

Representações sociais sobre a pessoa idosa para psicólogos(as) da equipe de saúde mental

Social representation of elderly people for psychologists of the mental health team

Representaciones sociales sobre las personas mayores de los psicólogos del equipo de salud mental

Gislaine Alves Souza

Michely Aparecida Souza

Orestes Diniz Neto

Resumo

O objetivo deste estudo é investigar as representações sociais sobre a pessoa idosa dos(as) psicólogos(as) da Equipe de Saúde Mental que atuam na Atenção Primária à Saúde. Com o envelhecimento populacional aumenta a demanda de assistência em saúde mental para as pessoas idosas. Esta pesquisa é qualitativa, exploratória e transversal. Onze psicólogos(as) responderam a um questionário semiestruturado. Os dados foram tratados no *software* Atlas TI, analisados a partir da teoria das representações sociais e utilizando o recurso da análise de conteúdo. Os termos frequentes foram: perdas; necessidade de atenção e de escuta; falta de assistência sociofamiliar; e tendência a solidão. Os(as) psicólogos(as) relacionam a saúde mental da pessoa idosa com as vulnerabilidades sociais e comorbidades, apontam que esse público não chega aos serviços de saúde mental na Atenção Primária. Nesse sentido, observa-se que o cuidado com a saúde mental da pessoa idosa é ainda incipiente e carente de capacitação, evidenciando-se a necessidade que as representações sociais dos(as) profissionais de saúde mental extrapolem a visão negativa do envelhecimento com intuito de desnaturalizar os problemas de saúde mental nessa população e ofertar uma melhor assistência.

Palavras-chaves: Idoso, Envelhecimento, Percepção Social, Pessoal de Saúde.

Abstract

The objective of this study is to investigate social representations of the elderly person for psychologists of the mental health team that work on primary health care. The process of popular aging leads to the increase in mental health demand of the elderly. This is a qualitative, exploratory and transversal research. Eleven psychologists answered to a semi-structured survey. The data was input in the Atlas TI software and analysed taking the social representations theory, using the content analysis resource. The predominant evokings were: loss; need of attention and being heard; lack of social family assistance; tendency to solitude.

Psychologists in general relate mental health of the elderly with the social vulnerabilities and comorbidities and they show that this public does not reach the mental health team. Thus, it is possible to observe that the care of the elderly in mental health is still incipient and lacks capacitation, making it clear that it is necessary that social representations of mental health go further the negative view of aging with means of a better assistance.

Key-words: Aged, Aging, Social Perception, Health Personnel

Resumen:

El objetivo de este estudio es investigar las representaciones sociales sobre las personas mayores de los psicólogos del Equipo de Salud Mental que trabajan en la Atención Primaria de Salud. Con el envejecimiento de la población aumenta la demanda de los servicios de salud mental para las personas mayores. Esta investigación es cualitativa, exploratorio y transversal, once psicólogos respondieron un cuestionario semi-estructurado. Los datos fueron procesados en el software Atlas TI y analizados a partir de la teoría de las representaciones sociales, mediante el recurso de análisis de contenido. Los términos comunes fueron: las pérdidas; necesidad de atención y escucha; falta de asistencia social y familiar; y tendencia a la soledad. Los psicólogos se refieren a la salud mental de las personas mayores con las vulnerabilidades sociales y las comorbilidades, y indican que este público no alcanza el Equipo de Salud Mental. En este sentido, se observa que el cuidado de la salud mental de las personas mayores es todavía incipiente y carente de formación, que muestra la necesidad de que las representaciones sociales de los profesionales de salud mental van más allá de la visión negativa del envejecimiento con el fin de desnaturalizar los problemas de salud mental en los ancianos y ofrecer una mejor atención.

Palabras Claves: Anciano, Envejecimiento, Percepción Social, Personal de Salud

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é estudar as representações sociais sobre a pessoa idosa para os(as) psicólogos(as) da Equipe de Saúde Mental (ESM), que compõem o apoio especializado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário de Venda Nova, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Com o envelhecimento populacional cresce a demanda aos serviços de saúde, incluindo aos de saúde mental, e é relevante compreender as representações sociais dos(as) profissionais envolvidos nesta assistência.

O envelhecimento é um processo complexo, heterogêneo e multifatorial, que envolve a interação de diferentes aspectos biopsicossociais, sob as condições culturais, históricas, políticas, econômicas e geográficas¹. A demarcação cronológica das pessoas acima de 60 anos como idosas é prevista pela Organização Mundial de Saúde (OMS)². E de acordo com censo

demográfico de 2010 o número da população idosa equivale a 10,8% da população total, com projeções de crescimento acelerado³. Este processo ocasionou novas demandas aos serviços públicos, sendo que 47,3% das pessoas idosas que procuraram atendimento buscaram pela APS e 71,7% dos atendimentos foram pelo Sistema Único de Saúde⁴. Essas novas demandas no campo da saúde, colocam o envelhecimento na agenda e exigem conhecer os problemas prioritários e buscar soluções⁵.

O Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos(as) até 2025 e ainda há grande desinformação sobre a saúde do(a) idoso(a)². A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁶ assegura o direito a atenção integral à saúde, com a participação da APS na promoção do envelhecimento ativo.

As ações da APS são executadas nos Centros de Saúde por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que é a porta de entrada preferencial da rede de assistência à saúde e sustenta-se na atenção integral à população do território. A ESM realiza o apoio matricial às equipes da ESF e acolhe as demandas de sofrimento mental, priorizando os casos graves⁷. O Plano de Ação Abrangente em Saúde Mental 2013/2020 da OMS, propõe o imperativo de identificar a necessidade de diferentes grupos, dentre eles os(as) idosos(as)⁸.

Conforme a Associação Americana de Psicologia cerca de 20% dos(as) idosos(as) têm algum problema de saúde mental, com expectativa do número absoluto de transtornos mentais quadruplicarem até 2030, devido a transição demográfica⁹. Saliencia ainda que, o tratamento à saúde mental no(a) idoso(a) é negligenciado, de modo que aproximadamente dois terços dessa população não recebem o serviço que necessita, e tal percentual, é ainda mais alarmante em regiões carentes^{9,10}. A omissão de diagnóstico e tratamento aos problemas de saúde mental no(a) idoso(a) é uma realidade também exposta pela OMS^{2,11} e em estudos nacionais^{12,13}.

Assim, pesquisas internacionais^{9,10} e nacionais¹⁴ recomendam estudos que contemplem a percepção dos(as) profissionais da saúde pública acerca do envelhecimento para sensibilizar os(as) profissionais para as necessidades dos(as) idosos(as), fomentar a capacitação e melhorar o atendimento¹⁵. A capacitação em gerontologia no campo da saúde mental é também recomendada por autores(as) de vários cenários: emergência psiquiátrica¹⁵; serviço especializado de atenção à idosos¹⁶; Centro de Atenção Integral à Saúde¹⁷; hospital psiquiátrico público¹²; e das discussões em psiquiatria geriátrica¹⁸.

O envelhecimento populacional é uma conquista e assumi-lo como problema é um enquadre na lógica preventivista que normatiza e permeia o imaginário social¹⁹. Nesse sentido,

discute-se os rótulos que a sociedade impõe aos(as) idosos(as) como sinônimo de decadência, recolhimento, inatividade, prevenção das possíveis doenças ou infantilizando-os(as)¹⁹. Estudos apontam que a visão negativa do envelhecimento tem se mantido no decorrer dos anos^{1,20}, sendo associado à doença, perdas, declínio, dependência, morte e considerado como um problema médico¹. As representações sociais sobre o envelhecimento no campo da saúde também são circundadas por aspectos negativos, que salientam as perdas biológicas, sociais e psicológicas; e por preconceitos como "inutilidade", "improdutividade" e "dependência"^{21,22}.

A concepção de representações sociais é fundamentada na teoria de Moscovici, que a compreende como um processo sociopsicológico. As representações constituem um tipo de realidade, do que é o conhecimento prático, empregado no agir com o outro, e é um dos pontos em torno do processo social²³.

1.1 Contextualização do cenário

A política de saúde mental é resultado da Reforma Psiquiátrica, um processo político e social complexo que se iniciou no final da década de 1970 com a mobilização dos(as) trabalhadores(as) em saúde mental e foi composta por diversos(as) outros(as) atores(as), instituições, forças e movimentos. A Reforma Psiquiátrica é uma mudança de paradigma no tratamento do sofrimento psíquico, uma ruptura com a lógica manicomial e hospitalocêntrica - de exclusão, de tratamento moral e isolamento terapêutico. É um processo de luta pela emancipação dos(as) cidadãos(as) em sofrimento mental. Em 2001, após mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional e alterações no projeto inicial, a lei 10.216 foi promulgada e significou um avanço na assistência em saúde mental no país. A Política de Saúde Mental baseia-se no paradigma psicossocial que busca articular o sofrimento à complexidade da vida, à possibilidade de produção de sociabilidades e subjetividades, opera pela lógica do território, com estratégias de cuidado articuladas em rede. Nessa perspectiva, a inclusão da saúde mental na APS é prevista como uma estratégia para potencializar o acesso, o tratamento e reduzir estigmas²⁴⁻²⁷. A ESM na APS facilitou o acesso dos(as) usuários(as) com sofrimento mental à equipe e tratamento no território^{24,25}.

A equipe da APS é composta por médicos(as) clínicos, enfermeiros(as), auxiliares, agentes comunitários de saúde, profissionais generalistas da saúde da família e possuem equipes que realizam o apoio técnico assistencial, dentre elas o Núcleo de Saúde da Família e a ESM²⁸. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) esclarece que a integração da saúde mental à APS

é colaborativa, norteadada pela lógica de apoio matricial que é um suporte técnico-pedagógico para ampliar e qualificar a atuação das equipes, sendo ao mesmo tempo, um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho²⁹.

No município de Belo Horizonte, a ESM é composta por psicólogos(as) e psiquiatras e integram aos serviços da Rede substitutiva no campo da Reforma Psiquiátrica²⁸. As ESM atuam na interlocução com as equipes da ESF, como também, em diálogo com as equipes complementares compostas por psiquiatra infantil, fonoaudiólogo(a) e terapeuta ocupacional; as equipes do Centro de Atenção Psicossocial que são nomeadas como Centro de Referência em Saúde Mental; os Centros de Convivência; os Serviços de Urgência Psiquiátrica; o Arte na Saúde e Ateliê de Cidadania; a Incubadora de empreendimentos solidários, e os Serviços residenciais terapêuticos³⁰.

Em 2010, o trabalho "Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde"³¹ descreve como funções do(a) psicólogo(a) na APS: desmistificar a loucura, promover a saúde e garantir o acolhimento. Aponta ainda que, a atuação do(a) psicólogo(a) nesse cenário é uma prática que está se configurando e consolidando, tanto para os(as) profissionais, dentre esses os(as) próprios(as) psicólogos(as), quanto para os(as) usuários(as)³¹.

Para o MS a atuação da saúde mental não é determinada pela patologia, mas pelo sofrimento que ameaça a identidade da pessoa, o foco é no cuidado, na ressignificação do sofrimento e as intervenções embasadas na vivência no território²⁴. Assim, os serviços de saúde mental são cruciais no envelhecimento ativo, mas enfrentam dificuldades no atendimento a demanda dessa população^{2,32}. A APS possui potencial para lidar com os efeitos das desigualdades e despreparo das políticas para o envelhecimento por meio da ESF, sendo necessário a reorganização dos serviços para comportar essa nova realidade, incluindo as demandas subjetivas de saúde mental³³⁻³⁵.

Na APS, dentre as ações direcionadas a assistência à idosos(as) com transtornos psiquiátricos estão previstos o reconhecimento dos casos de depressão, demência, ansiedade e psicose; o acompanhamento dos casos contrarreferenciados pela rede; a realização de aulas temáticas na comunidade; práticas de promoção de envelhecimento saudável³⁶.

Conforme Almeida¹⁵, em um serviço de emergência psiquiátrica 7,3% dos atendidos eram idosos(as), demonstrando que esse público em 1997 constituía-se uma parcela importante dos atendimentos psiquiátricos, com a expectativa de aumento progressivo dos transtornos mentais em idosos(as). Esse estudo¹⁵ ressalta a relevância de conhecer as particularidades das

sintomatologias e dos transtornos mentais nesta população para condução adequada do tratamento. Adicionalmente, pesquisas apontam que 50 a 70% das visitas médicas dos(as) idosos(as) estão relacionadas a fatores psicológicos como estresse, depressão e ansiedade^{9,10}. Contudo, essas sintomatologias são naturalizadas, sendo muitas vezes consideradas parte do processo de envelhecimento^{12,37}. Assim, esta pesquisa é importante para favorecer ações adequadas a essa população e contribuir para a reflexão sobre o tema.

1.2 As Representações Sociais

As representações sociais são fenômenos que tratam da realidade consensual, orientam comunicações e condutas, versam sobre a produção dos saberes sociais, são ligadas a conhecimentos e desconhecimentos da experiência vivida, e são produzidas e modificadas pelo cotidiano. É uma teoria que analisa como o saber e o pensar se conectam no tecido social. As representações sociais expressam a relação da subjetividade dos(as) atores(as) sociais com o existente, com códigos históricos e culturais do contexto fazendo uma mediação, como uma ponte na lacuna entre o sujeito e o mundo^{38,39}, de modo que, a relação entre ações significantes e ações representacionais não são automáticas, a representação e ação estão articuladas em função da intenção e do conteúdo²³ existindo correlações entre as produções mentais e os aspectos funcionais e materiais da vida dos grupos³⁹.

Trata-se de uma relação complexa, que é explicada de maneira compreensível aos(as) atores(as) sociais de determinado grupo²³. Nesse sentido, Moscovici²³ explica que as representações sociais combinam ao mesmo tempo muitos modos de pensamento, de várias áreas do conhecimento e da prática. É a tensão arcaica entre o familiar e o estranho que cria a necessidade de representar. Desse modo, no enunciado nada é errado ou tem valor de verdade, mas possui um valor que é negociado e pertence a um sistema, podendo ser discutido²³.

As representações são criadas no curso da comunicação e cooperação. Depois de criadas circulam e oportunizam novas representações e estão presentes por meio da familiarização, em paradigmas prévios, para compreender determinada situação. Desse modo, o que existe só tem repercussões se significa algo e para isso pelo menos duas pessoas precisam compartilhar: linguagem, valores e memórias comuns. Moscovici (2003, p.105) afirma "Ao dizer que as representações são sociais nós estamos dizendo principalmente que elas são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto os assim chamados cognitivos"⁴⁰. As representações sociais são construídas por percepções, definições de ideias condicionadas a

uma linguagem, a tradição e a cultura. É uma maneira própria de compreender e comunicar que cria a realidade e por este motivo é importante que seja descrito e explicado⁴⁰.

Na literatura sobre representações sociais, o envelhecimento aparece associado à perdas, limitação e a manutenção de associações negativas^{20,41}. A velhice no contexto urbano também tem imagens predominantemente negativas, como solidão, doença, perda da beleza, abandono, dependência, ausência ou impossibilidade de produção²⁰.

No campo da saúde, em uma pesquisa de revisão bibliográfica²² apenas cinco artigos abordavam a perspectiva dos(as) profissionais, nos seguintes contextos: hospital psiquiátrico⁴² serviços públicos especializados de atenção à idosos⁴³, em uma instituição de longa permanência de idoso no tema da violência e na APS sobre a atenção integral do idoso⁴⁴ e idoso saudável⁴⁵. Nesse recorte, a escassez de trabalhos com profissionais, em especial de saúde mental, demonstra que é inédita a proposta desta investigação e sua relevância.

2 METODOLOGIA

Este trabalho enquadra-se no desenho metodológico de uma pesquisa qualitativa, exploratória e transversal⁴⁶. Para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, com questões abertas e autoaplicável para incluir maior número de profissionais na amostra. O instrumento foi construído orientado nos objetivos da pesquisa e adaptado quanto a clareza e pertinência, após a aplicação de um pré-teste. O questionário foi composto por um cabeçalho com os itens de identificação pessoal e profissional, seguido de seis questões, sendo: "1.Como você vê o idoso?"; "2.Você tem vivência de atendimentos a idosos? Como é?"; "3.Como você diria que a ESM vê a saúde mental da pessoa idosa?"; "4.Como você vê a atuação da ESM diante das necessidades dos idosos na APS?"; "5.Você percebe diferença da atuação na APS com a saúde mental da pessoa idosa e dos demais profissionais na rede de saúde? Quais?"; "6.Você percebe particularidades nas demandas de saúde mental da população idosa? Quais?".

Os participantes foram 11 psicólogos(as), sendo 10 mulheres e um homem, do universo de 18 profissionais que compõem a ESM do Distrito Sanitário de Venda Nova, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma amostra intencional, de conveniência e não probabilística, por ser esse Distrito um dos cenários de atuação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso – no qual as residentes estiveram inseridas por oito meses. Os critérios de inclusão foram ser profissional da ESM, estar presente na reunião,

concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do questionário foi realizada coletivamente no decorrer de uma reunião de supervisão clínica. Nesse cenário, especifica-se que foram realizados três encontros com os(as) participantes um de aproximação, outro de apresentação da pesquisa e coleta de dados e o último de devolutiva no qual foi apresentado os resultados desta pesquisa.

Para análise dos dados, recorreu-se a análise de conteúdo temática, conforme teorizado por Bardin, no qual se reagrupa as categorias em unidades de codificação⁴⁷. Realizou-se um trabalho sistemático composto pela organização dos dados; exploração do material no qual definiu as categorias de análise e a análise reflexiva⁴⁷. Inicialmente as respostas redigidas foram organizadas em arquivos por sujeitos e por questões. O tratamento foi realizado no software Atlas TI, versão 6.0 (Scientific software development GmbH)⁴⁸. As interpretações dos dados foram fundamentadas na pesquisa bibliográfica realizada, a luz da teoria das representações sociais na perspectiva psicossocial, com a abordagem conhecida como processual ou culturalista³⁹.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº921.179 e da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte sob o parecer nº 1.027.903. No decorrer de toda pesquisa respeitaram-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas a assegurar o sigilo, os(as) entrevistados(as) foram identificados(as) pela letra "S" seguida de número de ordenação. Assim, do "S1" ao "S4" trata-se de profissionais com até três anos de experiência na ESM; do "S5" ao "S8" são os que afirmaram estar na ESM entre quatro e seis anos; a partir do "S9" os com mais de sete anos de prática na ESM. A letra "Q" identifica as questões do instrumento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos(as) os(as) psicólogos(as) que participaram deste estudo declararam ter vivência em atendimento a pessoa idosa corroborando com a literatura, que assinala a presença desse público na APS⁴. Porém desses, 64% relataram ter pouca vivência ou terem realizado poucos atendimentos a esse público. Os fragmentos das respostas ilustram que: *"Chegam poucos casos de atendimento a idosos na saúde mental."* (S3 Q2)

Duas categorias emergiram das análises, a primeira refere-se diretamente as *"Representações sociais sobre a pessoa idosa e o envelhecimento"* e a segunda *"Elementos da*

assistência à saúde mental do idoso(a)” aborda o sentido dessas representações na assistência à saúde mental do público idoso(a).

3.1 Representações sociais sobre o a pessoa idosa e o envelhecimento

Os dados tabulados consideraram a recorrência de palavras nas respostas dos(as) psicólogos(as) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Representações Sociais sobre pessoas idosas

PERDAS						
Falta de assistência sociofamiliar 7		Perdas 7		Frágil 3		Influência de comorbidades 2
						Pouco recursos 1
						Precisa readaptar-se a mudanças 1
						Redução da funcionalidade 1
DEMANDAS						
Necessita de atenção 7		Necessita de escuta 6		Necessita de ajuda 4		Necessita de cuidado 3
						Necessita de vínculo/convívio social 2
						Poliquireixosos 2
						Necessita de cuidados especiais
CARACTERÍSTICAS						
Tendência a sentirem solitários 5		Pessoa com grandes vivências 4		Pessoa com particularidades 4		Muito desvalorizado e fragilizado 1
				Desesperança em relação a vida 3		Ocioso 1
				Fase do desenvolvimento 2		Que se vê como frágil 1
				Finitude 2		Sensível 1
				Angústias próprias do envelhecer 1		Rebaixamentos de humor 1
						Sobrecarregado com tarefas (familiares) 1

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que os termos mais frequentes foram: "perdas", "necessita de atenção", "falta de assistência sociofamiliar" com sete vezes de cada; "necessita de escuta" apareceu seis vezes; a "tendência a sentirem solitários" surgiu cinco vezes; "pessoa com particularidades", "necessita de ajuda", "pessoa com grandes vivências, experiência e saber" tiveram a frequência quatro. A denominação dos termos são códigos *in vivo*, ou seja, retirados da maneira que estavam nas respostas e foram agrupadas nas subcategorias perdas, demandas e características considerando a repetição e consistência dos termos que aparecem.

A consistência das respostas aponta, no geral, para aspectos negativos, tais como perdas e fragilidades. Essa associação da pessoa idosa às características negativas se assemelha aos

descritos na literatura^{20,21,22,42,43,49}. No trabalho de Silva et al.⁴² de representações sociais sobre envelhecimento de profissional da saúde mental foram evocados termos como "exclusão" e "abandono" nos diversos âmbitos familiar, social, institucional e público, além de, "triste", "solidão", "morte", "crônico", "perdas" e "sem referencial"⁴².

Visualiza-se nos termos mais frequentes dos(as) psicólogos(as) a predominância dos processos subjetivos do luto e da alteridade como condição para existência do sujeito, e aspectos das vulnerabilidades sociais. A literatura reconhece que o abandono e a solidão contribuem mais para a visão negativa do envelhecimento do que a doença e a dependência¹⁹, semelhante aos resultados deste trabalho em que apareceu como quatro dos cinco termos mais frequentes.

Os dados evidenciaram a necessidade de participação da família no tratamento, apontam para a "falta de assistência sociofamiliar", "tendência a sentirem solitários" e "necessidade de cuidado". Com o aumento da expectativa de vida há o crescimento de doenças crônicas que ocasionam maior demanda dos(as) idosos(as) ao cuidado de alguém, mas esses cuidados não são responsabilidades apenas da família, é uma questão pública que envolve a sociedade e o Estado⁵⁰. Nessa vertente, é nomeada a hipocrisia social no papel atribuído a família frente ao envelhecimento⁵¹. A importância de suporte da família, o descaso do governo e a necessidade de acesso aos serviços de saúde também surgem em um trabalho de representações sociais sobre o idoso(a) de profissionais da saúde na APS⁴⁵.

Dentre os termos mais recorrentes, destaca-se um que salienta aspectos positivos do idoso(a), que o vê como uma "pessoa com grandes vivências, experiência e saber". E ainda, o apresenta como um sujeito ativo "sobrecarregado com tarefas (cuidar dos netos, ajudar os filhos)".

Eiras⁴³ ao discutir representações sociais da velhice em instituições de saúde, sinaliza a dimensão interpessoal do cuidado entre o profissional e o(a) paciente idoso(a) evidenciando ambiguidades entre o que os(as) profissionais veem, limitação e solidão, e o que gostariam de ver, a sabedoria. Postula ainda, que o envelhecimento provoca medo devido a possibilidade de dependência física e de demência.

Com subsídios da teoria das representações sociais, ao se objetivar o(a) idoso(a), partindo do não familiar para familiarizá-lo cognitivamente, verifica-se que as representações sociais dos(as) psicólogos(as) sobre a pessoa idosa, nesta pesquisa, é uma teia complexa que pode estar correlacionada ao campo do conhecimento da saúde e da saúde mental, contextos de onde os sujeitos desta pesquisa vocalizam, sendo frequente correlacionar o(a) idoso(a) ao

envelhecimento patológico. Soma-se também ao significado do envelhecimento no mundo ocidental capitalista e o estigma social que marca o isolamento do(a) idoso(a), o silencia, o invisibiliza⁵² e naturaliza^{12,37} suas demandas psíquicas no envelhecimento.

A sociedade deseja o aumento da expectativa de vida, mas trata o(a) idoso(a) com hostilidade com conotação de doença e morte, como aquilo que não se quer ver, que causa repulsa pela decrepitude⁵². Desse modo reproduz a pessoa idosa como socialmente morta, isolada e invisível⁵². Além das perdas, existem ganhos com o processo de envelhecimento. Observa-se que em nossa sociedade, parte dos idosos(as) saudáveis são ativos e exercem papéis sociais importantes, há aqueles que são arrimo financeiro da família, suporte no cuidado dos familiares, dentre outras situações sociais, no entanto tais aspectos estão ausentes nos dados desta pesquisa desconsiderando a polifonia dessa fase do desenvolvimento. Especialistas no estudo do envelhecimento¹ nomeiam três grupos de pessoas mais velhas, sendo os(as) idosos(as) jovens aqueles com até 74 anos que com frequência são ativos socialmente; os(as) idosos(as) velhos de 75 a 84 anos e os(as) idosos(as) mais velhos são os que tem mais de 85 anos e comumente apresentam dificuldades para realizar alguma atividade de vida diária.

A visão deficitária do envelhecimento não é universal, mas característica da maioria das sociedades ocidentais atuais⁵³, há uma valorização da juventude em contraposição ao velho e aliado a uma responsabilidade individual por tal condição²⁰. A desvalorização da velhice é também discutida no contexto social associada aos valores capitalistas^{19,42,43,54}. Como ainda, a ênfase aos aspectos biológicos ocasionou a naturalização da velhice como um momento de degradação e decadência do indivíduo, desconsiderando os aspectos individuais^{5,21}, de modo que, o sofrer aparece como produto e produtor do envelhecimento²⁰. Nessa perspectiva, existe a necessidade de positivar a identidade dos(as) idosos(as)^{1,19} desconstruindo a associação do envelhecimento a perdas, reconhecendo as especificidades e significações simultâneas, porém tal positividade ainda não sobressaiu nos dados desta pesquisa.

3.2 Elementos da assistência à saúde mental do(a) idoso(a)

Discute-se o sentido prático das representações sociais sobre a pessoa idosa estarem associadas à características negativas no cenário da assistência à saúde mental à pessoa idosa na ESM. 45% dos participantes compreendem as necessidades da saúde mental dos(as) idosos(as) de modo mais integral:

"Normalmente temos o cuidado de procurar observar o que tem gerado os sintomas/ queixas destes: são provenientes de causas orgânicas, sociais ou de um quadro psíquico" (S9 Q3)

Assim, pode-se realizar uma inferência inicial que embora os(as) profissionais atendam poucos(as) idosos(as), a prática os instrumentaliza a compreender as complexidades envolvidas na assistência ao(a) idoso(a).

Os(as) psicólogos(as) percebem a necessidade de escuta, atenção e cuidado, e apontam que o atendimento à idosos(as) requer mais investigação e tempo, bem como atenção a questões psíquicas, sociofamiliares e a comorbidades orgânicas. Apresentam também a necessidade de trabalhar os lutos dos(as) idosos(as) e a importância da participação da família nos processos de cuidado do(a) idoso(a) e nomeiam diagnósticos de demências, sintomatologias depressivas, psicoses e comorbidades. É recorrente a expressões de perdas no âmbito afetivo, financeiro, cognitivo, saúde física, capacidade de trabalho, vínculos sociais e familiares, além da desesperança com relação a vida, tendência a sentirem solitários e o rebaixamento do humor. Sendo assim elucidado:

"(...) com demanda de atenção, as vezes solitário, carente, necessitado de escuta direcionada ao alívio de angústias vivenciadas por perdas e próprias do envelhecer" (S7 Q1)

"Necessidade de atenção, vínculo, escuta, convívio social, "desabafar", falar - psicoterapia individual." (S8 Q6)

Contudo, afirmam que o enfoque da APS é à comorbidades clínicas dos(as) idosos(as) com pouco questionamento dos aspectos psicológicos:

"Percebo que a Atenção Primária lida com os aspectos clínicos, principalmente, embora alguns profissionais desta área sejam bem atentos quanto as condições de vida do idoso (aspectos sociais e psicológicos). (...) Nem sempre estes pacientes chegam ao profissional da Saúde Mental ao serem encaminhados pelos outros." (S9 Q5)

"Com foco na saúde mental não são sempre "encaminhados" para a ESM ou medicados com antidepressivos ou medicação para dormir, contudo há maior atenção do ESF aos idosos quanto a questões clínicas, comorbidades - diabetes, hipertensão, problemas circulatórios principalmente." (S8 Q5)

Na literatura é presente a discussão de diversas doenças mentais no(a) idoso(a), a prevalência de demência, depressão, as especificidades das manifestações sintomatológicas dos sofrimentos mentais^{15,29,36,54}, da clínica psicológica com pessoas idosas^{16,54}, e necessidade de prevenção do suicídio⁵⁵ requerendo a atenção da saúde mental. Contudo, a assistência ao público idoso(a) aparece muito incipiente nos dados e evidencia-se que as alterações

psicológicas que acompanham o processo de envelhecimento ainda não são contempladas na pauta da ESM, nem por meio do apoio matricial a ESF, sendo tais demandas negligenciadas^{2,9-13}, naturalizadas^{12,37} e invisíveis^{52,55}.

A integralidade da assistência por meio da adequação das políticas públicas ao envelhecimento populacional é uma necessidade^{56,57}. Ao serem questionados sobre a diferença da atuação da APS com a saúde mental da pessoa idosa e dos demais dispositivos na rede de saúde, 45% dos(as) profissionais não responderam, e 27% relatam que os(as) idosos(as) não chegam à ESM, ficando em acompanhamento apenas pela ESF:

"Acho que a saúde mental na rede não é muito atuante. Muito por causa das dificuldades que o idoso tem para chegar até a saúde mental." (S5 Q3)

"(...) o cuidado a saúde mental dos idosos não é prioridade, exceto em casos de depressão grave." (S8 Q3)

"(...) muitos casos, acabam sendo acompanhados apenas pela ESF." (S1 Q3)

É possível observar que parte dos(as) profissionais visualizam a APS como sinônimo de ESF e não consideram a ESM integrada a APS. Alguns(mas) psicólogos(as) afirmam não existir diferença da atuação em saúde mental nos diferentes níveis da rede, talvez em função da fragilidade de promoção a saúde e da distância entre a teoria e a prática⁵⁸. E poucos(as) profissionais descrevem características da APS, referindo-se ao trabalho longitudinal e o vínculo com idoso(a) no seu contexto de vida e ainda expressam a necessidade da participação familiar.

Para a maioria dos(as) participantes o público idoso não é adscrito ao perfil priorizado pela ESM, em alguns casos são considerados como externos a demanda da equipe:

"(...) a demanda de atendimento, demanda geral, é muito grande e os profissionais acabam tendo que priorizar casos de psicose e neurose grave (...)" (S1 Q3)

"(...) deveria haver uma atenção maior, melhor, mas devido a demanda enorme de casos de psicose, neurose grave (...)" (S8 Q3)

"São acolhidos e acompanhados casos de psicose e neurose graves, não pelo viés das necessidades dos idosos." (S8 Q4)

Para grande parte dos(as) profissionais as demandas da pessoa idosa são excludentes a ESM. Há um contexto psicológico, histórico e político que correlaciona o direcionamento da saúde mental prioritariamente aos casos de psicose²⁵ e neurose grave. Quando os(as) psicólogos(as) falam dos idosos(as) na ESM, no geral, se referem a pessoas com problemas mentais que conseguiram envelhecer e continuaram acompanhadas pela saúde mental. Apenas

duas profissionais reconheceram que a pessoa idosa permeia ou precisa ser incorporada ao público de sua clínica. Logo, na teoria das representações sociais verifica-se que essas duas profissionais desviam, são ruídos ainda individuais aos padrões mentais das representações sociais do grupo que mantêm o(a) idoso(a) como um público fora da ESM.

O MS e Conselho Federal de Psicologia discutem que as ações em saúde mental não deveriam ser definidas a partir da patologia, mas do sofrimento de pessoas, considerando ainda a APS como porta de entrada para todos os problemas relacionados a saúde mental do território^{24,31}.

No campo de pesquisa escuta-se que o(a) idoso(a) é como “Severino”, se queixa muito e quer resolver os problemas de toda sua família no Centro de Saúde, é aquele(a) que todos(as) os(as) profissionais conhecem, que está presente nos serviços, mas que não é escutado(a). Também afirmam que é um público que a ESM não dá conta de atender pela especificidade do desenho da equipe, porque a pessoa idosa demanda mais atenção e tempo de atendimento.

As demandas da pessoa idosa são percebidas como coisa da idade, de modo resignado pelo profissional e pelo(a) idoso(a) e realiza-se uma assistência fragmentada sobre o processo saúde-doença⁵⁹. Conforme os(as) entrevistados(as) falta capacitação:

"Os profissionais, de forma geral, são engajados e interessados, mas falta capacitação." (S4 Q4)

"Quando chega até a saúde mental as necessidades são bem acolhidas, mas acho que falta um investimento em cursos para profissionais." (S5 Q4)

Desse modo, a necessidade de capacitação em temáticas que perpassam o atendimento aos idosos(as) foi apontada por 45% dos(as) psicólogos(as) e é recorrente na literatura no cenário de saúde mental^{12,15-18} e da APS^{56,60}.

O(as) profissionais expressam ainda que se deparam com outros desafios que são transversais a assistência aos pacientes idosos(as):

"Acredito que há necessidade de oferecer apoio e acompanhamento para essa parcela da população, mas infelizmente isso não tem ocorrido em função de falta de profissionais, políticas públicas, capacitação..." (S1 Q4)

De modo semelhante, apesar dos avanços na política de saúde, em estudo no campo das representações sociais de profissionais da saúde⁵⁸ os(as) profissionais deparam com dificuldades concretas no cotidiano como as deficiências de capacitação dos(as) profissionais, o número reduzido dos recursos humanos, além da desproporção da oferta e demanda. Tensões

essas que resultam em insegurança, desgaste físico e emocional do profissional que necessita desenvolver alternativas para executar o seu trabalho.

Assim, a literatura indica uma carência de tratamento aos problemas de saúde mental no idoso(a), e a tendência a negligenciar as perturbações mentais na APS^{9,11,16} e a relevância de capacitação em gerontologia no campo da saúde mental.

Em estudos do Conselho Federal de Psicologia³² sobre a atuação do(a) psicólogo(a) na APS os desafios são abordados apontando experiências inovadoras como recursos para ampliar as ações e garantir a execução das diretrizes da Política de APS, tais como o acolhimento, a discussão de caso, o matriciamento, a articulação da rede, a realização de grupos, dentre outros³¹. Entretanto, tais estratégias são pouco abordadas nas respostas nesta pesquisa, observando a dificuldade clássica de percepção de atividades socioclínicas como práticas em saúde mental pelos(as) profissionais^{24,25}. Ressalva-se ainda que, o desafio de realização do apoio matricial, com caráter teórico-pedagógico da ESM e de compartilhamento da atenção psicossocial com a ESF que aparece na literatura²⁹ também não é expresso pelos(as) psicólogos(as) neste trabalho.

A incipiência de ações de promoção e prevenção de saúde para a população idosa sobrevém nos dados:

"Bom, acho que profissionais da área psi ou saúde mental, tendem a atuar muito no campo do fator do mental, assim outros modos de intervenção ficam prejudicados (...) Acho que precisa de ser priorizada atenção preventiva para a terceira idade." (S11 Q3)

A literatura aponta que a escassez de ações de promoção e prevenção à saúde mental do(a) idoso(a) registrada pelos(as) profissionais pode ser devida ao foco clínico da maioria dos(as) profissionais³¹. Discute-se, no geral, a centralidade de atuação nos agravos e a fragilidade das ações de promoção de saúde⁵⁸.

As dificuldades na assistência a pacientes idosos(as), os esforços dos(as) profissionais e a organização da ESF para produção de saúde desses pacientes também são descritos em estudo de representações sociais no campo da APS⁴⁴. Observa-se a necessidade de solidez das políticas de seguridade social e da substituição de abordagens individuais de saúde mental em idosos(as), por abordagens que a contemple como um problema de saúde coletiva⁶¹.

Atenta-se ainda que, a formação do(a) profissional no paradigma de promoção e assistência integral à saúde é algo relativamente recente. Assim como é igualmente atual, a

atenção aos(as) idosos(as), uma vez que se trata de uma população que cresceu de maneira significativa nas últimas décadas. Tais concepções são importantes e demandam também abordagens de saúde coletiva, que considere o caráter participativo, multideterminado e multidirecional da pessoa idosa.

Observou-se no percurso da pesquisa limitações em virtude da escolha do questionário como instrumento de coleta de dados e pela ausência do critério idade dos(as) participantes. O campo das representações sociais apresenta-se transversal e complexo, abre muitas janelas de interlocução, permanecendo outros percursos de investigação, uma vez que, os dados captaram ramificações dos dilemas que abarcam a saúde coletiva, a saúde pública, o fluxo de atendimento, o diagnóstico em saúde mental e os impasses na assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais compartilhadas pelos(as) psicólogos(as) a respeito da pessoa idosa privilegiam as perdas e necessidades revelando-se objetivadas, cristalizadas e predominantemente negativas - padrão que influencia na assistência prestada. As representações sociais são fenômenos complexos e esta pesquisa evidencia alguns aspectos para a compreensão da assistência à saúde da pessoa idosa. Evidencia-se o imperativo dessas representações serem construídos de forma mais plural para integrar as condições da pessoa idosa e as possibilidades de atendimento na política de saúde.

As representações sociais penetram e modelam as relações, portanto, entender o(a) idoso(a) por aspectos negativos pode contribuir para naturalização das demandas de saúde mental, contribuindo para a ausência de diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais nos(as) idosos(as), especialmente na APS. Paradoxalmente, essas representações sociais ao invés de naturalizar o sofrimento por estarem articuladas à perdas e a alteridade, poderiam justificar a necessidade de acolhimento, considerando as crescentes estatísticas de saúde mental da população idosa. Porém em campo, observa-se, em muitos casos que, o(a) idoso(a) é um paciente conhecido e presente na APS devido as suas condições de saúde, mas com acesso a poucos canais efetivos para ser escutado. Assim ele(a) é compreendido(a), geralmente como um caso mais simples, comparado com outras patologias da saúde mental, mas também como um atendimento que demanda mais investimento de tempo e atenção. Desse modo, é possível

a inferir que, nesse cenário, a demanda de saúde mental do(a) idoso(a) é ainda escassamente percebida e pouco acolhida.

Nos casos em que a assistência em saúde mental da pessoa idosa é necessária, 27% dos(as) profissionais relataram que os canais de atendimento são exteriores a ESM, em alguns casos cabíveis a ESF, porém o apoio matricial enquanto caráter técnico-pedagógico não é mencionado. Já outros(as) profissionais, 45%, apontam a incipiência de ações para acolher as demandas de saúde mental dos(as) idosos(as) discutindo os desafios na assistência, a necessidade de capacitação, como também, a falta de ações de promoção e prevenção à saúde. Se faz necessário que a demanda de saúde mental da pessoa idosa se efetive na ESF por meio da capacitação, da formulação da equipe para atendimento e da visibilidade integral dessa população na agenda do serviço e na da ESM. A ESM junto a ESF pode realizar contribuições diretas, de apoio matricial efetivo e de articulação com outras equipes de assistência. Esse cenário é relevante para embasar a reorganização das políticas e programas mais adequados a realidade social concreta.

É importante ressaltar que os centros de saúde e o processo de trabalho do(a) psicólogo(a) da ESM são heterógenos e possuem autonomia sobre seu fazer diante da demanda do público idoso. Todavia esta pesquisa enfatiza a importância de compreender as representações sociais sobre a pessoa idosa desses(as) profissionais envolvidos na assistência a essa população na APS atentando para a efervescência dessa discussão no campo da saúde mental.

É notório que os estigmas da sociedade acerca da pessoa idosa permeiam o campo da saúde, desse modo descrevê-los é importante para interrogá-los e desenhar saídas mais pertinentes ao cenário que se configura com o envelhecimento tanto no âmbito populacional quanto individual. Ademais, subsidia planejar a assistência em virtude da urgência de implementação de políticas públicas de cuidado a esse público. Desta forma, novos estudos sobre esta temática são necessários.

REFERÊNCIAS

1. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia 2008; 25(4): 585-593.
2. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 características da população e do domicílio: Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

4. Fundação João Pinheiro (FJP). Boletim da Pesquisa por Amostra de Domicílios Minas Gerais 2011: perfil da população idosa de Minas Gerais. FJB, Centro de Estatística e Informações. Belo Horizonte Ano 3 n. 6, 2014, 85p.

5. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25-36

6. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União 2006; 19 out.

7. Turci MA, org. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008.

8. Organização Mundial de Saúde (OMS). Abrangente Plano de ação em saúde mental 2013-2020. Portugal: OMS; 2013.

9. Associação Americana de Psicologia (APA). Psychology and aging. Psychologists Make a Significant Contribution. Washington: APA. [acessado 2015 jul 7]; [cerca de 8p.]. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>.

10. Associação Americana de Psicologia (APA). Olders Americans Act Reauthorization. Washington: APA; 2006.

11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Portugal: OMS; 2009.

12. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. Cad. Saúde Pública 2011; 27(3): 555-564.

13. Moraes EN. Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. 3.ed. Belo Horizonte: Folium; 2010.

14. Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva 2008; 13 (4).

15. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21 (1).

16. Genaro Junior F. Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS [tese]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2013.

17. Pavarini SCI, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. O idoso no contexto da saúde mental: relato de experiência. Texto contexto-enferm. 2004; 13 (4): 608-617.

18. Campos WB, Bottino CMC, Laks J. Um serviço de psiquiatria geriátrica: uma abordagem multidisciplinar. In.: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.408-412.

19. Minayo, MCS, Coimbra Junior, CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 209 p.

20. Nascimento ARA, Barra MLP, Januário FS. "Respeitem, ao menos, os meus cabelos brancos": velhice e envelhecimento na canção brasileira (1927-2006). Arquivos Brasileiros de Psicologia 2008; 60 (2): 198-211.

21. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Oliveira AEC, Gouvêia EML, Duarte MCS. Representações Sociais e Envelhecimento: uma Revisão Integrativa de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2012; 16 (3): 427-434.

22. Souza MA, Souza GA, Diniz Neto O. Representações Sociais do envelhecimento no campo das saúde: uma revisão bibliográfica. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas. In press 2014.

23. Moscovici S. Prefácio. In: Jodelet D. Loucuras e representações sociais. 2005. P.11-31.

24. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica n 34. Brasília: MS; 2013.
25. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS; et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006; 615-634.
26. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique* 2018; 8(1): 173 – 190.
27. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55): 1121-1132.
28. Paula, PP. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. *Psicologia em Revista* 2012; 18(3): 531-534.
29. Chiaverini et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
30. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Saúde Mental [acessado 2018 jul 16]: Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>.
31. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Prática profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde. Brasília: CFP; 2010.
32. Silva LF, Passos VM, Moraes EN. Sintomatologia depressiva em residentes em instituições de longa permanência públicas ou beneficentes de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
33. Ministério da Saúde (MS). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: MS; 2005, 56p.
34. Garcia MAA, Miyamoto DA, Frigério RM, Merlin SS. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. *Revista APS* 2006; 9 (1): 4-14.
35. Amaral FIJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17 (11): 2991-3001.
36. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes para um modelo de integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP; 2014.
37. Coutinho MPL, Gonties B, Araújo LF, Sa RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF* 2003; 8 (2): 183-192.
38. Jovchelovitch S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia & Sociedade* 1998; 10 (1): 54-68.
39. Jodelet E. Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2005.
40. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução: Guareschi PA. Petrópolis: Vozes; 2003.
41. Camargo BV, Contarello A, Wachelke JFR, Moraes DX, Piccolo C. Representações Sociais do Envelhecimento entre Diferentes Gerações no Brasil e na Itália. *Psicologia em Pesquisa* 2014; 8(2): 179-188.
42. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Esc. Anna Nery* 2011; 15 (1): 124-131.
43. Eiras N. Representações sociais da velhice em instituições públicas de saúde. *Rev de Ciências Humanas* 2002; temática: 117-131.
44. Costa Mosta MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm* 2010; 44 (2): 437-444.
45. Teixeira MCTV, Schulze, C. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. *Estudos de Psicologia* 2002, 7(2), 351-359.
46. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.

47. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
48. Scientific Software Development GmbH, Berlim, Alemanha, 1993.
49. Laranjeira CA. Velhos são os Trapos: do positivismo clássico à nova era. *Saúde Soc.* 2010; 19(4):763-770.
50. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado* 2012; 27 (1): 165-180.
51. Debert GG, Simões JA. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. xvii, p.1571-1578.
52. Rodrigues JC. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
53. Uchoa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad.Saúde Pública* 2003; 19 (3): 849-853.
54. Birman J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras RP, et al. *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Dumara, 1995, p. 29-48.
55. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012, 17 (8): 1943-1954.
56. Gouveia LAG. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2012, 6 (4): 101-111.
57. Marques CP. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília 2014, 8(1): 65-70.
58. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):197-206.
59. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18(9): 2487-2496.
60. Minayo MCS. Cuidar do processo de morrer e do luto. *Ciênc. saúde coletiva* 2013, 18 (9): 2484.
61. Lima-Costa MFL. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In. *Rede Interagencial de Informações para a saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2009.