraca**!

Excerto 17

> P7 Não (referindo-se à disciplina voltada ao idoso) não tinha nem idoso, nem é... (pausa na voz), família, como é agora... (pausa na voz) **saúde pública não tinha...** (pausa na voz) **só medicina pura.**
>
> Quais **os cuidados** que a gente deve ter, o que, os **programas que devem ser desenvolvidos** (referindo-se ao idoso).

Ao direcionarmos nosso olhar para analisar os enunciados das entrevistas dos participantes quanto à formação profissional, foi possível constatar a **necessidade da implementação da educação permanente** voltada para a qualificação do cuidado, escuta e acolhimento da pessoa idosa pela equipe saúde da família. Apenas 02 participantes referiram ter vivenciado durante a graduação o tema como conteúdo curricular. A Portaria 2528/2006 reconhece a necessidade de provisão de recursos financeiros para a realização, pelos estados e municípios, da qualificação dos profissionais de saúde da rede SUS na atenção à pessoa idosa e suas especificidades (BRASIL, 2006b).

No entanto, outros participantes mencionaram as capacitações como acontecimentos eventuais. Nessas condições de existência, os enunciados acionam uma memória discursiva, que produz efeitos de sentido, adiantando ao participante o "**ato do descuidado" como uma**

repercussão da falta de preparo, atribuída como falha das instituições, neste caso a de formação e o órgão da gestão municipal.

Excerto 18

> P1 "Quando a gente recebeu a orientação sobre isso (referindo-se a Política Saúde da Pessoa Idosa), foi mais... (pausa reflexiva) Na questão da... (pausa reflexiva) demanda. Eu, eu, compreendo que, **a gestão também recebe as coisas muito em cima da hora e aí tem que dar conta daquilo**, e aí **passa pra gente assim, muito em cima da hora também** pra dar conta daquilo, e **fica aquela coisa mais pra mostrar que fez, do que aplicar com cuidado**, com todo cuidado necessário. E a política... **A gente recebeu um cartão do idoso, né? E falou: olha, vocês têm que, usar isso aqui no seu dia a dia**. Só destacou basicamente o cartão... Ao invés de falar **o que é a política**, (...)

No excerto 18, o participante encadeia no seu dizer que, além das capacitações acontecerem sem uma programação contínua, elas não conseguem produzir mudanças no cuidado prestado ao idoso no cotidiano das equipes de saúde da família. Em seguida, o participante elenca as lacunas no conteúdo dessas capacitações, tomadas como dizeres de verdade, que torna praticamente inviável em termos de organização do processo de trabalho os saberes no cuidado integral às especificidades da pessoa que envelhece.

Excerto 19

> P1(...) Eu só acho que a gente... Deveria (referindo-se a pratica de atenção ao idoso), assim... **Ter com mais tempo, mais cuidado essas capacitações, sobre esses cuidados.** Que não fosse uma coisa assim, de última hora apressada. As coisas acontecem geralmente assim: vem lá do ministério em cima da hora, a **tem que fazer isso!** Tal programa, em tantos dias! Aí, a, em cima da hora também é passado pra gente, **pra cumprir aquelas metas**, naquele determinado tempo, e a gente também **tem que cumprir correndo**, porque tem outras coisas... (referindo-se a outras ações da equipe) A estratégia da saúde da família já tem aí muitos anos... que por, devido a esses problemas todos que a gente já falou na entrevista, fica uma coisa mais de rotina ali... **quase do** "**postão" de antigamente mesmo**, da unidade básica de saúde. O **idoso, se a gente não se atentar entra na rotina também**. **A gente tem que ter cuidado, e se atentar sempre, pra priorizar a que tem prioridade, né!**

Excerto 20

> P9 "É isso. Eu acho que têm mudado, **mas eu que ainda precisa melhorar muito. (Enfatizou a palavra muito) eu acho que a gente precisa muito, eu tenho essa necessidade, da gente ter é... educação permanente relacionada a isso entendeu (referindo-se ao cuidado ao idoso)?** Por mais que a gente fala, a gente tem que entender o idoso como... uma outra pessoa qualquer, mas existem as, as condições que tramitam aí nesse, nesse sentido de especificidades, e eu tenho essa necessidade (...)".

Pelo que podemos observar, nos excertos 21 e 22, as tramas dos discursos tecidas nas práticas dos profissionais são determinadas por um não dito para explicar a realidade

vivenciada quanto à existência de uma pauta de trabalho e capacitações definidas verticalmente. Tal condição posiciona o participante no lugar de subordinação hierárquica, determinada por um já construído, através de uma memória de um modelo assistencial que enfatiza produtividade ao invés da produção do cuidado. Essa memória construída socialmente pelos profissionais é marcada pelo participante ao destacar na sua fala a "rotina", ou seja, o processo de trabalho da ESF em uma relação comparativa: "... quase do "postão" de antigamente mesmo".

O sentido conferido à palavra "postão" mobiliza um sentimento de inconformidade do participante, demarcado por normatizações e "metas" estabelecidas institucionalmente e que repercutem negativamente no processo de trabalho da equipe de saúde da família. Os participantes revelam nos seus dizeres sentimentos na relação com o trabalho no "peso" das palavras que moldam os enunciados sobre o processo de trabalho na equipe de saúde da família - "sobrecarga", "corre, corre", "enforcado", assim, "apertado com a quantidade de obrigações na rotina", conforme destacamos nos excertos abaixo:

Excerto 21

> P3: "(...) **O PSF possui assim, vários programas e a gente acaba sendo um pouco, "enforcado" assim, apertado com a quantidade de obrigações na rotina** (...)".

Excerto 22

> P10 "(...) a questão do PSF a política de saúde do idoso eu acho que a gente precisa melhorar muito, né? A gente tem avaliado e tem visto que **a gente tem perdido muitas coisas... o corre, corre, a sobrecarga de atribuições** (...)"

Tais enunciados demonstram que há uma exposição ao *stress*, à falta de condições de realmente atuarem como prevê as diretrizes da PNAB e os princípios do SUS, que atribui ao acolhimento o elemento principal na produção do cuidado. Além disso, produz um efeito de sentido que para promover a melhoria do cuidado, tais condições não devem existir. Esses sentimentos poderiam diminuir o efeito de verdade buscado pela instituição (secretaria de saúde-Diretoria da Atenção Básica) quanto à qualificação do cuidado à pessoa idosa no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Esses fatores, quando agregados, representam um desafio para a organização do fluxo do usuário idoso dentro da rede assistencial. Considera-se que, para obter uma resolutividade satisfatória da rede, necessita haver um diálogo dos serviços, da ESF, com outros níveis de

atenção, com definição clara do papel da ESF, na reorientação do modelo de atenção ao idoso, que se organize na lógica do cuidado pensado, na linha da vida.

Nesse pensar, Motta et al. (2011, p.785) traz algumas contribuições importantes:

> Assim, ficaria mais definido o papel da ESF na prevenção primária e secundária, educação e promoção de saúde, identificação do idoso de risco de fragilização ou perda funcional, o acompanhamento dos idosos acamados ou incapacitados de se locomoverem. O trabalho de prevenção terciária, buscando minimizar sequelas, pode permear ações da ESF, mas demandam a implantação de núcleos de apoio em geriatria e gerontologia, garantindo a retaguarda técnica necessária.

Claro que respeitando a realidade sociossanitária e de organização do sistema local de saúde.

Excerto 23

> P5 "[...] às vezes o idoso ele não tem nada não, **ele só quer uma atenção! e aí, nós estamos preparados, pra atender esse idoso?** [...] Eu, que eu vejo lá na unidade mesmo onde eu trabalho, é o seguinte: não é só o idoso não, o idoso, eu falo o idoso, **mas outras pessoas também, elas não sentem nada, elas querem atenção. Programa de Saúde da Família elas querem atenção, o lugar que elas têm que ir é lá, a porta, a primeira porta é lá**, né? Então se você dá uma atenção a eles... Deu atenção, eles vão embora, parece **que a dor vai embora, tudo some!** (risos) e outra: **eles se acostumam a te procurar**. Só que não só são eles. Minha maior, minha maior tristeza **é não poder, é perder o acolhimento de qual eu aprendi no passado** [...]".

Como visto na materialidade do excerto 23, os profissionais de saúde da família questionam o preparo que possuem para o atendimento das demandas dos idosos, retomam o dizer sobre a necessidade de capacitação como um álibi para a forma de atendimento atual na unidade de saúde da família. Como porta preferencial de entrada no sistema de saúde pelo usuário idoso ou não, conforme Decreto 7508/2011, retomam esse dizer enunciado de outro lugar, produzindo um efeito de sentido marcado pelo acolhimento como ferramenta principal do processo de trabalho na ESF e sua importância no estabelecimento de vínculo na produção de cuidado compartilhado e de abordagem integral (BRASIL, 2011).

Além disso, no seu dizer, retoma as memórias das capacitações sobre o que aprendeu: "Minha maior, minha maior tristeza **é não poder, é perder o acolhimento de qual eu aprendi no passado"**. Essa memória marcada por uma historicidade traz um não dizer de perca dessa característica no trabalho da equipe na atualidade, o que retoma a necessidade da organização da assistência na ESF, a partir dos preceitos e diretrizes da PNAB, buscando

resgatar a essência do cuidado humanizado e integral ao usuário, independente da faixa etária (BRASIL, 2006).

No excerto seguinte, observamos outro funcionamento discursivo em relação à formação dos profissionais de saúde quanto à política de educação permanente no município, coexistindo dizeres paradoxos sobre o papel da gestão na capacitação dos profissionais de saúde da família. O que pode significar que, para alguns profissionais, o formato das capacitações é suficiente no atendimento de suas necessidades de qualificação. A mudança na tonalidade de voz produz um efeito de sentido ao que é dito, entoando como um elogio ao trabalho da gestão, deixando transparecer que essa função da instituição é fundamental para "estimular o profissional". Esse estímulo funciona como uma condição imperativa na busca constante por "informação" para "formação" que refletirá na sua prática, dita com um efeito de verdade, em que o cuidado ao idoso está imbricado a formação/qualificação do profissional de saúde da família, que deve ser desencadeada pela gestão.

No entanto, escapa-lhe no final de sua fala uma palavra que remete aos profissionais a responsabilidade pela busca de conhecimento para o exercício de suas atividades, que constituirão o cuidado produzido à pessoa que envelhece, condição expressa no excerto abaixo:

Excerto 24

> P3 É, sempre eu acho necessário que o que o profissional ele sempre seja estimulado, pra sensibilizar, participe de capacitações, **pra sempre tá reavivando determinados temas.** Então assim, a **gestão daqui de conquista, por exemplo, ela muito, é impressionante, porque ela foca bastante em educação em saúde, então isso é muito bom pra estimular o profissional a tá estudando, buscando e aplicando**. Então assim, à medida que, que, chega para o profissional, é um *feedback* que ele assim... (pausa reflexiva), **desenvolva essa, esse ensinamento, essa ação na prática**. Então eu acho que não deve parar a educação continuada, e **o profissional ele não deve esquecer de realmente, tá estudando, valorizar e aplicar.**

Nas narrativas dos profissionais de saúde da família, nos excertos abaixo, observamos uma condição nas práticas discursivas institucionais, ou seja, o processo de trabalho das equipes. Fica evidenciado nas narrativas dos profissionais que o processo é concebido pela **lógica da patologização da velhice**. Como resultado de tais práticas, os discursos autorizam um dizer sobre a velhice atrelado a atividades coletivas de prevenção de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Esse dizer torna as especificidades do cuidado à pessoa que envelhece "invisíveis" em termos de produção do cuidado. Nesse sentido, a produção do cuidado ao idoso é praticamente pautada pela lógica, queixa/conduta. Tais práticas de saúde se distanciam das diretrizes da PNSPI, que destacam a importância de um cuidado integral,

direcionado para o multidimensionalidade do processo viver/envelhecer, buscando ampliar as possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido, como encontra-se revelado no excerto abaixo:

Excerto 25

> P9 A gente, por mais que ainda né? Que exista **esse pensamento de vida saudável,** existem algumas coisas que estão mais novas aí... **Mas ainda tem aquele formato, também, anterior** de: é... (pausa na voz) vou atender o idoso, **mas não tem uma questão do envelhecimento**. Cê vai atender o idoso **porque ele tem uma doença** né? [...] **Mas o quê que tem de diferente hoje, né? A gente tem os grupos, que é apesar de, a gente tem um grupo aqui de hipertenso e diabético que tem idoso, mas a gente tem um grupo muito legal que a gente tá fazendo agora grupo de atividade física, que independente [...] Que não é voltado, especificamente pra idosos**, mas tem muitos idosos, né? Então **assim, e não tem aquela questão da relação com a doença**.

Excerto 26

> P4 Bom... (pausa na voz) É... (pausa reflexiva) **As políticas de idoso que agente vê na prática, no dia a dia são mais voltadas mesmo para**... (pausa reflexiva) **os cuidados de algumas determinadas doenças**. Basicamente hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Excerto 27

> P5: Muito pouco (referindo a aptidão no cuidado ao idoso). Assim, eu tenho cuidado e respeito, mas, mas o... (pausa reflexiva) **o foco maior não é idoso, eu acho que é mais voltado pra, pra mulher e pra criança.** Mesmo o idoso sendo bem maior não é? **Assim, eu não sei se é por conta da formação, que a gente não é estimulado, no início, tanto a ver... A estudar o idoso**, mas assim, será que isso... (pausa reflexiva) Será que a gente quer pensar no envelhecer? Será que, que no, eu não te, interessante eu nunca tinha pensado sobre isso. Será que a gente tem medo de envelhecer? Por isso que a gente num presta muita atenção não estuda sobre o idoso (rindo). **Será que o interesse é mais focado na... Né no início da vida e não no final dela?** Então eu fiquei perdida agora. (risos) vou pensar sobre isso (rindo).

O excerto 27 reitera que a posição do profissional de saúde da família está condicionada a sua formação. Essa formação que ainda perpetua o foco no binômio mãe-bebê influencia diretamente o fazer no cuidado ao idoso na atenção primária à saúde. E evoca, no discurso de P5, outro aspecto relacionado à ideologia que a sociedade impõe a esse momento do curso da vida, manifestado no seu questionamento: **Será que o interesse é mais focado na... (pausa reflexiva) no início da vida, e não no final dela?**

O envelhecimento mobiliza gestores, profissionais, usuários, ou seja, a sociedade, em virtude do crescimento vertiginoso dessa população. E sendo assim, tonificam marcas de um dizer, carregado de uma vontade de verdade sobre o envelhecimento, modelando-o a um pensar homogeneizante –da patologização da velhice- dos profissionais de saúde da família.

Porém, deixa transparecer que o fenômeno vivenciado pode operar transformações no *ser* e *fazer* no cuidado à pessoa que envelhece na medida em que se ressignifiquem o processo de trabalho a partir de um olhar integral à pessoa que envelhece, e não à doença. Essa mudança de paradigma ocorre a partir da atividade de educação permanente, que de fato deve ser direcionada da realidade vivenciada para propostas coletivas de reorientação da relação profissional-usuário na produção do cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento do constructo deste estudo, buscamos estabelecer a relação dialógica do objeto com as teorias da Memória e Análise do discurso. Esse diálogo transdisciplinar foi possível pelos aportes teóricos adotados e o caráter multimodal desses campos filosóficos, direcionando as materialidades discursivas das narrativas jurídicas e dos profissionais de saúde da família.

À medida que se desenvolvia a descrição das narrativas com a análise do *corpus* ficava mais evidente que os lugares do sujeito idoso, os sentidos produzidos, colocavam em funcionamento a questão atravessada pela historicidade e ideologia que circulava na sociedade no período recortado. Essa coerção social era acompanhada por apagamentos e retomadas de posição sujeito do idoso nos discursos institucionalizados pelo legislativo e na prática dos profissionais de saúde da família.

Quando estabelecemos a relação com o real vivido no Brasil, no que tange à atenção à pessoa idosa no PSF, percebemos que a prática dos profissionais abre pistas para outras formações discursivas da posição sujeito idoso na produção da condição histórica de existência de sujeitos enunciadores de diferentes lugares de dizer/saber, figurando a polifonia na sustentação de suas práticas.

Nesse percurso, a utilização de multitécnicas, análise documental e entrevista, bem como o tratamento dos dados documentais com o *software* NVIVO, em uma abordagem dinâmica e entrelaçada, valorizou a estrutura metodológica, descortinando o objeto nas superfícies das materialidades das narrativas analisadas. Estas foram cartograficamente desenhadas até o alcance das categorias analíticas, emergindo três eixos categóricos: Representação imagética do lugar do sujeito idoso das narrativas jurídicas; Memórias da Velhice: construção do sentido e valor de verdade pelos profissionais de saúde da família e Memórias do cuidado ao Idoso: entre a Formação e o Fazer. Tais categorias, embasadas nos recursos analíticos da AD e Memória coletiva, favoreceram o alcance dos objetivos e a verificação das hipóteses levantadas inicialmente.

Nas cenas de enunciação dos documentos analisados, percebemos posicionamentos discursivos sobre o idoso, como **cidadão de direito assistido; idoso assistido; sujeito idoso ativo; sujeito idoso fragmentado; sujeito idoso fragilizado; cidadão de direito assistido; sujeito idoso privado; e sujeito idoso ativo e saudável.** Essa multiplicidade de lugares de funcionamento está carregada de sentidos e valores na qual observamos um jogo entre a continuidade e descontinuidade do discurso sobre o idoso.

Tal condição de existência permite por meio da descrição dos enunciados a sua irrupção como acontecimento discursivo na materialidade da legislação, possibilitando identificar a constituição do sujeito idoso, que muitas vezes coexiste com outras formulações discursivas. Essas concepções no contexto legislativo brasileiro autorizam um dizer sob ângulos políticos e técnicos ora convergentes, ora divergentes com a PNSPI.

Como vimos, a definição de pautas no Congresso Nacional para encaminhamentos de projetos de lei, decretos e portarias é permeada por interesses do legislativo e executivo, seria garantir um espaço no canal da TV câmara para tratar das discussões que envolvem o envelhecer cidadão como forma de acompanhamento pela população da tramitação dessas articulações, tendo em vista seu caráter interministerial na execução das ações da Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso.

Já no contexto trazido pelas memórias dos profissionais de saúde são produzidos sentidos às suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Básica através da proximidade familiar com a pessoa idosa ou na formação profissional – graduação ou capacitações. Conseguir estratégias para chegar a esse ponto de conexão dos significantes e significados, nessa visão de constituição da memória coletiva, representa uma alternativa apontada por este estudo para encontrar formas efetivas de constituir e preservar sentimentos e valores que mudem o processo de trabalho dos profissionais na atenção à saúde da pessoa idosa, ressignificando e colaborando de fato para um viver/envelhecer e até morrer com qualidade de vida.

Diante do esforço empreendido na busca de alcançar os objetivos propostos e hipótese levantada, podemos concluir que o lugar do sujeito idoso aludido nos enunciados das narrativas jurídicas foi refutado por não apresentar um discurso homogeneizante, mas se encontra materializado nas narrativas jurídicas conectadas a uma rede de memória que permite regularidades, retomadas e apagamentos das formulações discursivas que aparecem atravessadas por outras formulações e dizeres sobre o idoso, sendo atualizadas conforme a época das publicações de cada documento. No entanto, no que diz respeito às redes de memória constituídas pelos profissionais de saúde, a tese foi confirmada. A percepção homogeneizante do processo de envelhecimento não impacta na melhoria da atenção na Estratégia Saúde da Família a esse grupo populacional. Observamos que a percepção homogeneizante predominante está ligada principalmente à compreensão do processo de envelhecimento focado na visão biologicista e patologizante, atrelado à visão do modelo assistencial biomédico, o que pode se caracterizar como um fator de resistência às mudanças necessárias na reorganização do cuidado a esse seguimento populacional. Nesse sentido,

vimos por meio deste estudo *a genocultura* como uma perspectiva de ampliar a compreensão multidimensional do processo de viver/envelhecer, reorientando as práticas da assistência voltadas para o idoso, com uma abordagem longitudinal do cuidado ao longo da "linha da vida".

Assim, é possível compreender que esse novo paradigma aponta para uma lógica integralizante e integralizada, direcionando as ações e setores de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, o que significaria melhoria do viver/envelhecer. Outro aspecto que emergiu da análise das narrativas dos profissionais foi o efeito de sentido produzido sobre conceitos de envelhecimento ativo e saudável, o que sugere que mesmo atuando na Estratégia Saúde da Família não há interesse informativo sobre a temática e uma "dependência" acentuada de capacitações pela gestão, assujeitando-se em um lugar passivo no processo de educação permanente. Além disso, o estudo apontou que os profissionais que estabelecem algum vínculo com a pessoa idosa, ao longo de sua trajetória pessoal, apresentam um "perfil" adequado para o cuidado a esse seguimento populacional. Tal condição, no entanto, não deve ser o único marcador para a organização da assistência. As ações de educação permanente devem ser orientadas no sentido de ressignificar a relação idoso-profissional para que de fato sejam reorientadas as práticas que impactem na produção do cuidado nos serviços públicos de saúde, na APS.

Concluímos que as diferentes posições do sujeito idoso, presentes nas narrativas analisadas (jurídicas e memórias discursivas das práticas dos profissionais da ESF), estão imbricadas nas condições de possibilidade, vinculadas a uma rede de memória constituída historicamente, que demarca o modo de dizer e o não dizer ao longo do tempo sobre o lugar que ocupa o sujeito idoso, no dizer que é autorizado por instituições e pela sociedade.

As limitações apresentadas no trabalho de campo, como agenda de atendimento dos profissionais, mudança no horário de funcionamento das unidades de saúde da família, foram superadas pela perseverança da pesquisadora e interesse dos participantes, aspectos considerados fundamentais para a realização de uma investigação de natureza qualitativa.

Esperamos que o produto desta investigação contribua com a mudança no modo de *pensar e fazer* dos profissionais, levando-os a uma atitude prática que atribua visibilidade às necessidades de cuidado desse expressivo seguimento da população brasileira, que cresce progressivamente e de forma acelerada, com vivências diferenciadas, seja pela singularidade do indivíduo, seja por condições extrínsecas, como fator social, cultural, econômico e de acesso às políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. T. G. et al. Atenção a pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica. **R. pesq.: cuid. fundam**. Online. (Ed.Supl.), p.135-14. dez. 2011.

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. A compreensão da velhice e do envelhecer na voz dos profissionais de saúde da família. **Estud. interdiscipl. envelhec**., Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 813-824, 2014.

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

BARTLETT, F. C. **Remembering:** a study in experimental and social psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 1932.

BERGSON, H. **Matéria e Memória**. Tradução Paulo Neves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

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

BOSI, E. Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos. 3a ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994

BRAGA, P.M. **Direito do Idoso**. São Paulo: Quartier, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez. 1999.

_____. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica, n. 19**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2006

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, 19 out. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, v. 145, n. 18, p. 47-48, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 2029, de 9 de agosto de 2011a, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez. 1999.

_____. Lei nº 12528. Cria a comissão da verdade no âmbito da Casa Civil da Presidência da República. 190 da Independência e 123 da República. **Diário oficial da União**, Brasília, 2011b.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil.** Brasília-DF, 2013.

_____. **Congresso Nacional**. Câmara dos Deputados. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CALDAS, C. P.; THOMAZ, A. F. A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-92, 2004.

CAMARGOS, C. M.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. de M. B. Política, Estado e Sociedade: o estatuto do Idoso e à atenção a saúde. **Comum. Ciênc. Saúde,** v. 17, n. 3, p. 217-227, 2006.

CANDIOTTO, C. Subjetividade e verdade no último Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 87-103, 2008.

CARVALHO, F. G. O trabalho da fisioterapia na assistência ao idoso na atenção básica. **Rev. Caderno Saúde e Desenvolvimento,** v.3, n.2, jul./dez., 2013.

CIELO, P. F. L. D.; VAZ, E. R. C. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG**, v. 2, n. 21, p. 33-46, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/ httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/165>. Acesso em: 20 set. 2016.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. especial 2, p. 1763-1768, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

COUTINHO, A.T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v.17, n. 4, Sept./Dec., 2013.

COURTINE, Jean-Jacques. Le tissu de la mémoire: quelques perspectives de traviel historique dans lês cienncies du langage. **Mémoire, histoire, langage**. Langages, Paris, Larousse, n.114, p.05-12, 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **Planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

FAGNANI, E. A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Texto para Discussão.** IE/UNICAMP, Campinas, n. 192, jun. 2011.

FENTRESS, J.; WICKHAM, C. **Memória social, novas perspectivas sobre o passado**. Lisboa: Teorema, 1992.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2008.

FONSECA-SILVA, M. C. **Poder-saber-ética nos discursos do cuidado de si e da sexualidade.** Vitória da Conquista: UESB, 2007.

FONSECA et al., 2015. Viabilidade do uso do software alceste na análise dos resumos disponíveis no banco de dados da capes: contribuições para a pesquisa sobre envelhecimento demográfico no brasil. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 26, n. 1, p. 4-17, 2015.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1969.

_____. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. Tradução Salma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção tópicos).

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2008.

FRANCA, L. H. F. P.; SILVA, A. M. T. B.; BARRETO, M. S. L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 519-531, 2010.

FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 out. 2016.

FUNO, L. B. A. Memória Discursiva e esquecimento: Revisitando o chapéu de Clementis. **Palimpseto**, Rio de Janeiro, n. 15, Ano 11, 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600032>. Acesso em: 29 out. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. D. S. et al. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Ed. digital. Petrópolis, RJ: Vozes, cap. 4, p. 79-108, 2011.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Tradução Sidou – São Paulo: Centauro, 2006, 224p.

Http://www2.camara.leg.br/ Acesso em: 26 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Relatório de dados demográficos.** 2010.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez., 2009.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de sociologia e política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

MADEIRA, L. M. (Org.) **Avaliação de Políticas Públicas.** Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014.

MAINGUENEAU, D. **Analise de Textos de comunicação.** Tradução de Cecília P. de Souza e Silva e Décio Rocha. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Discurso e Análise do Discurso**. Tradução de Sírio Possenti. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Revista Eletrônica Tempus. Actas de Saúde Coletiva**. Temas livres. v. 7, n. 2., p. 203-211, 2013.

MARTINS, A. B. et al . Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3403-3416, Aug. 2014.

MARTINS, J. J.; SCHIER, J.; ERDMANN, L. A.; DE ALBUQUERQUE, G. L. Políticas de atenção á saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-387, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. Revista e Aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Avaliação por Triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 209p.

MORAES, A. de. **Direito Constitucional**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MOTTA, L. B; AGUIAR, A. C; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.

MOZDZENSKI, L. P. Análise crítica do discurso jurídico: uma proposta de investigação. **Revista da Faculdade de Direito de Caruaru**, v. 42, n. 1, p. 1-20, 2010.

NAVARRO, P.; BAZZA A. B. A subjetivação do “novo idoso” em textos da mídia. **Revista Estudos da Língua(gem) de Vitória da Conquista,** v. 10, n. 2, p. 143-159, dez. 2012.

OLIVEIRA, A. D. DE; RAMOS, O. A.; PANHOCA, I.; ALVES, V. L. DOS S. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-103, 2014.

OLIVEIRA, J. B.; SANTANA. L. W. **Multiversos contextos da implementação da política nacional de saúde da pessoa idosa**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

OLIVEIRA, P. de S. Memória e sociedade: ciência poética e referência de humanismo. **Psicologia USP** [online], v. 19, n. 1 [cited 2013-09-17], p. 51-58, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORLANDI, E. P. Discurso, imaginário social e conhecimento**. Em aberto**, Brasília, v. 14, n.61, jan./mar. 1994.

_____. **Análise do discurso:** Princípios & procedimentos**.** Campinas: Pontes, 2001. 100p.

_____. Análise de Discurso. In: ORLANDI, E. P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (orgs.). **Introdução às ciências das linguagens** – Discurso e textualidade. Campinas: Pontes, 2006, p. 11-31.

_____. **Análise de Discurso:** princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

PECHEUX, M. **Semântica e discurso –** uma critica à afirmação do obvio. Campinas: Unicamp, 1988.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ; A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da escola de enfermagem**, v. 47, n. 1, p.160-167, 2013.

POSSENTI, S. **Por que (não) ensinar gramática na escola.** Campinas, SP: Mercado das Letras, 2009.

QRS INTERNATIONAL.NVivo 10 for Windows - Getting Started Guide. Doncaster, AUS: QSR InternationalPtyLtd, 2013. 43p. Disponível em: <www.qsrinternational.com>. Acesso em: 13 set. 2013.

RASIA, G. S. A relação entre a memória e o acontecimento desde uma perspectiva materialista do sentido. **Organon**, Porto Alegre, v. 30, n. 59, p. 101-116, jul./dez. 2015.

REVEL, J.; FOUCAULT, M. **Conceitos essenciais** / Judith Revel. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlo Piovesani. - São Carlos: Claraluz, 2005, 96p.

RICOUER, P. Memória Pessoal, Memória coletiva, In: **A Memória, a história e o esquecimento**. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2007.

ROCHA, F. C. V.; CARVALHO, C. M. R. G.; FIGUEIREDO, M. L. F.; CALDAS, C. P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.186-191, 2011.

ROSA, W. de A. G.; LABETE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALGADO, M. A. **Aspectos da problemática social do idoso no Brasil e as ações do SESC de São Paulo**. São Paulo (SP): SESC, 1978.

SANTOS, M. S. **Memória coletiva e teoria social**. São Paulo: Annablume, 2012.

SAUR-AMARAL, I. **Curso completo de NVivo 10** - Como tirar maior proveito do software para a sua investigação. Madri: BubokPublishing S. L., 2012. 119p.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. **Texto e contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 105-111, 2015.

SILVA, L. W. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 471-475, 2005.

SILVESTRE, J.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SIQUEIRA R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.899-906, 2002.

SOLLA, J. J. S. P. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, v. 1. 347p.

SOUSA, A. F.; MURAI, H. C. Qualidade de vida e envelhecimento. **Rev Enferm UNISA**, n. 8, p. 9-11, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002, 726p.

TARALLO, R. dos S. As relações intergeracionais e o cuidado do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. Especial 19, Temático: “Abordagem Multidisciplinar do Cuidado e Velhice", p. 39-55, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistências e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília: CENEPI/MS, v. 7, n. 2, 1998.

TREVISAN, S. M. Evaluability Assessment From 1986 to 2006. **American Journal of Evaluation**, n. 28, p. 290, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)**, sob a orientação e fomento da Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Disponível em: <http://sistemas.unasus.ufma.br/inscricao>. Acesso em: 21 set. 2016.

VANDRESEN, D. S. Uma Análise do Discurso e do Não-Discursivona Arqueologia de Michel Foucault. **Aurora**, Marília, v. 7, n. 2, p. 79-92, Jan./Jun., 2014.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.531-562, 2009.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS. R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. M. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.807-817, 2009.

VIANA, N. Memória e sociedade: uma breve discussão teórica sobre memória social. **Espaço Plural**, Ano VI, n. 14, p. 08-10, 2006.

WEBER, R.; PEREIRA, E. M. Halbwachs e a memória: contribuições à história cultural. Programa de Pós-Graduação – Mestrado em História do ICHS/UFMT. **Revista Territórios e Fronteiras**, v.3, n.1, Jan./Jun., 2010.

WITT, R. R. et al. Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm**. USP [online], v. 48, n. 6, p. 1020-1025, 2014.

ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-162, 2007.

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro de entrevistas

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e sociedade
Nível Doutorado

Roteiro de entrevistas para os profissionais da estratégia saúde da Família

Bloco I – Memórias de sua experiência de vida e trajetória profissional, descrevendo sua aproximação com o idoso

1. Sua origem
2. Formação profissional
3. Nível de escolaridade
4. Idade
5. Quando você se formou?
6. Tempo que trabalha na estratégia saúde da Família?

Bloco II- Memórias Sobre a assistência ao idoso na estratégia saúde da família

1. Considerando sua experiência qual a compreensão de envelhecimento humano dos profissionais de saúde da família?

2. Essa compreensão do envelhecimento pelos profissionais de saúde tem mudado ao longo da sua pratica no PSF? De que maneira?

3. Fale como acontece na pratica do PSF o atendimento ao idoso? Esses atendimentos tem sido o mesmo ao longo do tempo?

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pesquisas

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Campus de Jequié
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pesquisas com Seres Humanos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e sociedade
Nível Doutorado

Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466 /2012

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, Análise dos Lugares do Sujeito Idoso nas Narrativas de Proteção ao Envelhecimento no Brasil: Um Recorte de Memória, que será realizada por professora e estudante do curso de Doutorado em Memória: Linguagem e sociedade.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, a qualquer momento você poderá desistir sem lhe oferecer nenhum tipo de prejuízo ou penalidade. Sua participação será através de uma entrevista, com algumas perguntas sobre o atendimento do idoso prestado na unidade, além de sua opinião sobre o significado do envelhecimento. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, os dados pessoais em nenhuma condição serão divulgados, garantindo o anonimato. Será garantido em todo o tempo seu direito em não responder, caso não sinta confortável em fazê-lo. O estudo não apresenta riscos para sua integridade física, porém, em conformidade com a Resolução 466 /2012, para minimizar a exposição dos participantes ao risco de constrangimento, no momento da coleta, serão adotadas algumas medidas e qualquer momento os profissionais de saúde poderão abdicar de responder alguma pergunta ou não participar do estudo l. Os resultados da pesquisa serão utilizados como instrumento de melhoria do planejamento dos serviços de saúde voltados para as pessoas idosas na Estratégia Saúde da Família. Os resultados da pesquisa não serão usados para outros fins que não os previstos no protocolo e/ou no consentimento, quais sejam: apresentação de resultados da pesquisa em revistas e eventos científicos. Esse Termo será impresso em duas vias e uma ficará com você , toda dúvida que você tiver sobre esta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa ou pelos telefones (77) 9135-7773 e e-mail (sarah_disc@hotmail.com) Jussiara Barros Oliveira ou Luciana Araújo dos Reis (lucianauesb@yahoo.com.br).

Eu, _____,li e/ou ouvi a leitura dos esclarecimentos acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. Concordo em participar do estudo.

Data:_____ Pesquisador Responsável:_____

Endereço do Comitê de Ética da UESB:
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
Telefone: (73)3528-9727
Avenida José Moreira Sobrinho, s/n.
UF: BA **Município:** JEQUIE
Fax: (73)3525-6683

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS LUGARES DO SUJEITO IDOSO NAS NARRATIVAS DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ENVELHECIMENTO NO BRASIL: UM RECORTE DE MEMÓRIA

Pesquisador: Jussiara Barros Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49119815.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER - Número do Parecer: 1.304.614

Apresentação do Projeto:

Transcrito do pesquisador responsável."Este estudo buscará apreender a subjetividade do idoso ao longo do tempo na perspectiva de irromper fronteiras e produzir um novo recorte do saber-fazer as políticas protetivas de envelhecimento no Brasil, sob a ótica da Teoria da memória coletiva e metodologia francesa da Análise do Discurso."

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar como se apresenta o sujeito idoso nos enunciados das narrativas materializadas na legislação publicada no Brasil no período entre 1990 e 2010, direcionadas à saúde da população idosa.

Objetivos secundários: Elaborar a linha do tempo das Políticas de Saúde voltadas ao envelhecimento no Brasil, no período 1990/ 2010, identificando o idoso nos lugares do sujeito, considerando a organização das práticas dos serviços de saúde na Atenção Primária.

Analisar as diferentes memórias construídas ao longo do tempo pelos profissionais da Atenção Primária, e como se legitimam no cuidado prestado à pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi descrito que a pesquisa não realizará procedimentos invasivos com os participantes em conformidade com a resolução 466/2012, para minimizar a exposição dos sujeitos do risco de constrangimentos no momento da coleta, serão adotadas algumas medidas e a qualquer momento os profissionais de saúde serão abdicados de responder a alguma pergunta ou não participar do estudo. Será adotado a adequação do ambiente em que se promoverá a coleta de dados, zelando-se para que esta aconteça em tranquilidade e segurança, de modo que os sujeitos envolvidos expressem de maneira livre e espontânea suas opiniões acerca do lugar subjetivado do idoso nas relações estabelecidas nas práticas do cuidado a esse segmento.

Benefícios: o estudo contribuirá para ampliar o estado de arte do tema sobre a aplicabilidade da política de atenção à saúde do idoso, e contribuirá ainda na construção da memória coletiva das subjetividades produzidas no cuidado a esse segmento populacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância científica e social, considerando o envelhecimento populacional com o aumento da expectativa de vida no Brasil, que requer profissionais capacitados para atender a esse grupo social na promoção do envelhecimento ativo. Será desenvolvido em Unidades de Saúde da Família do Município de Vitória da Conquista com 10 profissionais que atendem a esse grupo populacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- No TCLE:

1. Retirar as informações de dados pessoais do participante;
2. Acrescentar o endereço e contato do CEP/UESB.

- Substituir o termo "sujeito" por participantes da pesquisa onde couber no projeto conforme Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 29/10/15

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_571819.pdf	10/09/2015 10:47:41		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracoespesq.pdf	10/09/2015 08:52:23	Jussiara Barros Oliveira	Aceito
Outros	roteirodaentrevista.pdf	27/08/2015 11:48:34	Jussiara Barros Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2015 11:41:01	Jussiara Barros Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal2.pdf	27/08/2015 11:40:17	Jussiara Barros Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Doc1cep.pdf	27/08/2015 11:39:35	Jussiara Barros Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/08/2015 11:38:47	Jussiara Barros Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JEQUIE, 31 de Outubro de 2015

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

ANEXO B: Autorização para Coleta de dados.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS

Eu, Michela Macedo Lima Costa, ocupante do cargo de Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados e intervenção do projeto de pesquisa intitulado "Análise dos lugares do sujeito idoso nas narrativas das políticas de proteção ao envelhecimento no Brasil: Um recorte de memória" da pesquisadora Jussiara Barros Oliveira após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB).

Vitória da Conquista, 17 de Agosto de 2015.

Coordenação do Pólo de Educação Permanente em Saúde

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

Rua Olivia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)
Fone: (77) 3429-3473
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia
Escola de Formação em Saúde da Família
apsaude.pmvc@hotmail.com

ANEXO C: Ofício da Secretária de Saúde de Vitória da Conquista

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

17 de Agosto de 2015

CI nº 150/2015

Para: Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer referente ao projeto de pesquisa: "Análise dos lugares do sujeito idoso nas narrativas das políticas de proteção ao envelhecimento no Brasil: Um recorte de memória" da pesquisadora Jussiara Barros Oliveira.

A pesquisa foi deferida e a coleta de dados deverá ser efetuada após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Atenciosamente,

Coordenação do Pólo de Educação Permanente em Saúde

Michela Macedo Lima Costa

Assessoria de Planejamento e Educação Permanente

Rua Olivia Flores, 3000, Bairro Universidade (Estrada para UESB)
Fone: (77) 3429-3473
CEP 45031-000 - Vitória da Conquista - Bahia
Escola de Formação em Saúde da Família
apsaude.pmvc@hotmail.com