



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL
EM SAÚDE SOBRE ENVELHECIMENTO E MORTE E SUAS REPERCUSSÕES NA
FORMAÇÃO**

NATAL

2025

SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL
EM SAÚDE SOBRE ENVELHECIMENTO E MORTE E SUAS REPERCUSSÕES NA
FORMAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação, do Centro de Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para obtenção do título de Doutora
em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Erika dos Reis Gusmão
Andrade.

NATAL

2025

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Moacyr de Góes - CE

Almeida, Sheyla Gomes Pereira de.

Representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre envelhecimento e morte e suas repercussões na formação / Sheyla Gomes Pereira de Almeida. - 2026.
282 f.: il. color.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Natal, RN, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Erika dos Reis Gusmão Andrade.

1. Educação Profissional em Saúde - Tese. 2. Envelhecimento - Tese. 3. Morte - Tese. 4. Representações sociais - Tese. I. Andrade, Erika dos Reis Gusmão. II. Título.

RN/UF/Biblioteca Setorial Moacyr de Góes - CE

CDU 377:61

SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL
EM SAÚDE SOBRE ENVELHECIMENTO E MORTE E SUAS REPERCUSSÕES NA
FORMAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação, do Centro de Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para obtenção do título de Doutora
em Educação.

Aprovada em: 30/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Erika dos Reis Gusmão Andrade.

Orientador(a)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Profa. Dra. Danielle Oliveira da Nóbrega

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Profa. Dra. Jacileide Guimarães

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Prof. Dr. João Bosco Filho

Membro externo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Profa. Dra. Lenina Lopes Soares Silva

Membro externo

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE
DO NORTE

Ao meu Pai, meu salvador, meu querido, meu velho, meu amigo! Homem de alma grande e nobre, de coração manso, de silêncio e muita ação. Semeou e nutriu o que há de melhor em mim.

Aos meus mortos e vivos do ninho, que se desfaz e se refaz ao sabor dos movimentos do cotidiano. Carrego suas indeléveis marcas nos meus caminhos tortos. São o ouro da mina!

Dedico.

A todos os vetores das forças universais, tão sagradas e profanas, que espelham fielmente a natureza múltipla dos seres que habitam esse universo!

A todas às pessoas-irmãs, pois que filhas do mesmo universo, que me apoiaram, riram e choraram junto comigo, incentivaram e acompanharam muito de perto desde o início da travessia. Mantiveram-se firmes e de pé em meio a tantas marés agitadas e ventos frontais, e agora partilham a chegada ao porto. Registro a minha mais profunda gratidão.

Agradeço!

RESUMO

A realidade nacional revela que a transição demográfica ocorre de forma célere com a perspectiva de que o percentual de pessoas idosas ultrapasse o percentual de crianças por volta do ano de 2031. Dessa forma, este estudo objetivou analisar as representações sociais de docentes na Educação Profissional em Saúde sobre envelhecimento e morte, e as repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área. O aporte teórico e metodológico para a pesquisa se pautou na Teoria das Representações Sociais como a principal lente, além de expoentes clássicos e atuais da literatura referente à temática. Trata-se uma pesquisa de natureza básica, do tipo explicativa, com abordagem qualitativa. O *locus* foi a Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Unidade Acadêmica especializada em Educação Profissional em Saúde, localizada no *Campus* Central, em Natal/RN. A recolha das informações ocorreu através de instrumento de entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, durante os meses de agosto a novembro de 2022. As entrevistas foram realizadas com vinte docentes atuantes nos três cursos técnicos que preparam para a assistência direta em saúde. Sequencialmente à recolha das informações, procedeu-se à análise destas, ocorrida em duas etapas: a primeira composta pela realização da pré-análise por meio da leitura flutuante das entrevistas e constituição do *corpus* de análise; e a segunda etapa consistiu no trabalho de interpretação alicerçado na Espiral de Contextualização proposta por Arruda (2018c). Os resultados revelaram duas dimensões à análise: diálogos sobre o envelhecimento e a morte, e diálogos sobre a formação dos profissionais em saúde e sua atuação docente na Educação Profissional em Saúde. Na primeira dimensão, houve o desvelamento da representação social sobre envelhecimento e morte, tendo por prerrogativas a elaboração de representações sociais, ancoragem e objetivação. O envelhecimento como sinônimo de velhice, categorizada principalmente em seus aspectos negativos, e morte como perda e medo em nível da insuportabilidade. As repercussões na formação em nível médio em saúde para lidar com a transição demográfica recebem importantes impactos da representação social, transitando os saberes do cotidiano e científicos nessa formação. É marcante a presença do modelo assistencial biomédico como importante orientador na formação inicial de profissionais em saúde que posteriormente serão docentes, repercutindo o mesmo modelo na sua atuação docente enquanto formador de profissionais em nível técnico na mesma área. Houve o achado de uma representação profissional para o envelhecimento como uma condição biopatológica, o que pode se configurar como justificativa plausível para o fato da representação social de negação e afastamento social referente ao envelhecimento, e do medo da perda para a morte, repercutirem na manutenção da ênfase nos aspectos biológicos para a formação técnica em saúde.

Descritores: Educação Profissional em Saúde; envelhecimento; morte; representações sociais.

ABSTRACT

National reality reveals a demographic transition which quickly unfolds based on the perspective that the percentage of elderly people will surpass the percentage of children around the year 2031. Thus, this study aimed to analyze the social representations of professors of Health Professional Education field about aging and death, and its repercussions on the training of professionals for the field. The theoretical and methodological framework for this study was based on the Social Representations Theory as its main lens, in addition to classical and current exponents in the relevant literature. This is basic research, of the explanatory type, with a qualitative approach. The research *locus* was the School of Health of the Federal University of Rio Grande do Norte and its academic unit specialized in Health Professional Education, located in the central *campus*, at Natal/RN. The collection of data happened through an instrument of semi structured interview, with a previously elaborated script, during the months of August through November 2022. Twenty professors were interviewed, which teach in the three courses that prepare for direct assistance in health. Following the collection of data, we analyzed them in two different stages: the first one was composed of pre-analysis through floating reading of the interviews and the constitution of the analysis corpus; and the second stage consisted of the work of interpretation based on the Contextualization Spiral proposed by Arruda (2018c). The results brought light to two dimensions: dialogues about aging and death, and dialogues about the training of health professionals and their practice and at the Health Professional Education. In the first dimension, there was the unfolding of the social representation about aging and death, guided by the prerequisites of elaborating social representations, anchoring, and objectification. Aging was seen as a synonymous of old age, mainly characterized in their negative aspects, and death was seen as the loss and fear of the unbearable. The repercussions in the training at a high school level to deal with the demographic transition receive relevant impacts of the social representation, with everyday and scientific knowledge traversing this training. The presence of this biomedical assistance model is notable as a relevant guide in the training of health professionals which will subsequently be professors, echoing the same way of practicing while guides of technical-level professionals in the same field. We found social representation for aging to be a bio pathological condition, which may constitute as a plausible justification for the fact that the social representation of denial and social distancing regarding aging, and the fear of loss for death, reverberate in the maintenance of the emphasis on biological aspects for technical health training.

Keywords: Health Professional Education; aging; death; social representations.

RESUMEN

La realidad nacional revela que la transición demográfica ocurre de forma acelerada, con la perspectiva de que el porcentaje de personas mayores supere al porcentaje de niños hacia el año 2031. El estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de los docentes en la Educación Profesional en Salud sobre el envejecimiento y la muerte, así como las repercusiones en la formación de profesionales de nivel medio en esta área. El enfoque teórico y metodológico de la investigación se basó en la Teoría de las Representaciones Sociales como principal lente de análisis, además de incluir exponentes clásicos y actuales de la literatura referente a la temática. Se trata de una investigación de naturaleza básica, de tipo explicativa, con enfoque cualitativo. El locus del estudio fue la Escuela de Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, una unidad académica especializada en Educación Profesional en Salud, ubicada en el Campus Central, en Natal/RN. La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con guion previamente elaborado, durante los meses de agosto a noviembre de 2022. Las entrevistas se llevaron a cabo con veinte docentes que actuaban en los tres cursos técnicos que preparan para la asistencia directa en salud. Posteriormente a la recolección de los datos, se procedió a su análisis en dos etapas: la primera consistió en la realización del preanálisis mediante la lectura flotante de las entrevistas y la constitución del corpus de análisis. La segunda etapa consistió en el trabajo de interpretación basado en la Espiral de Contextualización propuesta por Arruda (2018c). Los resultados revelaron dos dimensiones de análisis: Diálogos sobre el envejecimiento y la muerte, y Diálogos sobre la formación de los profesionales de salud y su actuación docente en la Educación Profesional en Salud. En la primera dimensión se desveló la representación social sobre el envejecimiento y la muerte, teniendo como prerrogativas la elaboración de representaciones sociales, anclaje y objetivación. El envejecimiento fue concebido como sinónimo de vejez, categorizado principalmente en sus aspectos negativos, y la muerte como pérdida y miedo en el nivel de lo insoportable. Las repercusiones en la formación de nivel medio en salud para afrontar la transición demográfica reciben importantes impactos de la representación social, transitando en esa formación los saberes cotidianos y científicos. Es notable la presencia del modelo asistencial biomédico, como importante orientador en la formación inicial de los profesionales de salud que posteriormente se convertirán en docentes, reproduciendo este mismo modelo en su práctica docente como formadores de profesionales técnicos en la misma área. Se halló una representación profesional del envejecimiento como una condición biopatológica, lo que puede constituir una justificación plausible del hecho de que la representación social de negación y distanciamiento social respecto al envejecimiento, y el miedo a la pérdida ante la muerte, repercutan en el mantenimiento del énfasis en los aspectos biológicos en la formación técnica en salud.

Descriptores: Educación Profesional en Salud; envejecimiento; muerte; representaciones sociales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Roteiro de entrevista semiestruturada	114
Figura 2 - Faixa etária do corpo docente participante da pesquisa	115
Figura 3 - Distribuição da atuação docente por curso na ESUFRN	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição docente por titulação	116
Tabela 2 - Formação inicial docente	117
Tabela 3 - Tempo de docência geral e tempo de docência na ESUFRN	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana
ANG - Associação Nacional de Gerontologia
AVD - Atividades de Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BNCC - Base Nacional Curricular Comum
BPC - Benefício de Prestação Continuada
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE - Unidade Federativa do Ceará
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-serviço
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNE/CP - Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno
CONSUNI - Conselho Universitário
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica
DCNEM - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio
DCN EPT - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional e Tecnológica
DCNT - Doenças Crônicas e Não Transmissíveis
DSS - Determinantes Sociais em Saúde
EAEN - Escola de Auxiliares de Enfermagem
EP - Educação Profissional
EPS - Educação Profissional em Saúde
ERIC - Education Resources Information Center
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESUFRN - Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
ET-SUS - Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
EUA - Estados Unidos da América
FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública
FIC - Cursos de Formação Inicial e Continuada para Trabalhadores
HUOL - Hospital Universitário Onofre Lopes

EIP - Educação Interprofissional
IEN - Instituto do Envelhecimento
ILPI - Instituição de Longa Permanência para idosos
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
JIRS - Jornadas Internacionais de Representações Sociais
LDB/LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional
MS - Ministério da Saúde
MPPSE - Curso de Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação
OMS - Organização Mundial da Saúde
PP - Projeto Pedagógico
PPC - Paridade de Poder de Compra
PPGED - Programa de Pós-Graduação em Educação
PPGES - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNI - Política Nacional do Idoso
PNS - Programa Nacional de Saúde
PROFAE - Projeto Nacional de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas dos Sistema Único de Saúde
RMV - Renda Mensal Vitalícia
RP - Representações Profissionais
RS - Representações Sociais
SAH - Sociedade de Assistência Hospitalar
SUS - Sistema Único de Saúde
TACS - Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde
TCI - Curso Técnico em cuidados de idosos
TENF - Curso Técnico em Enfermagem
TMASSO - Curso Técnico em Massoterapia
TRIS - Curso Técnico em Registro e Informações em Saúde
TRS - Teoria das Representações Sociais
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
VISAU - Curso Técnico em Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PARA INÍCIO DE CONVERSA...	12
1.2 SOBRE O OBJETO E SUAS INTERLOCUÇÕES COM A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM SAÚDE	21
1.3 DIZENDO SOBRE O NOSSO INCÔMODO, E DE ONDE AFLOROU...	25
1.4 DOS ENTRELAÇAMENTOS COM A HISTÓRIA PESSOAL E PROFISSIONAL DA PESQUISADORA	29
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO	32
2 MARCO CONCEITUAL	34
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	34
2.2 REVISITANDO O LUGAR DO ENVELHECIMENTO E MORTE ENQUANTO REALIDADE SOCIALMENTE INCÔMODA	44
2.3 BREVES NOTAS SOBRE A MORTE HUMANA	70
3 A CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL	84
4 ITINERÁRIO TEÓRICO-METODOLÓGICO	99
4.1 ENTRE ENCANTAMENTOS E DESASSOSSEGOS: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NAS DESCOBERTAS, DESPERTARES E DESAPEGOS	99
4.2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS APLICADOS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO	106
4.3 PRELÚDIO ÀS SEÇÕES DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	121
5 I DIMENSÃO DE ANÁLISE: DIÁLOGOS SOBRE O ENVELHECIMENTO E A MORTE	125
5.1 OS OLHARES DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE SOBRE O ENVELHECIMENTO E A MORTE	125
5.2 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE ENVELHECIMENTO E MORTE: UMA COMPREENSÃO A PARTIR DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	161

6 II DIMENSÃO DE ANÁLISE: DIÁLOGOS SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE E SUA ATUAÇÃO DOCENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	186
6.1 HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO: A FORMAÇÃO EM SAÚDE RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA PARA O ENVELHECIMENTO E MORTE E A REPRODUÇÃO NA FORMAÇÃO DISCENTE	186
6.2 REPERCUSSÕES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO E MORTE NA ELABORAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO PROFISSIONAL E NA FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE	211
7 À GUIA DE CONCLUSÃO	237
REFERÊNCIAS	246
ANEXOS	261

1 INTRODUÇÃO

1.1 PARA INÍCIO DE CONVERSA...

Quando o despontar da última curva do rio é vislumbrada no horizonte, as pessoas são, via de regra, desacomodadas dos seus lugares de desempenho dos vários papéis sociais ocupados durante o caminhar dos anos de suas vidas. Sentimentos conflituosos e emoções imprecisas passam a encontrar lugar na imaginação, pelo fato de sermos a única espécie viva que possui consciência sobre o envelhecimento e a morte, muito embora a ocorrência do conhecimento sobre esses assuntos seja tácita, na maioria das vezes.

Corriqueiramente, o enfrentamento das duas situações no seio da sociedade é travancado inclusive pela dificuldade de se conversar sobre as temáticas. Geralmente, em rodas de conversas entre as pessoas em seus cotidianos, os assuntos são tratados em determinado nível de interdição, existindo pouca abertura para diálogos, e mesmo algumas palavras são, por muitas vezes, não pronunciadas, como a palavra morte, principalmente. É possível observar que a linguagem adotada é antes traduzida em gestos do que em palavras, quando o silêncio fica mais presente nas conversas e o corpo tende a se expressar com sinais de recolhimento.

As vivências no decorrer das existências trazem aprendizados diversificados sobre o envelhecimento e a morte a depender dos lugares históricos, culturais e sociais nos quais as pessoas se inserem. A referência da velhice como última etapa da vida é uma perspectiva de maior aproximação que ocorre principalmente pelas modificações enxergadas a partir do corpo que se apresenta em uma nova estética pouco aceita socialmente. As transformações são reveladoras da condição da fragilidade humana, apresentando, por fim, o limiar da morte.

A estreia dos traços senis é, em alguma medida, provocadora de estranhamentos, visto que cada pessoa que envelhece nunca envelheceu antes é sempre a primeira vez, conformando-se assim em uma vivência personalíssima. Enquanto espécie que necessita de socialização, nos inserimos em uma sociedade vincada pela contínua ênfase conferida à juventude, de forma a postergar ao máximo o declínio natural do corpo, principalmente no que diz respeito à sua aparência externa.

A preocupação em voga é, prioritariamente, a de um corpo biológico que precisa de atenção médica para não deixar perecer, mas que invariavelmente sofre modificações e, lentamente, como a descida de uma encosta, apresenta sinais de fragilidade e limitações, podendo atingir incapacidades, de maneira a facilitar o surgimento de sentimentos paradoxais, a exemplo do medo e da esperança.

A despeito das preocupações com a aparência física, as sociedades vivenciam, globalmente, o galopante envelhecimento populacional e as profundas transformações impostas pela situação de muitas pessoas se inserirem na faixa etária que as considera pessoas idosas e, ao mesmo tempo, com possibilidades diferentes do envelhecer.

Assim, o cenário se desenha como importante desafio na formação de profissionais na área da saúde, com vistas a fazer frente a essa conjuntura, particularmente no que toca a necessidade de preparar pessoal técnico em saúde, na contemporaneidade, para assistir de forma direta o estrato populacional em questão - atribuição esta da Educação Profissional em Saúde (EPS) - para dar conta de um trabalho que encerre dimensões as quais devem se encontrar em patamares para além da questão biológica, ocupando-se do cuidar de pessoas em sua completude. Nesse caso, o que está implicado é a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos, incluindo aspectos complexos, a exemplo das funções psicológicas superiores e recursos emocionais.

Portanto, o nascedouro deste estudo encontrou lugar nos encantamentos, preocupações e desafios do processo de ensinar pessoas a assistir outras em qualquer situação que implique a necessidade de relacionamento interpessoal, de maneira estreita, com o propósito de ofertar suporte em circunstâncias que exijam cuidados à saúde. Nesse sentido, esta tese se insere na área de prática pedagógica com especificidade no campo de pesquisas que abordam o simbólico. Neste estudo, destacam-se as representações sociais de docentes com atuação na EPS, responsáveis pela formação de profissionais técnicos na área, adotando a Teoria das Representações Sociais (TRS) como o principal aporte teórico e metodológico à consecução da pesquisa.

A singular capacidade humana de pensar - condição que distingue a espécie das demais - a obriga desde sempre a aprender para estar e se portar no mundo. Ao nascer, será envolvida em um determinado contexto iniciado em uma temporalidade desconhecida, mas com uma condição obrigatória precedente a todos, e que será finita para si e para esses outros.

A integração inicial nesse mundo de aprendizados ocorre a partir da vida cotidiana através dos grupos nos quais as pessoas se inserem, o que, geralmente, ocorre inicialmente pelo grupo congênere da família em suas variadas versões. A partir dela, virão os demais, a exemplo

da escola, trabalho, religião e outros. Os grupos precedentes serão responsáveis pelos ensinamentos que irão dar início à forja do indivíduo mediada pela convivência em sociedade.

De acordo com o professor e filósofo Cortella (2017), o termo ensinar, em sua origem, é oriundo do latim *ensignar*, retratando aquilo que deixa uma marca, um sinal. Portanto, podemos dizer que a cotidianidade é a vivência inicial condutora de aprendizados, como uma primeira escola, na formação da pessoa humana pela via da linguagem, que por seu turno, se traduz em diversos atos comunicacionais, responsáveis pela transmissão do ideário que compõe a substância do pensamento impresso em cada grupo, e por conseguinte gesta significados, produzindo o novo ou transformando o antigo (Arruda, 2018a).

A cotidianidade é o universo que abarca todas as relações imprescindíveis às atividades humanas, circunscritas em suas diferenças e conflitos. É o ancoradouro da reprodução das atividades na vida das pessoas, impulsionadas pelas suas necessidades, se inserindo na produção dos bens e do próprio corpo. O desenho da vida cotidiana, na complexidade das várias partes que compõem um todo, se desenvolve continuamente construindo o arcabouço do modo de vida das pessoas a partir do encadeamento de suas rotinas diárias, nas quais, paralelamente, a construção das suas personalidades tem lugar (Wagner; Haynes; Palacios, 2011).

A cotidianidade se constitui então no lugar ocupado pela concretude da vida, a partir de onde as habilidades, comportamentos e sentimentos básicos são alcançados, permitindo sobrepujar seus universos particulares em direção ao estabelecimento de relações ampliadas com o mundo ao redor. As capacidades cognitivas exigidas para isso dizem respeito à resolução de problemas emergidos no decorrer das rotinas diárias, afetando a vida das pessoas envolvidas nos contextos de vida. Dessa forma, o pensamento é acessado no sentido de resolver questões imediatas, isto é, acomodando as circunstâncias que ocorrem nos movimentos da vida corriqueira (Wagner; Haynes; Palacios, 2011).

A vida cotidiana tem nos notificado, em todos os seus espaços sociais, que o fenômeno do envelhecimento populacional, pertencente ao fenômeno maior de vida e morte, está globalmente estabelecido e se configura no Brasil contemporâneo a passos largos, acompanhando a referida tendência. Assim, a ocorrência da transição demográfica na cotidianidade suscita o preparo profissional especializado e estruturado com a devida adequação de cuidados peculiares demandados pelo estrato populacional de pessoas idosas.

Trata-se de um processo multifacetado, não envolvendo tão somente os aspectos biológicos, implicados no declínio do desempenho do sistema orgânico, mas também aspectos abrigados em outras dimensões como a social, a histórica e a política, além de uma dimensão

existencial particular à pessoa que atravessa o processo de envelhecimento e consequentemente se aproxima da morte, sendo estes argumentos justificadores do presente estudo.

A morte e o envelhecimento são assuntos socialmente evitados e conteúdos pouco abordados nos diversos cursos e níveis educacionais que preparam profissionais para a área da saúde, apesar de o referido processo de envelhecimento e morte ser regra sem exceção, não somente para o humano, mas para todo ser que de alguma forma respira e, por conseguinte, é considerado vivo.

O ideário social acerca do assunto acompanha a existência humana *pari passu*, desde os seus primórdios, visto que os movimentos socioculturais e suas relações com o mundo, em sua diversidade, são conducentes à elaboração dos saberes que gravitam no seio da sociedade acerca deste tema e dos demais. Nos idos dos anos 1980, a população de pessoas idosas no Brasil era constituída pelo percentual de 6,1%, elevado a 11% no ano de 2010, em virtude do envelhecimento daqueles nascidos no pós-guerra. Os denominados *baby boomers* estão transitando à faixa etária dos 60 anos e mais, definida como pessoa idosa pelo Estatuto do Idoso, gerando amplo e importante impacto social (Camarano; Kanso; Fernandes, 2016).

O fenômeno do envelhecimento exige considerações acerca da mudança na estrutura etária de determinada população, como a associação de alterações entre as taxas de fertilidade e mortalidade, determinadas também pelo êxodo das populações de áreas rurais para os espaços urbanos. Isso, por sua vez, ocasiona mudanças na dinâmica das atividades laborais, de moradia e de outras (Jacob Filho; Gorzoni, 2008).

Ainda que se tenha construído arcabouço legal suficiente com marcos contemporâneos e relevantes desde o ano de 1994, com a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso no ano de 1999 e, finalmente, com o Estatuto do Idoso sancionado pelo Congresso Nacional através da Lei nº 10.742/2003 (Brasil, 2003), é observada a manutenção da carência em propostas de políticas públicas efetivas para essa população, capazes de atender às demandas crescentes precipitadas pelo rápido processo de envelhecimento populacional e o consequente aumento do segmento da população idosa.

O critério biológico permanece como principal baliza para a definição do envelhecimento, deixando lacunas importantes nesse quesito, visto que trata a questão de maneira unidimensional e, portanto, reduzida. A necessidade da observância de outros aspectos tais como características culturais, históricas, psicológicas e econômicas carecem ser considerados para favorecer uma melhor e aprofundada abordagem.

A questão do envelhecimento está sendo reconhecida como um problema central na sociedade contemporânea, sobretudo nas sociedades desenvolvidas não como uma condição

humana imutável, que no curso do viver atravessa necessariamente várias ‘fronteiras’, mas por apresentar desafios sociais de grandes proporções, inclusive os que envolvem os mecanismos viáveis à manutenção do sistema de produção atual. Cada vez mais difíceis são os marcos para a delimitação das etapas, e a última delas, a velhice, parece ser a mais dificultada (Jesuino *et al.*, 2017).

A exemplo das demais esferas da vida, pensar no envelhecimento populacional também necessita de inovação. O marco inicial desse movimento ocorreu na Europa, precisamente no ano de 2012, com a disseminação da ideia de envelhecimento ativo, que reporta, entre outros aspectos, à adenda de gerenciamento da vida individualmente, nos domínios da saúde em contexto ampliado, independência e autonomia às suas atividades, como também à manutenção do apoio social oferecido para essa parcela da população (Jesuino *et al.*, 2017).

A realidade nacional contemporânea revela que o envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada e, no ritmo atual, o percentual de pessoas idosas poderá ultrapassar o percentual de crianças em torno do ano de 2031. A perspectiva é que a transição demográfica no Brasil ocorra em um período de 25 anos e, em 2060, mais de um quarto da população nacional será composta por pessoas com 60 anos e mais. Em termos comparativos, essa modificação ocorreu na França em um lapso de tempo muito superior, por volta de 140 anos. A projeção da completude da transição demográfica em todos os países é para o ano de 2100 (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

As perspectivas de inovação ainda são parcas, visto a conjuntura das iniquidades sociais do país. O avanço do envelhecimento populacional é uma questão de muita relevância em um país cravejado de problemas crônicos e de ordem elementar, a exemplo da insegurança alimentar, dado o incremento de pessoas idosas que adoecem podendo se agravar, seja por questões de deficiências na própria vida ou de assistência, seja por escolhas próprias de não acompanhamento e tratamento.

Nacionalmente, o envelhecimento é uma condição que abala tanto o contingente de pessoas ativas no mercado de trabalho quanto as despesas com o sistema de atenção à saúde, determinando relevante impacto neste sistema e no da assistência e previdência social. Imbricada em ambas as questões está o avolumamento das doenças crônicas ou não transmissíveis (DCNT), que afetam desproporcionalmente o contingente de pessoas idosas em razão das mudanças fisiológicas características do envelhecimento humano (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

O Sistema Único de Saúde segue em implantação, com dificuldades de respostas às demandas crescentes, tanto de adoecimento quanto de algum nível de acompanhamento que possa viabilizar o envelhecimento com melhor qualidade de vida. Além do preparo lacunar dos profissionais de saúde para lidar com a complexidade da realidade imposta.

Dados do censo demográfico do ano de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontavam que o Estado do Rio Grande do Norte contava com uma população de homens entre 60 e 69 anos de 81.132, e acima de 70 anos de 70.529. Para as mulheres os números são de 98.542 na faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, e de 93.238 para a faixa etária de 70 anos e acima (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O censo demográfico do ano de 2023, que sofreu atraso desde o ano de 2020, atualiza o panorama desenhado em um cenário de início de controle da pandemia ocasionada pelo coronavírus, ocorrido no apagar das luzes do ano de 2019. É imperioso considerar a defasagem dos dados apresentados, visto que um novo censo demográfico deveria ter sido realizado neste país no ano de 2020, mas por razões evasivas, elencadas pelo (des)governo federal durante o período de 2018 a 2022, o censo não foi realizado. Assim, esses números estão, atualmente, bastante modificados, inclusive por uma situação de pandemia vivenciada nos últimos anos, que modificou esse quadro e permanecerá reverberando durante muitos anos nas próximas estatísticas que abordem números referentes ao adoecimento, envelhecimento e morte (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a).

As informações publicadas a partir do segundo semestre do ano de 2023 apresentaram números que demonstram o expressivo envelhecimento da população brasileira, iniciando pela idade mediana, atualmente em 35 anos, enquanto o censo de 2010 informava uma média de 29 anos. O aumento de pessoas de 60 anos e mais foi de 56% em relação ao ano de 2010, totalizando 32.113.490 de pessoas, de forma a compor uma nova porcentagem da população idosa no Brasil de 15,6% em relação ao total da população brasileira. No que diz respeito às unidades federadas, o Rio Grande do Norte é o estado mais envelhecido do Nordeste brasileiro com um índice de envelhecimento de 53,05%, da população (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024).

A realidade local do Estado do Rio Grande do Norte é bastante desconfortável, inicialmente pelo apontamento de estarmos na vanguarda nordestina em termos de envelhecimento populacional, conforme o censo demográfico brasileiro realizado no ano de 2022. Para além do título vanguardista na categoria, o levantamento aponta que estado deverá atingir o seu pico populacional no ano de 2039, ou seja, nos próximos 15 anos, quando a partir

de então enfrentará um declínio acentuado na população potiguar, atualmente com 3,3 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a).

A exemplo do que ocorre globalmente, o aumento da expectativa de vida e a queda tanto na taxa de fecundidade quanto de natalidade têm contribuído notoriamente para o envelhecimento da população norte-riograndense. No ano de 2023, a proporção de pessoas com 65 anos e mais era de 15%, no entanto as projeções apontam que nos próximos 45 anos essa proporção chegará aos 40% em números inteiros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a).

É um cenário preocupante, em se tratando de um estado pequeno e localizado em região do país não privilegiada em termos de investimentos provenientes da esfera federal do governo para investimentos em saúde, por exemplo, que será uma área fortemente impactada.

No ano de 2020, a Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social divulgou o documento intitulado “Diagnóstico situacional das instituições de longa permanência para idosos no Rio Grande do Norte”. O resultado do diagnóstico apresentou que o RN conta 47 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): 15 unidades privadas e 32 filantrópicas. As fontes utilizadas para o diagnóstico foram primárias e secundárias oriundas dos sistemas de informação da rede socioassistencial, do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEPI) e do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Inclusão (CAOP) (Rio Grande do Norte, 2020).

O diagnóstico foi realizado a partir da divisão dos 10 Territórios¹ de Cidadania do estado, com as ILPI assim distribuídas: Terras Potiguares (24 unidades); Seridó (12 unidades); Agreste Litoral Sul (05 unidades); Assu, Mossoró e Potengi (cada cidade com 2 unidades), e Mato Grande e Sertão do Apodi (01 equipamento). Nos territórios do Alto Oeste, Trairi e Sertão Central Cabugi e Litoral Norte, não foram identificadas ILPI. Do número total de 47 ILPI, as visitas técnicas para avaliação foram realizadas em 30 unidades, com avaliações em termos de estrutura física, taxa de ocupação, gênero e idade das pessoas idosas acolhidas, composição das equipes de profissionais atuantes e tipos de atividades desenvolvidas, tipo de custeio das unidades e outros (Rio Grande do Norte, 2020).

A pressão que se exercerá no sistema de saúde será de grandes proporções, em razão do acréscimo em recursos públicos para fazer frente às necessidades das pessoas idosas, as quais

¹ Os Territórios de Cidadania se constituem em uma ferramenta de gestão pública que permite organizar e acompanhar a oferta de serviços nos municípios do estado com a especificidade de assessoria técnica, atentando para particularidades políticas, econômicas e culturais dos territórios (Rio Grande do Norte, 2020).

engrossam as fileiras de pessoas acometidas pelas doenças crônicas e degenerativas, principalmente as mais comuns no estrato populacional de pessoas idosas, a exemplo da hipertensão arterial, diabetes mellitus e os variados tipos de estados demenciais. Proporcionalmente ao crescimento da faixa etária de pessoas idosas, está a demanda em formar profissionais para os cuidados contínuos e específicos exigidos na última etapa da vida, visto sua complexidade.

Esse emergente desenho conjuntural da sociedade aponta para a necessidade do preparo de um sistema de saúde centrado em necessidades sociais geradas no seio de importantes transformações sócio-históricas que direcionam as ações a um novo patamar de cuidados, desacomodando a ideia preconizada da terapêutica, prevenção e promoção à saúde relativas às doenças frequentes no envelhecimento, como as doenças crônico-degenerativas e outras, incluindo nesse processo a formação de profissionais qualificados para trabalhar com o cuidado à saúde dos envelhecidos.

A vivência do envelhecimento e morte - inimaginavelmente antes de estudos científicos se debruçarem sobre o assunto - é uma realidade enfrentada pelos humanos desde o seu surgimento, obviamente vivenciada em contextos distintos para cada temporalidade e momentos sócio-históricos às épocas, gerando sentidos variados às duas ocorrências.

Essa característica propicia a ampla elaboração de significados, os quais, por seu turno, viabilizam o constructo das representações sociais (RS) acerca dos referidos processos, marcados por temporalidades, espacialidades, historicidades e culturalidades condizentes com a diversidade de etnias distribuídas globalmente.

Conhecemos as realidades, *a priori*, pelo percebido, sentido e colhido do vivido, sendo a vida cotidiana o palco singular de todos os cenários, e a reboque do construto do corriqueiro, as pessoas engendram os significados para, alicerçadas neles, elaborarem as verdades conducentes em seus contextos particulares e coletivos de vida. É a vivência cotidiana geradora de saberes que serão elaborados e partilhados pelas pessoas integrantes dos diversos grupos sociais, que deles se utilizam para o direcionamento de suas maneiras de proceder rotineiramente.

De acordo com o psicólogo social Serge Moscovici (2015a), progenitor da Teoria da Representação Social (TRS), o seu alicerce se dá no conjunto de valores, noções e práticas que dizem respeito aos objetos sociais, permitindo estabilidade entre a esfera do individual e coletivo, constituindo-se em um rico instrumento de orientação da percepção e elaboração de respostas, facilitando o processo comunicativo entre os membros de um grupo/comunidade.

Para a professora Denise Jodelet (2015a), orientanda e discípula do mentor da TRS, a representação social se configura em uma forma de conhecimento vinculado à esfera do psicológico e cognitivo dos indivíduos, atuando nas dinâmicas interpessoais estabelecidas a partir das interações sociais, constituindo-se em ponto de convergência entre o social e o psicológico na vida corriqueira das pessoas, seus aprendizados e tradições, comunicação social e educação.

A representação social é destacada por permitir o sentimento de pertencimento, que se traduz em crenças subjetivas circulantes por entre indivíduos integrantes de um coletivo, manifestas através de símbolos legitimados que refletem valores, anseios, modos de comunicação/linguagem, medos e outros. Das subjetividades do coletivo emergem leituras e a partir delas se estabelecem sentidos acerca das ocorrências circulantes na vida das pessoas, sem um lastro de conhecimento fundamentado (Arruda, 2018a).

Apesar do arcabouço de conhecimentos construídos e difundidos pela ciência para o preparo profissional técnico em saúde, para lidar com os aspectos do cuidado no envelhecimento e morte, muitos saberes são incorporados pela vida cotidiana, que consequentemente atravessa esse preparo, por abarcar aspectos humanos cravejados de afetos, responsáveis por mobilizar ações.

Esses afetos podem ocorrer em diversas ordens nas vivências do ensino técnico, incluindo os conducentes àqueles que podem direcionar os conhecimentos sobretudo à dimensão biológica em se tratando do setor saúde, pelo que se construiu como modelo com foco prioritário nas questões relativas ao tratamento e controle de doenças, relegando a um segundo plano as sutilezas de um processo de envelhecimento que ocorre paulatina e lentamente durante todo o tempo da vida.

Podemos, inclusive, apontar as tentativas de evitar situações de conflitos, visto a delicadeza da temática, sejam estes com o corpo discente, com os pares, e, possivelmente, com si próprio. Dissertar sobre essas questões fazem aflorar sentimentos, emoções e reflexões, sobre as possibilidades de em um futuro não sabido, nos encontrarmos em situações pouco fáceis de manejo.

Os afetos se constituem em matéria prima de excelência às representações sociais, visto que o cotidiano se constitui em cenário de profunda riqueza da atividade afetiva, e constituinte delas próprias. É nesse espaço privilegiado que a vida segue seu curso conduzida pelo fio da praticidade e objetividade, com razões e sensibilidades particulares, quando a ação é quem encaminha o pensar, produto do tensionamento do contexto, traduzido pelos espaços ocupados, tempos vividos e pessoas envolvidas no enfrentamento dos afazeres confrontados nas

contingências do convívio humano, instrumentalizado pela via comunicacional, também carregada de afetos (Arruda, 2018a).

Dessa maneira, depreendemos que a escolha da TRS como aporte principal à elaboração do estudo é legítima, por fundamentar com maestria uma temática assentada em questões e reflexões que incluem os saberes do cotidiano compaginados aos saberes construídos cientificamente.

1.2 SOBRE O OBJETO E SUAS INTERLOCUÇÕES COM A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS EM SAÚDE

A pesquisa desenvolvida se ocupou em estudar as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre envelhecimento e morte, no que toca aos seus entrelaçamentos para a formação de profissionais técnicos nos cursos técnicos oferecidos regularmente pela Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN), *locus* do estudo.

Os cursos escolhidos foram especificamente aqueles que preparam para o cuidado direto às pessoas, incluindo o estrato populacional classificado no grupo etário de pessoas idosas, que estejam ou não acometidas por adoecimentos, os quais determinam importantes modificações, implicando por vezes, no estabelecimento de estados de grandes fragilidades em sua condição de saúde.

Assim, definimos como **objeto de estudos: as relações que se estabelecem entre as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre o envelhecimento e morte, e suas repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área.**

A escolha se deu em virtude da realidade apresentada e da percepção de uma ação prática de cuidado voltada principalmente à doença quando da assistência prestada às pessoas em estados de fragilidade no envelhecimento, ou em situações outras nas quais a morte se aproxima, e o lidar com circunstâncias nas quais existem poucas chances do controle da doença ou a cura é de difícil manejo. As dificuldades são expostas e percebidas tanto pelos profissionais de saúde em suas atividades laborais quanto pelos colegas docentes, pelo corpo discente em situações de estágio curricular e durante as discussões ocorridas em sala de aula, relativas ao adequado manejo do cuidado exigido pelo contexto.

Os saberes que estão incluídos nesse momento estão fortemente arraigados aos aprendizados adquiridos durante o curso da vida, em medidas observáveis de forma latente, nas

ações de preservar ao máximo a vida e negando a terminalidade, percorrendo estradas vicinais de discursos os quais evitam o enfrentamento dos conflitos, dilemas e até diálogos em ambas as situações. Os aspectos relativos às expressões simbólicas engendradas culturalmente são revelados tanto nos discursos quanto na ação prática executada, e a imbricação entre os saberes apreendidos no cotidiano e os saberes científicos apreendidos durante os cursos técnicos estão fortemente marcados.

A pessoa carece de cuidados desde sua concepção até o final do seu ciclo terreno. Ao nascer, é uma espécie por completo dependente, e em grande medida no outro extremo da vida, a velhice, para os que nela chegam, também passa pela mesma condição de absoluta dependência. O referido cuidado atravessa diversos aspectos, sejam estes relativos à própria fisiologia, como o atendimento às necessidades básicas, e para além destes, outros de maior complexidade, como o atendimento às limitações e incapacidades, reabilitação, movimentos de cura, em toda sua singularidade e, finalmente, a atenção ao processo de morte/morrer, com ou sem a importuna presença de sofrimentos físicos e/ou emocionais ocorridos a reboque de doenças crônicas e degenerativas, ou sofrimentos de outras ordens determinados inclusive por questões de cunho social. Via de regra, o cuidado remete ao fenômeno relacional de si próprio, e/ou entre duas ou mais pessoas. Na ótica Heideggeriana, o cuidado é um acontecimento imanente ao humano: “cuidado significa um fenômeno ontológico – existencial básico” (Heidegger, 1999, p. 261).

Assim, a necessidade de estudar aspectos específicos, como envelhecimento e morte na formação de profissionais técnicos habilitados e qualificados para o atendimento em todos os ciclos da vida, incluindo o cuidado do último ciclo, é justificado pela condição de uma sociedade com pouco acolhimento e organização (muito embora disponha de um razoável aparato legal) para enfrentar o envelhecer dos seus cidadãos e cidadãs, estrato populacional que aumenta a olhos vistos. Apesar de ser uma verdade imutável, esses assuntos são abordados de maneira superficial nos currículos que preparam profissionais para trabalharem na área da saúde; o foco é no sentido do não abandono à doença, conduzindo ao movimento contumaz de cura, e quando há ‘insucesso’ nos tratamentos, as sensações são de impotência e inaptidão (Arantes, 2019).

Por conseguinte, o direcionamento do olhar à formação que habilite profissionais capazes de lidar com o processo de envelhecimento e morte para além da dimensão biológica se torna imprescindível, com vistas a melhorar o enfrentamento a essa realidade imutável, particularmente para o pessoal de nível médio, profissional do enfrentamento de vanguarda,

que tem o maior nível de intensidade de contato com a população assistida em todos os serviços de atenção à saúde, independentemente da ação que naquele lugar tenha espaço.

Até o momento, a formação permanece centrada, prioritariamente, na preservação da vida e restauração da saúde, visto que o modelo seguido ainda é marcadamente o médico biomédico², com as demais carreiras profissionais no âmbito da saúde acompanhando o mesmo modelo, seguindo então as mesmas linhas mestras de preparo do que é preconizado à formação do profissional médico, inclusive para atender melhor às suas próprias demandas como ator central na área. O avanço tecnológico possibilitou a longevidade para o humano, permitindo o conhecimento dos mecanismos mais íntimos do corpo, de forma a postergar a morte física o máximo possível.

No entanto, a realidade de um envelhecimento bem-sucedido, proporcionando longevidade e qualidade de vida, é mais próxima às pessoas que possuem conjuntura sócio-econômica-política e cultural a seu favor, visto que as iniquidades sociais e econômicas, diferentes padrões políticos e peculiaridades culturais são responsáveis por desenhos de variados contextos para os enfrentamentos das situações de vida, envelhecimento, e para o processo de morte-morrer³.

Assim, partindo dos parâmetros apresentados, considerando estudos clássicos e estudos emergentes acerca do fenômeno do envelhecimento populacional ou transição demográfica, nos propomos a estudar à ótica dos docentes da educação profissional nos cursos técnicos com enfoque direcionado à formação técnica sobre o processo de envelhecimento e morte, visto que são formadores de profissionais que estendem suas ações desde a atenção primária em saúde à terciária, alicerçados nos referenciais propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a

² Em 1910, Abraham Flexner publica o seu estudo denominado de Relatório Flexner. O documento propõe e direciona uma importante reforma nas escolas médicas estadunidenses, o que determinou profundas modificações na formação médica, reverberando mundialmente na formação do profissional médico. Pauta-se principalmente na defesa da doença como evento isolado, resultante de alterações biológicas, não tomando como importantes as questões sociais, culturais, históricas e econômicas não consideradas no processo saúde-doença. Com clara postura positivista, adota o método científico como o único seguro e legítimo à produção de conhecimentos. Instala assim uma nova ordem no preparo do profissional médico, que acontece nas intuições hospitalares (Pagliosa; Da Ros, 2008).

³ A diferenciação entre os dois termos reside no fato de que o morrer se trata de um processo contínuo na temporalidade na qual decorre todo o ciclo terreno de viventes, já a morte se configura como o fim da vida na sua condição de materialidade, processando-se no interior dela própria (a vida) por extenuação da força vital. São dois processos que obedecem a curva do homem-corpo no percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer (Boff, 2002). Portanto, depreendemos que a diferença entre os dois conceitos é revestida de sutilezas, mas o morrer se traduz em segmento ininterrupto e gradual ocorrendo durante o curso da existência, podendo ainda envolver um dado período de tempo no qual se instala um processo de adoecimento prolongado, ou de maneira abrupta levar à morte súbita (precipitada por vários motivos) que representa o final da existência física pela inoperância das funções vitais, traduzindo o fenômeno absoluto, irreversível e indomável da morte física.

Educação técnica de Nível Médio (DCNEM), pela Resolução nº 6 CNE/CEB, de 20 de setembro de 2012 (Brasil, 2012).

Inicialmente, a Constituição Federal de 1988 afirma e destaca, em seu Capítulo 205, que a educação é um direito de cidadania à toda população brasileira, e ressalta a inclusão da educação profissional como integrante deste direito, como uma modalidade educativa alavancadora do crescimento socioeconômico do país e desenvolvimento dos seus cidadãos e cidadãs (Brasil, 1988). O texto reconhece, assim, sua importância como ferramenta para a inserção de pessoas no mercado de trabalho, diminuindo a desigualdade de oportunidades.

Na sequência, a Educação Profissional (EP) no país fica apoiada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394, promulgada em 20 de dezembro 1996, apontando a qualificação e requalificação de mão de obra com qualquer nível de escolaridade como objetivos da educação profissional a formação de técnicos de nível médio. O texto destaca, em seu artigo primeiro, a educação como um processo formativo abrangente, que se desenvolve nas várias dimensões do convívio entre as pessoas e os seus respectivos grupos, a exemplo da família, dos movimentos e organizações sociais, do trabalho, da escola e das expressões culturais. Na esfera da EP, esses processos precisam conduzir, continuamente, ao incremento dos meios que amparem a vida produtiva das pessoas, integrando-se às diversificadas maneiras de educação, como também ao trabalho, à ciência e à tecnologia (Brasil, 1996).

Como respaldo legal mais recente, a Resolução nº 6 CNE/CBE, de 20 de setembro de 2012, definidora das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Técnica de Nível Médio (DCNEM), é um documento que elenca os princípios e critérios a serem observados pelas instituições formadoras, públicas e privadas, no tocante à organização, planejamento, desenvolvimento e avaliação dessa modalidade educativa. Constitui-se em um instrumento orientador e normativo, elaborado pelo Ministério da Educação (MEC), guiando o regramento da prática pedagógica das escolas de ensino médio (EM) em todo o país. Entre outros objetivos das DCNEM, está o que enfatiza a preparação de jovens para o mundo do trabalho e para o pleno exercício de direitos e deveres civis, políticos e sociais, perante o cabedal de leis que regem a vida em sociedade (Brasil, 2012).

Nesse contexto da educação profissional em nível médio, inclui-se o corpo docente, atuante no Curso Técnico em Enfermagem (TENF), Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico em Massoterapia (TMASSO), cursos da Educação Profissional em Saúde ofertados regularmente pela ESUFRN. Os técnicos formados na modalidade educativa se inserem de modos distintos nos espaços de cuidado, embora componham o grupo de profissionais da referida linha de frente na assistência à saúde.

1.3 DIZENDO SOBRE O NOSSO INCÔMODO, E DE ONDE AFLOROU...

O entendimento e a aplicabilidade de saberes em sua acepção alargada foi uma demanda que se intensificou na complexidade dos ambientes de ensino, obviamente não excluindo a EPS. No caso do nosso *locus* de pesquisa, a ESUFRN é uma escola de educação profissional⁴ inserida na conjuntura do ensino universitário, visto ser uma escola a ela vinculada, devendo seguir as premissas de um ensino que admite ao menos um pouco da complexidade.

Na ótica de Morin (2011), a educação se traduz em um saber que é tecido conjuntamente, no qual unidades díspares não se separam e, apesar de diferentes, constituem um todo, tornando interdependente, interativa e interretroativa a temática em discussão e o conjunto de circunstâncias que gravitam em torno desse objeto.

A religação dos diferentes saberes que compõem a concretude da vida pode oferecer uma compreensão mais integrada e completa da realidade. A educação do futuro segue *pari passu* com o grande desafio de mitigar a dissonância da compartimentalização dos saberes e integrar os problemas que cada vez mais suscitam multidisciplinaridade e transversalidade (Morin, 2011).

Um breve olhar no passado nos revela que a ação educativa destinada aos eleitos para atuar nos serviços de saúde como profissionais à assistência para pessoas doentes e de apoio à classe médica, prioritariamente hospitalar, se resumia a aligeirados treinamentos que envolviam somente a execução de técnicas, em geral básicas, realizados dentro dos próprios serviços (Ramos, 2010).

Lamentavelmente, o traço do tecnicismo ressoa nos dias atuais, quando a preocupação com outros aspectos para além da execução de técnicas propriamente ditas são relegados a

⁴ No ano de 2008, a legislação que rege a Educação Profissional e Tecnológica passou por importantes modificações a partir da publicação de duas leis. A primeira foi a Lei 11.741, de 16 de julho de 2008, que alterou a LDB, no sentido de reorganizar e fortalecer a educação técnica em nível médio, integrando educação básica e profissional. Trouxe a garantia da validade dos diplomas técnicos, valorização à Educação de Jovens e Adultos e efetiva formalmente a articulação entre educação técnica e tecnológica com a formação geral, trabalho e ciência (Brasil, 2008a). No apagar das luzes do ano de 2008, é publicada a Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, que instituiu a criação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, em âmbito nacional, vinculada ao Ministério da Educação. A partir de então, o cenário da educação profissional no Brasil passa a contar com instituições de ensino profissional modernas e multicampi, os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, destinados a oferta de formação técnica, científica e tecnológica arranjada para suprir as demandas sociais e regionais (Brasil, 2008b).

planos secundários, se apresentando como uma das questões que nos incomoda, principalmente em se tratando de cuidados dedicados às pessoas idosas, e o tratamento pouco empático dedicado à sacralidade da morte, talvez com mecanismo de defesa frente a morte de si mesmo.

A vanguarda passou a exigir o desenvolvimento das capacidades relacionais, que persistem como fatos e assuntos em voga nos dias atuais, fortemente presente no preparo a profissionais da área da saúde. Em especial, quando são considerados os grupos de profissionais que lidam muito proximamente com pessoas que necessitam de assistência à saúde, a exemplo de técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, massoterapeutas e outros, visto que são sujeitos ativos cuidadores de sujeitos também ativos, ambos com suas bagagens de vida, trazendo nelas todo o selo de aprendizados oriundos dessa ‘trilha’.

As discussões iniciais às reflexões que apontaram as necessidades de mudanças na postura do tecnicismo partiram do incômodo gerado por ele próprio, ou seja, houve uma demanda por conteúdos que refletissem sobre questões comportamentais adotadas pelos profissionais, e a sistematização das suas ações precisaram de espaço de inserção nas estruturas curriculares, com o propósito de atenderem às mudanças relativas ao mundo do trabalho.

Os conhecimentos fundamentados em bases científicas são adquiridos através de estudos viabilizados por várias frentes, a exemplo da formação inicial e continuada de trabalhadores, integralizadas com cargas horárias pequenas, e que inclusive podem se concluir nelas próprias.

Outras propostas com cargas horárias maiores, e conseqüentemente de maior aprofundamento como os cursos técnicos, além de outras possibilidades como os cursos de especializações e congressos, foram sugeridas como formas de extensão e aprimoramento de conhecimentos. A reboque dessa conjuntura, emergiram reflexões para a formação de profissionais que demandam a apreensão de novos saberes, e que admita como significativos e respeitáveis àqueles já construídos durante o percurso da vida cotidiana, visto que operam como móveis para o desenvolvimento de novas aptidões, as quais precisam ser facilitadas e conduzidas por um corpo docente alinhado a esses olhares contemporâneos.

No entanto, a tendência da classe docente é a de se manter alinhada às práticas pedagógicas nas quais foram formadas, caracterizando um movimento de tenacidade aos novos aprendizados e, conseqüentemente, novos ensinamentos. Em grande medida, os conflitos se estabelecem pela outorga social àqueles considerados detentores do saber, e conseqüente poder, legitimando ao professor uma condição de notoriedade, o que lhe dificulta sobremaneira a migração para o lugar de aprendente (Andrade, 2016).

A condição de tenacidade, no sentido de algum nível de resistência a novos aprendizados, está em desalinho às demandas do mundo do trabalho em saúde, que permanentemente recebe sinalizações, provenientes dos espaços de cuidados, à ampliação do universo dos saberes, no sentido de preparar profissionais que sejam capazes de transitar em direção a horizontes mais amplos, com aptidões para além da técnica. A transição demográfica, constituinte de uma nova ordem global, é um marco ao encontro e expansão de saberes, com o devido respeito às suas várias maneiras.

Muito possivelmente como um incômodo maior de nossa parte à realização deste estudo está a percepção de que, enquanto participante ativa do corpo docente da ESUFRN e atuante nos três cursos aqui apresentados - principalmente no TENF - existe uma lacuna formativa, no que tange às temáticas de envelhecimento e morte, como conteúdos devidamente destinados a esse nível de formação, tanto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino técnico em saúde como pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que se articulam como referências às diretrizes para os cursos profissionalizantes na área da saúde e para todos os demais.

A atual conjuntura de inversão da pirâmide etária exige a mudança de postura profissional, admitindo o encontro, respeito e utilização das várias conformações de saberes, visto a complexidade conjuntural na qual estamos imersos, e para conseguirmos conduzir a situação, os saberes elaborados na esteira da razão científica não são mais suficientes.

Os cuidados exigidos pelo estrato populacional de pessoas idosas abrangem a necessidade do entendimento das modificações que ocorrem com o passar dos anos em vários aspectos, não somente no que diz respeito às mudanças no âmbito biológico, campo de maior enfoque na formação de profissionais na área da saúde.

Consequente à instalação da nova realidade, as instituições formadoras precisarão lidar com o enfrentamento de situações inusitadas as quais apresentam inclusive o risco do inesperado, a exemplo de pessoas assistidas questionadoras, que não mais ocupam o lugar de ‘pacientes’, mas assumem posturas ativas até de refutar as proposições das conduções dos seus tratamentos de saúde. É um confronto novo (e até assustador) para os que se dizem sabedores do que ‘é melhor’ para o outro enquanto encarnados’ no profissional de saúde. Cada pessoa humana se constitui em um universo complexo, que envolve, ao mesmo tempo, aspectos de ordem biológica, psíquica, física, social, histórica e cultural.

A necessidade de compreensão da realidade é uma condição ontológica da pessoa humana, e por isso lança mão de diversas maneiras que possibilitem os seus ajuizamentos, elaborando seus saberes através das interlocuções com o mundo ao seu redor, incluindo as

peessoas com as quais se relaciona de alguma maneira. Partindo da premissa relacional primeira e ontológica os vários saberes são construídos e partilhados, no entanto, o porto seguro para o profissional da área da saúde ainda permanece na esfera dos saberes relativos à esfera biológica, resistindo na aceitação de outras relações de saber para a sua prática profissional.

Em um sentido amplo, as relações de saber se constituem nas próprias relações sociais, geradoras e apoiadoras dos saberes elaborados no seio delas próprias, configurando assim uma autogestação. O saber é dotado de sentido e valorizado quando se reporta às associações elaboradas e admitidas pelas pessoas para o próprio saber, para os demais e para o mundo. Os saberes se distribuem em várias esferas, quais sejam, teóricas, profissionais, operatórias, práticas e outras, e cada uma delas determina uma relação específica com o mundo (Charlot, 2000).

Jodelet (2015b) apresenta a proposição dos saberes experienciais como uma nova categoria de saber, capaz de aglutinar a diversidade de especificações elencadas para os saberes que ocorrem nas esferas teóricas, práticas, abstratas e empíricas, que se entrelaçam e comportam características de representações. Essa nova categoria de saberes pode ter aplicação no âmbito da educação e da saúde, por serem consideradas áreas privilegiadas nas possibilidades de conexões entre saberes. No que diz respeito aos saberes experienciais, o direcionamento do olhar se modifica, passando a focar simultaneamente tanto as subjetividades singulares quanto a concretude dos variados contextos do cotidiano, permitindo assim a conexão entre os indivíduos e as circunstâncias de vida.

Esses saberes experienciais admitem a possibilidade plena de conexão entre os saberes profanos e eruditos. Os primeiros são engendrados no seio do senso comum, por um lado restritos aos atores sociais em suas subjetividades singulares, e por outro ampliados na concretude da cotidianidade da vida alargada pelas relações interpessoais, sejam familiares ou outras. Os saberes eruditos são os que se constroem no alicerce das teorias científicas, no entanto essas duas categorias de saberes são passíveis de encontro, diálogo e convivência harmoniosa mediada pela via da experiência, daí a possibilidade do encontro entre os dois saberes (Jodelet, 2015b).

Esses saberes são capazes de exacerbar as percepções particulares e representações de si, estreitando conexões entre os saberes teóricos e práticos, mas a despeito da aproximação entre eles, a literatura os concebe consensualmente de maneira distinta por desagregar o saber da ação do saber teórico. O primeiro é tradicionalmente assimilado para viabilizar o desenvolvimento de competências práticas, por vezes latente, e são oriundos da ação

propriamente dita. Enquanto isso, o segundo é adquirido tradicionalmente através dos conhecimentos disciplinares (Jodelet, 2015b).

É perceptível o tensionamento gerador de mudanças, mas apesar delas podemos depreender que as modificações necessárias à formação que se dedica ao preparo de profissionais técnicos à saúde precisam ocorrer de uma maneira mais robusta, embora esteja seguindo a passos lentos, possivelmente por manter a tenacidade ao *modus operandi* adotado na EPS, por demais vincada no modelo do fazer prático, quando os saberes da ação se associam ao fazer propriamente dito. Essa concepção recebe o reforço com o pensamento da professora Denise Jodelet, quando diz:

Esta distinção retoma a oposição entre teoria e prática. Os saberes de ação foram tradicionalmente assimilados às competências práticas, às aptidões adquiridas na e pela ação. Remetidas para as transformações do real, estes saberes são muitas vezes tácitos, escondidos e não conscientes e devem constituir o objeto duma investigação fundada sobre a explicitação pelos sujeitos que se manifestam, invocando as representações sociais (Jodelet, 2015b, p. 71).

Essa é uma realidade que suscita mudança de perspectiva, particularmente quando associada ao objeto em questão neste estudo, que para conduzir ao movimento de uma nova assistência ao estrato populacional em lente, precisa admitir os saberes experiências principalmente no que tange aos profissionais em saúde, e por conseguinte do corpo docente que os forma, se permitindo enxergar, aceitar e respeitar a presença e essência das RS, motivo de reflexões adiante neste texto.

1.4 DOS ENTRELAÇAMENTOS COM A HISTÓRIA PESSOAL E PROFISSIONAL DA PESQUISADORA

Enquanto trajetória pessoal e profissional responsável pelo despertar do interesse em desenvolver o presente estudo, o caminhar esteve enlaçado inicialmente às percepções de algum nível de cuidado, seguida pela oferta de cuidados para pessoas em situação de vulnerabilidade em nível profissional.

Nasci entre o velame e a macambira, por entre as cercas de pedras do Seridó no semiárido nordestino, mas logo me lancei na realidade da cidade maior, capital do Rio Grande do Norte, a cidade do Natal. Na infância, vivenciei o contato com uma tia-avó adepta ao cultivo

de ervas, que deixava na cozinha o aroma dos chás e lambedores utilizados para remediar qualquer infortúnio de saúde ocorrido no ambiente familiar próximo. Posteriormente, ela foi encaminhada ao atual Instituto Juvino Barreto, o tão famoso abrigo de velhos. Nessa Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI), nome atual dado a esses espaços de acolhimento e cuidado, consegui vivenciar e enxergar, de maneira imatura e muito desfocada, algumas dificuldades enfrentadas por pessoas idosas, conduzindo-as a situações de sofrimento.

A convivência pessoal com familiares atuantes na área da saúde acontecia de maneira diferente: atividades administrativas exercidas pela figura paterna pai, e de cuidado direto exercida por uma tia na condição de visitadora sanitária, o que atualmente corresponde ao profissional agente comunitário de saúde. Isso nos despertou interesse pela área da saúde.

Saltando alguns muitos anos no tempo da nossa vida, me deparei com a necessidade de assumir os cuidados com mãe e pai longevos, acometidos por graves e incapacitantes doenças crônicas e degenerativas. Ela conviveu com o Mal de Parkinson, que paulatina e perversamente retira a condição de qualquer tipo de movimento físico da pessoa acometida pela doença, conduzindo ao demenciamento lentamente. Ele, por sua vez, foi acometido por insuficiência cardíaca congestiva, doença grave e também muito incapacitante, por minar lentamente a condição do trabalho cardíaco, e consequentemente do pulmonar, disparando os gatilhos conducentes à propalada falência múltipla de órgãos.

No correr da vida, motivos de força maior me impeliram à escolha pelo Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, e após sua conclusão, passei a atuar como enfermeira assistencial em espaços de cuidados a pessoas com graves comprometimentos em seu estado de saúde, envolvendo-me em contextos conducentes a reflexões sobre o curso da vida, suas dificuldades, sofrimentos impostos por adoecimentos de diversas ordens, em várias faixas etárias, o medo de envelhecer e a inevitabilidade da morte.

Desenvolvi um bom relacionamento com o fenômeno da morte, quando obedecendo a técnica de cuidados com o corpo pós morte, compreendi que os assistir nesse momento se traduz em um cuidado derradeiro e especial, porque agora sem vivacidade e em silêncio, nos falam alto e em bom tom sobre nós, e quando quentes, foram plenos em vozes que nos contaram ricas, preciosas, excepcionais e únicas histórias de vida.

Apesar da atuação como enfermeira da assistência direta em hospitais, não perdi de vista o foco no horizonte da docência, exercitada nas brincadeiras infantis e solitárias, quando alternávamos a participação ora como professora, ora como estudante.

O Curso de Mestrado sempre foi um objetivo, que consegui atingir já em uma idade madura, com a temática voltada à comunicação e às relações interpessoais estabelecidas entre

a equipe de enfermagem e as pessoas assistidas por essa equipe. O estudo foi apoiado por uma teoria que se alicerça na troca de bens imateriais, ou seja, na esfera do simbólico, a Teoria da Dádiva de Marcel Mauss. Durante o período em que cursei o Mestrado em Enfermagem, me candidatei a concurso público para a Escola de Enfermagem, atual ESUFRN, logrando êxito na aprovação em terceiro lugar, e após dois anos consegui o ingresso na carreira docente da Educação Profissional Técnica e Tecnológica (EBTT).

Atualmente atuo como docente da ESUFRN, com inserção nos cursos técnicos e em alguns momentos na graduação tecnológica ofertada pela Escola, o Curso de Graduação Tecnológica em Gestão Hospitalar. Este é o lugar de fala que encaminhou às reflexões sobre a conjuntura do envelhecimento populacional, as fragilidades na formação de profissionais em saúde e sua posterior atuação como cuidadores do estrato populacional em questão no âmbito do envelhecimento e morte. Essa história é responsável pela concretude do presente trabalho de pesquisa, que tanto me fez crescer e amadurecer.

Em se tratando da realidade local de Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - instituição na qual a pesquisadora está inserida como docente ativa na carreira da Educação Básica Técnica e Tecnológica (EBTT) lotada na Escola de Saúde da UFRN (ESUFRN), podemos destacar a aprovação do regimento interno do Instituto do Envelhecer (IEN), como Unidade Suplementar, vinculada diretamente à Reitoria (boletim de Serviço, nº 001-02.01.2019), através da Resolução nº 027/2018-CONSUNI, de 07/12/2018 (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019).

Foi uma importante iniciativa em razão dos recentes números revelados no censo demográfico 2023 relativos ao RN como o estado mais envelhecido do Nordeste, com uma realidade populacional de carência socioeconômica importante, a exemplo de muitos estados da federação. A UFRN é uma instituição de grande relevância para o estado e, portanto, precisa estar atenta à realidade fática, objetivando contribuir com o manejo à atenção adequada ao estrato populacional em questão, buscando formar profissionais capacitados para o enfrentamento do cenário local.

Assim, considerando o compromisso institucional em contribuir como órgão de fomento à Educação Profissional qualificada, a ESURFN se preocupa com o aperfeiçoamento dos seus estudantes buscando a vanguarda em conhecimentos, que os capacitem para o exercício profissional sensível e responsável. Nessa medida, é importante ter um corpo docente alinhado às novas tendências, demonstrando capacidades para facilitar o aprendizado do corpo discente no que tange às demandas de cuidados aos idosos, acometidos ou não por adoecimento, e aos longevos saudáveis, necessitando de uma ação profissional pautada em saberes ampliados.

O desenvolvimento do estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: **quais são as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre o envelhecimento e morte, e quais suas repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área?**

Admitimos assim o pressuposto de que docentes da EPS, por terem recebido base formativa por longo período assentada no modelo biomédico, o qual prioritariamente direciona o olhar para o diagnóstico e tratamento de doenças, podem apresentar preparo profissional lacunar para lidar com o atual contexto de transição demográfica, determinante do aumento significativo do estrato populacional de pessoas idosas, com suas especificidades relativas à natureza do envelhecimento, seja na condição de pessoa idosa adoecida ou saudável recebendo os atravessamentos de representações sociais sobre envelhecimento e morte, as quais repercutem em suas atuações docentes durante o processo formativo de profissionais técnicos em saúde.

Partindo do objeto de estudos, da questão de pesquisa e do pressuposto, elaboramos o seguinte objetivo geral:

Analisar as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre envelhecimento e morte, e as repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área.

Como objetivos específicos, elencamos:

- I. Conhecer as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre o envelhecimento e a morte.
- II. Explicar as repercussões dessas representações sociais na prática docente durante o processo de formação técnica em nível médio.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta tese está composta por seis seções. A introdução apresenta uma panorâmica geral sobre a temática central do estudo. A seção 2 anuncia os marcos conceituais teóricos, estando subdividida em três subseções. A primeira delas expõe as premissas fundamentais da Teoria das Representações Sociais, a segunda aborda considerações sobre o lugar do envelhecimento e morte como uma realidade incômoda à sociedade e a terceira trata de breves considerações sobre o fenômeno da morte humana. A seção 3 descreve a construção histórica da EPS no Brasil, além de apresentar de maneira sucinta o seu caminho da sua legalização.

A seção 4 apresenta o itinerário teórico-metodológico da pesquisa e as demais fundamentações teóricas que a alicerçaram, como também as escolhas estritamente metodológicas que viabilizaram a recolha e análise das informações.

A seção 5 está subdividida em 2 subseções. A subseção 5.1 é composta pela análise das falas do corpo docente entrevistado quanto às percepções construídas durante suas trajetórias de vida sobre o envelhecimento e morte. A subseção 5.2 apresenta o desvelamento da representação social sobre envelhecimento e morte à luz da TRS.

A discussão à luz da Teoria das Representações Sociais está presente na seção 6, subdividida em 2 subseções. A subseção 6.1 expõe a estrutura orientadora das formações iniciais do corpo docente referente à temática da pesquisa, e suas posteriores atuações enquanto professores da Educação Profissional em Saúde, na Escola de Saúde da UFRN, com relação ao assunto do estudo, sinalizando o que foi tomado como uma representação profissional desvelada sobre a questão do envelhecimento e morte. Enquanto a subseção 6.2 delinea as repercussões da representação social e profissional desveladas no estudo durante a formação de profissionais técnicos em saúde.

Segue-se à guisa de conclusão, apresentação das referências adotadas à consecução da pesquisa, finalizando com a apresentação dos anexos.

2 MARCO CONCEITUAL

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida pelo romeno Serge Moscovici, com formação acadêmica nas áreas de psicologia social e filosofia, na França. Ele desenvolveu a Teoria a partir dos anos de 1960, quando construiu sua obra seminal intitulada “Psicanálise: sua imagem e seu público” (Moscovici, 2012).

É uma Teoria fundamentada em princípios orientadores que defendem a construção dos saberes oriundos das ocorrências da vida cotidiana das pessoas, compartilhados entre os indivíduos e/ou grupos através do processo comunicacional e por linguagens diversificadas, de forma a compor o berço dos saberes as ideias e/ou pensamentos formulados tanto individual como coletivamente (Moscovici, 2012).

Com o alicerce de autores importantes que outrora se dedicaram à noção de representações coletivas, a TRS foi desenvolvida partindo do esteio do conjunto de valores, noções e práticas que dizem respeito aos objetos sociais, permitindo espaço de moderação e fôlego para o encontro entre a esfera do individual e do coletivo, constituindo-se em um rico instrumento de orientação da percepção dessa evidência e elaboração de respostas, facilitando o processo comunicativo entre os membros de um grupo e/ou comunidade (Moscovici, 2015a).

Estudos nas áreas da psicologia e da sociologia foram os mais explorados por Serge Moscovici, encontrando seu maior ancoradouro em Émile Durkheim, sociólogo francês do século XIX, considerado o mentor da sociologia, que estudou, entre outros temas, as representações coletivas. As referidas representações se configuravam como um pleno encadeamento mental de modelos hegemonicamente marcados, emergidos e compartilhados no seio social, como reflexo da consciência coletiva, mas de natureza impositiva que englobava instâncias mitológicas, morais, religiosas e dos valores sociais encorpados em sua temporalidade (Faar, 2013).

A essa construção prévia, houve o registro de outras condições relevantes para que Serge Moscovici concebesse o modelo de pensamento que batizou de representações sociais, as quais atuam como uma forma de conciliação no sentido de organizar as experiências coletivas para possibilitar aos indivíduos a compreensão e compartilhamento o mundo social. As representações são dotadas de um caráter de dinamicidade e funcionalidade, por sua contribuição relevante na comunicação, interpretação e reconhecimento de práticas sociais,

servindo tanto como recurso para obtenção de conhecimentos quanto apoio ideológico (Farr, 2013).

A teoria construída a partir dos anos de 1960 resultou do esforço empreendido pelo estudioso para resgatar a psicologia social da submissão de modelos experimentais norte-americanos, avançando em uma abordagem voltada aos aspectos socioculturais e próxima à realidade comum das pessoas. O enfoque central da sua obra seminal foi exatamente a ação mútua entre ciência e senso comum, no sentido dos conhecimentos construídos na vida cotidiana (Farr, 2013).

Os estudos realizados por Serge Moscovici trouxeram a importante contribuição sobre as relações estreitas entre o sistema de pensamento do senso comum e do pensamento científico: “os efeitos que decorrem da penetração da ciência na esfera social, sobre a formação e transformação do senso comum e vice-versa: a transformação do saber científico decorrente da sua assimilação pela sociedade” (Jodelet, 2015a, p. 60).

Por um lado, os estudos resultaram em aprofundamentos e alargamentos nas reflexões sobre a complexidade existente nas relações que se estabelecem entre os saberes eruditos, o que é especializado, com bases na teoria científica, e os do senso comum. Por outro, apresentaram análises reveladoras da gênese e partilha das representações sociais. A evolução da germinação da semente moscoviciana apontou novas dimensões das representações sociais em seus aspectos de subjetividades e de experiências que podem ser aplicadas em esferas sociais requerentes de interposições no âmbito da coletividade, implicando na acomodação de uma maior diversidade de contexto, servindo como guia à reflexão sobre as conexões estabelecidas entre os diversos saberes e as suas interfaces (Jodelet, 2015b).

A TRS mantém estreitos vínculos entre as ciências psicológicas e sociais, aliando para a teoria as características de complexidade e elasticidade, que outrora foram alvo de críticas negativas, vencidas pelo argumento da impossibilidade de reduzir fenômenos sociais a preceitos únicos, a exemplo das dissonâncias, tratamento de informações e outros, admitindo a cooperação de teorias basilares à compreensão de fenômenos notadamente instáveis ou construídos a partir de agregações, não permitindo a ocorrência de mutilações relevantes nos fenômenos psicossociais. As duas qualidades permitem modulações à teoria no sentido de adequá-la à diversidade dos reveses passíveis de resolução baseando-se nela própria, ou na descrição e explicação de novos fenômenos (Moscovici, 2013).

Para o desenvolvimento da teoria, a pesquisa explorou os conceitos científicos da psicanálise popularizados na sociedade francesa, especificamente na cidade de Paris, elucidando a construção das representações sociais delineadas a partir de construções cognitivas

compartilhadas através das conversações, nas quais são elaborados os conhecimentos do cotidiano ou senso comum (Moscovici, 2013).

O senso comum é constituído de saberes dotados de racionalidade pelo seu carácter de coletividade, com ocorrência disseminada nas várias instâncias sociais, a exemplo das religiões, ciências, ideologias e demais conjunturas. São concepções que transitam entre a esfera individual e social, sofrendo tensionamentos em determinado nível que comporte o limiar da suportabilidade (Moscovici, 2013).

As palavras textuais do criador da teoria explicitam a complexidade do que conceituou como representações sociais apoiadas em fundamentações apresentadas por autores anteriores a ele próprio:

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzem o mundo de forma significativa. Elas sempre possuem duas faces, que são interdependentes como duas faces de uma folha: a face icônica e a face simbólica. [...] Durkheim, fiel à tradição aristotélica e kantiana, possui uma concepção bastante estática dessas representações - algo parecido com a dos estoicos. [...] Embora isso não seja inteiramente falso, o que é mais chocante ao observador contemporâneo é seu carácter móvel e circulante; em suma, sua plasticidade. Mais: nós as vemos como estruturas dinâmicas, operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem, junto com as representações (Moscovici, 2015a, p. 46-47).

Para além das condições de plasticidade do pensamento, compreensão e comunicação do já sabido, a integração da ciência foi o aspecto diferenciador e de notoriedade, visto que o enfoque maior do estudo foi direcionado a como a sociedade da cidade de Paris enxergou e transformou os preceitos científicos sobre a psicanálise em assuntos inteligíveis com o propósito de encontrar formas de manejá-los em sua vida cotidiana, independentemente de classes sociais (Moscovici, 2012).

Arruda (2018b) enfoca a TRS como uma proposição de estudo do ser humano em sentido largo, em razão do entrelaçamento entre os pensamentos social e individual, os quais se atravessam nos mais diversos aspectos da trama social. A autor admite o pressuposto de que a construção da realidade resulta de uma elaboração coletiva, conferindo-lhe sentido (à realidade), de forma a possibilitar a sua auto explicação, conducente ao movimento de ativação da vida em coletividade.

A TRS é uma teoria que lida com a diversidade de saberes que integram as subjetividades individuais circulantes nos grupos e vice-versa, alicerçadas em crenças, valores, símbolos, atitudes e comportamentos, traduzindo essa construção, compartilhamento e

funcionalidade da realidade social. O conceito torna claro que o sentimento de pertencimento, em sua dimensão identitária e relacional, está para além de uma simples afiliação, permitindo a apropriação dos fenômenos que gravitam nos grupos, configurando-se como força motriz da vida em sociedade (Arruda 2018b).

Em se tratando da TRS, podemos destacar uma perspectiva de prática social por sua imbricação com as dinâmicas coletivas e vida cotidiana, em razão da necessidade de sempre “saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca” (Jodelet, 2001, p. 17).

As representações que se elaboram, na ótica de conteúdo concreto do pensamento, ocorrem como forma de escape do automatismo e isolamento social, acomodando as características dos sujeitos e suas ações, o que remete à peculiaridade construtiva, criativa e autônoma das representações, que por seu turno guardam características de reconstrução, interpretação dos objetos e expressões dos sujeitos (Jodelet, 2001). Ela define categoricamente a representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p. 22).

Nesse sentido, a representação social como uma construção de saberes socialmente elaborados e partilhados na vida cotidiana é mediatizada pelas interações sociais concretas (Jodelet, 2001). Fundamenta-se como prática social por se estruturar em interações e ações que culminam com a remodelação da vida em sociedade, configurando-se em uma forma de conhecimento vinculada à esfera do psicológico e cognitivo dos indivíduos (Jodelet 2015a). É responsável por intervir nos movimentos e vigorosidade da interação social, constituindo-se em ponto de convergência entre o social e o psicológico na vida corriqueira das pessoas, nos seus aprendizados e tradições, comunicação e educação (Jodelet 2015a).

Em uma definição pragmática, a representação social constitui-se objetivamente em conteúdo cognitivo localizado para além da prática discursiva, abrangendo a capacidade de um dado grupo social construir uma organização simbólica de sentidos que de certo se atrelam às subjetividades. Ela indica a necessidade de se encontrar caminhos nos quais sejam possíveis os relacionamentos e modos de agir, permitindo a compaginação entre as subjetividades individuais e coletivas, berço das trocas simbólicas, constituinte intrínseco da subjetividade, sobre a qual se elabora o individual e o coletivo simultaneamente (Andrade 2016).

A representação social proporciona sentido ao real pela possibilidade de compagnar sujeito e objeto, sendo pertinente à participação dos indivíduos no arranjo do mundo. O processo comunicacional que se elabora na RS proporciona a autocomunicação, seja com grupos ou comunidades. Ela possibilita a expressão de quem fala e revela sua integração com

o universo de valores, modelos e sentidos do que é concebido no ambiente social, além de acolher a diversidade de saberes provenientes das múltiplas culturas que se constroem e se reconstroem na sociedade (Arruda, 2018d).

A comunicação entre as pessoas é condição *sine qua non* para a atribuição de significados à concretude do mundo, possibilitando a explicação dessa realidade que conduz ao movimento de ativação da vida em coletividade. Um pressuposto importante para a TRS é o fato de a crença subjetiva de cada indivíduo ser constituída a partir de uma origem única para um dado grupo, a qual se encontra alicerçada em símbolos e valores, traduzidos na construção e compartilhamento da realidade social (Arruda, 2018c).

O processo de desenvolvimento das representações sociais se dá a partir de dois potentes domínios: por um lado está a circulação de conteúdos no seio social, viabilizada pela comunicação e, por outro lado, se encontram as influências do processo em si do convívio social, gerador de tensionamentos às definições de situações sustentadoras da identidade coletiva (Arruda, 2018d).

Em sua gênese primária, a capacidade de representar começa a operar na infância, a partir do momento em que a criança desenvolve a sua capacidade de se relacionar com o ambiente que gravita em torno de si e estabelece relações significativas com ele, ou seja, existe uma natureza de espaço público na elaboração das representações no sentido de se conformar em trabalho da psiquê humana que origina a lembrança do que está ausente, conduzindo a construção de símbolos, associando-os ao lembrado. Partindo desses processos ainda incipientes e muito incompletos, as construções das representações sociais ocorrem posteriormente (Jovchelovitch, 2013).

A reboque da natureza humana de dependência de cuidados, ao nascer, a criança recém-nascida sofre o seu primeiro contato com a realidade psicológica oriunda dos outros que exercem esse cuidado, concebido como o outro concreto, partícipe de um mundo concreto, previamente engendrado por relações e representações sociais. Assim, essa capacidade da psiquê humana de reapresentar, como uma condição de conferir aos objetos (coisa e/ou o pessoas) uma nova forma ao se apropriar de símbolos, é reveladora do tecido das representações sociais (Jovchelovitch, 2013).

Originalmente, o termo representações sociais remete à filosofia e diz respeito à reprodução dos objetos contidos no pensamento, ou de alguma percepção anterior retomada pela captura da memória. Especificamente nas ciências sociais, são conceituadas como categorias de pensamento utilizadas para expressar, explicar, justificar e/ou questionar o mundo

em sua concretude. Na perspectiva de objetos de estudos, essas percepções são tomadas como relevantes, pois atravessam a história e as várias correntes sociológicas (Minayo, 2013).

Dois mecanismos então se implicam e se entrelaçam na elaboração das representações sociais, que são ancoragem e objetivação. Ao defrontar-se com um fenômeno desconhecido até então, as pessoas e/ou grupos o aproximam de ideias e/ou categorias já conhecidas, com o propósito de compreender a nova ocorrência. Após cumprida a etapa de aproximação, a ideia abstrata ganha contornos tangíveis, ou seja, se concretiza, facilitando a comunicação e compartilhamento do novo saber (Moscovici, 2012).

Esses processos são denominados de ancoragem e objetivação, quando inicialmente uma suposta realidade ganha contornos de familiaridade (ancoragem), transmutando-se para fatos concretos (objetivação), oportunizando assim a apropriação de um universo externo e alheio, com sentido duplo de, por um lado, se constituir em um saber pertencente exclusivamente a um especialista em dado campo do conhecimento, e por outro, estar posicionado em limites ulteriores à ação, porque desconhecido (Moscovici, 2012).

Assim, a ancoragem é relativa a um mecanismo capaz de aproximar algo bizarro, intrigante e perturbador, para o que existe de previamente conhecido e categorizado nos sistemas de pensamento, para um agrupamento de ideias familiares e apropriadas ao enxergado como estranho (Moscovici, 2015a, p. 61), conforme bem explica as palavras do autor:

No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é re-ajustado para que se enquadre nela. Se a classificação, assim obtida, é geralmente aceita, então qualquer opinião que se relacione com a categoria irá se relacionar também com o objeto ou com a ideia.

Mesmo diante da existência de algum nível de dissensão para a relatividade de julgamento, o foco de atenção na transferência será mantido, no sentido de garantir a possibilidade mínima de coerência entre o familiar e o não familiar. Sequencialmente à aproximação e reconhecimento a partir de uma categorização prévia, ocorrerá a rotulagem ou nomeação da novidade, passando então à categoria de conhecimento (Moscovici, 2015a).

Seguida da categorização e nomeação está o outro mecanismo envolvido na elaboração das representações: a objetivação, que tem o propósito de unir a ideia de desconhecimento à realidade, passando a constituir-se na própria realidade. É uma dinâmica que não ocorre após a ancoragem, mas é a ela justaposta. É responsável por materializar algo que se encontra na esfera

da abstração, ou seja, “transformar a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra” (Moscovic, 2015a, p. 71).

A objetivação permite a reprodução de conceitos em imagens, as quais podem se aglutinar em um complexo de imagens, constituindo o núcleo figurativo da representação, capaz de reproduzir um conjunto de ideias de maneira nítida e palpável. Quando ocorre o reconhecimento e aceitação do núcleo socialmente, torna-se fácil a comunicação sobre um determinado objeto que a ele esteja vinculado, permitindo que seja sumarizado através de bordões e traduzido por imagens que gravitam em seu redor, antes se localizadas distintamente (Moscovici, 2015a).

Nas palavras de Jodelet (2015a), a ancoragem diz respeito à dinâmica da integrar novas informações ao cabedal de conhecimentos já definidos e remodelá-los com sua consequente tapeçaria de significações elaboradas no tecido social, permitindo assim a interpretação da realidade e a incorporação da novidade categorizada, a qual servirá de orientação à compreensão dos contextos e às ações subsequentes. A objetivação confere a representação um esquema estruturado e naturalizado, construído a partir da limitação de informações interrelacionadas, configurando o campo representacional em um padrão de concretude (Jodelet, 2015a).

Os mecanismos de ancoragem e objetivação envolvidos e determinantes à constituição de uma RS não se constituem em um pressuposto ou uma referência prática ao exame de informações, mas possibilitam o detalhamento do arcabouço da representação, resultante das interrelações que ocorrem na dinâmica social entre os saberes adquiridos a partir das vivências e suas evocações. Assim, esses procedimentos finalmente permitem a restauração organizada do seu engendramento e consequentes aplicações (Jodelet, 2015a).

Na dinâmica de familiarizar as concepções alheias condensando-as em categorias e imagens comuns, não existe espaço de neutralidade para a representação. A acomodação do elemento estranho ocorrerá a reboque de designação e agrupamento que lhe serão atribuídos, a partir do que pode ou deve ser escolhido e resgatado do previamente enraizado na memória, estabelecendo-se então uma vinculação favorável ou desfavorável em relação ao que foi motivo de estranhamento (Moscovici, 2015a).

Dois mecanismos decisórios estão envolvidos no processo da categorização de um objeto, engatilhado pelo modelo ou protótipo previamente estabelecido (a ancoragem), quais sejam a particularização ou a generalização. No primeiro caso, a particularização pode envolver uma opinião imediata resgatada mentalmente sobre o objeto, e a partir de então determinada particularidade será cabível à referida opinião. De outra maneira, em já existindo uma

particularidade considerada, ocorre, a partir dela, a busca pela elaboração da definição de uma imagem. Nesse caso, existe a manutenção da análise do objeto à distância, como algo discordante do modelo, ao mesmo tempo em que ocorre a busca pelos motivos que explicam sua distinção (Moscovici, 2015a).

Na generalização, o processo se dá com base em um predicado, que é extensivo a toda categorização do objeto. Ao final da categorização, o status de aceitação é definido para o objeto, quando há interpretação de positividade, ou rejeição quando a interpretação é de negação. Não se tratam de decisões balizadas exclusivamente no espectro da razão, mas envolvem o interesse de situar o objeto em padrões de aceitabilidade ou inaceitabilidade, refletindo assim uma atitude singular para com ele (o objeto) (Moscovici, 2015a).

As representações sociais perpetuam-se em comportamentos e atitudes, não como ressonâncias irrefletidas, mas sim resultantes das interferências oriundas das relações sociais, suas tradições e do acervo cultural, orientadores de práticas estreitamente vinculadas aos significados compartilhados pelos grupos sociais nos seus discursos, de maneira a reforçar os referidos comportamentos ou servir de gatilho gerador de mudanças (Moscovici, 2015a).

A reboque da definição de representações sociais não apenas como um compartilhamento tão somente ‘reproduzido’ da realidade, mas sim como construções simbólicas que se elaboram e reelaboram continuamente no meio social, duas consequências se sucedem a elas, uma relativa à cognição, na sua função simbólica, e outra relativa à ação, na sua função pragmática (Bauer, 2013).

No que se refere ao papel de elaboração e organização do conhecimento social, a função simbólica das representações sociais, reporta-se à variabilidade das imagens construídas no seio do mundo real, servindo de importante ponto de apoio ao ordenamento dessa realidade. Essa função ancora novas ideias a partir de antigos saberes, classificando os fenômenos com os quais se deparam, atribuindo-lhes nomes e significados, com o propósito de estabilizá-los nas temporalidades de sua ocorrência por meio da objetivação (Bauer, 2013).

Assim, no processo de simbolização, as representações sociais operam ativamente como instrumentos da cognição, permitindo a transformação do desconhecido em familiar, tornando o alheio acessível, ganhando significado e, a partir de então, passando a circular no ambiente coletivo. A simbolização assume então uma função interpretativa dos fatos, na qual a realidade passa a ser representada de forma cognoscível, viabilizando a comunicação e o nexo do pensamento nos cenários sociais que gravitam em torno das próprias pessoas e dos grupos aos quais se filia (Bauer, 2013).

Quanto ao pragmatismo, a RS conduz e justifica as ações iniciando por pré-julgamentos relativos à construção simbólica prévia. A função pragmática se vincula à dimensão operatória, por influenciar diretamente nas maneiras do agir propriamente dito das pessoas. Assim, as representações não estão limitadas à modelagem do pensamento, funcionando como orientadora da força que conduz aos movimentos para a execução de algo (Bauer, 2013).

O pragmatismo oferece referências às tomadas de decisões, apoiando atitudes e comportamentos frente às situações da vida cotidiana, também justificando convenções sociais. Essa é uma função que fica particularmente evidenciada em circunstâncias sociais nas quais se instalem conflitos e/ou situações que impliquem em mudanças, quando representações são resgatadas influenciando decisivamente nas posturas adotadas, e reações frente aos desafios sociais (Bauer, 2013).

No que diz respeito ao enraizamento sociogenético das representações sociais, Wagner (1998, p. 4) inicialmente as define “como um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre um fenômeno social relevante, que pode tomar a forma de imagens, ou metáforas, sendo conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social”.

Esse conteúdo mental dispõe de um ‘denominador comum’, que é o fato de se tratar de uma elaboração social compartilhada no coletivo pela via do discurso entre pessoas, desenvolvido nos grupos sociais e delineando, por um lado, o processo de sua formação, enquanto se apresenta como produto desse recurso interacional por outro lado. O resultado desse processo-produto é a formação de um cabedal de saberes comuns, que não devem ser dissociados da condição sócio genética dos partícipes que a formaram (Wagner, 1998).

Para realizar o diagnóstico do processo de gênese social da RS, o autor elenca cinco critérios, como características externas não estruturais, impressas nas representações sociais como consequência da sua condição originária ocorrer no seio social, espelhando assim a sua sociogênese. Os referidos parâmetros são considerados externos por se constituírem em saberes sobre a representação e se vincularem ao grupo e seus membros, mas que apesar disso não se subordinam à estrutura íntima da representação. Os cinco critérios são o **consenso funcional**, a **relevância**, atribuída à **prática**, o princípio da **holomorfose** e a **afiliação** (Wagner, 1998).

O primeiro critério do consenso funcional está atrelado à conveniência da manutenção de nexo e coerência no interior de um grupo reflexivo⁵, que segue uma regra organizativa

⁵ O grupo reflexivo é concebido como um coletivo autodefinido, que se reconhece através do seu engajamento, dispondo de fundamentos para deliberar sobre a escolha de seus membros, sendo essas condições de pertencimento conscientemente preservadas pelos seus integrantes (Wagner, 1998).

determinada por uma ajustagem própria, adotando modos de autocategorização e entrosamento da maioria capacitada dos seus membros. O segundo critério é o da relevância, sendo determinado pelo nível de destaque que é projetado para o objeto social, provocando mudança no padrão de comportamento para o indivíduo ou grupo frente ao conhecimento cotidiano sobre os objetos que os rodeiam (Wagner, 1998).

O terceiro critério diz respeito à prática, enfatizando que a associação entre o que é defendido através do discurso de um grupo reflexivo está coerentemente alinhado com os motivos de suas ações práticas. O quarto critério trata da holomorfose, tida como a possibilidade das partes guardadas nas identidades sociais se apresentarem como referência do grupo, ou seja, o todo está representado em suas partes e o reverso é verdadeiro. O último critério é o da filiação, que se coaduna ao da holomorfose por se constituir sua face objetiva, de forma a conferir legitimidade ao conhecimento cotidiano no interior do grupo e permitir a avaliação do que precisa ser reparado naquilo que está para além da informação concreta da representação social presente no critério da holomorfia (Wagner, 1998).

Os cinco critérios denotam os traços evidentes de como as representações sociais são carregadas dos selos do mundo social no qual é gestada e são reveladoras dos conflitos coletivos, interesses, tensionamentos, valores e crenças circulantes no seio social. Dessa maneira, eles corroboram o conceito de que as representações sociais se constituem, antes de tudo, em fenômenos coletivos, os quais recebem as marcas de sua integração ao espaço público e são atravessados (os fenômenos) pelos sistemas de poder, ideológicos e de comunicação. Ao circunscrever as representações sociais em seu berço sociogenético, legitima-se seu papel de conhecimento socialmente construído, refletindo e moldando as realidades vividas pelas pessoas em sociedade, mediando os universos que gravitam entre o saber e a ação, o individual e o coletivo, e entre o real e o simbólico (Wagner, 1998).

A postura epistemológica assumida pela teoria é de valorização da intersubjetividade e da dinâmica social na produção de significados, operando como elo entre os universos do individual e do coletivo, na zona interfacetada entre o psicológico e o social. Assim, as representações sociais elucidadas pela TRS exercem a relevante função que concilia pessoas e sociedade, por permitir a interpretação dos acontecimentos, em sua função simbólica, e servir como um guia para a ação, em sua função pragmática (Jodelet, 2001; Bauer, 2013), oportunizando assim a leitura crítica das mais diversas formas de saberes que gravitam e se consolidam nas práticas sociais.

2.2 REVISITANDO O LUGAR DO ENVELHECIMENTO E MORTE ENQUANTO REALIDADE SOCIALMENTE INCÔMODA

A saga mitológica de Prometeu narra a incansável peleja de um titã, que após ser castigado pelos deuses gregos do Olimpo por ter-lhes roubado o fogo, precisou conviver com o pesadelo diuturno de ter seu fígado golpeado por uma águia no claro de todos os dias. Sempre que o manto noturno regressava, a víscera era regenerada para, ao novo amanhecer, a ave voltar a golpeá-lo como sequenciamento infundável do ciclo de castigo imposto pelos deuses ao titã imortal (Bulfinch, 2006). Assim também nós, seres humanos, convivemos com o sofrimento diuturno de ser a única espécie que tem a clareza plena do ocaso da vida e do desconhecimento palpável e pleno do devir, apesar de todas as crenças propaladas.

O advento da longevidade e o crescente número de doenças crônico-degenerativas trouxeram à baila a necessidade de repensar vários aspectos inerentes ao viver, envelhecer e morrer, visto que as ciências médicas têm trabalhado incansavelmente para acrescentar anos à vida das pessoas, muito embora a sociedade permaneça se esquivando da natureza da velhice, por considerá-la desagradável. Em vez de acolhê-los, a sociedade os direciona um olhar torto, principalmente, àqueles que se encontram em franco declínio físico, que no humano são mudanças *non gratae*.

Ainda que se tenha avançado com um arcabouço legal considerado suficiente, mantêm-se a carência em propostas de políticas públicas adequadas e efetivas, que façam frente às demandas crescentes no processo do envelhecer e do segmento da população idosa. Atualmente, somente o critério biológico, unidimensional, é utilizado quase exclusivamente para definição do envelhecimento, deixando lacunas importantes nesse item, visto que trata a questão de maneira limitada. A necessidade da observância de outros aspectos, tais como características culturais, históricas, psicológicas e econômicas carecem ser considerados para favorecer uma melhor e aprofundada abordagem.

Assim, partimos das reflexões de Beauvoir (2018) em sua consistente obra “A Velhice”, com o lançamento da primeira edição ocorrido na década de 1970, mas de atualidade instigante. Na obra, a autora expressa a urgência de quebrar o silêncio sobre a velhice, fenômeno que não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural. Fala-se muito de terceira idade com a pretensão de se estar ‘curando a velhice’, no entanto, os valores que se destacam nessa abordagem não falam de memória e tempo vivido pelo idoso. Em vez disso, busca-se intentar uma forma de camuflagem para o fato de uma vida longa, o que é desejado, trazer, a reboque

dos anos vividos, os infortúnios do envelhecimento, visto que é um processo inevitável e, indiscutivelmente, o desgaste do suporte físico impacta nas demais dimensões da vida.

As reflexões da referida autora são pautadas em duas dimensões: primeiramente sob o ponto de vista da exterioridade, ou seja, às questões relativas à dinâmica biológica do suporte orgânico, que atravessa várias etapas até alcançar o momento de declínio das suas funções, já bastante explorado e reconhecido pelas ciências que estudam o processo saúde-doença. Sob esse prisma, estão as dinâmicas impostas por cada tempo histórico e suas consequentes respostas sociais elaboradas ao fenômeno em questão, para cada temporalidade, e de acordo com as verdades engendradas nesses vários períodos sócio-históricos.

A segunda reflexão diz respeito a como as pessoas introjetam e reagem ao processo do envelhecer sob três prismas existenciais: como se descobre e enxerga a velhice de si mesmas; a relação estabelecida com o tempo que apresenta a história de cada um por trás de si próprio; e por último, como as pessoas envelhecidas enfrentam o cotidiano, com destaque para os afetos presentes no derradeiro ato.

As representações a respeito da velhice, acompanhadas das características de declínio do corpo e suas consequências, remontam às sociedades arcaicas:

Dentre os infortúnios do homem, o Eclesiastes conta a idade avançada, e sua descrição da decrepitude é de uma crueldade marga, se lida segundo a interpretação do exegeta judeu Jastrow: “Lembra-se de teu criador durante os dias de tua juventude, antes que cheguem os dias maus e que se aproximem os anos em que dirás: Não experimento mais nenhum prazer. Antes que obscurecem o Sol e a luz, a Lua e as estrelas, e que as nuvens retornem após a chuva (diminuição da acuidade visual), extinção das forças intelectuais): tempo em que os guardiões da casa (os braços) tremem, quando os homens fortes (as pernas), se curvam, quando os que moem (os dentes), param porque se enfraqueceram, quando os que olham pelas janelas (os olhos) estão obscurecidos, quando os dois batentes da porta se fecham para a rua (perturbações da digestão e da micção), quando diminui o barulho da mó (surdez), quando as pessoas se levantam ao canto dos passarinhos (mau dormir, despertar matinal), quando se enfraquecem todas as filhas do canto (perturbações da palavra), quando se teme tudo que é alto (o ofegar das subidas), quando se tem terrores ao longo do caminho, quando a amendoeira floresce (cabelos brancos), quando o gafanhoto se torna pesado (diminuição da potência genital)...antes que o cordão de prata se desprenda (desvio da coluna vertebral), que o vaso de ouro se parta, que o balde se despedace na fonte e que a roda se quebre na cisterna (insuficiência do fígado e dos rins) [...] (Beauvoir, 2018, p. 100, grifo da autora).

A interpretação realizada pela autora declara o reconhecimento da velhice, em tempos antigos, já como um momento em que dificuldades são constantes à etapa última da vida. Com o passar das épocas, outras considerações se acrescentaram, sem, no entanto, deixar se perder ou minimizar a referida descrição. Em efetivando-se um salto à contemporaneidade,

possivelmente o fato mais marcante relativo à velhice seja a dificuldade em delimitá-la, objetivamente em razão de um contexto que a nega e busca agora maneiras de engendrá-la em um patamar de envelhecimento ativo e saudável ou bem-sucedido.

Conforme o exposto, cabe-nos espaço à abertura de um parêntese para enfocar a realidade do cidadão brasileiro, que envelhece a passos largos em um país com desigualdades sociais relevantes. Há de se atentar a questão das desigualdades sociais conformadas em distâncias abissais, sendo assim difícil saltar da conjuntura posta de uma velhice adoecida, limitante e incapacitante, ao patamar da nova e desejável velhice ativa e saudável, com características eurocêntricas, de lá importadas, visto que o entendimento basilar do envelhecimento como processo não é, em grande medida, uma realidade palpável localmente. Pode-se então pensar em uma cultura de crueldade, com obrigações iguais para todos, mas direitos díspares. Notoriamente, a dinâmica de envelhecimento populacional no país segue *pari passu* a condição de desigualdades.

Duas pesquisas domiciliares realizadas em parceria pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Ministério da saúde, quais sejam, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998, 2003 e 2008, e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) nos anos de 2013 e 2019, com o objetivo de avaliar determinados indicativos de saúde, revelaram que, em linhas gerais, o país apresentou dados de melhoras no padrão de saúde de pessoas idosas (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Os desafios desenhados no horizonte a partir da associação destas pesquisas envolvem dimensões variadas que transitam entre o incremento da razão de dependência de idosos, determinando pressões para a elevação de despesas previdenciárias, associada às dificuldades na arrecadação de recursos necessários ao atendimento das demandas necessárias para o estrato populacional em questão.

Em um primeiro plano com especificidades voltadas ao adoecimento, os resultados das pesquisas apontaram para uma mudança no perfil de doenças na faixa etária dos 60 anos e mais com relevância maior para as doenças respiratórias, neurológicas e cardiovasculares. O peso relativo das doenças neoplásicas (câncer) é de decréscimo ao atingirem seu pico entre os 60 a 64 anos. Doenças infecciosas e parasitárias, tuberculose e outras infecções respiratórias foram as que se apresentaram com maiores números (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Os dados relativos à percepção das pessoas idosas quanto ao seu próprio estado de saúde (autorreportada) indicaram a tendência de melhorias na qualidade de saúde no período de 1998 a 2019 para todos os intervalos de faixa etária pesquisados (cinco faixas etárias com intervalos pré-estabelecidos na faixa etária compreendida entre 60 até 80 anos e mais). Os dados foram

sugestivos de melhora no padrão de saúde para a população que envelhece a partir da sua autorreportação (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Em contrapartida, quando a pesquisa observou seis indicadores de saúde com a variável sexo, cinco deles apresentaram piora com o aumento da idade, excetuando-se apenas a prevalência da depressão, mais comum em mulheres em todas as faixas etárias pesquisadas, como também a ocorrência das DCNT. Os indicadores pesquisados foram: estado de saúde bom ou muito bom; diagnóstico médico de pelo menos uma doença crônica ou não transmissível (DCNT); ter algum grau de dificuldade para realizar atividades da vida diária (AVD); ter algum grau de dificuldade para realizar atividades instrumentais da vida diária (AIVD); prevalência de depressão; e realização de atividade física pelo menos uma vez por semana. As mulheres idosas apresentaram, em geral, indicadores de saúde piores quando comparados aos dos homens (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

De igual modo, os seis indicadores foram aplicados para a variável renda, diferenciada pelo método estatístico que divide uma determinada população em cinco grupos com base na renda, com cada grupo representando 20% da população total. Os resultados apresentaram piora para todos os indicadores, com exceção do que mede a prevalência de depressão. As conclusões mais expressivas foram as relativas às avaliações para o estado de saúde como bom ou muito bom, realização de atividade física e limitações funcionais para AVD e AIVD. Outro dado que chamou atenção foi o relativo à prevalência de DCNT, que se apresentou mais evidente para a faixa de renda mais elevada, no entanto foi considerada a questão preponderante da necessidade de diagnóstico médico. Dessa forma, esse nível de avaliação foi invertido em razão das dificuldades de acesso ao sistema de saúde pelas pessoas enquadradas nas faixas de renda mais baixas (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Em termos de utilização dos serviços de saúde, a pesquisa revelou que existiu um aumento significativo da utilização dos serviços ambulatoriais para todas as faixas etárias de pessoas idosas aplicadas no estudo, inversamente proporcional à redução de internações hospitalares. Destaca ainda que o maior uso dos serviços ambulatoriais, medido por consultas médicas, é realizado pelas mulheres para todas as faixas etárias de pessoas idosas (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Em segundo plano, a pesquisa revelou que apesar dos indícios de melhora, a condição geral de saúde de pessoas idosas piora com o incremento da idade, aumentando a probabilidade de hospitalização ou atendimento de emergências para idosos de 75 anos e mais para ambos os sexos, muito embora essa necessidade seja aumentada para pessoas idosas das faixas de renda mais baixas quando a variável renda se associa à necessidade de atendimento de emergência

em domicílio. Pessoas idosas integrantes dos grupos de faixas de renda mais elevadas apresentam menores probabilidades de serem atendidas de forma emergencial e, em proporção inversa, apresentam maiores probabilidades de ter realizado uma consulta médica no período de um ano. Em termos ampliados, ocorre um salto na utilização dos serviços de saúde, sejam ambulatoriais, hospitalares ou emergenciais, em torno da faixa etária dos 75 anos (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Em terceiro plano, encontram-se os desafios decorrentes do envelhecimento para a população em termos de provisão de cuidados domiciliares, apontando para o aumento relevante de indivíduos em idade ativa no mercado de trabalho (15 a 64 anos) precisarem dedicar tempo para as tarefas de cuidados diretos para pessoas idosas, em sua maioria maciça realizados por mulheres, o que reflete estatisticamente na queda de permanência dessas mulheres no mercado formal de trabalho (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

No intervalo de tempo estipulado para o estudo (1998 a 2019), ficou evidenciada a ocorrência de mudanças significativas nos arranjos familiares em razão da maior presença de pessoas idosas nos domicílios e a consequente limitação ou incapacidade para a realização das AVD e AIVD, necessitando de apoio parcial ou total para os cuidados, os quais recaem sobre as famílias, prioritariamente para as mulheres (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

O quarto plano apresentou o percentual específico de profissionais médicos com curso de especialização nas diversas especialidades médicas entre os anos de 2010 e 2020, obtido com base no Cadastro Nacional de Residência Médica (CNRM). No ano de 2020, somente 0,7% do contingente total de formandos concluíram o curso na área de geriatria e gerontologia, e esse foi o menor percentual de formação dentre as demais especialidades, demonstrando que, a despeito das necessidades nacionais para a formação na área, é um perfil que parece não ter sofrido modificações ao longo dos anos (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

O quinto plano revelou a disponibilidade de recursos físicos relativos à disponibilidade de leitos de longa permanência, de forma a evidenciar um decréscimo para a necessidade crescente da população de pessoas idosas. Em geral, esses recursos são leitos que recebem pessoas idosas as quais não apresentam condições graves de saúde, mas que são dependentes e necessitam de tratamentos de reabilitação. Apenas 36% dos municípios brasileiros disponibilizam leitos em instituições de longa permanência, com o agravante da maior proporção ser de caráter privado, justificando de alguma maneira a característica marcante na sociedade brasileira da responsabilidade de cuidados para o estrato populacional recair sobre as famílias, principalmente para as mulheres (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Perante a realidade apresentada com base em pesquisas elaboradas em um longo período o qual alcança os dias atuais, precisamos admitir que:

O Brasil não está preparado para enfrentar os desafios atrelados ao acelerado envelhecimento da população. Diante das evidências trazidas e organizadas por esse estudo, fica claro que não temos tempo para desperdiçar com inação ou erros e que precisamos nos adaptar rapidamente à nova realidade do país, estruturando políticas públicas que garantam a saúde e qualidade de vida dos idosos no país (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023, p. 28).

A manutenção da inação irá afetar todo o conjunto social, sinalizando a urgência do encaminhamento de discussões que tratam abertamente da provisão de cuidados necessários às pessoas idosas, preparando pessoas para o cuidado em domicílio, principalmente para a população de menor renda, sobre a qual os impactos da não inserção no mercado de trabalho formal é mais prejudicial (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Retomando a reflexão dos prismas existenciais, o primeiro deles diz respeito ao reconhecimento do próprio envelhecer, que nas palavras de Beauvoir (2018), é viabilizado através da relação com o outro em razão das dificuldades em assumi-la, visto que esse processo acontece pela via de um novo equilíbrio biológico com adaptações sem maiores sobressaltos. Quem envelhece não percebe a descida da encosta, por se tratar de um processo suavizado, e a construção de novos hábitos velam as indisposições apresentadas pelo corpo e pelas capacidades cognitivas, tornando o processo silencioso. Embora toque exteriormente, permanece interiormente inacessível à pessoa que vivencia a condição, diferentemente de um adoecimento agudo, que faz com que o corpo reaja também agudamente, trazendo à tona a dificuldade enfrentada. A autopercepção imprecisa está relacionada à superioridade do ego, mantido distante da consciência, e por isso observado em um plano de distanciamento, como aponta a autora:

Essa visualização opera-se através de uma imagem: tentamos representar quem somos através da visão que os outros têm de nós. É um feixe de intencionalidades dirigidas através de um *analogon* em direção a um objeto ausente (Beauvoir, 2018, p. 305, grifo da autora).

Um segundo prisma existencial é relação estabelecida entre idade e tempo. A idade é diretamente proporcional ao tempo vivido, ou seja, o passado, e indiretamente proporcional ao tempo futuro, por isso a história se apresenta por trás de si próprio nos envelhecidos: é o momento acalentado pelas memórias, quando possível for lembrar-se. A evocação de memórias

é uma característica marcante em pessoas velhas, fazendo-os sentir a intensidade dos anos de vida já experimentados, traduzindo uma certa solidariedade com o passado de juventude. Elas recusam o tempo presente como mecanismo de defesa para não esmorecer, continuando assim a se sentirem na condição do que foram, como que permanecendo imutáveis, o que lhes confere segurança de sobreviverem neles mesmos, como forma de recuperar a vida (Beauvoir, 2018).

No entanto, algumas condições precisam ser reunidas para promover o resgate do vivido, objetivando a manutenção do lume aceso: é necessário que as histórias tenham sido fixadas nas dimensões das memórias, mas, por vezes, situações de adoecimento inviabilizam a manutenção da fisiologia que garante a funcionalidade de circuitos neurais para o ressurgir das imagens construídas no passado.

O terceiro e último prisma diz respeito aos afetos evidenciados na cotidianidade dos velhos, que são fartos e em muitos matizes. O ter a vida por trás de si mesma torna o presente descolorido, como se a aridez se aproximasse, por saber qual o caminho apresentado à frente. As fragilidades do corpo tornam os idosos propensos ao cansaço e limitados, por vezes, em suas predileções cotidianas, a exemplo da alimentação, do convívio social, das atividades físicas, do consumo de bebidas e outras. O contexto estabelecido deixa ampla margem ao desinteresse por novidades, a curiosidade deixa de ser exercitada pelo esvaziamento de projetos, gerado pela indiferença intelectual. Instala-se, assim, um círculo vicioso marcado pela inação, a reboque da ausência da curiosidade e desinteresse, que não mais encontra razão à ação (Beauvoir, 2018).

Assim, incontáveis são os afetos manifestos e que devem ser considerados, ao menos em grande parte, como mecanismo de defesa; os mais evidenciados estão aqui comentados. Ambição e apego estão paradoxalmente presentes pelo desprestígio do todo; no entanto, a denominada ambição senil é considerada um privilégio dos que têm posses, e está mediada pela vaidade, se desvelando como tentativa de autoafirmação. A supressão do desejo de distração é outra característica marcante, e os velhos, por essa razão, podem se tornar irritadiços, entediados e tristes. O sentimento de tristeza não é provocado por quaisquer acontecimentos que seja, mas pelo marcado sentimento de inutilidade que a situação evoca, a qual, por seu turno, provoca revolta e melancolia; percebem-se sós e inseguros, mesmo sem nenhuma ameaça concreta e apoiados por familiares. O futuro é uma condição amedrontadora pela falta de controle de tudo e dependência de outrem, se conformando em força motriz à desconfiança, estado gerador de importantes conflitos com as pessoas que estão no seu entorno (Beauvoir, 2018).

A necessidade de se proteger de tantas adversidades induz os velhos à conformação de rotinas, mantendo uma organização mental mínima para dar seguimento ao cotidiano sem

sobressaltos, ocorrendo então a cristalização dos hábitos, já interiorizados no caminhar da vida, mas que tendem a crescer com o passar dos anos, como evidenciado no trecho:

O hábito é o passado enquanto é não representado, mas vivido por nós sob a forma de atitudes e de comportamentos; é o conjunto das montagens e automatismos que nos permitem andar, falar, escrever, etc. Numa velhice normal, eles não se alteram, e seu papel até mesmo cresce, pois são colocados a serviço de uma rotina (Beauvoir, 2018, p. 485).

É importante destacar, que, apesar de se estar conformado como mecanismo de defesa, a essa condição se sobrepõe o desinteresse pelo novo. A acomodação que o hábito promove é aliviadora de tensões, por abrigar caminhos já percorridos e assim bem conhecidos; a inquietude no novo reforça o sentimento de medo e de inferioridade, portanto o hábito se configura em um lugar de conforto, reforçado no cotidiano. O abandono do hábito deixa espaço para a sensação de proximidade da morte, tornando dificultada a separação entre o sentimento e o próprio hábito. A regra então é também um motivo de apego e indica a tão frequente estagnação de comportamentos (Beauvoir, 2018).

Outro importante aspecto a ser destacado no prisma dos afetos diz respeito aos relacionamentos interpessoais estabelecidos entre os velhos e os seus familiares, e entre eles próprios. Esses relacionamentos são cravejados de ambiguidades, visto que a avareza se revela mais fortemente nessa fase da vida, e os familiares ou outros que sejam responsáveis pela pessoa envelhecida, limitada (e em algumas situações, incapacitadas), precisam adentrar o espaço dos bens materiais, e isso é geralmente mal interpretado por eles. A ambiguidade ocorre em função da propriedade se traduzir em mais um resguardo da ansiedade, e ser em si um motivo dela própria. A propriedade reafirma sua identidade e é um apoio à sua defesa, ao mesmo tempo que pode ser um gatilho às agressões para os que gravitam em seu entorno próximo, pela condição de desconfiança gerada pelas inseguranças já referidas, impactando consideravelmente sua comunicação (Beauvoir, 2018).

A afetividade está, em grande medida, vinculada à relação que se estabeleceu outrora com os descendentes, nem sempre facilitadas, por querelas que se construíram durante suas vidas. A relação entre pai e filho pode ser marcada pelos arroubos da juventude com os rancores guardados do(s) filho(s) para com o pai, que podem ter chegado a um afastamento profundo, e esse aspecto não está superado totalmente na velhice do pai, provocando sentimentos de ambivalência e/ou hostilidade, mas a afetividade não está por completo afastada. Geralmente, é essa condição que reverbera em postura de reivindicação e desconfiança por parte do pai em

relação ao filho, e este lida impacientemente com a autoridade imposta, ou com a sensação de fardo agora remetida à relação. Já a relação da filha com o pai é menos conflituosa e as afeições construídas são mantidas e retribuídas. A relação mãe-filho pode ser marcada por bons sentimentos, se este ficar solteiro, servindo como um bom suporte, ou de rivalidade quando se casam; já a relação da mãe com a filha pode ser marcadamente difícil, tomando contornos de fracasso. Os melhores sentimentos evocados pelas pessoas idosas são relativos aos netos: mesmo que a relação com filhos e filhas tenha sido marcada por dificuldades, os sentimentos cultivados pelos netos são simpáticos (Beauvoir, 2018).

As relações interpessoais dos idosos com os mais jovens, mesmo que fora do convívio familiar, pode ser benéfica, visto que podem conduzir a movimentos de oxigenação para seus dias, vivificando, em alguma medida, seu próprio tempo de juventude, resgatando assim a jovialidade que pode persistir, caso se disponham a essa convivência com leveza, e se comprometam com os sentimentos sem maiores sofrimentos (Beauvoir, 2018).

Com os seus pares idosos, os relacionamentos podem ser confusos. O prazer à convivência está vinculado a uma mentalidade comum e à rememoração da vida passada, ao mesmo tempo em que são reflexos desagradáveis deles próprios, por revelar a sua senilidade, chegando, por vezes, a desejar a partida dos pares para que não tenham o infortúnio da realidade posta à sua frente (Beauvoir, 2018).

A visibilidade social do envelhecimento e velhice é acompanhada por um duplo movimento em sua gestão enquanto preocupação social, que se desenhou não apenas pelo visível crescimento do estrato populacional. Considerada por longo período como um questão restrita à esfera privada e familiar, de precaução individual ou de organizações filantrópica, a velhice passa a ocupar o espaço público, desde o momento que tanto o poder estatal quanto as instituições privadas foram solicitadas a traçar orientações e intervenções, muito embora apresentando controvérsias em suas propostas, por direcionamentos que ocorrem em vários sentidos. O crescimento da gerontologia como um novo campo de saber específico, que objetiva a formação de profissionais especialistas na temática sobre envelhecimento e velhice, funcionou com um relevante investido para homogeneizar a representação da velhice, impulsionando assim o surgimento de uma nova categoria cultural encarnada na pessoa idosa (Debert, 2012).

Essa nova classe cultural passa a ser enxergada como um complexo harmonioso e que agrega um elemento novo à descrição social em sua perspectiva ampla, suscitando assim formas específicas de gestão à situação. É um movimento social da modernidade, estabelecido a partir da segunda metade do século XIX, que por um lado assinalou a velhice como um período da vida marcado pela decadência física e esvaziamento de papéis sociais, encarregando-se de

atribuir ao avanço da idade um conjunto de imagens negativas delineadas pelo contínuo processo de perdas, provocador do consequente estado de dependência, sendo responsável pelo engendramento que identifica as circunstâncias caracterizadoras da pessoa idosa. Por outro lado, esse movimento funcionou como força alavancadora do processo de legitimação de direitos sociais, a exemplo da universalização da aposentadoria (Debert, 2012).

Em movimento paralelo a esse desenho de visibilidade social para o envelhecimento e velhice, pautado principalmente em seus aspectos negativos, inaugura-se o processo de reprivatização da velhice no sentido de excluí-la da mira das preocupações sociais, transmutando a última etapa da vida em uma responsabilidade individual, ou seja, um processo cada vez mais afastado da responsabilidade do Estado, com perspectiva de poucas políticas públicas direcionadas à seguridade ao estrato populacional de pessoas idosas. A revisão dos rótulos contemporâneos de negatividade impressos à velhice ganham matizes de um período da vida que pode oferecer possibilidades de realização de projetos esquecidos ao longo de etapas anteriores da vida, sendo reencontrados como possíveis nessa etapa, resultante de vivências e aprendizados oportunizados pelo experimentado nos anos de outrora (Debert, 2012).

Nacionalmente, algumas iniciativas despontaram no sentido de promover o encorajamento para a busca da expressão autêntica para o estrato populacional, como também favorecer o aproveitamento de experiências antes atribuídas à população considerada jovem, a exemplo dos grupos de convivência de idosos, escolas e universidades abertas. Não obstante, esses programas se encontram em nível de patamar de sucesso semelhante ao da precariedade de recursos necessários para fazer frente aos problemas do envelhecimento avançado, visto que essa nova roupagem:

não oferece instrumentos capazes de enfrentar a decadência de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais que são fundamentais na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania (Debert, 2012, p. 15).

A visão gratificante nas representações do envelhecimento e velhice tanto favorece a reprivatização do envelhecimento quanto pode servir como cortina de fumaça à realidade de dependência e abandono vivenciada por muitas pessoas idosas no país, situações que passam a ser como encaradas como consequentes ao distanciamento de ocupações motivadoras e da adesão a formas de consumo e estilo de vida despropositados por escolhas individuais. Nessa confusa, conflituosa e contraditória contenda de ideias e de preceitos éticos, engendrou-se a ressignificação da velhice, a partir da relevante interlocução entre os atores do novo campo do saber, os gerontólogos, os próprios atores sociais de idade avançada e a mídia (Debert, 2012).

Os gerontólogos, por terem galgado o título de *experts* na conversão da velhice em uma questão social, e de terem inserido o idoso como novo ator político, julgam-se, paradoxalmente, estar em um local privilegiado como agentes à reprivatização da velhice. Ao não mais se encaixarem em anteriores moldes destinados ao envelhecimento, as pessoas de mais idade buscam conquistar e rearranjar espaços, com o propósito de atender as exigências para o novo formato de controle emocional adequado a esses novos espaços. A mídia atua como uma faca de dois gumes: por um lado, se responsabilizando por abrir o confronto entre os dois grupos de atores, provocando a desestabilização interna de recursos pertinentes a cada instância, e por outro, cava trincheiras para as novas demandas políticas e para a formação de novas frentes de consumo (Debert, 2012).

Uma perspectiva que não pode deixar de ser observada nas novas formas de gestão do envelhecimento diz respeito ao seu aspecto de mercantilização em áreas até então não exploradas. Vinculadas à ressignificação do corpo no seu sentido de estética externa, a disciplina e a busca por estilos de vida saudáveis e prazerosos perpassa a ideia de um envelhecimento bem-sucedido e autossuficiente. No rol de inclusões direcionados ao objetivo em questão, são incluídas dietas elaboradas por especialistas que propalam as ‘imperfeições’ (grifos nossos) do corpo como corrigíveis e modificáveis, a partir de um trabalho dedicado ao corpo no sentido de conseguir o aspecto de maior jovialidade desejado, manuais de autoajuda, tratamentos cosméticos e com vitaminas, além da instauração da indústria do lazer (Debert, 2012).

Outras providências dizem respeito à contratação de planos de saúde dispendiosos e o crescimento da oferta de lares geriátricos e serviços privados para idosos. No entanto, o que se encontra no cerne de todas essas formas de gerenciamento é a inacessibilidade para a maioria maciça do estrato populacional de pessoas idosas brasileiras, aprofundando ainda mais o fosso das iniquidades (Debert, 2012).

O envelhecimento e finalmente a velhice são experimentações singulares vivenciadas pelas pessoas. Por isso, são essas pessoas velhas que podem contar suas histórias singularmente, que apesar de suas singularidades estão inseridas em um contexto social, cultural, econômico e étnico. A organização social se encarrega de prescrever normas e comportamentos para cada faixa etária da vida, aliando-se a estes níveis as construções culturais, que servem como justificativas naturais para o corolário de comportamentos adequados no conjunto de regramento social. As fragilidades da velhice estão muito associadas às questões que envolvem perda de autonomia e lucidez, e não muito vinculadas à idade cronológica, a qual não se conforma como um marcador individual de envelhecimento para as pessoas, em se tratando de

suas percepções individuais. Os comportamentos são as balizas principais e podem aparecer em qualquer idade cronológica, ou seja, pessoas com idade cronológica descaracterizadas como velhas podem apresentar comportamentos que são atribuídos a essas pessoas (Debert, 2012).

A ascensão do neoliberalismo e as mudanças ocorridas em termos de políticas públicas na área da saúde são fatores com influência superior no avolumamento das desigualdades sociais nacionalmente. No país, as implicações que envolvem o envelhecimento da população dizem respeito à manutenção de todas as responsabilidades com o suporte a pessoas idosas se manterem no abrigo da esfera familiar e/ou individual, ou seja, os problemas que envolvem a dinâmica imposta pela transição demográfica são cada vez menos assumidos na esfera do poder público, que cada vez mais encontra engendramentos para escapar de suas responsabilidades (Debert, 2012).

Os discursos sobre o envelhecimento propalam a ideia de que, nessa fase da vida, a pessoa idosa deve se cuidar com vistas a se manter independente e saudável, revelando a pouca importância atribuída à elaboração de políticas públicas adequadas ao apoio para a faixa etária em questão, deixando transparecer que o discurso neoliberal subjaz a essa ideia. As questões relativas aos cuidados, em geral, devem fazer parte de todos os ciclos de vida, e nesse momento permanecem sendo fundamentais.

No Brasil, as desigualdades de acesso aos bens materiais e imateriais são marcantes e em várias ordens. Os bolsões de pobreza permanecem presentes e espalhados em todo o país e em vários outros territórios, espelhando com fidelidade os desequilíbrios sociais, econômicos, étnicos e de gênero existentes desde sempre, pautados principalmente pela desigualdade de renda, que em grande escala é fruto da estratificação social e desatenção governamental, alimentando acessos desiguais a recursos e impactando direta e decisivamente na vida das pessoas.

As pessoas de pele escura são, historicamente, compelidas a se lançarem em trabalhos informais e com pouca remuneração, resultando em uma velhice com menos acesso à previdência social, condições de saúde e moradia bem piores quando comparadas a pessoas de pele clara, refletindo também em menor expectativa de vida.

Os números revelam a manutenção de diferenças quando o padrão adotado é de cor ou raça. Para as pessoas de cor branca, a porcentagem de desocupação é de 44,7%, enquanto o contingente de pessoas pretas ou pardas é de 54,2%. Existe também a segmentação relativa às ocupações no mercado de trabalho, revelando a permanência do sectarismo da segregação racial existente nesse âmbito, com a manutenção da força de trabalho das pessoas pretas e pardas predominantemente nos ramos de atividades de menor remuneração, como a agropecuária

(62%), construção civil (65,1%) e trabalhos domésticos (66,4%). As atividades informacionais, financeiras, de administração pública, saúde, serviços sociais e educação, bem como outras atividades profissionais com rendimentos superiores, são ocupadas proporcionalmente por pessoas de cor ou raça branca. É uma condição reiterada no intervalo dos anos estudados entre 2012 até 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023b).

As mulheres são, historicamente, condecoradas com o título de cuidadora familiar, devotando seu tempo aos afazeres domésticos, cuidando da casa, filhos e esposo, com jornadas duplas e triplas de trabalho, ora repercutindo na não contribuição à previdência social, ora em contribuições menores, visto a permanência de salários menores em relação aos salários dos homens. O percentual de ocupação masculina chega a 66,3%, e a feminina de 46,3%, embora a maior escolaridade seja feminina, o que não configura condição suficiente para equiparar sua condição de inserção no mercado de trabalho (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023b). Finalmente na velhice, elas mantêm o seu *status* de cuidadoras, quando passam a cuidar de netos, cônjuges doentes, filhos adultos e/ou outros familiares, não sendo prática incomum encontrarmos mulheres idosas cuidando de outras pessoas idosas.

Em se tratando de envelhecimento enquanto processo, fica a clareza de que a fase última da vida recebe as influências de condições que se acumulam durante todo o trajeto de vida, iniciado durante a gestação e determinada por fatores múltiplos como o acesso à renda, à saúde, à educação, ao trabalho formal e à previdência social, provocando impacto direto na qualidade de vida em todo o seu percurso. Por fim, a vida culmina na velhice para as pessoas que nela conseguem chegar, como última etapa da vida, quando pode ser agravada pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente para a parcela da população idosa menos favorecida economicamente.

As experiências referentes às desigualdades econômicas e sociais são incorporadas e se expressam biologicamente, desde a vida intra útero até a morte, engendrando-se nesse percurso desigualdades sociais em diferentes níveis no contexto da saúde e definindo a terminologia de expressões biológicas da desigualdade social. A terminologia se constitui em uma noção evidenciada no âmbito da epidemiologia desde que a disciplina surgiu no início do século XIX, muito embora sem receber essa nomeação de forma explícita (Krieger, 2001).

As iniquidades em saúde dizem respeito às sistemáticas e importantes diferenciações nas condições de saúde entre grupos socioeconômicos desiguais, as quais são reputadas como prescindíveis, injustas, plenamente evitáveis e isentas de razões puramente biológicas. Por se tratarem de consequências diretas ou indiretas de fatores socioeconômicos e ambientais, são passíveis de modificações (Souza *et al.*, 2020). São questões intimamente atreladas ao

constructo histórico, social, econômico e político que se engendram nas sociedades, influenciando sobremaneira em suas relações sociais e finalmente implicando no surgimento de transtornos na saúde das pessoas, em graus variados. Essas conjunturas carecem de ser observadas quando da elaboração de políticas públicas, somadas aos determinantes sociais de saúde. No caso específico deste trabalho, serão destacados aqueles direcionados ao envelhecimento.

A experiência do envelhecer é marcada pela complexidade de uma etapa da vida cujas características de modificações estão muito para além das ocorrências biológicas, por envolver as dimensões social, política, econômica, psicológica e cultural. Essa última é marcada, via de regra, pela velhice sendo representada como uma etapa da vida nas quais prevalecem as rotulações negativas de debilidade, fragilidade, decadência e importantes perdas físicas e cognitivas, as quais, por sua vez, são geradoras de limitações e incapacidades.

O principal critério demarcador de velhice é o corte etário de 60 anos e mais para países em desenvolvimento, e 65 anos e mais para países desenvolvidos, se conformando de saída em um critério limitado, visto a heterogeneidade dos ‘envelheceres’ diferentes, quando se fala especificamente na questão nacional, que conta com uma parcela do estrato populacional em pleno estado de autonomia, contribuindo efetivamente no desenvolvimento social e econômico do país, e outra parcela com incapacidades para a realização de qualquer tipo de atividade básica cotidiana, sem lastro financeiro próprio. São duas realidades bem distintas de formas de envelhecimento. Em uma outra perspectiva de heterogeneidade, está a condição do aumento de anos de vida especificamente nesta última etapa, com expectativa de continuar se alongando, exigindo cada vez mais atenção na elaboração de políticas de proteção social, impostas pela diversificação de demandas peculiares das pessoas longevas (Camarano; Pasinato, 2004).

Na América Latina, o Brasil foi vanguardista quando se trata do estabelecimento de política que proporcione algum nível de garantia de renda para a classe trabalhadora, insinuada à época do Brasil Colônia com a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, instituição de cunho assistencial. Na sequência, pela institucionalização dos montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes durante o período do Brasil Império, como células embrionárias do futuro sistema de seguridade social, universalizado muitos anos depois através da promulgação da Carta Magna de 1988 (Camarano; Pasinato, 2004).

Nos anos de 1960, duas iniciativas foram efetivadas em prol da população de pessoas idosas, sendo a primeira relativa à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que se ocupava de incentivar deliberações com vistas a dar suporte à velhice, além de contribuir com outras iniciativas que demonstrassem interesses no desenvolvimento de atividades

educativas, assistenciais e de pesquisa no âmbito da geriatria e gerontologia. A segunda foi o importante trabalho alavancado por comerciários, vinculados ao Serviço Social do Comércio (SESC), que se preocupou em proporcionar alívio à solidão e amparo para pessoas idosas, se constituindo em uma iniciativa pioneira desencadeadora da elaboração de política dirigida ao estrato populacional em questão, visto que até essa altura as instituições dirigiam suas atenções somente aos atendimentos asilares (Camarano; Pasinato, 2004).

Em termos de ação governamental na esfera federal, as deliberações específicas com ações destinadas a algum nível de proteção para pessoas idosas ocorrem somente nos anos de 1970, com a implementação de atividades preventivas efetivadas em centros sociais vinculados à sociedade civil e ao Instituto de Previdência Social (INPS). Desde a década anterior, já ocorriam internações protetivas de segurados do INPS, em razão da constatação da impossibilidade de assistência familiar para esses segurados por insuficiência de recursos e a condição de desgaste físico e mental dessas pessoas idosas exigir intervenção efetiva. Dois tipos de benefícios que não dependiam de contribuição prévia foram criados na mesma década: a renda mensal vitalícia (RMV), para pessoas carentes tanto do meio urbano quanto rural, e as aposentadorias para trabalhadores rurais (Camarano; Pasinato, 2004).

O maior avanço em relação às políticas públicas de proteção social a pessoas idosas ocorreu na década dos anos de 1980, com a criação da Associação Nacional de Gerontologia (ANG), de cunho técnico e científico, de cobertura nacional. Em 1988, a promulgação da Constituição Cidadã, que se balizou em algumas recomendações da primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, ocorrida em Viena no ano de 1982, passa a admitir o conceito de seguridade social, ocorrendo assim a desvinculação da rede de proteção de proteção social exclusiva da conjuntura social-trabalhista e assistencialista, galgando o patamar de direito de cidadania. A mesma assembleia sinalizou a necessidade de trabalhos sociais serem empreendidos no sentido de adotar conotações positivas ao envelhecimento, e admiti-lo como um processo possível de ser atravessado de maneira bem-sucedida (Camarano; Pasinato, 2004).

A Constituição Federal brasileira de 1988 passou a contar com o Título VIII, específico à Ordem Social, no qual questões familiares relativas à crianças, adolescentes e idosos são tratadas, mas o texto deixa claro, em seu capítulo VII, Artigo 230, que a família é a principal responsável pelo apoio à pessoa idosa, quando o 1º Inciso do texto designa que os cuidados para pessoas idosas devem ser cumpridos preferivelmente em seus lares, com a previsão de a família ser criminalizada penalmente quando constatado o negligenciamento do cuidado necessário por parte dela. O Estado e a sociedade também são partícipes dessa responsabilização e devem garantir sua participação comunitária, favorecer seu bem-estar e

dignidade, além de garantir o direito à vida (Brasil, 1988). Portanto, fica a clareza que o poder estatal tem ações secundarizadas, com a família no lugar de provedor em primeiro plano das ações assistenciais à pessoa idosa.

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, instituiu a PNI com o objetivo de garantir os direitos sociais à pessoa idosa, possibilitando autonomia, inclusão e participação efetiva no meio social. As diretrizes orientadoras dessa política dizem respeito principalmente à integração da pessoa idosa às demais gerações, possibilitadas através de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do estrato populacional às gerações anteriores a ela: integrar organizações representativas para pessoas idosas, com o intuito de participar na formulação, execução e avaliação das políticas, projetos e programas a elas destinados; favorecer o cuidado à pessoa idosa vulnerável por suas famílias, com vistas a evitar o máximo possível sua institucionalização; diligenciar a capacitação e atualização de trabalhadores nas áreas de geriatria e gerontologia; viabilizar a garantia de atendimento prioritário em instituições públicas e privadas às pessoas idosas; efetivar sistemas informacionais para a divulgação da política, projetos, programas e oferta de serviços nas três esferas governamentais de poder; estimular o desenvolvimento de pesquisas que discutam as questões referentes ao envelhecimento, como também desenvolver formas de divulgação de natureza educativa, abordando os aspectos biopsicossociais relativos ao envelhecimento (Brasil, 1994).

A reboque da PNI, por considerar os elevados custos financeiros envolvidos na assistência médica a pacientes idosos pelo SUS e pelo entendimento de era necessário contemplar as reais necessidades desse público, foi elaborada a Política Nacional de Saúde do Idoso, pelo Ministério da Saúde, integrada ao plano de atenção em saúde, no ano de 1999, através da Portaria nº 1.395/GM/MS. O texto é delineado pelos eixos orientadores de medidas preventivas com vistas à promoção da saúde e atendimento com equipe multidisciplinar voltada especificamente ao público formado por pessoas idosas (Camarano; Pasinato, 2004).

Dando continuidade às políticas públicas relativas à população de pessoas idosas, que conseguiram maior destaque a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e da redemocratização do país, o início do século XXI trouxe uma política que se conformou em uma peça jurídica mais unificada e robusta, visto que a legislação elaborada até então se encontrava segmentada em regramentos jurídicos setoriais ou dispositivos de gestão pública.

No ano de 2003, a Lei nº 10.741/2003, de 1 de outubro de 2003, foi sancionada pelo Congresso Nacional. A lei recebe a denominação de Estatuto do Idoso, que em linhas gerais explana sobre direitos fundamentais, objetivando possibilitar a dignidade da vida, segurança e oportunidades para pessoas idosas, com vistas a promover inclusão, combater discriminação e

abandono. A lei garante direitos fundamentais à educação e acesso aos serviços de saúde, inclusive proibindo a exclusão de pessoas idosas em planos de saúde, transporte gratuito, lazer, cultura e assistência social, buscando evitar qualquer tipo de exclusão de aproveitamento dessas prerrogativas em razão da idade. O documento incentiva a elaboração de políticas públicas que priorizem a autonomia das pessoas idosas, com vistas a mantê-las ativas e participativas socialmente em grupos comunitários, associações e outros grupos de apoio (Brasil, 2003).

A norma assegura direito à aposentadoria, isenção de impostos em situações específicas e benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), orientado como um marcador de renda própria, visto que não deve fazer parte do valor total da renda familiar, ou seja, uma composição exclusiva da pessoa idosa. O texto ainda garante a mobilidade através da isenção do pagamento da tarifa de transporte público municipal, intermunicipal, e descontos em transportes interestaduais, além da prioridade no atendimento em serviços públicos e privados. O documento também se preocupa em oportunizar uma cultura de valorização e respeito às pessoas idosas, a partir do incentivo às campanhas de conscientização referentes aos direitos da pessoa idosa e da importância delas na sociedade (Brasil, 2003).

Em termos de políticas públicas setoriais, quatro delas são elencadas no sentido de favorecer a melhor seguridade às pessoas idosas: Política Setorial de Renda, Política Setorial de Saúde, Política Setorial de Cuidados de Longa Permanência e Política de Integração social.

As políticas de renda, que englobam previdência e assistência social, se constituem em aspecto imprescindível no sentido de garantir minimamente a qualidade de vida, por se tratar de acesso aos recursos monetários. Esses recursos são oriundos dos regimes previdenciários e da assistência social, ambos constantes da Constituição Federal (Camarano; Pasinato, 2004).

O Regime Geral de Previdência Social e o Regime Próprio de Previdência Social são ambos de natureza contributiva e filiação obrigatória, discriminados no Título VIII - da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção III - Da Previdência Social, em seu Artigo 201, da Constituição Federal. São regimes que asseguram o recebimento mensal de recursos monetários pelo trabalhador, a partir do momento em que façam jus aos valores oriundos das aposentadorias após os anos efetivos de trabalho e determinada faixa etária, além de outros assuntos inerentes à seguridade social, como pensão por morte, salário família, proteção à maternidade, ao trabalhador em situação de desemprego e outros. O primeiro regime se destina aos trabalhadores da iniciativa privada, abrangendo a maioria da força de trabalho brasileira, enquanto o segundo é destinado aos servidores públicos efetivos nas três esferas de governo. Na Seção VI - Da Assistência Social, do mesmo capítulo, em seu Artigo 203, a Constituição Federal prevê, entre outros, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à

velhice, garantindo também o aferimento de um salário mínimo para pessoas idosas e deficientes que comprovem a condição de vulnerabilidade própria e/ou familiar (Brasil, 1988).

A política setorial de renda viabilizada pela assistência social é um instrumento de suporte na vida das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade e suas famílias, contribuindo para a redução da pobreza do estrato populacional em questão, gerando importante impacto positivo. A estimativa é de que aproximadamente 16 milhões de famílias contem com esse benefício, avaliado como integrante de uma política pública social contemporânea relevante por trazer soluções, mesmo que parciais, ao estado de desproteção entre as pessoas idosas brasileiras. No entanto, a questão relativa ao seu financiamento é preocupante, visto que o orçamento à assistência social é proveniente da seguridade social, e as transformações pelas quais passam o mercado de trabalho já sinalizam o enfraquecimento das garantias de manutenção do referido orçamento (Camarano; Pasinato, 2004).

A retração de empregos, informalização do trabalho, alternância do trabalhador contribuinte e não contribuinte com a previdência social é cada vez maior, culminando, ao longo do tempo, na escassez de recursos que alimentam a assistência social. Portanto, é uma política que não possui garantias em seu financiamento futuro e, conseqüentemente, não será suficiente para suprir as necessidades da futura população idosa, caso a conjuntura de retração econômica no país se mantenha inversamente proporcional ao crescimento da população idosa (Camarano; Pasinato, 2004).

A política setorial de saúde é executada pelo SUS em duas frentes. A primeira é a tradicional, que ocorre em três formatos de contratação de serviços, quais sejam: a pública, de cobertura universalizada, que se realiza através dos planos de saúde privados pré-pagos por clientela fechada, composta por empresas, famílias e pessoas individualmente, e por último a contratação direta de serviços de saúde realizada por pessoas físicas, essas duas últimas modalidade fazendo parte do sistema suplementar de saúde. As enfermidades características da população idosa são prioritariamente de natureza crônico-degenerativas, e por essa razão demandantes de crescentes recursos financeiros, justificados pela necessidade de maior acompanhamento em consultas periódicas e exames médicos, dispensação de medicamentos de uso contínuo, internações hospitalares mais frequentes e tratamentos prolongados.

A conjuntura exige que os programas voltados ao envelhecimento na saúde considerem a população idosa como um grupo dinâmico e inserido no contexto da população em geral, visto que o processo de envelhecimento precisa ser enxergado como um *continuum* no ciclo de vida. A segunda frente de ação para o atendimento da população idosa ainda se conforma em desafio

às autoridades sanitárias, pela necessidade da implementação de novos instrumentos à prestação de cuidados alavancadores do envelhecimento bem-sucedido (Camarano; Pasinato, 2004).

A PNI, instituída através da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, tem o propósito principal promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar a capacidade funcional da pessoa idosa em sua possibilidade superior, prevenir doenças e recuperar a saúde dos adoecidos em suas possibilidades e limitações, reabilitação das capacidades funcionais restritas por qualquer motivo, no sentido de proporcionar a sua manutenção no seio social de origem. A política considera a perda de funções física e cognitiva em pessoas idosas como o principal problema decorrente do avanço das enfermidades, como também resultantes do estilo de vida adotado. A PNI adota como principais orientações:

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas (Brasil, 1999, p. 7).

As duas outras políticas setoriais dizem respeito aos cuidados de longa permanência, orientada para os de maior dependência e para quando a família não pode arcar financeiramente com as demandas necessárias ao seu cuidado, ou quando são desprovidas de condições físicas e emocionais imprescindíveis aos cuidados dispensados para pessoas idosas, sendo então essas pessoas transferidas às instituições de longa permanência em regime de internação. A institucionalização de pessoas idosas não se caracteriza como prática corriqueira nas sociedades da América Latina, visto que os cuidados e atenção dispensada era tradicionalmente desenvolvida prioritariamente nos espaços familiares. Esse processo consistiu em uma transição progressiva ocorrida no decorrer do século XX, a reboque das modificações no contexto social, tais como o aumento da força de trabalho feminina no mercado formal (que rompe com sua condição de provedora natural do cuidado doméstico), modificações nas posturas dos laços de solidariedade nos espaços familiares, processo de urbanização crescente, encolhimento no número de filhos por famílias e a emergência dos grandes serviços hospitalares e/ou os asilos, albergues, abrigos e lares geriátricos como locais de cuidado integral destinados a pessoas idosas (Camarano; Pasinato, 2004).

Após a instituição da PNI, a Secretaria de Estado de Assistência Social dispôs as possíveis formas de organização de serviços de atenção à pessoa idosa, estimulando o máximo possível a permanência em ambiente domiciliar, da própria família ou em lares acolhedores de pessoas idosas abandonadas por sua família natural, adotando a estratégia de suplementação orçamentária para famílias com recursos escassos à manutenção dos cuidados com idosos. Outras possibilidades são a de ambientes comunitários, com oferta de moradia em residência em república ou casa-lar, e sem oferta de moradia em centros-dia e centros de convivência. A alternativa de moradia em residência em república é uma possibilidade para pequenos grupos de pessoas idosas independentes, e a casa-lar é uma outra possibilidade para pessoas com mais de 60 anos com pouquíssima ou nenhuma dependência. Ambas as residências são oferecidas para pessoas idosas sozinhas, afastadas do convívio familiar, e com recursos financeiros insuficientes ao seu sustento. Os centros-dia contam com programas de atividades integrais diurnas para o atendimento de pessoas idosas impossibilitadas, por motivos próprios ou de seus familiares, de serem atendidas em suas residências, mas com retorno noturno aos lares de seus familiares. Os centros de convivência atuam com ações promotoras da socialização, estímulo ao envelhecimento bem-sucedido, inclusive com atividades que possibilitam geração de renda e são fortalecedores dos vínculos sociais, minimizando o isolamento e a perda de autonomia, preservando o vínculo, e estimulando o convívio familiar (Camarano; Pasinato, 2004).

As instituições asilares são locais de assistência integral para pessoas idosas em vulnerabilidades e sem o suporte familiar. Nelas, ocorre a oferta de serviços biopsicossocial de maneira integral, mas apesar de ser um serviço de acolhimento com oferta de moradia, não há um desestímulo para o vínculo familiar e a integração comunitária. Essas instituições estão subdivididas em três modalidades: a primeira se destina para pessoas idosas independentes nas atividades de vida diária, mesmo que precisem da utilização de algum equipamento para apoio do corpo; a segunda é reservada às pessoas idosas independentes e dependentes, com necessidades de apoio e cuidados de profissionais de saúde especializados; por fim, a terceira é dirigida para pessoas idosas com dependência total para pelo menos uma ou mais atividades de vida diária (Camarano; Pasinato, 2004).

A política de integração social se constitui em uma ferramenta relativamente nova, como parte de um programa que enfoca prioritariamente o estímulo ao envelhecimento bem-sucedido, incorporando estratégias de integração social para vislumbrar a modificação do rótulo impresso às pessoas de idade avançada, como uma etapa da vida de perdas e aguardo da morte. As estratégias nas áreas de educação e cultura, esporte e turismo e atividades relativas às associações de aposentados e pensionistas foram recomendadas pelos Planos de Ação para o

Envelhecimento de Viena e Madrid, que partem do pressuposto de que a última etapa da vida pode ser desfrutada com boas condições econômicas, ativa participação familiar e social, além de bom gerenciamento da própria saúde (Camarano; Pasinato, 2004).

A existência de um excelente arcabouço legal com importantes medidas protetivas às pessoas idosas, fortificado na década dos anos de 1980 é inegável, ganhando corpo e expressão social ao longo das últimas décadas. No entanto, os reveses políticos e econômicos vivenciados pela sociedade brasileira, a reboque de um movimento globalizado nutridor do neoliberalismo, que culmina com o fortalecimento das desigualdades sociais, mantém, por fim, a população idosa em seu lugar cativo de desvantagens, frente a tantos outros empenhos impostos pela necessidade desenfreada de produção e consumo, além da busca incessante por uma eterna e utópica juventude em corpos fragilizados por afecções relacionadas principalmente por macrodeterminantes, intervenientes no estilo de vida, escolha de moradia, condições de trabalho, interações sociais e outros, além das particularidades individuais, a exemplo de fatores genéticos, os quais conjuntamente repercutem na saúde da população (e via de regra são potencializados na velhice), deixando retornar ao mesmo lugar de uma época marcada pelo declínio físico e cognitivo, carregadores de outras perdas, e expectativa da morte. Vale salientar que esses arranjos sociais atuam como componentes contributivos e justificadores da velha representação social sobre o envelhecimento e morte, engendrada e cristalizada por longuíssimo período no tecido social.

Entendemos, assim, que um complexo de circunstâncias estão envolvidos na condução do processo de envelhecimento de um povo. Por essa razão, um arcabouço legal bem elaborado não é uma medida suficiente para viabilizar um envelhecimento bem-sucedido, visto que muitos são os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) atuando na vida das pessoas desde sua concepção até a morte, em qualquer faixa etária, mas em se tratando de velhice, esses determinantes já se acumularam e trabalharam por um longo período. A princípio, concebemos os determinantes sociais em saúde como elementos integrantes de um complexo que transitam a partir de características particulares e se espriam por itinerários através do quais as circunstâncias sociais afetam a saúde, mas que são passíveis de modificações desde que ações esclarecedoras das causas provocadoras das referidas circunstâncias sejam diligenciadas, o que politicamente, não é interessante para muitos governantes.

Esses movimentos e situações, enquanto determinantes sociais em saúde, atuando como força propulsora ou demarcadora de fronteiras, são aceitos como princípios imprescindíveis. Historicamente e de maneira bastante ampliada, dizem respeito a um contexto alargado que envolve regimes políticos, econômicos e jurídicos de um povo, atuais e pregressos, como

também aos recursos tecnológicos e materiais a ele dispensados, além da aquiescência a convenções equiparadas aos padrões internacionais de direitos humanos. Esse cenário inclui também as relações externas políticas e econômicas, viabilizadas através de interações intergovernamentais, instituições políticas e econômicas internacionais, além de entidades não governamentais, estando a ação humana como fator preponderante no engendramento desses determinantes (Krieger, 2001).

Uma definição para DSS foi apresentada na síntese do relatório final da 62ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tratou da temática dos DSS, ocorrida na cidade de Genebra-Suíça em 2009, que é a seguinte:

Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das **iniquidades em saúde** entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente (Brasil, 2011) grifo nosso⁶.

Nacionalmente, a definição de DSS conferida pela OMS foi ampliada pela Comissão pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) ao acolher aspectos que a tornaram mais próximas da nossa realidade de país latino. Assim, essas concepções receberam uma necessária conceituação que engloba os universos do individual e do coletivo, redigida da seguinte forma:

Segundo o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Ensp-Fiocruz, os DSS são um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios (Brasil, 2011)⁷.

As conceituações esclarecem como interveniências não biológicas são potentes na produção de doenças e buscam exprimir como os afetos sofridos ao longo da vida na saúde são geradores de desigualdades e, conseqüentemente, de vulnerabilidades. Quando a conjuntura social (em termos de distribuição de renda, oferta de emprego, educação, saneamento básico, estrutura familiar, acesso aos serviços, implementação de ações preventivas em saúde, exposição a doenças, discriminação social, rede e apoio social) se modifica positiva ou

⁶ Documento eletrônico não paginado.

⁷ Documento eletrônico não paginado.

negativamente, a saúde da população em geral será implacavelmente e definitivamente impactada (Geib, 2012).

Concebemos os DSS como elementos integrantes de um complexo. Esses elementos transitam a partir de características particulares e se espalham por itinerários através dos quais as circunstâncias sociais afetam a saúde, mas são passíveis de modificações desde que ações esclarecedoras das causas provocadoras das referidas circunstâncias sejam diligenciadas, o que, politicamente, não é interessante para muitos governantes.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead explica, de forma simples e objetiva, como as interações entre os diferentes níveis de condições sociais são produtoras de desigualdades em saúde, partindo da macroestrutura composta pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, seguida da estrutura intermediária composta pelas condições de vida e trabalho, redes sociais e comunitárias e, finalmente a estrutura individual vinculada principalmente a características não modificáveis de idade, sexo e fatores genéticos, além de suas particulares de vida privada. As referidas condições sociais integram os DSS igualmente na vida das pessoas idosas, influenciando na sua qualidade de vida, bem-estar e independência funcional, porém são pouco consideradas para as intervenções e políticas destinadas ao estrato populacional em questão (Geib, 2012).

O contexto sociopolítico, estabelecido através das condições culturais, ambientais e socioeconômicas, se constitui em mecanismo de estratificação de grupos sociais a partir do nível de renda auferido, sexo e gênero, atividade profissional, nível de escolaridade, região de moradia e outros, responsáveis pelo desenho dos fatores sociais vinculados às desigualdades na saúde, como também se atrelam ao posicionamento dos grupos na estrutura de poder, prestígio e acesso aos serviços de saúde, refletindo a diversidade de oportunidades no acesso à saúde para cada pessoa. O maior adensamento populacional urbano, responsável pelo agravamento da pobreza, fome extrema e exclusão social em centros urbanos, exigiu maior atenção à efetivação de políticas públicas sociais, com vistas ao enfrentamento de questões estruturais e circunstanciais impulsionadores da estratificação social e marginalização, contribuindo para a persistência de desigualdades de renda. A esse cenário, se associa o acréscimo da população de pessoas idosas no país, com o conseqüente crescimento das doenças crônico-degenerativas comuns na velhice, espelhando as condições socioeconômicas das pessoas idosas, desde sempre submetidas a desigualdade de renda. Possivelmente, será crescente também o número de pessoas idosas em carência de recursos financeiros, portanto necessitadas dos programas de transferência de renda, que por seu turno recebem o financiamento da Previdência Social, com número decrescente de contribuintes como consequência da precarização do trabalho. É um

cenário preocupante, visto que a insuficiência financeira é fator preponderante no comprometimento da condição de saúde de toda a população, ameaçando a exclusão de pessoas idosas da seguridade social, o que se conforma como relevante determinante social de saúde, pelo desencadeamento que a baixa renda provoca em quesitos como insegurança alimentar, condições de moradia, acesso a medicamentos e outros (Geib, 2012).

Nas condições sociais da estrutura intermediária, estão os contextos de vida e trabalho e redes sociais e comunitárias. Com relação ao primeiro quesito, os destaques residem nas lacunas educacionais para a população de pessoas idosas atuais e para uma importante fração da população de jovens, visto que os segundos precisam interromper o período de estudo em razão da necessidade de inserção no mercado de trabalho, aumentando a bola de neve de trabalho precarizado e a consequente geração de lacuna na contribuição à previdência privada. Tanto a situação de pessoas idosas quanto a de pessoas jovens representam entraves à educação em saúde, o que passa a exigir das autoridades sanitárias a concepção de novas ideias e estratégias capazes de sensibilizar esse público para as mudanças comportamentais e no estilo de vida que se refletem na prevenção das doenças crônico-degenerativas, como o perfil alimentar, que se constituem em outro aspecto relevante, visto que o crescimento de pessoas nas várias faixas etárias com sobrepeso e obesidade acendem um sinal de alerta para o desenvolvimento das mesmas doenças. Em outra perspectiva, está a postergação à aposentadoria, seja pelas lacunas no tempo de contribuição, seja pela impossibilidade de interrupção das atividades laborais em razão da dependência familiar de recursos financeiros serem provenientes do trabalho da pessoa idosa, muitas vezes responsável pelo custeio total e/ou parcial das despesas da família, que em muitos casos coabitam no mesmo espaço habitacional, por vezes insalubre (Geib, 2012).

Também é observada a existência de discontinuidades com relação às redes de apoio sociais e comunitárias, seja pelo seu empobrecimento ou pelas limitações e incapacidades impostas pelo processo de envelhecimento adoecido, que culmina com o esgarçamento do tecido social interacional devido à impossibilidade de participação nas atividades comunitárias, o que gera o risco de isolamento e solidão (Geib, 2012), fator de grande risco para o aumento de debilidades.

É possível observar que os grupos de mulheres tendem a buscar formas de superar a desigualdade de gênero ancorando-se nos grupos comunitários reservados à pessoas idosas, como forma de encontrar possibilidades de convivência que as afaste da solidão, estimule a atividade física e proporcione algum tipo de lazer e distração, conseguindo assim encontrar rotas de fuga que melhoraram os aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento, tornando-o, na medida do possível, bem-sucedido (Geib, 2012).

No tocante aos comportamentos individuais, os de maior impacto se atrelam a hábitos alimentares insalubres, adesão ao tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e sedentarismo, comportamentos estes diretamente envolvidos no aparecimento e/ou agravamento das doenças crônico-degenerativas (Geib, 2012). Podemos inferir que se trata de uma cadeia de nós górdios, atrelados e atravessados, de forma a avolumar a os problemas já agravados pelas iniquidades na distribuição de renda, integrante da macroestrutura de condições sociais, que incidem na conjuntura em sua magnitude de extensão e profundidade.

A divulgação da síntese dos indicadores sociais do ano de 2024 se constitui em uma nova maneira de análise das condições de vida no país, no formato de estudo experimental. Esse estudo seleciona sete indicadores que abarcam temáticas relativas à renda, trabalho, moradia e educação. Foram especificados 146 estratos, que reúnem um conjunto de municípios circunvizinhos, incluídos na mesma unidade federativa, os quais apresentam aspectos similares ou se relacionam entre si. O estudo permitiu a estruturação de estatísticas precisas, com margens que extrapolam o limite do município da capital. Um dos destaques é que no ano de 2023, 27,4% da população brasileira vive abaixo da linha de pobreza e é residente das periferias dos grandes centros urbanos e no interior das regiões Norte e Nordeste. A definição de linha de pobreza é balizada a partir do rendimento em domicílio *per capita* de US\$ 6,85 por dia em paridade de poder de compra (PPC). O índice é relativo a um patamar estabelecido pelo Banco Mundial, levando em consideração os países com padrões de renda média-alta, para definição de linha de pobreza em termos de renda populacional de um determinado país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024).

Outros dois resultados importantes no estudo dizem respeito ao nível de ocupação da população nacional e nível de instrução de jovens na faixa etária entre 18 e 29 anos. No quesito nível de ocupação, o ano de 2023 apresentou um índice total de 56,7% para o país, com propensão de menores índices nas regiões Norte e Nordeste. No estado do Rio Grande do Norte, a região agreste apresenta um índice de ocupação de apenas 37,6%, correspondendo ao menor índice da região Nordeste. Em se tratando de nível de instrução, o país conseguiu melhorar o índice geral em relação ao ano de 2016, quando foi iniciado esse tipo de métrica, que era de 63,5% de pessoas jovens com 12 anos ou mais de estudos, em 2023 esse índice subiu para 73,1%. Em termos de regiões, 50% dos estratos de municípios estudados apresentaram índices de 71,1%, inferiores ao encontrado nacionalmente, mas distribuídos mais equitativamente em todas as regiões do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024).

Essas informações revelam um horizonte pouco promissor quando se trata do envelhecimento da população brasileira, visto toda a panorâmica já apresentada de país

empobrecido e que permanece com níveis educacionais elementares, de forma a criar condições decisivas para a geração que já atravessa o processo avançado de envelhecimento em situação de saúde fragilizada. São poucos os recursos que apoiem suas necessidades, com o desenho de um cenário pobre na oferta de serviços que conduzam a um processo de envelhecimento bem-sucedido e com um horizonte de curto a médio prazo para as gerações jovens que possivelmente alcançarão idades avançadas vivenciando esses mesmos reveses.

A inversão da pirâmide etária no Brasil é um processo que ocorre rapidamente, com o Brasil se apresentando, no ano de 2025, como o sexto país mais envelhecido do mundo, vivenciando uma fase transicional quanto ao entendimento da nova conjuntura pelos profissionais de saúde na área da gerontologia e geriatria, que por seu turno precisam se apropriar melhor do significado do processo de envelhecimento que está para além do declínio físico e cognitivo. Ainda paira uma grande desinformação sobre particularidades de saúde das pessoas idosas, como também quais as responsabilidades dos profissionais de saúde na reintegração dessa pessoa na esfera social, conseguindo ajudá-la a se adaptar a um mundo adverso para pessoas envelhecidas. São grandes os desafios para a saúde pública no contexto social, visto que o processo de envelhecimento populacional segue a plenos pulmões, em meio a todas essas dificuldades, e será necessário aprender a lidar com elas (Arantes, 2021).

A expectativa de vida cresceu bastante no país nos últimos anos, no entanto o melhor acompanhamento para manutenção ou melhorias na saúde (e consequente qualidade de vida) não ocorreu. Atualmente vive-se mais, mas em uma condição ruim, pois viver muito não significa viver bem, principalmente em um país com o envelhecimento pouco amparado. O envelhecimento bem-sucedido é uma combinação que reúne fatores biológicos, psicossociais e culturais, no sentido da construção de uma melhor qualidade de vida. A capacidade de uma pessoa conseguir manter bons níveis de saúde física, mental e social à medida em que envelhece transcende os limites da ausência de doenças, muito embora a manutenção de capacidades físicas e cognitivas robustas contribuam de maneira eficaz à participação social ativa. No rol de componentes para o envelhecimento bem-sucedido, está o aprendizado para lidar com a realidade estabelecida à pessoa. A manutenção das funcionalidades física e cognitiva é sem dúvida um aspecto crucial, ocorrendo a partir de implementações de rotinas pouco simpáticas, mas necessárias no sentido de prevenir e/ou gerenciar as doenças crônico-degenerativas e suas consequências, como a temida dependência. No Brasil, entretanto, essa realidade é pouco conhecida (Arantes, 2021), conforme explicitado pela autora:.

No entanto, a realidade do envelhecimento está ao nosso lado a cada dia que passa. Talvez fosse mais sábio compreender esse processo, que ocorre independente da nossa vontade, *participando das decisões em vez de apenas ser uma vítima do tempo* (Arantes, 2021, p. 28, grifo da autora).

A garantia do cuidado ampliado é condizente com políticas públicas que promovam a cobertura de acesso a serviços especializados, com equipe preparada para lidar com os aspectos que envolvem o envelhecimento. Nesse contexto, são necessárias políticas de apoio social como habitação e pensões adequadas, programas de assistência social que apoiem as pessoas idosas que estão sem condições de se defender, visto que a preocupação principal do estrato populacional é de sobreviver. Cabe às novas gerações acelerar o processo de conscientização, inclusive dos próprios profissionais quanto a esse cenário instalado, visto que o país está bastante atrasado neste quesito, vivenciando uma mudança social impactante que exige responsabilidades tanto da esfera pública quanto do particular (Arantes, 2021).

2.3 BREVES NOTAS SOBRE A MORTE HUMANA

A mitologia grega é rica em explicações sobre a morte, iniciadas pela perspectiva dos deuses que a representam, não sendo, como outras tantas visões, o fim da vida, mas uma transição que precisa ser ‘vivida’ para alcançar uma outra existência, enredada em divindades e seus simbolismos e destinos previamente traçados. Tânatos é a personificação da morte, um deus não considerado como maligno, apenas inevitável e inabalável (Bulfinch, 2006; Martins, 1997).

Tânatos é filho da deusa Nix (a noite), irmão gêmeo de Hipnos (o sono) e das Moiras, as três irmãs responsáveis pelo “fio da vida”: Cloto (quem tece o fio), Laquesis (quem determina o seu comprimento) e Átropos (quem corta o fio), as únicas entidades temidas pelos deuses do Olimpo. Nesse contexto, ainda se inserem Hades, o deus inflexível dos mundos subterrâneos (campos elísios, prados de Asfódelos e tártaro), e Caronte, o barqueiro que faz a transposição entre as margens do rio, carregando as almas de um mundo a outro. São atores que simbolizavam tanto as forças vitais quanto as forças sombrias da existência humana (Martins, 1997).

Outra referência importante relativa à morte é proveniente da antiga civilização egípcia, conhecida como o Egito dos Faraós, que perdurou por mais de três mil anos e compreendeu o antigo, médio e novo império. Durante todo esse período de milênios, foi construído o Livro

dos Mortos do Antigo Egito, desenvolvido a partir de uma coletânea de textos religiosos, hinos, discursos e encantamentos utilizados pela antiga civilização como orientações para a proteção dos mortos em sua viagem para o além ou *duat* (Wallis Budge, 2022).

O *duat* representava o mundo subterrâneo ou mundo dos mortos, correspondente a uma dimensão espiritual, na qual as almas transitavam após a morte e eram submetidas a provas para ganhar o direito à vida junto aos deuses no campo do junco, especialmente Osíris, ou tinham suas almas devoradas pelo monstro feminino Ammit, com a aniquilação espiritual como condenação suprema e irreversível. O lugar era de muita complexidade, visto ser repleto de perigos, representado por monstros, mas também habitado por divindades, portões e provas (Wallis Budge, 2022).

A primeira prova tratava do ritual da pesagem do coração do morto mumificado em uma balança que recebia uma pena no prato contralateral ao que pesava o coração. A prática era conduzida pelo deus Anúbis, que procedia à pesagem do coração, e do deus Toth, responsável pela anotação do resultado. Caso existisse êxito nessa etapa, um segundo ritual se sucedia, conduzido por um sacerdote que tocava a cobertura facial da face (abertura da boca) da múmia, desobstruindo boca, narinas, ouvidos e olhos, com o objetivo de devolver a funcionalidade dessas estruturas, permitindo assim a recitação de hinos e orações escritas nos papiros, para que o morto clamasse pelos nomes dos deuses que encontrasse no *duat*, respondendo adequadamente os questionamentos destes (Wallis Budge, 2022).

O que se conhece atualmente como o Livro dos Mortos comumente faz referência a um conjunto completo de duzentos capítulos, nos quais seres mágicos incluem os papiros individuais. Os primeiros desses textos funerários foram conhecidos como o Texto das Pirâmides, em razão de terem sido encontrados escritos nas paredes das câmaras funerárias do antigo império, especificamente nas tumbas dos faraós, visto ser uma prerrogativa exclusiva a essa autoridade no período. Constituíam-se em maneiras de ajudar aos integrantes da realeza, depois da morte, a conquistar seu lugar entre as divindades, através de hinos, orações e encantamentos mágicos, os quais afugentavam os perigos oferecidos na “jornada” pós morte (Wallis Budge, 2022).

A esses textos, seguiram-se os encontrados no interior dos sarcófagos por serem escritos nas superfícies internas das urnas funerárias do médio império, inspirados nos textos anteriores com inclusões de composições novas. A partir do momento em que as urnas funerárias passaram a seguir os contornos do corpo mumificado, os textos passaram a ser escritos em papiros depositados junto ao morto dentro das próprias urnas, sendo uma marca do novo império. Em sua completude, os textos foram construídos a partir das experiências cotidianas

da civilização egípcia e seguiram as mudanças culturais e políticas ocorridas durante o longo percurso histórico de milênios (Wallis Budge, 2022).

Apesar de todas as modificações sofridas, duas características foram transversais aos três períodos do Egito dos Faraós: o destaque conferido aos deuses associados ao sol, a exemplo de Hórus e Aton, e a centralidade do faraó ou rei, o qual dedicava oferendas para os deuses em nome dos seus súditos, sendo a retribuição desses deuses a manutenção da vida da autoridade (rei ou faraó) e a do seu povo. Acordo semelhante de reciprocidade ocorria com relação a conservação da vida para os falecidos após seu sepultamento (Wallis Budge, 2022).

Na perspectiva cristã, as considerações que abordam a morte se vinculam fortemente ao medo a ela associada, em razão dos sentimentos de culpa que gravitam nos mitos antigos dessa perspectiva. A imortalidade conferida aos habitantes do paraíso, Adão e Eva, na perspectiva teológica do cristianismo, foi interrompida pela condenação à morte determinada pelo pai supremo em razão da violação dos mandamentos, surgindo assim a ideia do pecado e o sentimento de punição imposto pela morte às pessoas que não cumprirem as determinações do divino.

Assim, todo o processo de mitologização da morte nas variadas culturas, imbuídas de germinar a ideia de uma outra vida, se conformou como a forma mais antiga de lidar com o inevitável fato do fim da vida humana. De outra forma, contribuíram como ancoradouro para que o medo da morte se integrasse à vida das pessoas desde tempos remotos da humanidade, em razão das concepções adotadas sobre bondade, maldade, pecado e culpa, praticados ou não em suas ações de vida, repercutindo na manutenção dessa situação na contemporaneidade (Elias, 2001).

Na vida contemporânea, os comportamentos de enfrentamento evidenciados são de afastamento ao máximo possível, ofuscando o fato, ou de apego à crença inabalável na imortalidade. No entanto, enxergar a morte como fato concreto da existência humana, acomodando-a no decorrer da vida, como também diligenciar o ajuste do comportamento individual diante de outras pessoas no sentido de assentir a condição finita da vida, pode ser a melhor maneira de tornar o fato menos difícil e desagradável para os demais e para si mesmo (Elias, 2001).

A tanatologia, como um ramo científico que se dedica ao estudo da morte, apresenta várias interpretações sobre o assunto, oriundas inicialmente de tradições religiosas e/ou de rituais populares seguidos pela humanidade em suas variadas culturas, nutridas através de dogmas, mitos e alegorias. É um berço que deixa margem para o surgimento de abordagens mais realistas sobre o tema, por carrear emoções que transitam desde a insegurança, medo da

perda e dor até a alegria, a depender da cultura constituída em um determinado lugar e temporalidade (Martins, 1997).

Do ponto de vista científico, a morte é concebida a partir dos seus aspectos biofisiológicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, no entanto as mitologias e simbologias remotas ou contemporâneas são os ancoradouros relevantes para justificar os comportamentos e emoções humanas diante da morte. A reboque dos vários níveis e categorias da emoção do medo, ocorre a necessidade da segurança, reconhecidamente buscada pelas pessoas através do mito da imortalidade, representado nas várias culturas pelo paraíso, campos elísios e outros lugares de plenitude eterna (Martins, 1997).

Os apegos humanos, que ocorrem em várias perspectivas, são importantes propulsores do medo da morte ou tanatofobia, funcionando como força motriz para manter o velamento e negação do fenômeno da morte no seio social. Na cultura ocidental, os apegos são evidenciados em várias esferas, iniciando-se pelo enaltecimento do corpo perfeito e o culto à juventude eterna, através de formas alternativas de manutenção da saúde, com a morte presumivelmente em oposição à preservação do corpo e da juventude. Assim, a morte se torna um dos grandes medos humanos, mantendo-se no lugar assunto constrangedor, velado e/ou negado (Martins, 1997).

Para além do corpo, outros apegos estão presentes na vida humana, a exemplo dos papéis sociais, metas estabelecidas, atitudes e os próprios preconceitos, caracterizados como objetos ou bengalas vinculadas às necessidades e inseguranças humanas, estando a morte em uma condição de mecanismo supressor de todas as bengalas, justificando seu papel apavorante. Em uma sociedade no qual o sistema econômico de produção de bens materiais e serviços (que devem ser acumulados), a morte não pode ser esquecida como um importante tipo de apego (Martins, 1997).

Desde as épocas mais remotas da humanidade, existe a preocupação e o não abandono dos mortos. Em suas formas de socialização primitiva, os ritos fúnebres são praticados como forma de conservar cadáveres, através de cuidados que envolviam desde o amontoamento de pedras sobre o corpo ou rosto (pedras funerárias), oleamento de esqueletos até a oferta de alimentos e manutenção de armas junto ao morto, configurando a noção abstrata de eternidade desde os primórdios. Toda essa guarda pressupõe um prolongamento indefinido da vida (Morin, 1970).

Os sepulcros se revelam por si como licenças sem visto, marcadores de respeito à preocupação da raça humana com seus mortos e com a morte, como condição determinante da individualidade da pessoa, em razão de que a humanidade da morte é compreendida a partir da

particularidade humana. Na dimensão psíquica, a dor pela perda de alguém só é provocada pela individualidade de quem morreu, ou seja, quanto mais próxima for a pessoa falecida, amada e respeitada, maior será o sofrimento provocado pela ausência dela (Morin, 1970).

Em uma outra perspectiva, se encontram questões de extremos paradoxos em relação à morte humana, como o canibalismo e o homicídio. O primeiro paradoxo é praticado pela humanidade desde seus tempos primitivos e mantido em sociedade arcaicas, tanto no formato de endocanibalismo ou canibalismo funerário, enquanto prática destacada inclusive como um meio seguro de evitar a decomposição do corpo da pessoa falecida, quanto do exocanibalismo, praticado para exterminar inimigos. Em abstraindo-se o canibalismo para preservação da vida (situações de naufrágio, estado de cerco e outros), as duas práticas assumem o significado de magia, por se imbuir da apropriação das virtudes do morto (Morin, 1970).

Nessa complexa conjuntura, a questão do canibalismo, caracterizado como homicídio seguido de consumo, acarretando o desprezo e/ou desrespeito pelo indivíduo, chama a atenção e apresenta a face de extremo primitivismo humano manifestado na prática, se opondo ao preconizado como afirmação do respeito à individualidade. No entanto, pode ser justificado a partir do princípio de algum nível de valorização, no sentido de proteger a espécie, que anteriormente fixada no indivíduo, nessa perspectiva se alarga para o coletivo (Morin, 1970).

O homicídio, por outro lado, está localizado por completo no contrafluxo do que é discernido para a morte como uma situação impactante pelo sofrimento resultante da perda de pessoas. A satisfação no ato de matar é um traço humanamente reconhecido em várias situações e, desde sempre:

Humano, porque o homem é o único animal que mata o seu semelhante sem obrigação vital: embora o sinal do primeiro “crime” pré-histórico seja muito mais recente do que o da primeira tumba, aquele pobre crânio estilhaçado pelo sílex é uma testemunha *sui generis* do humano (Morin, 1970, p. 63, grifos do autor).

Muitas são as situações associadas aos homicídios, as lutas pela vida, quer se trate da necessidade de sobreviver à fome, quer se trate das batalhas travadas entre coletividades de humanos ou nas guerras, quando são cometidos exageros. Em suma, a despeito das incontáveis motivações, que transitam desde a fúria, a obediência às ordens frias de poderosos, a loucura, sadismo, desprezo, desespero, o prazer de matar congêneres segue *pari passu* todas as épocas da humanidade (Morin, 1970).

A morte voluntária, autoinflingida ou suicídio, é um assunto que recebeu interpretações diversas ao longo da construção histórica e cultural no mundo ocidental. Entre os antigos da

sociedade greco-romana, era uma morte considerada moralmente honrosa, em uma cultura pagã enaltecida de atitudes heróicas por parte dos seus cidadãos em defesa do estado. Os argumentos filosóficos da época preconizavam que caminhar para a inevitabilidade da morte com alegria era uma arte, muito embora essa abonação entrasse em contradição com o “argumento de pertença”, defensor de que a vida dos indivíduos pertencia a um poder superior. Nessa concepção, o Estado se sobrepõe ao indivíduo, o qual não possuía direitos sobre a própria vida, não podendo abreviá-la (Gondim; Martins, 2021).

Na sociedade medieval antiga, a prática do suicídio passa a ser encarada como um crime contra Deus, prevalecendo o mesmo “argumento de pertença” defendido pela sociedade greco-romana, mudando a perspectiva para a sacralidade da vida, visto ser uma corrente de pensamento defendida pelos princípios do cristianismo. Perdem-se as prerrogativas de morte feliz, mas ganha-se as condenações impostas pelo pecado contra o divino, visto que essa concepção rompe a soberania do divino sobre a natureza, incluindo a humana (Gondim; Martins, 2021).

A marca da idade moderna é a principalmente a questão da liberdade individual e autonomia, permitindo que os indivíduos possam balizar os atos sobre sua vida sem a submissão à razão ou sociedade, de maneira que a responsabilidade é exclusiva da pessoa que faz suas escolhas a partir dos seus ajuizamentos sobre vida e morte. A idade contemporânea apresenta as ideias de Freud e Lacan que rompem com os argumentos tradicionais anteriores de racionalidade e ceticismo, a partir dos seus estudos sobre a psiquê humana, os quais trouxeram novas perspectivas como a questão do luto, da melancolia e do ato suicida se concretizar como um ato linguístico orientado por balizas simbólicas (Gondim; Martins, 2021).

Ainda em se tratando da antiguidade, tem-se que no medievo a morte fazia parte da vida cotidiana das pessoas. Era, portanto, um ato social, fato normalizado, sem arroubos emocionais e anunciada à comunidade, que participava da ocorrência sem dificuldades em assisti-la. O quarto do moribundo tornava-se um local público com livre acesso a pessoas amigas, vizinhas, parentes e familiares próximos, inclusive crianças que não eram poupadas da situação, não existindo ações para apressar nem retardar o acontecimento. Quando a morte se aproximava e era mais bem percebida, instalava-se um ritual sereno e instruído pelo próprio moribundo quando legava seus bens, realizava suas preces e lamentos da maneira mais simples possível. A morte era um fenômeno domado (Ariès, 2012).

A partir dos séculos XI e XII, já na segunda fase da idade média, a preocupação se voltou às particularidades individuais, com a morte passando a ter o caráter de evento reservado à pessoa moribunda, é a morte de si. A consciência volta-se para a própria pessoa, com as

representações de ajuizamentos privilegiando o indivíduo, o particular. A crença em uma vida pós-morte física se fortaleceu e cresceu o medo de condenação, alicerçada na ideia do temido juízo final, sendo a pessoa salva por forças sobrenaturais a depender de sua trajetória de vida estar ocupada por virtudes ou pecados (Ariès, 2012).

A Reforma Católica ao longo dos séculos XVII e XVIII apregoou o ideário de que uma boa morte traria redenção aos erros da pessoa moribunda, mantendo a observação de suas condutas de moralidade no contexto da morte, com o empenho dele (moribundo) em participar de sua morte como um momento único no qual a sua individualidade marcava sua identidade, representando que a autoridade da vida se vinculava ao senhorio de sua morte. No entanto, poesias do século XV e XVI revelavam sentimentos de repulsa à morte pela decomposição do corpo, presentificadas ainda durante a vida pelo envelhecimento e adoecimento como símbolos de decadência da vida (Ariès, 2012).

O malogro da morte ocorre a partir do século XVIII, quando as pessoas passam a dramatizá-la, interpretando-a como um fenômeno arrebatador, momento em que passa a ser tratada como uma transgressão, desagregando as pessoas de sua cotidianidade racional, para submetê-las a um outro contexto de irracionalidades e crueldades. Em meados do século XIX, a morte passa a ser enxergada como objeto de interdição, de caráter vergonhoso, que deve ser disfarçada (Ariès, 2012).

Nesse momento, a pessoa moribunda precisa ser “enganada” sobre a sua realidade de proximidade da morte, inicialmente com o intuito de poupá-la de sofrimentos, mas posteriormente o objetivo em escondê-la passa a ser a evitação das emoções fortes provocadas pela morte no seio social, que deve manter-se feliz, pelo menos aparentemente. A transferência do lugar da morte, antes uma ocorrência familiar residencial, ocorre entre os anos de 1930 e 1950, quando passa a ser vivenciada silenciosamente em hospitais, com caráter técnico, passando a ser definida principalmente por médicos, deixando de ser reconhecida e acompanhada pela pessoa moribunda e seus familiares, muitas vezes ocorrendo em uma condição pregressa de inconsciência por quem morre (Ariès, 2012).

Passando à condição de fenômeno técnico, a morte é deslocada do moribundo e seus familiares são substituídos por integrantes do corpo técnico da área da saúde, com a outorga principal sendo conferida ao profissional graduado em medicina. Assim, os integrantes da equipe de saúde receberam a difícil missão de encontrar estilos aceitáveis de enfrentar a morte, os quais não se relacionavam aos meios de proporcionar ao moribundo uma morte em conformidade com suas escolhas, mas garantir uma morte que pudesse ser tolerada pelos que estivessem vivos. As manifestações de pesar passam a ser encobertas no seio familiar,

sobretudo para que as crianças fossem poupadas do sofrimento infligido pela morte de entes queridos (Ariès, 2012).

Nesse contexto histórico, a morte passa a ser decisivamente um tabu social, em razão da necessidade de evitar o mal-estar coletivo, evitando-se ao máximo possíveis situações que ocasionassem tristeza e/ou aborrecimentos, mantendo o dever moral da busca da felicidade. Algumas mudanças ocorreram a partir da década de 1960, quando a morte despertou interesse econômico, permitindo formas de expressão de sentimentos de pesar frente ao fenômeno da morte, traduzidos em rituais de embalsamento de corpos e enterros. Uma outra característica importante em sociedades mais industrializadas é o fato de a interdição maior da sexualidade migrar para a morte (Ariès, 2012).

No cerne dessas mudanças, incluindo as que dizem respeito à morte no âmbito hospitalar, novas discussões emergem na esfera científica a reboque do aparato tecnológico capaz de prolongar a vida humana e as novas funções de cuidado específicos que passam a ser desempenhadas pela referida equipe:

Os antigos signos da morte, sejam esqueletos horrendos ou jacentes serenos, foram de uma vez por todas banidos do mundo moderno. Mas eis que a morte reaparece sob o aspecto igualmente insólito de um inválido espetado por tubos e agulhas, condenado a meses e anos de vida vegetativa (Ariès, 2012, p. 272).

Na ótica da cultura oriental, as etapas do processo de morte podem ser comparadas à dissolução dos quatro elementos da natureza: terra, fogo, água e ar, dos quais os humanos são originados. Quando a morte inicia o envio dos sinais da sua aproximação, o elemento terra é o primeiro a apresentar alterações, traduzidas pela diminuição da mobilidade que culmina com a imobilidade, acompanhada de debilidade física importante, geradora de uma fadiga imensa pela pessoa que vivencia o processo (Arantes, 2024).

O segundo elemento a se dissolver é a água, ou seja, quando a pessoa que vivencia o processo passa a apresentar-se introspectiva, mais silenciosa e reservada como uma maneira de revisitar-se interiormente, com o propósito de reconhecer as etapas vivenciadas na dimensão terrena e encontrar a essência da sua vida. Em termos práticos, se trata da diminuição dos líquidos orgânicos, traduzindo a ocorrência de um determinado nível de desidratação, considerada como uma resposta orgânica esperada e até geradora de maior conforto, repercutindo nos vários sistemas orgânicos, como passar a ser palpável a diminuição da eliminação urinária e outros (Arantes, 2024).

A dissolução do elemento fogo está vinculada à busca pela essência da vida, quando a pessoa deixa transparecer sua beleza interior. Em nível orgânico, pode ocorrer uma melhora repentina e inesperada, como a chama de uma vela que se apresenta vigorosamente, a famosa visita da saúde. Nesse momento, é comum a compreensão, tanto pela equipe de saúde quanto pela família da pessoa adoecida, que existe uma vasta tentativa do corpo para superar a condição de doença que o acomete, mas que não se sustenta (Arantes, 2024).

Inicia-se então a diluição do elemento ar, que do ponto de vista prático e perceptível é traduzido pela ocorrência de alterações importantes no padrão do ciclo respiratório, que oscila em variações de profundidade e tempo para cada ciclo, alternando rapidez e vagarosidade, superficialidade e profundidade, apresentando pausas, e finalmente cessando, imprimindo um ponto final na história. Via de regra, é um momento envolto em angústia, tanto para quem cuida quanto para a equipe de profissionais de saúde, e por vezes a suplementação de oxigênio é ofertada na tentativa de estabilizar o padrão respiratório. No entanto, essa é uma condição que precisa ser bem avaliada no sentido identificar os sinais de desconforto para que, caso não existam, não se aplique a medida (Arantes, 2024).

É uma medida mais frequente em casos de hospitalização, quando as etapas de dissolução dos elementos são menos percebidas pelas intervenções realizadas. A suplementação de oxigênio é uma medida que pode ocorrer em ambientes domiciliares, quando são observadas as manifestações de incômodo pela pessoa adoecida, principalmente na vigência de estado de consciência com o intuito de trazer alívio. É uma condição que necessita de avaliação profissional e uma dose importante de compaixão (Arantes, 2024).

O tempo do morrer pode parecer eterno para as pessoas que estão envolvidas no cuidado de alguém que está em processo ativo de morte. A pessoa que atravessa o processo pode se sentir amparado e confortável, no entanto quem cuida vivencia o processo de luto antecipado pela perda do ente querido, e não há como se fazer previsões de tempos da condição, ou seja, esse processo vai durar o tempo que precisar e a tolerância de quem vivencia a caminhada de parceria existencial precisa ser ajustada (Arantes, 2024).

As percepções desses sinais orgânicos, que sutilmente anunciam o final da vida, são facilmente borradas em razão dos avanços civilizatórios contemporâneos. Tem-se, por um lado, o acúmulo de conhecimentos na esfera biológica, que permitiram um domínio mais aprofundado do funcionamento do corpo, e o desenvolvimento de equipamentos modernos com elevada tecnologia responsáveis pelo prolongamento da vida. Por outro lado, tem-se a ampliação do debate filosófico, sociológico e ético sobre a morte, no entanto esses avanços não foram suficientes para vencer a resistência social da realidade da limitação biológica do

ciclo orgânico apesar de todas as tentativas empreendidas para evitá-lo, mantendo o afastamento e negação da morte (De Franco, 2007).

A tomada de consciência do fim da vida deveria operar como força redentora a essas resistências humanas, por inclusive mobilizar o desapego à perfeição, visto a conjuntura aprisionadora na qual está imersa a sociedade contemporânea, que se entorpece de maneira relevante com a ilusão de uma vida infinda, em um patamar inatingível de perfeição do corpo, com juventude preservada e manutenção de poder. Nesse sentido, aceitar a morte como evento natural do ciclo da vida será uma condição redentora e não limitadora (De Franco, 2007).

A reboque dos nominados avanços civilizatórios e no contrafluxo da negação e afastamento da morte, se encontram alguns horizontes nos quais ocorre as possibilidades de permitir que o desejo de morte seja consentido legalmente. É um campo ainda bastante confuso, em razão das palavras utilizadas se associarem a significados conflituosos, partindo da palavra eutanásia, que historicamente e literalmente se assenta no lugar da boa morte ou morte sem sofrimento, transitando para outras ainda pouco conhecidos e discutidas, a exemplo de morte assistida e outras (Castro *et al.*, 2016).

Vale destacar que, no período do nazismo, a palavra eutanásia ganhou conotações negativas, por indevidamente se associar ao extermínio de vidas humanas julgadas desnecessárias pelos nazistas, como negros, ciganos e judeus, em suas práticas de extermínio nos campos de concentração. Nesse contexto, não existe como ser realizada nenhuma vinculação com o seu significado original de boa morte, devendo na inclusive ser utilizada como palavra antônima, em se tratando da utilização durante as práticas nazistas do Terceiro Reich (Siqueira-Batista; Schramm, 2005).

O assunto morte assistida ficou bem evidenciado no ano de 2015, quando da primeira autorização legal ocorrida na Colômbia, único país da América do Sul que conta com essa legalização. É um termo que engloba tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia, o último se tratando de um termo mais amplo, que em sua classificação ampliada integra o suicídio assistido. Além da Colômbia, a morte assistida é legalizada atualmente também em países da Europa (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça) e da América do Norte (Canadá e Estados Unidos, nos estados do Oregon, Washington, Montana e Vermont) (Castro *et al.*, 2016).

Em se tratando do consentimento conferido pela pessoa que opta pela eutanásia, existem duas classificações: a eutanásia voluntária ou ativa e a não voluntária ou passiva. No primeiro caso, a sua vontade é claramente explicitada por quem faz a escolha pessoal. No segundo caso, não se conhece a vontade expressa da pessoa. O que difere a eutanásia voluntária ou ativa do

suicídio assistido é exatamente quem realiza o ato final que culmina com a morte e maneira como esse ato ocorre (Castro *et al.*, 2016).

No caso da eutanásia voluntária ou ativa, a ação é realizada por um profissional de saúde habilitado, geralmente um médico, que efetivamente administra medicamentos letais injetáveis previamente prescritos por um profissional da mesma qualificação e habilitação, ou seja, o médico é o executor de um ato causador da morte. No segundo caso, o profissional de saúde também habilitado, via regra o médico, fornece os meios que possibilitam a execução da ação pela pessoa, que perpetra o ato causador da própria morte, no entanto, em ambos os procedimentos existe a prescrição médica, usualmente de alguma substância letal (Castro *et al.*, 2016).

No Brasil, tanto a eutanásia, em qualquer uma das suas classificações, quanto o suicídio assistido, são tipificados como crimes de homicídio sujeitos a sanções de acordo com o código penal brasileiro. O país não conta com nenhum tipo de legislação embrionária quanto a questão de ser admitida na perspectiva de cuidado enquanto alívio de sofrimento extremo, embora seja assunto merecedor de algum nível de atenção e discussão entre autoridades nas esferas da justiça na área cível e da saúde (Castro *et al.*, 2016).

A reboque do argumento contemporâneo do que pode ser balizado como uma boa morte, emerge a discussão sobre a eutanásia e suas conexões com outros conceitos contemporâneos sobre morte. Muitas são as vozes que se levantam em sua defesa ou condenação, todas carregadas de potentes argumentações que sustentam suas assumidas posturas (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Em sua essência, a eutanásia se reporta a pressuposição de, por intermédio de ação ou inação, pessoas muito enfermas sejam conduzidas à morte, em razão de sentimentos de compaixão ou misericórdia, correlacionados a sofrimentos (prioritariamente dores) excessivos ou insuportáveis, vivenciadas por estas pessoas adoecidas, assim como pelo propósito de preservar a honradez da pessoa humana. Apesar de toda a confiança depositada em conhecimentos científicos e nos avanços tecnológicos, não há como se furtar da realidade da ausência de prevenção, diagnóstico e cura para todos os males, de maneira que a vida segue seu ciclo invariável que culmina com o fato da morte (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

A Constituição Federal brasileira afirma o direito à vida como inviolável no *caput* do artigo 5º, Título II, Capítulo I: "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" (Brasil, 1988, p. 13). No início deste artigo, já fica evidente que não pode existir formas desiguais perante a lei

brasileira frente aos direitos fundamentais explicitados (Gama; Gussem; Teixeira, 2017). Mesmo sendo tipificada como crime no Código Penal Brasileiro, a eutanásia recebe determinado ‘alívio’ por se enquadrar em uma modalidade de homicídio motivado por relevante valor moral (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Os escritores e estudiosos da área do direito no Brasil com experiência nesta temática (Doutrina) distinguem três tipos de eutanásia: a voluntária, classificada a partir da vontade de morte expressada claramente pessoa doente; a involuntária, classificada a partir da não possibilidade de manifestação volitiva por parte da pessoa doente, e a eutanásia não voluntária, classificada como à revelia, em razão do ato ser efetivado sem a manifestação volitiva da pessoa envolvida, quando deveria ter ocorrido e ter sido submetida a análise ou, diante da manifestação, a vontade da pessoa é contrariada, não devendo caber, nesse caso específico, a classificação de eutanásia, e sim de homicídio (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Com relação a outras nomenclaturas que se evidenciaram na contemporaneidade a reboque da boa morte, a eutanásia não é confundida com a ortotanásia, em razão da última se tratar da opção do não prolongamento da vida, a partir da possibilidade de interrupção ou não admissão de tratamentos e/ou intervenções médicas que prolonguem a vida artificialmente, quando da constatação de morte iminente, que ocorrerá de maneira natural. O conceito de distanásia se posiciona como o oposto à ortotanásia, se constituindo no prolongamento da vida por meios artificiais de modo ilimitado e desproporcional, infligindo grande sofrimento e morte sofrida ao moribundo (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

São numerosas as polêmicas que gravitam em torno da eutanásia, com argumentos contrários e favoráveis à sua legalização, gravitando em torno dos direitos fundamentais à vida e à dignidade da pessoa humana, que envolvem prioritariamente a questão da autonomia e direito a não submissão a sofrimentos classificados como descomedidos. Dentre as argumentações desfavoráveis, está a do direito à vida como direito fundamental essencial, preponderando sobre as demais garantias humanas, visto não haver propósito para os demais direitos fundamentais à igualdade e à liberdade diante da inexistência do sujeito vivo. Fica evidenciada assim que a extinção da vida inviabiliza necessariamente os demais direitos, justificando a sua preservação em nível mais elevado de relevância e proteção. Essa premissa é sustentada principalmente a partir das proposições morais preconizadas pelas religiões ocidentais, as quais defendem o da vida como dádiva divina (sacralidade da vida), não devendo ser negada independentemente da situação que se apresente, inclusive imputando ao suicídio a condição de gravíssimo pecado contra a vontade do Divino Deus (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

A preocupação do abalo que pode ocorrer na relação médico-paciente é outro aspecto considerado desfavorável à legalização da eutanásia, visto a sua missão primordial de lutar pela preservação da vida, sendo então um comportamento paradoxal ao tê-lo como responsável pela provocação da morte de enfermos, mesmo nas situações que estes a solicitem (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

A preocupação com a banalização da vida que pode ocorrer com a legalização de condutas peremptoriamente proibidas, a exemplo da eutanásia, é outro aspecto em destaque com o argumento da “ladeira escorregadia”, pela possibilidade de tornar a prática aceita socialmente a ponta de ultrapassar os limites éticos. Em legalizando-se a eutanásia voluntária e a involuntária, incorre-se na possibilidade da abertura de caminhos à prática da eutanásia não voluntária, favorecendo sobremaneira a violação aos direitos humanos (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Uma última questão de relevância é a possível ocorrência de sentimento de pressão social sobre os pacientes em estados terminais de doenças, principalmente em se tratando de pessoas idosas, diante da possibilidade de legalização da eutanásia quando

Teme-se a propagação de uma nova mentalidade através da qual os enfermos, vulneráveis, sintam-se portadores de uma obrigação social perante seus entes queridos, ao exemplo de um dever moral de optar pelo fim de suas próprias vidas, ainda que contra suas vontades íntimas, com o único intuito de que não demandem excessivos custos, bem como de deixarem de exigir o tempo, dedicado a cuidados físicos e atenção, daqueles que os rodeiam (Gama, Gussem, Teixeira, 2017, p. 164).

A questão mais proeminente na oposição à eutanásia, justificando seus desfavorecimentos, é o valor intrínseco da vida, pautado no princípio da sacralidade da vida em si mesma, a qual deve ser protegida acima de quaisquer outros aspectos (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Às vezes que se levantam em sua defesa argumentam que o direito à vida por si só, não faz sentido quando desvinculado do direito à dignidade, entendido como o direito ampliador dos horizontes para além dos aspectos estritamente biológicos, observando inclusive os detalhes da história de vida edificada individualmente. Elas privilegiam, assim, a autodeterminação de cada pessoa, por possibilitar a condução das decisões individuais pautadas em suas crenças e convicções particulares, para decidir e conduzir, inclusive, as escolhas para a sua própria morte (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Essa perspectiva oportuniza o exercício da autonomia, mesmo que em situações limítrofes para pessoas em final de vida, permitindo o livre arbítrio para o entendimento particular de morte digna, com a opção do emprego das tecnologias disponíveis para o prolongamento da vida, ou optando pela abreviação dos dias de vida, mas com o direito preservado ao suporte médico e tecnológico que não implique em medidas invasivas. Para além de uma visão altruísta frente ao sofrimento, principalmente de pessoas com doenças de prognóstico reservado, assevera-se maior e melhor complacência e respeito às convicções particulares de cada pessoa, conferindo-lhes a outorga da escolha mais adequada ao desenredo de sua própria vida (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

Dessa maneira, para os que defendem a eutanásia, sua regulação denota “uma postura mais atenta e cautelosa em relação à realidade, tendo em vista que traria para o âmbito legal uma situação de fato que atualmente se dá de maneira clandestina” (Gama; Gussem; Teixeira, 2017, p. 165).

Ficam, portanto, evidenciadas as posturas argumentativas contrárias em relação a legalização da eutanásia, e para que se construam posicionamentos arrazoados sobre o assunto, se faz necessária a interdisciplinaridade, com o convite à participação de outras áreas do conhecimento, para além da jurídica, nas reflexões éticas sobre a conflituosa e instigante temática (Gama; Gussem; Teixeira, 2017).

3 A CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

Para discorrer sobre a EPS, é necessário tecer algumas considerações sobre a gênese da Educação Profissional no país, devidamente legalizada em formato que se atenda às demandas da contemporaneidade no ano de 1996, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que determina as diretrizes para a modalidade educativa da EP no país no seu capítulo III, Artigos 39 a 42-B (Brasil, 1996). São breves apontamentos que se fazem necessários em razão de serem responsáveis pelo desenho de um perfil que se perpetua no presente, principalmente assentados historicamente em aspectos vinculados ao tema trabalho e educação, que por seu turno se atrelam, intimamente, ao modo de produção da sociedade capitalista, balizando a formação da força de trabalho para atender as necessidades das classes dominantes.

A Educação Profissional possui aspectos de grande especificidade, visto ser uma modalidade educacional que direciona seus esforços para o preparo de profissionais de nível técnico e tecnológico, não devendo prescindir da formação geral, o que traduz a educação cidadã, compaginando assim educação e trabalho em seu lastro filosófica. Deve atender ao contexto de mudanças na lógica do mundo do trabalho relativo principalmente às demandas sociais, necessitando assim acompanhar o *continuum* das transformações de práticas sociais e políticas, como também das constantes inovações do mundo do trabalho, inclusive assumindo o trabalho como princípio educativo, integrado à cultura, ciência e tecnologia (Brasil, 2012).

A atual conjuntura da Educação Profissional em saúde apresenta um desenho composto pelos cursos de formação inicial e continuada, formação técnica e formação tecnológica em nível superior. No entanto, os cursos destinados ao preparo de profissionais especificamente para trabalhar com a população idosa se abrigam, prioritariamente, nos cursos de formação inicial e continuada para trabalhadores (FIC) (Pereira; Lima, 2009).

Lima *et al.* (2018c), em recente estudo acerca dos conteúdos curriculares enfocando a temática do envelhecimento, aponta a necessidade de uma construção coletiva entre as instituições de ensino e os serviços de saúde no sentido de alçar voos à formação de profissionais na condução de um envelhecimento de qualidade, em consonância com os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde. Esses autores destacam o lapso existente entre saúde e educação quando o recorte é a saúde do idoso e a educação profissional. Este aspecto nos interessa particularmente, pois incide sobre o objeto que é o foco da nossa proposta de investigação.

Com relação à formação profissional, as disciplinas que abarcam os conteúdos voltados para o estudo do envelhecimento são bem específicas, conhecidamente a geriatria e a gerontologia, compondo o arsenal de conhecimentos na área das ciências da saúde. O interesse social maior é pela manutenção de uma longa vida, utopicamente com a manutenção da produtividade/juventude, visto que, na sociedade ocidental, a tendência é pela valorização do que é mais produtor (Zimerman, 2000).

Em um esforço de breve retomada da historicidade da Educação Profissional brasileira, nos remetemos ao período da colonização, século XVI, com a chegada dos jesuítas, que além do trabalho de catequizar, foram os fundadores das escolas-oficinas, as quais se ocupavam em ensinar variados ofícios aos escravizados (povos originários e africanos) e pessoas marginalizadas, com o propósito de formar para o trabalho a deficiente mão de obra da colônia à época. Por outro lado, os padres da Companhia de Jesus também foram determinantes na formação das elites que dominaram o país desde sempre, viabilizada pela da fundação de escolas estrategicamente distribuídas (Manfredi, 2002; Padovani, 2007).

Ainda no período de colonização, no ano de 1809, o então Príncipe Regente D. João VI promulgou um Decreto que cria o Colégio de Fábricas. Seguindo o caminhar dessa história, no ano de 1816 ocorre a criação da Escola de Belas Artes, com o objetivo de articular o ensino das ciências ao do desenho, para facilitar a viabilização dos ofícios praticados nas oficinas mecânicas. A seguir, tem-se a criação de estabelecimentos especiais ao atendimento para menores abandonados, denominados de Asilos da Infância dos Meninos Desvalidos, no ano de 1854, local no qual os referidos meninos eram apresentados às primeiras letras. Posteriormente, no ano de 1861, o Instituto Comercial do Rio de Janeiro é fundado na cidade do mesmo nome, designado à capacitação de pessoal para compor o quadro de vagas em cargos públicos nas secretarias de Estado. Ainda no século XIX, foram criadas as sociedades civis, tornando-se os mais importantes Liceus de Artes e Ofícios, que se ocupavam em amparar crianças órfãs e abandonadas, sendo nesses locais oferecida uma base elementar teórica e prática, acompanhada de uma iniciação ao ensino industrial (Moura, 2007).

Chegando ao século XX, no ano de 1909, Nilo Peçanha, então Presidente da República, fundou as Escolas de Aprendizes Artífices, escolas germinais dos atuais Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia. Foram, ao todo, 19 unidades distribuídas nas várias Unidades Federativas do país no ano de 1910, as quais eram destinadas às pessoas de baixo nível socioeconômico, sustentando assim, em todo seu itinerário, o selo da dicotomia entre o trabalho manual e trabalho intelectual e entre cultura geral e cultura técnica, com vistas ao atendimento

das demandas do mercado produtivo, principalmente indústria e comércio, lógica que se perpetua na atualidade, embora envolta em outros matizes (Moura, 2007).

A gênese social desde sempre tratou de forjar pessoas que se pusessem ao serviço, a exemplo dos escravizados, das sociedades antigas que deixaram seus registros históricos de sangue e suor para atender senhores os quais ocupavam as escolas para o ócio e prática de esportes. A sociedade medieval deixou seu selo do trabalho servil dos que trabalhavam no cultivo da terra à época. O trabalho intelectual ficava a cargo do clero das escolas Monacais⁸. Somente a partir da revolução industrial no século, a escola assume o trabalho de produzir conhecimentos técnicos e científicos, marcando o momento do surgimento da nova divisão de funções e hierarquia laboral na sociedade (Campello; Lima Filho, 2009).

Os cursos destinados ao preparo profissional de pessoas para trabalhar específica e diretamente com esses cidadãos e cidadãs em nível médio estão a cargo da educação profissional, que no dizer de Campello e Lima Filho (2009), é essencialmente o ensino de ofícios, outrora traduzido pelo trabalho prático, prioritariamente realizado manualmente, sem necessariamente exigir saberes teóricos e/ou científicos.

Previamente à sua profissionalização, a força de trabalho que atuava em serviços de saúde, prioritariamente hospitalares, era submetida a seleções com exigência de escolaridade elementar e sem requisitos mínimos de qualquer tipo de qualificação específica. Concluída a etapa de seleção, as pessoas escolhidas, do gênero feminino, recebiam aligeirados treinamentos em atribuições técnicas básicas de cuidados assistenciais a pessoas adoecidas, em ambientes escolares sediados nas instituições hospitalares, nas quais efetuavam seus ofícios de atendentes em enfermagem. Os exercícios práticos de treinamentos estavam restritos à execução de técnicas básicas de cuidados realizadas junto aos enfermos hospitalizados, a exemplo de auxílio na alimentação, higiene pessoal, realização de curativos simples, administração de medicamentos e verificação de sinais vitais, habilitando-as ao trabalho assistencial (Ramos, 2010).

Saltamos a formação para o trabalho nos anos de 1980, com a iniciativa do “Projeto Larga Escala” como uma estratégia local no Estado de São Paulo, mas de grande relevância e impacto à formação de pessoal em nível médio para o setor saúde, aliando formação geral e

⁸ As escolas Monacais existiram na idade média e se localizavam nos mosteiros. Ocupavam-se em ensinar os assuntos religiosos em Latim. À época, a concentração cultural do referido período habitava principalmente esses lugares, frequentado por noviços, que decidiam seguir a vida religiosa, ou por crianças da nobreza, levadas pelos pais, em virtude dos votos que faziam em nome delas. A estrutura de ensino era organizada em *trivium*, com o ensino da gramática, retórica e dialética, e *quadrivium*, que tratava do ensino da astronomia, música, geometria e aritmética, configurando as sete artes liberais. Essas escolas mantinham, em suas bibliotecas, acervo documental relativo aos assuntos basilares às culturas grega e latina (Diel, 2017).

formação técnica. Os acordos fixados entre o setor da saúde e da educação foram viabilizados pela via supletiva, resguardada pela Lei Federal nº 5.692/71, das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e o artigo 33 da Resolução do Conselho Estadual de Educação-C.E.E. 23/83 do Estado de São Paulo. O trabalho desenvolvido empenhou-se em profissionalizar a força de trabalho em enfermagem já inserida e atuante no mercado de trabalho na área da saúde em nível elementar e médio. Foi uma experiência exitosa ocorrida no Estado, alavancada pelo movimento da Reforma Sanitária e seus pilares mestres de regionalização, universalidade e melhorias na resolutividade dos serviços, promovendo profundas e decisivas alterações na política de formação e capacitação dos trabalhadores na área da saúde prioritariamente nos serviços públicos (Gryscek *et al.*, 2000).

O Projeto Larga Escala foi, indiscutivelmente, o marco responsável por abrir os caminhos que conduziram até a atual EPS. Ele serviu de base para a estruturação da política pedagógica das Escolas Técnicas e os Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS (ET-SUS). São escolas-função, de caráter inclusivo, atuando na formação de profissionais em nível médio, de técnicos em enfermagem e de vigilância em saúde, ambiental e sanitária, em radiologia, em saúde bucal, agentes de saúde indígena, em patologia clínica e outros. O público-alvo dessas escolas são, mais uma vez, pessoas adultas provenientes das camadas populacionais carentes, para as quais não existiu ofertas mais robustas de formação no sistema educacional formal, mas são “profissionais” que desempenham ações relevantes nos serviços públicos de saúde. As escolas estão distribuídas nas Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), com o preceito da integração ensino-serviço, sendo o esteio político e metodológico orientador à formação dos recursos humanos atuantes em instituições públicas de saúde sem qualificação ou formação específica (Borges *et al.*, 2012).

Outra iniciativa de forte repercussão à profissionalização da enfermagem, no ano 2000, e já sob as especificidades da EP como modalidade formativa, resguardada pela LDB, foi a implantação do Projeto Nacional de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), com a mentoria do Ministério da Saúde que, nacionalmente e de forma gratuita, qualificou profissionais da enfermagem em nível elementar e médio já estabelecidos nos seus postos laborais, viabilizado pela educação profissional. O MS promoveu também a capacitação pedagógica do profissional graduado em enfermagem objetivando atender às exigências do ensino profissional na formação técnica da área de saúde, visto ser o profissional-chave responsável pela ação educativa propriamente dita, através da modalidade de ensino à distância, com o objetivo primordial de fortalecer o jovem Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Carta Magna de 1988 (Ferreira *et al.*, 2007).

O Projeto Larga Escala, o PROFAE e a Política de educação em Serviço instituída no ano 2000, desenvolvidos sob a proteção da integração ensino-serviço, foram os alicerces robustos nos quais se assentam a história da EPS no Brasil e a formação dos profissionais na área da saúde, a partir das realidades dos serviços, compreendendo a necessidade de oferta da atenção integral à saúde, e considerando a EPS como possibilitada à de formação humana que observa a totalidade das relações sociais. As práticas instituídas são fundamentadas em referenciais filosóficos e ideológicos alinhadas a uma estabelecida concepção de mundo e projeto societário “construídos a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe. Desta forma, expressa uma direção e um sentido que se pretende dar às práticas sociais” (Ramos, 2009, p. 155), não se tratando assim de práticas neutras, mas portadoras de intencionalidades.

Os fatos históricos da EPS no Brasil apresentam a proposição de possibilidades de mudanças na realidade posta, quando orientada por concepções de mundo que reconhecem o trabalhador como responsável pelo seu construto histórico, assim implicados na condução da existência humana. Essa perspectiva formativa busca encontrar espaços para proporcionar o rompimento da noção de que a EPS, por si só, é capaz de modificar relações de trabalho fragmentadas, hierarquizadas e excludentes, assinalados tanto nos serviços de saúde quanto, genericamente, nos processos de trabalho (Ramos, 2009).

A trajetória histórica da EPS deixa evidente que, desde o seu momento inicial, a profissionalização em nível médio em saúde se articula na integração ensino-serviço, condição *sine qua nom* para dar estabilidade a todo o processo de qualificação em nível técnico no âmbito da saúde, em razão de tantas especificidades inerentes à área, relativas à sua condição primordial de profissional do fazer prático. Esse trabalho é pouco valorizado, submetido a uma estrutura de trabalho hierarquizada e fragmentada em seu processo, associadas às frágeis condições de saúde da população brasileira, além da complexidade de práticas que envolve a assistência à saúde tanto na esfera pública, principalmente, quanto na privada, que não deve ser considerada de importância menor, visto que em ambas existem pessoas que carecem de cuidados.

Inferimos que a articulação entre as duas práticas sociais – educação e saúde – é determinante para que se alcance o êxito na formação de pessoas responsáveis e comprometidas com aspectos que envolvam as questões relativas às humanidades, e não somente ao preparo para o desempenho exclusivamente técnico. No entanto, entendemos que se trata de uma longa caminhada com avanços e retrocessos, tanto pela condição própria de juventude da modalidade educativa da EPS quanto, e talvez como fator mais importante, pela conjuntura política,

econômica e social do país, que sobrevive em eternos solavancos, principalmente no que diz respeito aos hiatos democráticos, combatidos a ferro e a fogo.

Em seu processo evolutivo, enquanto modalidade educacional que se reconfigurou significativamente, a educação profissional passa a galgar patamares com importantes especificidades, visto que direciona seus esforços para o preparo de profissionais de nível técnico e tecnológico com a inclusão da formação geral, o que traduz a educação cidadã, compaginando assim educação e trabalho em seu lastro filosófico. Essa educação deve atender ao contexto de mudanças na lógica do mundo do trabalho relativa principalmente às demandas sociais, necessitando assim acompanhar o *continuum* das transformações de práticas sociais e políticas, como também das constantes inovações do mundo do trabalho, inclusive assumindo o trabalho como princípio educativo, integrado à cultura, ciência e tecnologia (Brasil, 2012).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira de 1996 exprime a educação como um vasto, profundo e contínuo processo, desenvolvido a partir das múltiplas circunstâncias na vida das pessoas, como a convivência familiar, e a sua extensão para interrelações com demais pessoas, ambientes de trabalho, instituições de ensino e pesquisa, sociedade civil organizada, movimentos sociais e manifestações culturais. Especificamente em seu Artigo 39, com redação proferida pela Lei nº 11.741, de 2008, em seu Capítulo III, a Educação Profissional e Tecnológica é apresentada e definida como uma modalidade educacional que se integra aos diversos níveis e modalidades educacionais, mantendo-se em conexão às práticas sociais e ao mundo do trabalho. Ela deve ter sua oferta articulada com o ensino regular ou através de outras estratégias educativas (Brasil, 2008a)⁹.

Art. 39. A educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia.

§ 1º Os cursos de educação profissional e tecnológica poderão ser organizados por eixos tecnológicos, possibilitando a construção de diferentes itinerários formativos, observadas as normas do respectivo sistema e nível de ensino.

§ 2º A educação profissional e tecnológica abrangerá os seguintes cursos:

I – De formação inicial e continuada ou qualificação profissional;

II – De educação profissional técnica de nível médio;

III – de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

No referido documento, já houve menção aos itinerários formativos, um dos importantes destaques na reforma do EM, e objeto de fortes críticas, delineados na Lei nº 13.415, de 2017 (Brasil, 2017)¹⁰, que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio

⁹ Documento eletrônico não paginado.

¹⁰ Documento não paginado.

regulamentação imprimiu drásticas alterações no que a LDB propõe para a educação básica, se conformando em uma política com nova conformação para o ensino médio.

Ferretti (2018) destaca que as referidas políticas não são neutras, ou seja, não estão descompromissadas em atender interesses diversos à educação destinada aos jovens, apesar dos objetivos propostos na LDB apontarem a existência de ideias unânimes nesse item. Segundo o mesmo autor, trata-se de uma reforma pautada em duas justificativas basilares, quais sejam: a oferta ineficiente do EM no país e a urgência em torná-lo atrativo aos olhos dos estudantes que precisam cumprir essa etapa finalizadora da educação básica, considerada como um período crítico, em face dos elevados índices de abandono e retenção.

A reforma foi gestada em um moroso e contínuo processo, com fortes influências do ideário neoliberal difundidos às políticas direcionadas à educação pelo Banco Mundial em todos os continentes (Krawczyk; Ferretti, 2017). De origem intempestiva e autoritária no berço da MP 746/2006, o texto seguiu à proposta da PEC 241, consolidada finalmente com a PEC 95/2016, instituinte do novo regime fiscal, a qual imprimiu radicais restrições às despesas primárias com a nação, dentre as quais, o orçamento para a educação em seus dois níveis (Ferretti, 2018).

Anteriormente a esse processo de gestação, a mudança já havia sido ensaiada pelo projeto de lei nº 6840/2013, remetida por uma comissão especial da Comissão de Educação da Câmara dos Deputados, ainda no hiato democrático da deposta Presidenta Dilma Rousseff, com a proposta da nova política, passando por modificações conduzidas pela dinâmica do debate legislativos, graças à intervenção do Movimento em Defesa do Ensino Médio, permanecendo em estado de latência. No entanto, em 2016, a proposta ressurgiu com roupagem impositiva através da Medida Provisória nº 746/2016, foi votada de forma rápida e com poucos debates (Krawczyk; Ferretti, 2017).

É uma trajetória longa e pujantemente afiliada a determinadas correntes sociais e políticas do país, balizados por ideias neoliberais que buscam, incansavelmente, direcionar o setor da educação a atender seus mais legítimos interesses, dentre os quais, e principalmente, àqueles de natureza econômico-financeira (Ferretti, 2018).

A reforma está assentada em três eixos principais: incremento progressivo de carga horária anual (800h para até 1.400h), reordenação dos currículos de EM por áreas de conhecimento, as quais configuram os itinerários formativos ditos “flexíveis” e contemplados pela BNCC (Linguagens e suas Tecnologias, Matemática e suas Tecnologias, Ciências Naturais e suas Tecnologias, Ciências Humanas e suas tecnologias, e Educação Profissional) e a adoção

da escola em tempo integral, também contemplada na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), instituída pela Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017, que tem sua versão final publicada no ano de 2018. O Capítulo II, Art. 5º da referida Resolução diz o seguinte: “A BNCC é referência nacional para os sistemas de ensino e para as instituições ou redes escolares públicas e privadas da Educação Básica, dos sistemas federal, estaduais, distrital e municipais, para construírem ou revisarem os seus currículos” (Brasil, 2018, p. 5).

Trata-se de um extenso documento, elaborado pelo Ministério da Educação (não se tratando de uma lei) com o propósito de guiar o processo educativo, em nível do ensino básico, nas escolas públicas e privadas de todo o país, alicerçado pela LDB/1996, contemplando os direcionamentos aos ensinos infantil, fundamental e médio. Logo em sua introdução da versão final, o documento apresenta a seguinte definição:

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é um documento de caráter normativo que define o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens essenciais que todos os alunos devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, de modo a que tenham assegurados seus direitos de aprendizagem e desenvolvimento, em conformidade com o que preceitua o Plano Nacional de Educação (PNE). Este documento normativo aplica-se exclusivamente à educação escolar, tal como a define o § 1º do Artigo 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/1996), e está orientado pelos princípios éticos, políticos e estéticos que visam à formação humana integral e à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva, como fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (DCN)² (Brasil, 2018, p. 7).

Uma das importantes modificações assentadas na BNCC para o EM é denominada flexibilização, que na análise crítica de Krawczyk e Ferretti (2017), pode apresentar várias significações fantasiosas, como os referentes à liberdade de escolhas, autonomia, possibilidades de criações e inovações. No entanto, o cerne da questão reside na ferrenha oposição às proteções aos trabalhos e sociais engendradas na estrutura estatal do hiato democrático, que são incansavelmente combatidas pelo conservadorismo, demandando esforços no sentido do real viés da flexibilização, como explicitado pelos autores:

Mas flexibilização pode ser também desregulamentação, precarização, instabilidade da proteção contra a concentração da riqueza material e de conhecimento, permitindo a exacerbação dos processos de exclusão e desigualdade social. Flexibilizar uma política pode ser também o resultado da falta de consenso sobre ela (Krawczyk; Ferretti, 2017, p. 36).

As justificativas à flexibilização, com diminuição de disciplinas obrigatórias e a inclusão das optativas, conforme apregoam os itinerários formativos, se assentam em dois

argumentos triviais: inflexibilidade da estrutura anterior e quantidade considerada excessiva de disciplinas. Os mesmos autores ressaltam que a flexibilização já era uma realidade na organização curricular do ensino médio anterior, quando, às disciplinas do núcleo comum, podiam ser acrescentadas outras, constituintes da parte diversificada, a depender de definições autônomas de cada ente federado, o mesmo ocorrendo na educação profissional. Os autores também deixam clara a imprecisão nos termos utilizados na lei que vagueiam entre disciplinas, componentes curriculares e estudos obrigatórios, imprecisão que deve ser dirimida por cada estado, restando apenas uma clareza que diz respeito a redução de conteúdo do que deve ser abordado na etapa do ensino médio (Krawczyk; Ferretti, 2017).

É uma reforma que está para além de modificações no sistema educacional, pois está cravejada de concepções que atendem de pronto ao modo de produção vigente. Ela não se interessa em resolver um conjunto de outras questões fundamentais para o alcance de efetivas melhorias não só no ensino médio, mas amplamente no setor educação a exemplo do sucateamento da estrutura escolar, com seus empobrecidos espaços de laboratórios, bibliotecas e salas de aula, professores que assumem regência em múltiplas escolas para suprirem a remuneração deficiente, carreira docente sem atrativos e contratos de trabalho de formas variadas. Além disso, é preciso considerar os aspectos relativos à juventude que vive em um país de desigualdades sociais infindas, submetida a inúmeras formas de violência, incluindo os domiciliares, na própria escola, e aos poucos diálogos na comunidade escolar (Ferretti, 2018).

Para Moll (2017), a reforma se conforma em uma encorpada bruma que encobre os reais problemas do sistema educacional, especificamente os básicos, nunca encarados de maneira a serem solucionados. Quando a avaliação ocorre em escolas com boa infraestrutura, os resultados são satisfatórios e afastam a ideia de fragilidade curricular, fortemente defendida pela reforma, e reforça a condição do trajeto do ensino médio pautado na continuidade de projetos educacionais consistentes, de boa qualidade, em boas escolas, com equipe docente valorizada, adequado tempo de aprendizagem e riqueza nas estrutura curricular se confirmarem no pilares responsáveis pelo sucesso nessa etapa formativa do ensino básico.

A autora destaca também que a vida cotidiana da faixa etária que cumpre a etapa do ensino médio convive com o desconforto de se defrontar com necessidades que, em grande medida, exigem que o jovem muitas vezes precise escolher entre estudar e trabalhar:

Inseridos precária e precocemente no mundo do trabalho (como aprendizes ou mão de obra barata), sem as condições mínimas de complementar as poucas horas diárias de “instrução” oferecidas pelas instituições escolares, com pouco tempo de descanso, longos trajetos casa-escola-trabalho-casa, milhares de

jovens pobres praticam uma espécie de *corrida de obstáculos* para frequentar a escola. Esses mesmos jovens são submetidos a avaliações homogêneas, como se homogêneas fossem as condições de acesso, permanência e aprendizagens escolares (Moll, 2017, p. 69, grifo da autora).

A nova proposta de condução para o EM será responsável por um importante encolhimento na formação geral dos estudantes, visto que somente a língua vernácula, o inglês como língua estrangeira, e a matemática, serão as disciplinas obrigatórias nos três anos de formação. Levando-se em consideração a grande possibilidade de que todos os itinerários formativos não terão sua oferta garantida em todas as escolas de ensino médio desse país de dimensões continentais, visto que em muitos municípios, certamente, será ofertado o que for possível, a depender da força de trabalho docente e estrutura escolar disponíveis em cada localidade. De acordo com Moll (2017), apenas 70% das cidades brasileiras dispõem apenas de uma unidade escolar com oferta de ensino médio.

A defesa maior na adoção de uma oferta diversificada de saberes reside na possibilidade de cada estudante poder construir o seu “projeto de vida”, condição que exprime a força do capitalismo na educação sob dois claros aspectos: um deles se trata da responsabilização pessoal pela sua trajetória profissional, eximindo o Estado de suas obrigações para com a oferta de emprego e renda à sua população. O outro diz respeito à condição de menos aprendizado no sentido de formar sujeitos com capacidade crítica e reflexiva para buscar estratégias de modificação do seu *status quo*, contribuindo, conseqüentemente, à construção de um coletivo consciente de sua condição de classe trabalhadora dominada pelas elites (Moll, 2017).

A mesma autora evidencia a adoção da obrigatoriedade da língua inglesa como um retrocesso ao período do Regime Militar, imposição feita pela Lei nº 5692/197, desfavorecendo o ensino da língua espanhola como um novo direcionamento. A essa nova diretriz, está subjacente a condição do pouco caso pelas relações Sul-Sul, além da presença desse idioma ocorrer desde sempre nas escolas públicas brasileiras, visto que um considerável número de professores é formado para o ensino do referido idioma. O ensino de línguas estrangeiras é importante para alavancar os projetos de desenvolvimento de uma nação, sendo desejável a ampliação da oferta e não a sua redução, como determinado na reforma.

Moll (2017) e Krawczyk e Ferretti (2017) enfatizam que o retrocesso foi profundo no que diz respeito à educação profissional, ficando a situação piorada em relação ao Decreto nº 2208/1997, que definia a separação do ensino médio propedêutico e a educação profissional, mas mantinha a concomitância do ensino propedêutico começando na segunda série, caminhando *pari passu* e complementarmente à educação básica. Na atual reforma, a

concomitância é retirada, sendo mantida unicamente a formação profissional como escolha de um entre os cinco percursos/itinerários formativos, traduzindo o que foi considerado como retrocesso, conforme referido pelos autores:

Ignorar a formação geral no nível técnico é a princípio incongruente com a visão do mundo do trabalho nos moldes do capitalismo atual, a não ser que se queira treinar os jovens para serem simplesmente operários de chão de fábrica ou trabalhadores sem chances no mercado formal, travestidos de ‘empreendedores’ (Krawczyk; Ferretti 2017, p. 39).

As críticas realizadas pelos autores estudados estão pautadas em aspectos como o reducionismo, estrutura do complexo educacional, que envolve principalmente o ensino médio, e a consequente formação dos jovens brasileiros doravante. Subliminarmente, aparece a organização de uma nação que não se desvinculou ainda da casa grande-senzala, isto é, a matriz escravocrata voltou a ganhar voz e voto. Assim, formam-se pessoas que não conhecem a história em que se assenta o seu país e o mundo, os fundamentos da ciência moderna e seus consequentes avanços tecnológicos, as interrelações que determinam o jogo político-econômico entre os países, e ficar cego com relação às artes. Ficamos atônitos frente à realidade que se avizinha, de trabalhadores somente com braços e pernas.

A Resolução CNE/CP nº 1, de 05 de janeiro de 2021, definidora das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional e Tecnológica (DCN EPT), é a legislação mais atual relativa a esse modelo formativo, alinhada à BNCC e conducente ao futuro exercício das profissões ditas operacionais, técnicas e tecnológicas, com vistas a inserir os jovens no mundo do trabalho. Em seus princípios balizadores, as diretrizes mantêm o estímulo à pesquisa, respeito à diversificação de ideias e visões pedagógicas como princípio constitucional, a adoção do trabalho como princípio educativo e outros (Brasil, 2021).

O Capítulo V das DCN EPT está direcionado especificamente à formação profissional técnica de nível médio, pontuando a abrangência desta etapa formativa, competências relativas às áreas do conhecimento nos eixos tecnológicos. Essas diretrizes orientadoras à qualificação profissional tomam por base o itinerário da formação técnica e profissional do Ensino Médio.

No Capítulo VI, a estrutura organizacional da EPT em nível técnico está apresentada nas DCN EPT. Ela caracteriza as formas de oferta nas modalidades integrada, concomitante e sequencial e esclarece os detalhes específicos para cada modalidade de oferta, com os devidos alinhamentos necessários ao atendimento da BNCC. As considerações à estruturação dos cursos técnicos, com a devida observância aos princípios de orientação geral, destacam pormenores para a constituição particular de cada curso, que devem se pautar em um amplo

lastro de saberes no sentido de preparar o estudante para lidar com as multifacetadas demandas da vida e do trabalho em sua complexidade. O texto direciona o preparo profissional para o desenvolvimento de habilidades para além das especificamente técnicas ao exercício profissional, incluindo as de caráter socioemocionais, as quais envolvem as atitudes, valores, emoções e outras. Além disso, o documento estabelece direcionamentos para a elaboração dos currículos, planos de curso e respectivos Projetos Pedagógicos dos Cursos.

O Inciso VIII do Capítulo IV da referida diretriz, em específico, merece atenção, em razão de sua aproximação com o objeto de estudo do presente trabalho, por apresentar questões bem pertinentes às necessidades de mudanças no preparo profissional técnico em saúde, a qual se defronta com a realidade da transição demográfica, com acelerado envelhecimento populacional, o que exigirá desse profissional a mobilização de saberes para lidar com a situação de quem precisa de atendimento, não só no adoecimento em si, mas também do próprio profissional que encara o espelho do futuro. O referido Inciso explicita que:

VIII - o domínio intelectual das tecnologias pertinentes aos eixos tecnológicos e às áreas tecnológicas contempladas no curso, de modo a permitir progressivo desenvolvimento profissional e de aprendizagem, promovendo a capacidade permanente de mobilização, articulação e integração de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções, indispensáveis para a constituição de novas competências profissionais com autonomia intelectual e espírito crítico (Brasil, 2021, p. 8).

Os eixos tecnológicos abordados nos cursos técnicos ao preparo profissional em saúde são desenvolvidos no já citado modelo biomédico, detendo a sua atenção no processo de adoecimento e não na pessoa acometida por alguma afecção. A complexidade do processo de envelhecimento e a própria velhice como última etapa da vida na dimensão física, desembocando na morte, carecem de uma ampliação e articulação entre saberes que capacitem o futuro profissional técnico para o manejo com questões inerentes ao universo das atitudes, emoções e valores. É possível articular essa concepção com o final do Inciso VIII, que se refere à construção dessas novas capacidades para promover a autonomia intelectual e espírito crítico, se configurando como um grande e importante desafio, visto que as bases para formar profissionalmente um técnico em saúde com essas capacidades estão mais fragilizadas pelo reducionismo de conteúdos importantes para fornecer lastro de entendimentos para os aspectos emergidos desse rearranjo de vida e trabalho.

O Capítulo XI da DCN EPT, referente à educação continuada, apresenta, de maneira aligeirada e com poucos detalhamentos, as possibilidades de aprimoramento profissional pela via de cursos de aperfeiçoamento e especializações técnicas. Nele, são abordados os formatos

das ofertas e as demandas sociais presentes no mundo do trabalho, especificando as formas de aproveitamentos de estudos e cargas horárias pertinentes à formação. No entanto, não é esclarecedor no que tange aos Cursos de Formação Inicial e Continuada de Trabalhadores (cursos FIC), os quais são as principais referências no preparo de cuidadores de idosos, visto que é uma atividade ainda sem *status* de profissão, sendo catalogada apenas como ocupação, e o referido preparo está sob a responsabilidade da EP. Pelo exposto no documento, podemos depreender o texto como a tradução da não priorização da educação continuada, e quiçá interpretá-la como desimportante na educação profissional.

Em seu Capítulo XVII, a DCN EPT apresenta a especificidade no que toca à formação de docentes que enveredam pelos rumos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio, apontando que a exigência específica para o ingresso na carreira docente nessa modalidade de ensino está limitada a “cursos de graduação, em programas de licenciatura ou outras formas, em consonância com a legislação e com normas específicas definidas pelo CNE” (Brasil, 2021, p. 17), ou seja, não existe qualquer nível de especificidade ou de aperfeiçoamento direcionados à formação docente referente a área de ensino, a exemplo de cursos de *Lato Sensu* e/ou *Stricto Sensu*, ou mesmo o grau acadêmico de licenciado. As demais especificidades estão postas no documento como uma condição de não obrigatoriedade e devem ser iniciativas das próprias instituições de ensino nas quais a EPT é oferecida, em consonância com o Ministério da educação, como também é optativo ao docente participar ou não dos referidos aperfeiçoamentos, a não ser que se configurem como obrigatoriedade nas instituições de ensino nas quais o docente atuará, caso da UFRN.

A ênfase maior é dada à condição do saber profissional prático, em detrimento do preparo específico à docência. Além disso, o texto destaca o notório saber como um aspecto relevante, que deve ser comprovado através de titulação própria ou atividade de ensino em instituições escolar pública ou privada, ou ainda a atuação profissional na mesma rede de ensino, apresentando superior qualificação profissional. Essa importância referente ao domínio dos saberes práticos na Educação Profissional em nível médio fica bem evidenciada quando se lê o redigido no Parágrafo 2º do Capítulo XVII:

§ 2º A demonstração de competências profissionais em sua atuação no mundo do trabalho, após a avaliação que trata o caput, aliada à excelência no ato de ensinar a trabalhar, poderá ter equivalência ao correspondente nível acadêmico na ponderação da avaliação do corpo docente, em face das características desta modalidade de ensino e suas exigências em termos de saberes operativos (Brasil, 2021, p. 17).

A particularidade da demonstração de competências, que inegavelmente é de grande valia, pode acarretar prejuízos à formação em níveis variados, visto que nem sempre o profissional prático de excelência corresponderá a um bom professor, sendo a condição inversa também verdadeira. Nesse sentido, um bom preparo à docência proporcionará, em quem pretende abraçar o ofício do professorado, a aproximação com as realidades do ensino e da escola, deixando claras as dificuldades a serem enfrentadas por pessoas que não possuam embocadura para acolhê-las. Dessa forma, surgem os riscos do ingresso de pessoas na docência, que possuam uma rica bagagem na atividade profissional prática, mas que são avessas (ou menos propensas) às salas de aula ou ambientes de aprendizagem que exijam o exercício da docência. Portanto, esse contexto se constitui em um aspecto de fragilidade na Educação Profissional em nível médio, que não é novo e se mantém nas novas diretivas.

Arantes (2018) narra a sua experimentação da docência em seus anos iniciais como profissional enfermeira, quando precisou assumir o preparo de técnicos em enfermagem sem nenhuma experiência de docência, aliada à pouca vivência na prática profissional. Ela ressalta que a condução naquele momento foi pautada no alicerce formado pela ensinagem/aprendizagem guiadas por seus professores, ainda no seu curso técnico em enfermagem, quando reproduziu o material e sistematizou suas aulas nessa fonte. Após realizar formação específica à docência, atuou, posteriormente, na construção de um serviço de Educação Continuada no serviço de saúde no qual atuava, com o objetivo de selecionar profissionais e treiná-los, integrando-os ao processo de trabalho do hospital.

Essa narrativa remete, em alguma medida, ao trabalho executado nos primórdios da educação dos hospitais ao final do século XIX e início do século XX, portanto o modelo perdura, obviamente em moldes diferentes, até a contemporaneidade, com nova nomeação, batizado então de educação permanente, uma das possibilidades da formação técnica, que se deve às necessidades de atualização ou de capacitação inicial da força de trabalho.

A década de 1970 trouxe a reformulação do ensino de 1º e 2º graus, com a Lei nº 5.692/71, a qual impõe forçosamente a profissionalização em nível médio como finalizadora dessa etapa de escolarização. Estudos desenvolvidos à época apontavam o setor educação e saúde como promessas alavancadoras de desenvolvimento econômico, visto que as despesas com o campo social, especificamente na saúde, não se limitavam às expensas de consumo, mas se estendiam à promoção à saúde, conduzidas por melhorias sanitárias e programas de saúde, gerando maior produtividade de trabalho. No setor da educação, a visão de melhores investimentos estão alinhadas à percepção de potencializar a capacidade laboral e, conseqüentemente, trazer o incremento do capital. É nessa conformação contextual que se

desenha a noção de recursos humanos à área de saúde, nomeando a classe trabalhadora implicada no setor (Pereira; Lima, 2009).

4 ITINERÁRIO TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 ENTRE ENCANTAMENTOS E DESASSOSSEGOS: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NAS DESCOBERTAS, DESPERTARES E DESAPEGOS

A construção de um objeto de pesquisa a ser investigado à luz da Teoria das Representações Sociais não é tarefa simplória, em particular para pesquisadoras que se arvoram nesse domínio do saber, ainda em momentos de aproximação com a referida Teoria, o que é o nosso caso.

O desejo de traduzir os saberes do cotidiano ou senso comum em conhecimentos do universo reificado foi, a princípio, acompanhado por uma mescla de sentimentos que divagaram entre encantamentos, angústias e incertezas sobre como estudar um incômodo desafiador, que precisava ser traduzido à letra dos ritos científicos com exatidão, atendendo as exigências para o desenvolvimento de uma investigação com a envergadura de uma tese de doutoramento.

O delineamento do objeto exigiu questionamentos profundos, aproximações e recuos com o referencial teórico eleito e com o objeto. Esses foram tempos de descobertas das inúmeras matizes no universo da educação, despertares para o que se engendra no seio social a reboque dos múltiplos saberes imbricados nas pessoas, construtores da vida, das escolas, das academias e dos coletivos de grupos que concebem a riqueza desse caldo cultural, no qual estamos imersos.

Para além, foi preciso praticar desapegos de um lugar de conforto, de profissional da saúde cuidadora, ensinadora e aprendente do cuidado, agora novamente assentada no espetacular e instigante lugar de estudante, por isso tão prazeroso e de difícil distanciamento.

O lançar-se em busca de um novo que brilha, mas ao mesmo tempo ofusca o olhar, exigiu o uso de lentes potentes para elucidar tantas dúvidas, mediadas por leituras complexas, confusas e profundas sobre a temática central, mas insuficientes, as quais eram efetuadas para alinhamento à teoria, sempre na companhia de incertezas sobre a relevância e adequação do estudo.

Anteriormente ao ingresso no curso de pós-graduação, ocorrido no ano de 2021.2, nos aproximamos do grupo de estudos conduzido pela professora-orientadora, levada pela mão sensível da amiga e colega de trabalho, e logo os encantamentos afloraram, inicialmente pela forma como a docente guia aos estudos, com firmeza e acolhimento amoroso, conducente à forte interação no grupo de orientandos. Vislumbramos também a riqueza de possibilidades que

a TRS oferece à pesquisa social para profissionais que se encontram na zona interfacetada entre duas pujantes práticas sociais da educação e da saúde, que é o nosso caso.

A pesquisa já havia se iniciado com leituras anteriores motivadas pelo interesse na temática. Após o ingresso no curso de pós-graduação foram incrementadas com estudos exploratórios, continuados durante todo o percurso do estudo sobre a produção científica com abordagem de investigações na opção da temática em questão, estendendo-se até o mês de janeiro do ano de 2025. As pesquisas ocorreram nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Anais das Jornadas Internacionais de Representações Sociais (JIRS). A escolha pelas referidas bases ocorreu em função do alinhamento à natureza do trabalho e ao objeto de pesquisa.

Os seguintes arranjos de descritores foram utilizados para as buscas: “educação profissional em saúde” AND “envelhecimento” AND “morte” AND “representações sociais”, os quais, quando utilizados de maneira associada, não apresentaram resultados positivos. As buscas com os mesmos descritores foram realizadas inclusive nas bases internacionais *Scopus*, que possui foco multidisciplinar em suas publicações, e *Education Resources Information Center* (ERIC), com foco direcionado à área da educação, com a mesma característica anterior de resultados.

Em razão das dificuldades encontradas, passamos a diligenciar buscas com os descritores em pares ou isoladamente, que resultaram em achados com elementos isolados, porém satisfatórios à aplicação no estudo. Ao final, reunimos 1 tese e 4 Dissertações na BDTD, 19 artigos na BVS, e 3 artigos na CAPES.

Em meados do semestre de 2024.2, compreendemos e comunicamos à professora orientadora que não tínhamos conseguido elaborar um Estado da Arte, nos moldes preconizados para o mapeamento de conhecimentos. Na busca por entender os motivos das dificuldades encontradas, concluímos que alguns aspectos foram responsáveis pelos impasses, como o fato de estarmos estudando uma temática muito específica e de pouco interesse para o desenvolvimento de estudos científicos, pela sua raiz de negação em uma modalidade educativa que pode ser considerada recente e prioritariamente dedicada ao fazer propriamente dito na área da saúde, e o aporte de uma Teoria contemporânea. Consideramos então a realização de uma revisão de literatura, agregadora de importantes elementos à consecução da pesquisa.

Ao alicerce desse referencial autores clássicos e atuais foram constantes tanto os estudiosos dedicados à TRS quanto autores dedicados às temáticas abordadas, fornecendo sustentação à análise e interpretação das informações. Os estudos encontrados nas bases de

dados foram utilizados para as análises das informações recolhidas e fundamentação teórica à temática.

Em razão da especificidade e delicadeza da temática, e dando continuidade ao processo exploratório, definimos a entrevista semiestruturada como o instrumento para a recolha das informações.

Inicialmente, realizamos quatro entrevistas para o pré-teste do instrumento elaborado para a recolha das informações. Elas foram realizadas com quatro colegas: uma enfermeira aposentada da ESUFRN; duas enfermeiras ex-professoras substitutas da mesma instituição; e uma colega psicóloga em atividade na ESUFRN. Após a segunda entrevista, já detectamos a necessidade de ajustes no instrumento, que foram prontamente realizados, e seguiram-se as duas últimas entrevistas com o roteiro reajustado apresentando resultados satisfatórios. Todas as entrevistas realizadas para o pré-teste foram tomadas como balizas para o ajuste do instrumento, e suas informações não foram incluídas no estudo.

O *locus* para o desenvolvimento do trabalho foi a Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN), unidade acadêmica especializada em saúde, dedicada à educação profissional, sediada no *Campus* Central em Natal/RN. A realização da pesquisa na ESUFRN ocorreu em razão de ser uma unidade de formação pública, com relevância social para o estado e cidade do Natal, dedicada ao preparo de profissionais em saúde nos três níveis de ensino, como também por este ser o lugar de nossa atuação docente.

Atualmente, o corpo docente efetivo é composto por 37 docentes, dos quais 20 participaram da pesquisa. O critério de inclusão para o estudo foi a condição de docente efetivo ou substituto da ESUFRN e o de exclusão foi exclusivamente o afastamento por qualquer motivo. A decisão por incluir os professores substitutos ocorreu em razão de sua formação na área da saúde ser exatamente igual aos demais colegas efetivos, pois a qualificação exigida para esses docentes é graduação na área determinada para o processo seletivo. Quando da existência de concursos para ingresso como docente efetivo, a mesma qualificação mínima de graduação é a exigência. A definição dos docentes para a participação na pesquisa foi a condição de atuarem nos cursos técnicos que preparam profissionais à assistência direta em saúde.

Tomaremos um breve atalho para resgatar o início da história da atual ESUFRN, fundada no ano de 1955, através da Portaria Ministerial nº 381, de 07 de dezembro de 1955, com publicação no Diário Oficial do Distrito Federal no dia 13 de dezembro do mesmo ano, quando foi autorizado o funcionamento da Escola de Auxiliares de Enfermagem (EAEN), a reboque de demandas apresentadas pelo presidente da Sociedade de Assistência Hospitalar

(SAH), o médico Januário Cicco, com solicitação para tal iniciativa realizada desde o ano de 1950 (Alencar; Timóteo, 2006).

A necessidade de formação de profissionais com melhor qualificação à área da saúde hospitalar na capital do Rio Grande do Norte, cidade do Natal, foi impelida pela aceleração do ritmo da urbanização observada no pós-segunda mundial, catalisadora do processo de industrialização nacionalmente. Assim, dez anos depois, e com o envolvimento de muitas pessoas comprometidas e reconhecedoras da necessidade, a EAEN realiza a sua primeira seleção de candidatas, todas mulheres, em fevereiro de 1956, com SAH sob a direção do médico Onofre Lopes da Silva, que tomou a iniciativa de promover a articulação com a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) (Alencar; Timóteo, 2006).

Em conjunto com a equipe local, a FSESP ofereceu o suporte para o funcionamento do curso com o trabalho de assessoramento, supervisão e avaliação didático-pedagógica, estando a cargo de enfermeiras graduadas da instituição e pessoal administrativo (Alencar; Timóteo, 2006).

A escola iniciou plenamente suas atividades em março de 1956, após a aprovação de 16 alunas selecionadas obedecendo aos critérios de idade igual ou superior a 16 anos, comprovação de conclusão do curso primário ou de frequentar o curso ginasial, atestado de sanidade física e honradez, além de aprovação em exame básico de português, aritmética, história e geografia. A escola funcionava no então Hospital Miguel Couto, fundado em 1909, atual Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com as estudantes obedecendo sistema de internato e externato no Pavilhão Santa Izabel (Alencar; Timóteo, 2006).

O curso tinha duração de 18 meses, organizado em aulas teóricas e práticas realizadas no Hospital Miguel Couto. A estrutura teórica abordava conteúdos de anatomia, patologia, microbiologia, higiene dos alimentos (e seu preparo), ética profissional, história da enfermagem, doenças transmissíveis, clínica médica e cirúrgica, noções de puericultura, higiene e pré-natal, noções de pediatria e educação sanitária. A primeira turma foi concluída em setembro de 1957, com 08 estudantes das 11 iniciais (Alencar; Timóteo, 2006).

Em 1958, é fundada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ficando a EAEN sob a tutela única da SAH, perdendo o apoio profissional e financeiro da FSESP, de maneira a enfrentar importantes desafios de ordem administrativa e técnica, em razão do corpo profissional cedido à SAH retornar à sua instituição de origem, e da perda de parte dos recursos financeiros. No dia 17 de setembro do ano de 1960, a EAEN é reconhecida como unidade de ensino na área da saúde, através do Decreto Federal nº 49.120, e através da Resolução do

Conselho Universitário (CONSUNI) nº 02/64, em 09 de janeiro de 1964, a EAN é integrada à UFRN, inicialmente apensada à Faculdade de Medicina (Alencar; Timóteo, 2006).

Desde o ano de 2024, a ESUFRN oferta regularmente seis cursos técnicos em saúde: Curso Técnico em Enfermagem (TENF), Curso Técnico em Vigilância em Saúde (VISAU), Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde (TRIS), Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde TACS), Curso Técnico em Massoterapia (TMASSO) e Curso Técnico em Cuidados de Idosos (TCI), que passou a ser ofertado a partir do ano de 2024, com entrada no primeiro semestre, razão pela qual não foi incluso neste estudo.

A ESUFRN tem oferta regular do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, em nível de graduação tecnológica, desde o ano de 2010, além de dois Cursos de Especialização *Lato Sensu*, quais sejam: Especialização em Auditoria em Saúde e Especialização em Preceptoria em Saúde, com oferta intermitente, a exemplo de outras especializações ofertadas. O Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade (PPGSES) tem oferta atual e regular do Curso de Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação (MPPSE) na modalidade *stricto sensu*. O Programa desenvolve atividades de pesquisa através de três grupos de pesquisa ativos, orientação de trabalhos, participação em bancas, realização de projetos e outros. Desenvolve também ações de extensão com o propósito de estreitar as relações entre a Universidade e a sociedade, contribuindo para as necessárias renovações sociais.

A coleta de informações ocorreu entre os meses de agosto e novembro do ano de 2022, quando se seguiram as entrevistas com 20 docentes da ESUFRN, de um universo de 30 colegas atuantes nos três cursos técnicos eleitos para o estudo à época. O critério de saturação foi verificado já anteriormente a vigésima entrevista, mas como todas elas estavam previamente agendadas, optamos por seguir a programação, o que ocorreu de forma ordeira, e as vinte entrevistas foram realizadas com sucesso e satisfação por ambas as partes envolvidas.

Somente uma entrevista foi realizada pela via remota, para acomodação da docente entrevistada, e uma entrevista foi suspensa após determinado nível de desconforto emocional, prontamente acolhido, não sendo retomado o trabalho de entrevista, sem prejuízo ao estudo.

Como procedimento inicial às entrevistas, realizávamos previamente contato por telefone, pelo aplicativo WhatsApp, via e-mail ou pessoalmente, para fazer o convite de participação na pesquisa, já expondo objetivamente do que se tratava o estudo e indagando sobre a possibilidade de participação. Após o aceite à participação, confirmávamos a marcação com data, hora e local pessoalmente com a/o colega.

Todas as abordagens resultaram em respostas positivas e, a partir do mês de agosto de 2022, seguimos cumprindo a agenda previamente organizada, respeitando data, hora e local,

durante o expediente matutino ou vespertino. O local escolhido para as entrevistas foi a sala de reuniões localizada no segundo andar do prédio da ESUFRN. Nas 48 horas antecedentes às entrevistas, efetuávamos novo contato, pessoalmente, para confirmar o encontro.

Os participantes foram apresentados ao parecer de aprovação do estudo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa no Hospital Universitário Onofre Lopes, seguindo-se à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em pesquisa, no qual foram explicitados amiúde o título, objetivo e demais informações acerca do estudo, incluindo a necessidade de gravação de voz.

As entrevistas ocorreram em tempo médio de uma hora cada e as informações foram recolhidas mediante gravação de voz para posterior transcrição. Esse momento foi relevante, com a transcrição realizada, pessoalmente, com muita calma para aguçarmos e sensibilizarmos olhos e escuta ao que nos era relatado, nos servindo como balizas à identificação de pontos importantes à análise, iniciada a partir desse momento.

Com o compromisso de preservar o sigilo da identificação de cada docente, convidamos cada colega a eleger o nome de uma/um professora/o que marcou sua trajetória de estudante como codinome, e que por essa razão deixou impressos os selos da relação professor-aluno, por permitir o emergir das intersubjetividades de maneira amiúde.

Nesse sentido, nos apoiamos em Moscovici (2005) quando destaca que o processo da intersubjetividade está pautado na semelhança de um ‘eu’ com um ‘outro’, sustentada pelo ritual que se estabelece na relação, um modo de troca que pode se revestir de caráter excepcional, mas também aplicável à cotidianidade, caso da relação professor-aluno na escola. O propósito é de fortalecer o elo entre os dois atores ou fazer aflorar ações das partes envolvidas, as quais são, geralmente, significativas.

O rito é mediado pela comunicação, traduzindo assim um ritual de encontro. Nesses momentos de reciprocidade, alguns nomes podem registrar seus indelévels selos, tornando inesquecíveis os saberes que foram explorados e apreendidos por toda uma vida, conforme ressalta o autor:

Contudo, apenas os nomes das pessoas permanecem vivos nas comunicações dos homens, símbolos transmitidos de uma geração a outra, pois não perdem a capacidade de exprimir, de representar, justo no momento em que são enunciados (Moscovici, 2005, p. 36).

Assim, consideramos significativa a identificação com o nome de um docente que tenha marcado sua trajetória escolar, de certo por ter proporcionado rituais de encontros ricos em saberes diversos, não somente àqueles específicos abordados nos conteúdos de disciplinas aplicadas aos vários níveis da instrução formal.

Outra perspectiva a ser considerada às escolhas dos codinomes de cada participante foi justificada pela relevante representação social apoiadora dessas preferências, desvelada por Andrade (2003) quando aponta dois importantes modelos para o exercício da docência: o de *Magistra-Mater* e o de *Magistra-Magister*.

O primeiro modelo se enlaça ao tradicionalismo na docência, no qual o docente é depositário do saber e o transfere para os estudantes, que a princípio não possuem quaisquer conhecimentos, com um adendo de ser uma relação aproximada à maternal. O modelo recebe fortes influências de referências pedagógicas da antiguidade, estando o mestre em uma condição de dirigente pleno do processo ensino-aprendizagem, no entanto permitindo a formação de nexos afetivos, por ser enxergado como alguém acolhedor e protetor, remetendo ao vínculo maternal e feminino, priorizando a relação emotiva (Andrade, 2003).

A *magistra-mater* apresenta perfis característicos da maternidade, incluindo afetuosidade e ludicidade. O modelo estende à escola a cotidianidade os perfis da relação mãe-filho e identifica a docência como esperança, por permitir novas perspectivas para o trabalho docente (Barbosa, 2002).

No segundo modelo, o aspecto central é relativo à competência técnica e suas implicações de aplicações na prática pedagógica, alicerçada também em modelos antigos, mas que privilegiam a *expertise* do mestre, incluindo a erudição científica, com domínio dos conteúdos apresentados, aplicação sistematizada das metodologias e ênfase nos resultados da aprendizagem. Ocorre a centralização dos recursos pedagógicos pelo docente, desvencilhados de afetividade (Andrade, 2003).

A *magistra-magister* reconhece as influências exercidas pelo espaço doméstico na prática docente, configurando-se como fator facilitador do ingresso das mulheres no espaço público, no entanto, está relacionada principalmente com os aspectos da preocupação com o estudante, a necessidade do espírito colaborativo, e os enfoques nas temáticas e nos propósitos pedagógicos. O modelo identifica a docência como sucesso, visto que apresenta a possibilidade de libertação tanto para os padrões tradicionais de autoritarismo quanto para os domésticos relativos à prática docente, aglutinando assim na justa medida masculino e feminino (Barbosa, 2002).

Anteriormente, a utilização dos termos acontece em Barbosa (2002) com a inclusão de um terceiro elemento, a *magistra-crudelis*, além das anteriormente nominadas de *magistra-mater* e *magistra-magister*, em estudo que identificou esses três tipos de estereótipos atribuídos às professoras em seus modos de lecionar nas séries iniciais, correspondentes à primeira etapa do ensino fundamental, que consiste em uma fase de aproximação aos conhecimentos e de relevante marco de socialização.

A *magistra-crudelis* diz respeito a uma representação que se integra ao universo masculino, traduzindo a aplicação de métodos autoritários, admitindo punições. Identifica a docência como fracasso por revelar a descoberta da opressão dos saberes femininos na prática docente (Barbosa, 2002).

A tomar a força do simbólico como aspecto constituinte do mundo real, e conducente às relações sociais, os modelos referidos, por certo, exerceram sua pressão nas escolhas dos codinomes.

Após a recolha das informações, iniciou-se o processo de sua sistematização, para na sequência diligenciarmos a análise das informações, que a princípio ocorreu no preconizado pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Procedemos à leitura flutuante das entrevistas para a pré-análise do material que, posteriormente, constituiu o *corpus* de análise. Após a conclusão dessa fase inicial, lançamos mão do processo interpretativo proposto por Arruda (2018b) através da Espiral de Contextualização.

Ao final de todo o processo narrado, diligenciamos a elaboração do relatório da pesquisa, apresentando seu desenvolvimento, análise das informações recolhidas e sua interpretação à luz da TRS e demais expoentes da literatura sobre a temática estudada, como aporte à sustentação da presente tese.

4.2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS APLICADOS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO

4.2.1 Natureza, abordagem e tipo de estudo

Esta pesquisa é de natureza básica, que tem o propósito de contribuir com algum tipo de conhecimento recente e útil à evolução científica, não se detendo para uma aplicação direcionada. Na perspectiva do objetivo, trata-se de uma pesquisa do tipo explicativa, por

explorar os motivos implicados na construção da realidade estudada, através do registro, análise, organização e interpretação sobre a temática em questão (Prodanov; Freitas, 2013).

A abordagem é qualitativa por permitir espaços para aprofundamentos de aspectos que não podem se restringir a variáveis, tais como processos e fenômenos peculiares às relações sociais e suas subjetividades. É uma modalidade de pesquisa que se ocupa em estudar as questões enraizadas na subjetividade humana, analisando situações palpáveis em um recorte de lugar e tempo, intermediadas pelas expressões de ideias, significações atribuídas a estas e a concretude da realidade social traduzida em atitudes, comportamentos e práticas, conforme assevera Minayo (2014, p. 57):

O que é o método qualitativo? O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa social permite satisfatória aproximação com o conhecimento construído, visto que o objeto das ciências sociais é dotado de consciência histórica, marcado pelo influxo das comunicações e, portanto, passível de mudanças de cada momento social e histórico. Esse campo estuda, em alguma medida, quem executa a pesquisa, visto que o pesquisador também é partícipe dela e, portanto, é responsável pela forja da realidade sobre a qual se debruça, deixando margem para dificuldades na objetivação do estudo, no sentido de não se deixar envolver a ponto de torná-lo vulnerável às interferências do próprio pesquisador, enviesando assim a inquirição (Minayo, 2014).

Para Pope e Mays (2006), a pesquisa com abordagem qualitativa é muito utilizada nas ciências sociais por se vincular bastante aos costumes e comportamentos do ser humano. Assim, não é um tipo de pesquisa que, em linhas gerais, se utilize de medições ou quantificações, e por isso ainda recebe questionamentos quanto a praticar ou não a cientificidade. O campo está intrinsecamente relacionado aos significados e compreensões que os atores sociais atribuem às vivências do mundo em coletividade, de maneira a investigar e aclarar os fenômenos que configuram o mundo em sociedade, interrogando o apregoado pelo senso comum, ou ideias que estão cristalizadas socialmente, ou seja, o que está em voga é o senso comum.

Assim, esse tipo de abordagem buscar interpretar os fenômenos sociais na ótica dos sentidos alcançados pelas pessoas, sendo considerada como pesquisa interpretativa, exigindo do inquiridor questionamentos sobre as ideias correntes, enxergadas como premissas.

O estudo se desenvolve no território do mundo real, e por não se contentar com conceitos previamente construídos, o pesquisador mergulha na natureza dos fenômenos sociais em busca de novos horizontes, podendo inclusive aplicar múltiplos métodos na busca pelo entendimento do mundo social e, assim, construir novos saberes.

Silva (2016) destaca que a abordagem qualitativa em pesquisas permite a compreensão do conhecimento social atrelado à ordenação da construção intersubjetiva, na qual o investigador é também partícipe da realidade que constata e interpreta. A recolha das informações ocorre com interação entre entrevistador e entrevistado, estando ambos os sujeitos imersos no contexto.

De acordo com essas metodologias, o pesquisador não é um mero relator passivo e distante, “lê” a realidade de fora e procura, com neutralidade ou isenção, fazer interpretações. Ele é um participante na vida dos sujeitos que investiga, de modo a apreender e reconstruir o sentido que dão ao cotidiano. Essa reconstituição do real, criticamente elaborada, permite obter uma compreensão mais plausível da ação humana porque congruente com a visão dos atores sociais (Silva, 2016, p. 91-92).

A aplicabilidade da abordagem qualitativa na área da educação e da saúde ocorreu paralelamente no Brasil após a década de 1970. Até esse período, o método de pesquisa na educação era o *design* experimental, embora inapropriado por apresentar características próprias do método quantitativo, tais como a requisição de variáveis dependentes, independentes e formulação de hipóteses, apesar do reconhecimento da importância do conhecimento da lógica desse modelo de pesquisa na área da educação, mas que não cabia para todos os estudos e nem em todas as circunstâncias. No entanto, o Brasil recebia a influência estadunidense, *locus* de desenvolvimento avançado no modelo metodológico referido (Lüdke, 2016).

Na área da saúde, as incompreensões sobre o método e a pouca familiaridade tanto dos profissionais da saúde como dos pesquisadores formados na área biomédica produziu o estereótipo de pesquisa não-científica, com a crítica assentada prioritariamente na subjetividade dos dados qualitativos. Portanto, era construído um estereótipo de parcialidade, com dificuldades na replicação dos estudos, contribuindo tão somente à construção histórica ou pressuposições pessoais. Os métodos eleitos à pesquisa na saúde se vinculam, tradicionalmente, às pesquisas experimentais e métodos quantitativos, o que gera estranheza ao método qualitativo (Pope; Mays, 2006).

Na década de 1980, houve o despertar do interesse pelo estudo dos fenômenos em cenários educacionais com abordagem naturalística, assim denominada inicialmente, com pouca interferência do pesquisador, responsável pelo conhecimento e compreensão desses objetos na vivência cotidiana dos sujeitos envolvidos, o que esbarrou na generalização dos resultados, recebendo atenção de pesquisadores em busca de resolubilidade ao quesito em pauta. Após amadurecimento, essa abordagem ficou designada como plausibilidade da constatação (Lüdke, 2016).

As pesquisas embrionárias com a abordagem qualitativa na área da educação começaram a acontecer a partir de estudos de caso, e paulatinamente ganharam espaços, abrindo caminhos alternativos convenientes com a realidade da educação e saúde brasileira e suas demandas particulares. Atualmente, o crescimento de pesquisas com a abordagem qualitativa avança nas duas áreas interfacetadas, embora a resistência imposta pelo modelo dominante, principalmente nas demais áreas do saber, seja observada (Lüdke, 2016).

Para Silva (2016), as metodologias qualitativas na educação apresentam padrões análogos entre si, sob os prismas naturalistas, etogenéticos e etnográficos alicerçados nos pilares do paradigma construtivista em três dimensões: a dimensão ontológica, na qual o mundo real não é externo aos sujeitos, concebendo um construto coletivo, saturado de significações; a epistemológica, no qual o conhecimento inteligível resulta da interlocução entre os sujeitos nas suas intersubjetividades; e a metodológica, no qual as visões de mundo são mediadas pelas significações atribuídas pelos sujeitos, às várias dimensões constituintes da realidade.

Essas metodologias favorecem a abordagem e desmistificação da dimensão simbólica que impregna as práticas sociais. Elas permitem captar relatos, descrições, discursos e documentos que se reportam aos significados, crenças, opiniões e práticas dos atores o que ajuda a revelar o modo de como estes constroem e reconstróem a realidade social e como racionalizar a sua vida cotidiana (Silva, 2016, p. 90).

Para nossa surpresa, e no contrafluxo da proposta deste estudo, encontramos que, em se tratando especificamente da EP, que impreterivelmente articula educação e mundo do trabalho, há uma inclinação inevitável a realizar associações e reflexões a respeito do modo de produção de capitalista neoliberal. As opções investigativas são propostas prioritariamente pela orientação da pesquisa quantitativa, em razão de fornecer conhecimentos e argumentos fortalecedores desse modo de produção enraizado na história da sociedade brasileira, articulando assim os caminhos a serem seguidos às formações de profissionais nessa modalidade educativa (Frigotto, 2016).

No entanto, Ciavatta (2016) defende um ponto de vista ao qual nos filiamos, por entendermos que outras pesquisas são desenvolvidas na esfera educação-trabalho, que não tratam, em primeiro plano, das questões relativas ao modo de produção capitalista, quando diz:

O tema trabalho e educação envolve não apenas as relações de trabalho nos diferentes setores da economia (indústria, comércio e agricultura/agronegócio/agroindústria), mas principalmente, a prática educativa nas instituições profissionais e técnicas/tecnológicas. Os estudos desenvolvidos nesse campo têm a crítica à economia política e a análise do trabalho como mercadoria como referencial básico para a pesquisa (Ciavatta, 2016, p. 59).

Um outro aspecto que consideramos relevante destacar diz respeito ao desenvolvimento de estudos alicerçados em aspectos históricos, caracterizando a historiografia como um tipo de pesquisa inserida na abordagem qualitativa. Essas pesquisas são desenvolvidas na educação profissional por permitirem a construção de categorias de análise envolvendo a relação educação e trabalho, através de documentos, sejam eles escritos, orais e iconográficos, capazes de “traduzir” a vivência humana (Ciavatta, 2016).

A historiografia envolve o trabalho e a educação, em precisos lugares e temporalidades, engendrando as elaborações de sua existência, e assim construindo narrativas de realidades que podem ser analisadas à luz do preconizado em bases conceituais e metodológicas dos trabalhos científicos. São estudos que, geralmente, enfocam o trabalho e a educação no Brasil, país marcado pela clivagem social, determinante da consequente divisão social do trabalho e, por conseguinte, estabelecedor das condições de vida das pessoas. Esses estudos esclarecem sobre o conhecimento dos fatos e sua consequente interpretação escrita, constituindo o produto final de produção histórica (Ciavatta, 2016).

Ainda com relação aos aspectos históricos admitidos em pesquisas com abordagem qualitativa na área da educação profissional, a mesma autora destaca que:

Os desafios teórico-metodológicos da pesquisa em educação se expressam pela própria concepção de pesquisa que precisa superar tanto o positivismo descritivo nos usos de dados quantitativos ou qualitativos, quanto os enfoques fenomenológicos que se concentram na aparência dos fenômenos e constroem relatos abstraídos dos fatos reais. No campo trabalho e educação, são fundamentais a crítica à economia política e a concepção de história como produto social da existência (Ciavatta, 2016, p. 68).

Realizamos esses breves apontamentos com base no entendimento de que o nosso estudo precisou abordar muitos aspectos históricos, embora a historiografia não tenha sido adotada como fio condutor da pesquisa. A história atravessa tanto as camadas contextuais mais

amplas da história e cultural, no que toca à própria construção da modalidade educativa da EP, quanto a camada do contexto imediato, quando da elaboração dos discursos colhidos nas entrevistas junto as/os docentes participantes da pesquisa.

Possivelmente pela inserção da pesquisadora no universo pesquisado da prática docente na modalidade educativa contemporânea da EPS, e pelo cansaço do passo mantido em uma trilha conhecida, que por vezes cega, a construção do objeto ocorreu em meio a um processo laborioso, conflituoso e dificultado, muito embora ao mesmo tempo prazeroso e instigante, marcado pelos meandros que ladeiam a relação com a delicada realidade a ser estudada.

A formação de profissionais técnicos na área da saúde para lidar com o novo contexto de envelhecimento populacional está alinhada à pesquisa social, por isso a opção pela abordagem qualitativa à investigação. Essa abordagem possibilita melhor compreensão do fenômeno em questão, e seus desdobramentos nos domínios da EPS relativos a como melhorar o preparo dos trabalhadores para atuarem na assistência do crescente número de pessoas idosas e as várias formas de envelhecer, que, usualmente, transitam entre perfis de algum nível de adoecimento crônico-degenerativo até as vivências de processos de envelhecimentos bem-sucedidos.

Este é um momento em que se estabelece determinado conflito de saberes, visto que a base conceitual formativa precisa ser revisitada pelo acréscimo da novidade imposta ao contexto social. Assim, os significados atribuídos pelos participantes às abordagens relativas à formação técnica para assistir ao envelhecimento e morte necessitam de revisões amiúde, buscando a compreensão e novas inserções nas formas e conteúdos que abarcam o processo comunicacional no processo de ensinagem¹¹, visto que, em medida expressiva, os conflitos se estabelecem pelos diversos significados atribuídos às palavras empregues na linguagem, com potente enfoque semântico, responsável por examinar esses significados expressos e velados em uma composição discursiva.

¹¹ O termo ensinagem designa uma ação em situação de ensino e aprendizagem em via de mão dupla, na qual docentes e discentes em parceria constroem o conhecimento escolar dentro e fora da sala de aula. É uma estratégia de ensino através da qual os conhecimentos estruturados são compartilhados de maneira agradável e confortável, conferindo a qualidade de “sabor” ao conhecimento que é alcançado pelos estudantes quando docentes abordam conteúdos que também “saboreiam” em sua lida profissional cotidiana. Constitui-se assim em um processo envolvente para ambos a dupla estudante/docente, se estendo nesse processo o saber para além do quê e do como, com a inclusão da possibilidade do pensar no sentido de permitir ao estudante a reelaboração de conteúdos, através de óticas que se arranjam reciprocamente (Anastasiou, 2010).

4.2.2 Procedimentos metodológicos utilizados na recolha das informações e caracterização do *locus* da pesquisa

Optamos pela recolha das informações ocorrer através de instrumento de entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado. É uma técnica estabelecida no caminho do meio entre a entrevista estruturada e a não estruturada, por apresentar características de ambas. Ela permite maior flexibilidade na abordagem do tema proposto, pela possibilidade de se dispor de mais espaço de investigação em um diálogo amiúde entre entrevistador e entrevistado, com propósitos bem definidos (May, 2004).

Arruda (2018d) defende que, por sua aproximação a uma “conversa”, a entrevista semiestruturada é uma apropriada técnica de recolha de informações, visto que possibilita boa interação entre os dois atores envolvidos, privilegiando assim a emergência de uma representação social.

Embora, nas entrevistas semiestruturadas, os diálogos estabelecidos guardem semelhanças com conversações e se aproximem de uma coprodução entre entrevistado e entrevistador, as características definidoras dessa modalidade de recolha de informações residem em estrutura e propósito bem definidos, seguindo um ordenamento de indagações acerca da temática estabelecida para ser estudada, estando assim para além de uma troca de ideias que não se ocupa de reflexões (Martínéz; Torres; Radünz, 2013).

A figura 1 apresenta o roteiro de entrevista semiestruturada, aplicado nas entrevistas para a recolha das informações.

Figura 1 - Roteiro de entrevista semiestruturada




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS INICIAIS

Idade: _____ Gênero: _____

Graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Curso de Licenciatura () sim () não

Pós-Graduação () sim _____ Área: _____

() não

Tempo de atuação na docência: _____

Tempo de atuação na docência na Escola de Saúde/UFRN: _____

Como se identificará na entrevista:

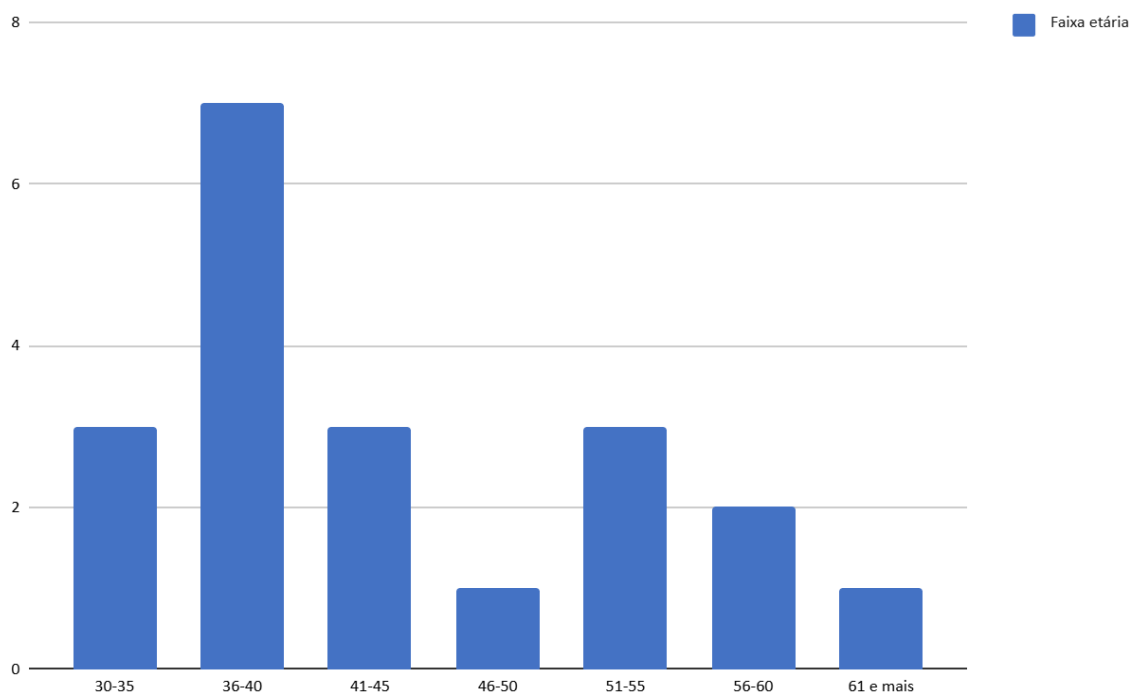
1. Na sua trajetória de vida, quais foram as concepções sobre o envelhecimento e a morte que assimilou/percebeu/incorporou?
2. E na sua formação acadêmica, como profissional da área da saúde, como foi abordada a temática/o que foi ensinado?
3. Quanto aos cuidados paliativos o que sabe, e por qual via o conhecimento chegou até você?
4. Como enxerga a prática do cuidado paliativo para idosos gravemente doentes, que estejam recebendo ou possam vir a receber assistência de profissionais da saúde?
5. Como enxerga o aprofundamento/ampliação da palição para idosos acometidos por doenças crônico degenerativas?
6. As dimensões do envelhecimento adoecido e sofrido são abordadas em seus componentes com os estudantes? Se sim, como isso ocorre? (essa segunda parte deve ser feita só depois da resposta da primeira em caso afirmativo)
7. Em caso de resposta negativa na questão anterior, abordar quanto aos conteúdos estudados nos componentes que ministra, buscando respostas dos motivos da não abordagem da temática em questão.

Fonte: elaboração própria, 2022.

4.2.3 Caracterização do corpo docente entrevistado

A pesquisa contou com **18 participantes do gênero feminino** e somente **2 do gênero masculino**, apontando o gênero feminino como predominante no corpo docente em uma escola formadora de profissionais técnicos em saúde, o que pode ser justificado pela ligação milenar do cuidar como uma tarefa feminina, sobretudo quando está relacionado ao cuidado direto a pessoas enfermas, velhas e crianças. A faixa etária do corpo docente entrevistado variou entre 32 e 68 anos, sendo a média de idade de 43 anos. A maioria se localizou na faixa etária entre 36 a 40 anos, o que pode ser compatível com o crescimento da ESUFRN como instituição formadora vinculada a uma Instituição de Ensino Superior (IES), no caso a UFRN, conforme mostrado na figura a seguir.

Figura 2 - Faixa etária do corpo docente participante da pesquisa



Fonte: elaboração própria, 2022.

O quadro docente é composto por 18 doutores e 02 mestres, assim distribuídos em suas especificidades de pós-graduação:

Tabela 1 - Distribuição docente por titulação

Titulação Docente	Quantidade
Doutores em enfermagem	8
Doutores em saúde coletiva	5
Doutores em epidemiologia e saúde pública	1
Doutores em ciência sociais	1
Doutor em ciências da saúde pública	1
Doutor em biotecnologia em saúde	1
Doutor em educação física	1
Mestre em enfermagem	1
Mestre em gestão da informação	1
TOTAL	20

Fonte: elaboração própria, 2022.

As formações iniciais constam da seguinte distribuição: 12 enfermeiros, 02 educadores físicos, 02 fisioterapeutas, 01 odontólogo, 01 profissional em Tecnologia em Processamento de Dados, 01 profissional em Sistema de Informações, e 01 profissional em Arquitetura e Urbanismo, como disposto na tabela 2.

Tabela 2 - Formação inicial docente

Formação inicial docente	Quantidade
Enfermagem	12
Educação física	02
Fisioterapia	02
Odontologia	01
Tecnologia em processamento de dados	01
Sistema de informações	01
Arquitetura e urbanismo	01
TOTAL	20

Fonte: elaboração própria, 2022.

As tabelas 1 e 2, relativas à titulação docente e às suas formações iniciais, apontam uma informação bastante comum na EP, que diz respeito à diversidade tanto na formação inicial quanto nas suas pós-graduações. Esse dado é reflexo de uma política de formação de professores que não observa especificidades relativas à área em questão, inclusive com o notório saber sendo reconhecido para atuação na docência.

No universo da ESUFRN, observamos a heterogeneidade de formações iniciais e de pós-graduação, o que, por um lado, valida a diversidade de saberes agregados aos cursos técnicos ofertados, e por outro pode trazer algumas dificuldades quanto à acomodação dos docentes em componentes curriculares de cursos técnicos específicos à área da saúde, muito embora as pós-graduações *stricto sensu* sejam todas no âmbito das humanidades.

O tempo de atuação na docência geral variou na faixa de 01 a 05 anos até 31 anos e mais. O período de atuação especificamente na ESUFRN variou na faixa de menos de 1 ano, até a faixa de 21 a 25 anos. Chama a atenção o detalhe da faixa compreendida entre 06 e 10 anos, que revelou a informação de 10 docentes que não atuaram na docência geral, iniciando suas carreiras com o ingresso na ESUFRN.

Tabela 3 - Tempo de docência geral e tempo de docência na ESUFRN

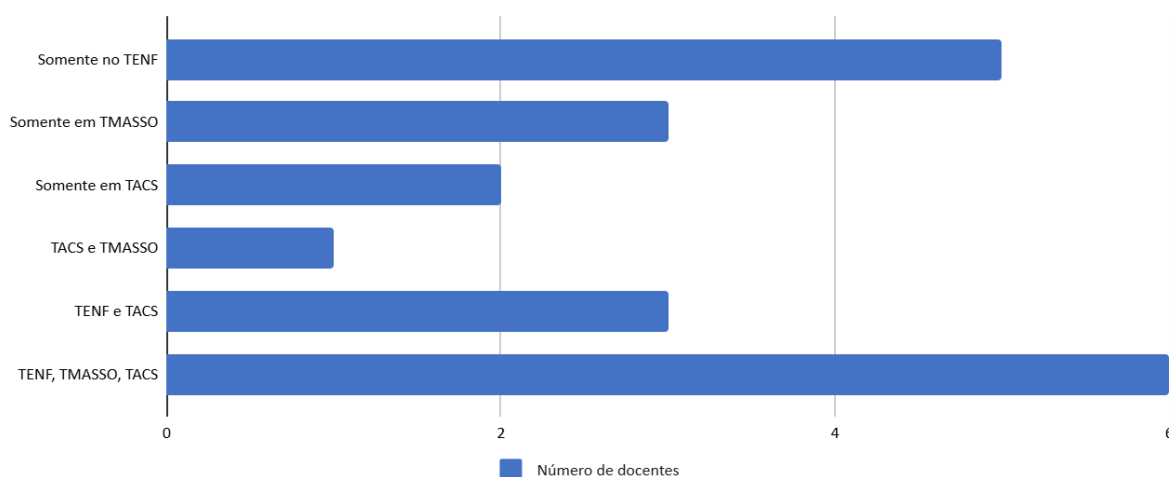
Tempo	Tempo na docência (N)	Tempo na docência na ESUFRN (N)
Até 11 anos	0	2
01 a 05 anos	2	1
06 a 10 anos	0	10
11 a 15 anos	10	3
16 a 20 anos	1	2
21 a 25 anos	3	2
26 a 30 anos	2	0
31 anos ou mais	2	0

Fonte: elaboração própria, 2022.

No que diz respeito à distribuição de atuação dos docentes nos três cursos técnicos anteriormente citados, o desenho é o que segue: 06 docentes atuam nos três cursos; 02 atuam somente no Curso de Agente Comunitário de Saúde; 03 atuam exclusivamente no Curso Técnico em Massoterapia; 05 atuam somente no Curso Técnico em Enfermagem; 03 atuam nos cursos técnicos em Agente comunitário de Saúde e Enfermagem e 01 atua nos cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e Massoterapia, como disposto na figura 3.

A figura 3 apresenta informação de especificidades que podem estar em destaque, com 6 docentes atuando concomitantemente nos três cursos que formam para a assistência direta. Em um outro polo de especificidade, estão os que atuam isoladamente em cada curso, sendo 5 docentes atuando somente no TENF, 3 no curso de TMASSO e 2 no TACS.

Figura 3 - Distribuição da atuação docente por curso na ESUFRN



Fonte: elaboração própria, 2022.

Uma última informação diz respeito à complementação ou segunda formação em nível superior em Licenciatura pelo corpo docente participante. Nesse quadro, 14 docentes se incluíram na condição de complementação ou segunda formação, e 6 não têm a referida inclusão.

4.2.4 Procedimentos metodológicos aplicados à análise das informações recolhidas

O processo de análise das informações recolhidas no campo empírico ocorreu em duas etapas. Na primeira, nos reportamos a Bardin (2011) para a realização da pré-análise a partir da leitura flutuante das entrevistas, as quais constituíram posteriormente o *corpus* de análise, com

o intuito de aproximação inicial. Seguimos as seguintes regras: 1. Exaustividade: na qual todos os discursos foram tomados em sua integralidade; 2. Homogeneidade: todas as entrevistas foram realizadas com professores da ESUFRN, sobre a mesma temática; e 3. Pertinência: todas as entrevistas se adequaram como fonte de informações e corresponderam ao objetivo gerador da análise.

Na sequência, o *corpus* de análise foi submetido à ordenação agregadora em unidades de registro ou unidades de significação, emergindo assim duas macrodimensões à análise, com base semântica, quando ordenamos as informações recolhidas, recorrendo inicialmente aos conceitos de análise do conteúdo, respaldados em Bardin (2011). Concluída a fase de pré-análise, nos reportamos ao processo interpretativo proposto por Arruda (2018c), que se reporta ao estudo das representações sociais como um exercício de interpretação que ocorre ao longo de um trabalho de pesquisa, e propõe a espiral da contextualização como aporte relevante à análise das informações.

A espiral da contextualização (Arruda, 2018c) compreende a ampliação de contextos, não ficando restrito apenas às circunstâncias que rodeiam o cenário da pesquisa, caracterizando o contexto imediato, no nosso caso a atuação do corpo docente da ESUFRN na condução da formação profissional em nível em saúde para a assistência direta a pessoas envelhecidas, adoecidas ou não. A Espiral de Contextualização considera as demais estruturas que a sustentam, quais sejam a historicidade, aspectos socioeconômicos, políticos e culturais.

A Espiral de Contextualização é assim definida por ser formada a partir de camadas de contextos, abarcando tempos e espaços distintos, transitando entre passado e presente. Ela se direciona da ideia ao fato, no entanto permanece centrada no objeto de estudos, que é fluido pela espontaneidade existente entre sujeito-objeto, ou seja, as fronteiras entre um e outro são borradas (Arruda, 2018c).

O conceito se apresenta graficamente na forma concêntrica, partindo do contexto espaço e tempo imediatos, podendo atingir o universo das ideias como contexto mais distante, embora o movimento da espiral de contextualização não tenha obrigatoriedade de seguir esse sentido. Os planos são flexíveis e podem, inclusive, perpassar um pelo outro, ou a espiral se posicionar tendendo mais para um lado do que para o outro (Arruda, 2018c). Nesta pesquisa, o movimento não foi concêntrico, ocorrendo a partir das camadas de contextos mais distantes, principalmente as abrigadas na história e cultura.

Na espiral, as informações são interpretadas a partir do alicerce em quatro estágios, a saber: uma categorização inicial oriunda de microinterpretações, seguida de uma categorização referenciada já alicerçada na literatura, que culmina na interpretação readequadora; o terceiro

estágio observa correlações e co-ocorrências, resultando na interpretação integradora; e o último estágio revela a representação social através da interpretação conclusiva (Souza, 2018).

Neste trabalho, não houve o delineamento de categorias oriundas do *corpus* de análise constituído, sendo então as informações enxergadas na perspectiva do que nominamos inicialmente por enfoques. Após amadurecimentos junto à professora orientadora, optamos por chamá-los de dimensões, visto o entrelaçamento tamanho das informações.

Dispomos dessas dimensões para a análise como balizas semânticas, conjuntamente ao referencial teórico e metodológico para o delineamento do *corpus* de análise, permitindo a sistematização das informações recolhidas, de forma a culminar com o detalhamento final da análise e suas interpretações apoiadas prioritariamente na TRS.

O delineamento do pensamento “amalgamado” estava contido e pertencente a um mesmo lugar, como uma árvore que tem um largo e garboso tronco o qual se distribui em dois fortes galhos, com folhagens em diversos estágios, mas atreladas firmemente ao mesmo tronco nutrido pela mesma raiz. Entendemos assim que tínhamos duas dimensões engendradas pelo enredamento de um fio único de credices, valores, saberes do cotidiano e científicos, e todo esse substrato integrante da natureza humana é verdadeiro no mesmo contexto. Descobrimos também ser essa uma característica que vinca as representações sociais, e encontramos apoio em Moscovici (2013, p. 14), quando disse:

De modo que eu não hesito em afirmar, ainda hoje, que considero sempre a verdade como ethos do conhecimento e de meu trabalho. Da mesma maneira acredito que o valor intelectual de nosso conhecimento depende, numa medida mínima apenas, de um método, seja ele qual for.

Durante o trabalho dedicado à leitura flutuante dos dados recolhidos, já observamos a forte integração e interação nos referidos dados. Após a finalização desse momento inicial, e seguindo em um maior aprofundamento da leitura que culminou com o delineamento do *corpus* de análise, percebemos a emergência do que consideramos como dois enfoques delineados a partir da empiria associada aos objetivos do estudo. Durante a fase de amadurecimento das análise e interpretação dos dados, houve a constatação da não autoexclusão entre estes, afastando assim a possibilidade da construção de categorias. Partindo dessa descoberta, e em comum acordo com a orientadora, definimos por adotar duas dimensões de análise.

Para essa definição, aspectos basilares relativos foram observados e ponderados cuidadosamente. A TRS construiu um robusto arcabouço em seus estudos referente ao fenômeno coletivo do imaginário social, apresentando e elucidando como o conhecimento

científico e imaterial se transformou em saber do cotidiano ou senso comum, passando assim a ser compreensível e manejável na realidade de todas as pessoas na condução de suas vidas diárias. A TRS também elucidou a construção das representações sociais como uma teia ou rede de significados elaborados e partilhados nos mais diversos grupos sociais (Moscovici, 2012).

Esse saber coletivo (o imaginário social) é organizado e disseminado através das representações e afetos, e por isso não se constitui apenas da sensatez. “Sua substância é composta pela memória social, povoada por ideias e imagens provenientes dela e/ou do inconsciente” (Arruda, 2018b, p. 196).

O que foi denominado pelo autor da teoria como senso comum pós-científico diz respeito ao conhecimento partilhado socialmente de forma entrelaçada por várias linguagens constituídas nas bases das relações interpessoais e habilidades, que finalmente compõem “um conjunto estruturado de descrições e explicações mais ou menos interligadas” (Moscovici, 2015a, p. 202). O autor destaca ainda que as representações elaboradas no seio do senso comum são heterogêneas, miscigenadas e unidas, ou seja, “ideias, expressões linguísticas, explicações de diferentes origens são agregadas, combinadas e regulamentadas mais ou menos como ciências diferentes, em uma única ciência híbrida, como diversos idiomas em uma linguagem crioula (Moscovici, 2015a, p. 203).

As representações sociais se constroem a partir de várias fontes de conhecimento, incluindo crenças que se vinculam ao do seio familiar, universo científico, religioso e outros, ou seja, compreensões, noções, ideias “de diferentes origens são condensadas em um conhecimento comum” (Moscovici, 2015a, p. 203).

Assim, diante dessa premissa basilar de uma linguagem por excelência crioula, abrem-se largas possibilidades de que não se formem categorias clássicas de análise em estudos balizados pela TRS, como foi o caso da presente pesquisa. O enovelamento característico e peculiar de saberes diversos que elaboram a representação social, que por essa natureza não permitem a apartação completa dos conteúdos que a constroem, impedem a formação de categorias autoexcluídas e, se assim ocorrer, revelam a descaracterização de representação social.

Indubitavelmente, nos pautamos em um método seguro à consecução do trabalho, mesmo com a ausência de categorias clássicas de análise, mas que outra forma confiável se apresentou para este fim, conduzindo-nos à apresentação de resultados seguros. Portanto, optamos por respeitar o fato do não encontro das referidas categorias e entendemos que as duas dimensões emergidas das entrevistas foram competentes para o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, compreendemos que, quando se trata de representações sociais, é plenamente possível o não surgimento de categorias de análise em sua definição categórica de autoexclusão. Optamos então por considerar duas macrodimensões de análise.

Para o desenvolvimento do trabalho, foram observados os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2013) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a pesquisa de campo sendo realizada após a emissão do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) abrigado no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), nº 5.444.052, emitido em sua primeira versão em 01 de junho de 2022, e a versão 2 do parecer emitido em 07 de dezembro de 2024, após solicitação e acolhimento pelo PPGED de prorrogação de prazo à conclusão do curso de doutoramento, por questões prioritariamente de ordem familiar.

4.3 PRELÚDIO ÀS SEÇÕES DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As duas seções que se seguem, e suas respectivas subseções, são dedicadas a apresentar à descrição e análise das informações, recolhidas durante a fase de empiria do estudo, e suas respectivas discussões e interpretações, através dos procedimentos descritos anteriormente quanto às manifestações relativas aos vários olhares sobre o envelhecimento e morte para docentes da ESUFRN.

A pauta inicial do estudo se dedicou à elucidação das representações sociais compartilhadas pelos referidos docentes sobre o envelhecimento e morte, assunto em voga na atualidade em razão do ritmo acelerado do envelhecimento populacional, deixando a temática evidenciada como uma vicissitude. Seguindo-se do enfoque quanto às formações iniciais dos docentes da área da saúde, passamos às suas atuações enquanto formadores de profissionais em saúde na mesma área e as repercussões da representação social nesse percurso formativo, visto que os profissionais da área da saúde estão enfrentando dificuldades no manejo às novas questões que não dizem respeito somente às doenças.

A partir do alicerce teórico-metodológico adotado, foram construídas duas dimensões centrais e amplas, as quais serviram de fio condutor à análise e posterior discussão, apresentadas em duas subseções:

SUBSEÇÃO 5

I DIMENSÃO DE ANÁLISE: Diálogos sobre o envelhecimento e a morte.

SUBSEÇÃO 5.1 Os olhares docentes sobre o envelhecimento e morte.

SUBSEÇÃO 5.2 A representação social sobre envelhecimento e morte: uma compreensão a partir da Teoria das Representações Sociais.

SEÇÃO 6

II DIMENSÃO DE ANÁLISE: Diálogos sobre a formação dos profissionais em saúde e sua atuação docente na Educação Profissional em Saúde.

SUBSEÇÃO 6.1 Hegemonia do modelo biomédico: a formação em saúde recebida pelos profissionais da área para o envelhecimento e morte, e a reprodução na formação discente.

SUBSEÇÃO 6.2 Repercussões da representação social sobre o envelhecimento e morte na elaboração da representação profissional na formação técnica em saúde.

Os assuntos centrais constituíram as duas dimensões de análise e discussão. Destacamos que, na primeira dimensão, encontramos aproximação com os princípios conceituais sobre *Themata*, desenvolvidos por Moscovici (2015a), dada a existência de algumas similitudes com os preceitos defendidos, a exemplo de se tratar de um assunto vinculado aos valores humanos universais, apresentarem ideias primárias (as que gravitam nos humanos antes dos conhecimentos científicos), possuírem uma focalização léxica na maioria dos discursos, e situarem-se em uma linha balizada por expressões com regularidades de sentidos.

Nos pautamos nas possibilidades de diálogos entre o que encontramos na investigação e os estudos que abordam a temática. Outrossim, a nossa preocupação diz respeito à compreensão de como os diversos saberes - não somente os científicos - destes docentes se refletem nos seus conteúdos representacionais, porque são carregados de significações e, por conseguinte, partilhados por estes durante os encontros à formação técnica para profissionais de saúde em nível médio, ‘mesmo que de maneira velada’. Nesse ponto, tratamos da formação dos profissionais futuros, que serão responsáveis pelo cuidado das pessoas nos seus vários ciclos de vida, incluindo àquelas que atravessam a fase avançada do envelhecimento, enxergando cada uma esse processo ao seu modo.

Antes de qualquer profissionalização, os saberes que gravitam em torno da temática do envelhecimento e morte se abrigam, inicialmente, nos berços culturais das pessoas. Em razão disso, o que se aprende e se apreende durante o avançar da vida está vinculado às inúmeras naturezas de saberes. Santos *et al.* (2015) elencam alguns deles, a exemplo do empírico, mitológico, filosófico, midiático, simbólico, científico e outros, cabendo, neste estudo, destacar alguns por se inserirem de maneira importante e confortável nas reflexões necessárias.

Dessa forma, destacamos o saber empírico como o que diz respeito àqueles adquiridos a partir das vivências cotidianas, considerado ainda em algum nível limitado na esfera dos estudos científicos por apresentar determinadas peculiaridades tais como a elucidação e interpretação da realidade pela via da experimentação, a impossibilidade de replicação e generalização das vivências particulares, e concepções pulverizadas em termos de preceitos que atendam ao preconizado pela razão científica, que se pauta na aplicação de critérios pautados no raciocínio lógico e objetivo.

Outro saber de relevância é simbólico, relativo ao que se representa da realidade, podendo ser concretizado de várias formas, a exemplo da criatividade das incontáveis expressões artísticas, da ficção, das práticas exercidas na cotidianidade e outras. A modalidade do saber simbólico não se condiciona um a lugar, tempo e acontecimentos específicos, visto que se encontra nos domínios do abstrato, no pensar. Por fim, há o saber científico, caracterizado por sua natureza de racionalidade, testável, replicável, progressivo, objetivo, e por isso considerado como o mais confiável e seguro em relação aos demais saberes (Santos *et al.*, 2015).

Na esfera do saber científico, as temáticas do envelhecimento e morte são bem discutidas com o aporte TRS, trazendo ponderações quanto à identidade, sentido existencial, personalidade e autoestima. Quanto a aspectos mais específicos, encontram-se questões amplas tais como agravos à saúde, solidão, uso de medicamentos e sexualidade, além de um aspecto singular relativo à mulher, que se trata da menopausa, assunto bastante sensível e pouco discutido (Veras, 2002).

Entre as demais áreas, nas da educação e saúde a Teoria possui ampla aplicação. No campo da saúde, que possui o contrapeso das doenças, a importância da Teoria se estabelece não somente pelos aspectos e razões históricas que acompanham o binômio saúde-doença, mas também pela sua inabalável e persistente presença, conforme assevera Sá (1998, p. 34): “O caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela sua extrema capacidade em gerar representações”.

Temas importantes como a síndrome da imunodeficiência humana, saúde mental, câncer, epilepsia, velhice e outros, encontram forte apoio na aplicação da TRS. No campo da educação, a Teoria é privilegiada por existir forte relação com a vida cotidiana, na qual os conhecimentos das representações sociais são extensivamente instados (Sá, 1998). Por essas razões, elegemos a TRS como aporte principal ao estudo, convidando à discussão demais autores que abordam a temática a fim de concretizar a pesquisa, rumo às descobertas que

possam elucidar os atravessamentos das representações sociais no ensino de conteúdos que abordam o envelhecimento e a morte.

Na exposição da análise, estão apresentados excertos dos discursos das/os participantes na íntegra, a partir das suas elaborações quando, durante os encontros, foram provocados a responder acerca dos assuntos constantes no roteiro à entrevista semiestruturada, relatando suas experiências e vivências e os selos de significados que reverberam e orientam suas ações diante do objeto deste estudo declarado anteriormente.

5 I DIMENSÃO DE ANÁLISE: DIÁLOGOS SOBRE O ENVELHECIMENTO E A MORTE

5.1 OS OLHARES DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE SOBRE O ENVELHECIMENTO E A MORTE

Apresentamos então os excertos de falas das/dos participantes oriundas da fase empírica do estudo discutindo-as a seguir com base na I dimensão de análise, qual seja: diálogos sobre o envelhecimento e a morte.

As imprecisões relativas às definições do envelhecimento têm acompanhado os estudos que se dedicam à temática. Possivelmente a velhice, a última etapa da vida, seja a mais difícil de ser delimitada e delineada, visto a complexidade que a acompanha. Por um lado, há os limites biológicos, muito semelhantes na classe dos mamíferos eutérios¹², se apresentando em etapas comuns como nascer, crescer, reproduzir, envelhecer e morrer, visto não ser incomum encontrarmos felinos, caninos e até primatas com as características físicas semelhantes ao envelhecimento, a exemplo da presença de pelagem esbranquiçada, pele enrugada, dificuldades na marcha e declínio do potencial energético.

Por outro lado, em se tratando da espécie *homo sapiens* e, por conseguinte pensante, os aspectos da vida em sociedade, rascunhados pelos inúmeros aspectos culturais e cognitivos, falam de um lugar diferente e precisam ser levados em consideração. Neste estudo, elencamos os que se seguem: aspectos culturais, os quais vincam os discursos; a compaginação das visões tradicionais no ensino para profissionais de saúde; e o despontar de novas possibilidades formativas, quando abordam os posicionamentos predominantes e suas oposições; a identidade do grupo; as lacunas no processo de formação inicial; e comportamentos e atitudes adotadas, componentes imprescindíveis ao lastro da produção e circulação das representações sociais.

No universo das representações sociais, os estudos devem encadear referências mentais, sociais e afetivas, com o intuito de compaginar pensamento, comunicação e, na sequência, a linguagem (Jodelet, 2001).

¹² Mamíferos eutérios representam a grande parcela dos vivíparos complexos, que se desenvolvem no interior do útero materno, nutridos por placenta grande e anexos. O óvulo é fertilizado internamente no corpo da fêmea. Para o desenvolvimento do(s) conceito(s), os recursos são provenientes do corpo da mãe nascem embriologicamente bem desenvolvidos. Pertencem à classe *mamália* e Infraclasse *Eutheria*, são vertebrados de sangue quente, possuem glândulas mamárias e outras características ósseas importantes (Moyes; Schulte, 2010).

Uma das importantes anunciações da consideração do envelhecimento como uma nova condição foi destacada por Kalache (1987), quando apontou que o envelhecimento de uma população segue a dinamicidade de um processo. Inicialmente, esse processo é uma dinâmica determinada pela queda de fertilidade, e subsequentemente ou concomitantemente pela ocorrência de diminuição na taxa de mortalidade, aumentando assim a expectativa de vida das pessoas. Na sequência, mais pessoas chegam em idades avançadas, ou à velhice. Esse processo passou a ficar mais evidente no Brasil entre as décadas de 1970 e 1980, quando a porcentagem de idosos na população era de 6%, passando para 13% no início do século XXI (Kalache, 1987).

Essas são as duas etapas, as quais, ocorrendo subsequentemente, perfila a nominada transição epidemiológica ou demográfica, com a apresentação geométrica da pirâmide etária, migrando do formato piramidal ao retangular. À época, 37 anos atrás, todas as regiões do país já apresentavam a tendência em suas zonas urbana e rural (Kalache, 1987).

No Brasil, o referido processo não se opera com naturalidade, posto que não resulta de melhores condições socioeconômicas da população, a exemplo de melhorias nutricionais e de moradia, como saneamento básico, por exemplo, mas fruto de medidas pontuais de saúde pública, como as imunizações e os tratamentos de infecções, que proporcionam mais anos de vida, a despeito da precariedade de condições de vida ser mantida. O que se desenhou, conjunturalmente, determinou um desafio dobrado à área da saúde: por um lado, o aumento progressivo das doenças crônico degenerativas e, por outro, a manutenção de doenças infecto-parasitárias típicas do subdesenvolvimento, determinadas em grande medida pela desnutrição e/ou subnutrição (Kalache, 1987). A característica se mantém no Brasil atual.

Quase praticamente 40 anos após essa anunciação, diligenciamentos tímidos foram efetivados para o enfrentamento da realidade. Os idosos chegaram e irão permanecer com todas as suas complexas questões de saúde e sociais, numa singular miscelânea de tipos de envelhecimento e morte. O estrato populacional permanece na condição de pouca priorização nas áreas das políticas públicas, como saúde, educação, segurança e apoio aos cuidados necessários ofertados.

A reflexão realizada por Kalache (1987) é de suma importância, visto que nos revela “pistas” ao entendimento da questão de um país pobre, com iniquidades sociais abissais, e com a atenção à saúde tratando ainda doenças imunoparasitárias, imprimindo esforços dantescos para melhorar a cobertura vacinal, abaixo do esperado para as doenças imunopreveníveis.

A situação presente nesse cenário é preocupante. O salto no total de pessoas com 65 anos e mais foi de 10,9% (22.169.101) da população no censo de 2022, equivalente a um acréscimo de cerca de 57% em relação ao revelado no censo de 2010, com o percentual de 7,4%

(14.081.477) da população. Os maiores de 60 anos cresceram em 80,0% em relação ao censo de 2010, ou seja, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, correspondem 80 pessoas idosas, traçando assim o índice de envelhecimento da população brasileira para o ano de 2022, que saltou de 56% para 80% segundo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a).

5.1.1 A ancoragem do envelhecimento

Partimos, assim, à apresentação dos discursos que delinearam a primeira macrodimensão, abordando especificamente os relatos sobre o envelhecimento e morte, elencando a taxonomia atribuída ao envelhecimento e a dificuldade de aproximação ao evento da morte.

Os questionamentos iniciais gravitaram em torno de gatilhos pouco fáceis em suas elaborações, em razão de remeterem, em sua maioria maciça, às memórias e vivências familiares, que se mantiveram pujantemente no palco desse estudo.

Assim, no início das conversas dos encontros às entrevistas, perguntávamos quais as concepções ou ideias que estavam presentes em sua trajetória de vida, sobre o envelhecimento e a morte. A maioria das/os docentes se reportou ao convívio ou não com avós, preludiando as elaborações de suas falas relativas ao envelhecimento, e escutamos declarações como as seguintes:

Sobre o envelhecimento eu tive um déficit porque não convivi muito com avós; então quando eu nasci, na verdade só conheci minha avó materna, não conheci nem meus avós paternos, nem meu avô materno, então, tipo, não tive muita convivência com essa questão de idosos, no sentido de criança convivendo com os avós, e a minha avó materna, era a que eu tinha mais convivência e teoricamente era uma convivência boa, mas também mais difícil, assim muito bruta e tal! (Profa. codinome Jailca).

Do envelhecimento, eu acho que, eu sempre tive contato com os idosos da minha família, com minhas avós principalmente, então elas (as duas avós) eram sempre de dentro de casa, e todas duas eu percebia que era um envelhecimento muito ativo (Prof. codinome Sebastião).

Diante dessa perspectiva de discursos, é perceptível a referência de avós principalmente, bisavós ou outras pessoas idosas presentes em suas vidas, como referenciado em falas adiante, e as vivências pessoais com familiares ou pessoas próximas resgatadas em suas memórias. Os entrevistados reportam-se ao apoio dispensado por essas pessoas em seus processos educacionais de vida, semeadoras de valores e saberes, como também na vivência concreta em

si do processo de envelhecimento e velhice, enquanto pessoas que estiveram mais saudáveis, apesar do acometimento de doenças em um determinado limiar da idade avançada e de outras situações que a doença se instalou mais precocemente.

As lembranças da vida não se atrelam exclusivamente às características individuais e psicológicas, mas resultam do arraigamento em contextos sociais singulares de situações familiares, ambientes de trabalho, escolares, espaços urbanos e demais outros espaços e grupos de convivência que se tornam referência, nos quais as pessoas estão inseridas e desenvolvem sentimentos de pertença (Bosi, 2007).

Essas lembranças são espaços de representativas interações sociais. A reboque dessas interações, os quadros sociais de memórias ou imagens evocadas são elaboradas moldando os conteúdos e formas das lembranças. No entanto, não se trata apenas de contiguidade entre esses quadros ou imagens, posto que o cerne dessas recordações é atravessado ativamente por noções gerais tanto objetivas quanto transsubjetivas, transmitidas através do instrumento socializador da linguagem, permitindo a transformação e persistência das lembranças (Bosi, 2007).

O acervo de memórias é construído *pari passu* com o passar do tempo, e por isso não são meramente arquivos que se formam e mantem-se inertes. Os contextos do presente autorizam a evocação de lembranças reinterpretadas à luz do momento atual, reforçando assim o caráter narrativo e comunicativo da memória. Portanto, é um processo ativo e dinâmico, no qual as pessoas reconstroem seu passado a partir de estímulos ocorridos no momento presente (Bosi, 2007).

Dos 20 colegas docentes entrevistados, 14 deles resgataram a referência de avós e/ou bisavós ou pessoas idosas importantes em suas vidas como marcadores na representação ao envelhecimento, relembrando inclusive de pessoas que não tiveram a vivência com estes, de maneira subjacente à ideia como uma referência de envelhecimento. A memória esteve vivificada na maioria das pessoas entrevistadas na perspectiva marcante de lembranças que foram interpretadas à luz do estímulo proporcionado pelo diálogo estabelecido.

A orientação na garimpagem inicial às ideias sobre o envelhecimento se coaduna a uma das duas ferramentas necessárias ao recurso do pensamento à geração da representação social, que são ancoragem e objetivação. A ancoragem conforma-se em uma condição de resgatar memórias e respostas abrigadas no tempo passado, respaldando assim o processo de familiarizar-se com algo que se introduz na realidade cotidiana, mediatizado pela possibilidade de agrupar as novidades, e efetivar associações às imagens costumeiras Moscovici (2015a).

Para este estudo, a nova conjuntura de uma sociedade envelhecida passa a demandar um manejo formativo para profissionais técnicos na área da saúde à realidade de cuidados diretos

necessários ao estrato populacional dos envelhecidos. Em si, o envelhecimento, a velhice e a morte são fenômenos bem enraizados na universalidade humana, mas para compreender o novo cenário, fez-se necessária à busca pelos enraizamentos do cabedal de ideias até então vigentes, a partir das representações sociais.

O contato com o estranho – a sociedade envelhecida, no nosso caso – provoca desconfortos e, por conseguinte, uma resistência inicial. Para superá-la, há de se acomodar o “novo” e conhecê-lo através de agrupamentos pré-existent, assim o novo objeto adquire as características dos prévios agrupamentos. Existe, dessa forma, um processo de transferência mínima do já conhecido à novidade, com o propósito de garantir o menor nível possível de harmonização entre o desconhecido e o conhecido (Moscovici, 2015a).

Para se chegar ao reconhecimento do envelhecimento, as/os docentes participantes da pesquisa resgatam memórias de seus parentes mais velhos e mais próximos, representados principalmente por avós e/ou bisavós, como discorrem a seguir:

[...]eu só conheci o meu avô paterno, e a minha avó materna bem pouquinho! Minha avó materna, eu conheci eu tinha até uns 4 ou 5 anos, então eu só me lembro da doçura dela, então vovó (nome de pessoa) me lembrava doçura, aquela velhinha que a gente ia visitar, ela morava lá no interior do estado; e o meu avô paterno, ele era mais emblemático, vovô (nome de pessoa), porque diziam que ele era doido, mas que nada! (Profa. codinome Mércia).

eu tive muito contato com meus bisavós, com as pessoas mais idosas da minha família, minha avó foi avó muito cedo, quando eu nasci ela tinha 40 anos [...] então eu lembro muito de ir à casa da minha bisavó, mãe da minha avó paterna, que eu tenho muito carinho, e eu ficava lá com ela, ela desenhava pra mim, eu muito pequena [...] (Profa. codinome Gracinha).

eu convivi com bisavós durante muitos anos, a minha bisavó faleceu eu já tinha 18 anos, minha avó faleceu eu já tinha quase 30, então eu convivi com muitos idosos na minha família e não era algo tido como problemático [...]foram ficando senis com o tempo, meu avô começou a esquecer de tudo, inclusive quem ele era, ele só não esquecia de vovó (Profa. codinome Fátima Silveira).

A memória pode ser compreendida como uma força subjetiva estabelecida por representações, repletas de recordações, sejam estas relativas a momentos do passado ou do presente, traduzindo o conhecimento e assimilação da realidade (Bosi, 2007).

As memórias evocadas pelo corpo docente entrevistado se alinham às memórias afetivas, aquelas que ocorrem na forma de lembranças marcadas por forte significação emocional, ou lembranças puras, por resgatar e permitir evocar da consciência momentos

singulares da vida, diferenciando-se da memória-hábito, que está relacionada aos mecanismos motores de automaticidade, a exemplo da repetição de comportamentos (Bosi, 2007).

Os discursos proferidos reforçam o processo de familiarização com o envelhecimento pelos docentes participantes da pesquisa, fortemente respaldado na convivência com avós e/ou bisavós. Podemos observar, nas falas, que a partir da apropriação de cada memória revivida, o ancoramento intermedia a elaboração de significados que se revelam nos discursos, podendo se desdobrar em recomposições destes significados pela propriedade de tenacidade da re-apresentação daquela realidade vivida.

De acordo com Nóbrega (2001), ancoragem e objetivação se articulam harmoniosamente como sustentáculo de três primordiais funções da representação, quais sejam: leitura da realidade, agregação da novidade e guia de condutas. Essas funções se organizam a partir do arranjo de três premissas, que são de **atribuir sentido, instrumentalizar saberes e promover o enraizamento do novo no sistema de pensamento.**

A primeira premissa encontra lugar à representação numa teia de significados previamente e socialmente edificados cognitivamente, no berço dos valores culturais, com o intuito de organizar o novo, espelhado em padrões já conhecidos, ou até antigos. A segunda premissa diz respeito à atribuição de uso ao novo saber representacional, oriundo de interpretações e manejo da realidade, proporcionando finalmente o entendimento do universo circunscrito. Por último, está o enraizamento da representação no sistema de pensamento, encadeado pelo corriqueiro, conhecido e familiar, contraposto ao estranho.

Em palavras simples, compreendemos a tradução da ancoragem como uma elaboração cognitiva que possibilita a utilização prática de saberes, permitindo o entendimento do conteúdo que se expressa na reapresentação e é reorganizada na tentativa de cercar o não conhecido, se aproximando deste e posteriormente dele se apropriando.

Nos discursos apresentados, podemos constatar com clareza a atribuição dos significados relativos ao envelhecimento representado cognitivamente nas pessoas dos avós, bisavós ou pessoas próximas que foram partícipes importantes na vida dos docentes, deixando impressões de como o envelhecimento foi concretizado.

A instrumentalização dos saberes pode ser percebida nas ações práticas de cuidados diretos, na percepção de comportamentos adotados pelos próprios idosos, pelas pessoas que se encontram em seu entorno e percepção da necessidade da convivência com essas pessoas que, nos limiares da idade, encontram-se em situações de fragilidade. Quanto ao enraizamento no sistema cognitivo do estranho, não percebemos pistas dessa premissa nesse primeiro momento.

Nas falas que se seguem, são evidentes as memórias bem vivificadas do compartilhamento da vida na tenra idade, da convivência estreita com avós e da construção de vínculo afetivo:

[...]e fui morar com meus avós, que já tinham, sei lá quantos anos, então fui morar com os idosos, eu já tinha um contato muito grande com meus avós, são pessoas, que a gente dizia, uma pessoa de 40 anos, 50 anos era velho, então assim, a gente já sentia que era mais velho, que já era um idoso. Na minha família, meu avô e minha avó, principalmente meu avô, que eu era muito ligada exatamente à literatura [...] então assim, a velhice pra mim nesse momento, era algo denso, do ponto de vista da formação, e muito silenciosa[...] (Profa. codinome Lygia Papi).

[...] eu sempre tive muita convivência com os meus avós, desde criança, talvez já tenha começado daí, eu sempre me propunha a ouvi-los muito [...] e passava às vezes tardes fazendo narrativas do que já tinha vivenciado ao longo da trajetória dela, e tinha também uma afetividade muito grande com a minha avó materna, que era onde eu, quando criança, ficava uma boa parte das tardes, porque minha mãe como professora ia trabalhar, e eu estudava no turno da manhã, e à tarde ficava muito com a minha avó (Profa. codinome Madalena).

Fica evidenciada a aproximação de categorias já conhecidas e consideradas oportunas para modificar o que é enxergado e analisado inicialmente como desconhecido, intrigante, perturbador e até mesmo ameaçador (Moscovici, 2015a), objetivando integrar a ideia bizarra em um sistema de pensamento pré-existente, reajustando-o à elaboração de uma nova concepção. Portanto, para conduzir a elaboração da representação quanto ao envelhecimento, o cabedal de memórias e vivências familiares das/os docentes se configurou em importante estrutura de ancoragem.

O mesmo autor destaca que:

Nossas experiências e ideias passadas não são experiências ou ideias mortas, mas continuam a ser ativas, e a infiltrar nossa experiência e ideias atuais. Sob muitos aspectos, o passado é mais real que o presente (Moscovici, 2015b, p. 37-38).

O estudo realizado por Lopes e Park (2007) com crianças na faixa etária entre 05 e 10 anos trouxe resultados quanto à ancoragem da representação social sobre o envelhecimento se atrelar a convivência com avós e bisavós. O contato próximo dessas crianças, sobretudo as de idade mais tenra, com avós e/ou bisavós foi um fator de referência para a elaboração das ideias sobre o conceito de pessoa velha, ficando evidente que a representação de velhos para essas crianças se remete à representação de que possuem de seus avós/bisavós, não definindo-se apenas com base na posição geracional, mas levando em consideração o significado social e

simbólico assumido para o grupo, quando referem à presença dos avós em suas residências e as relações de cuidados na criação dessas crianças assumidas pelos avós.

A convivência com pessoas idosas gera importantes impactos na vida de pessoas de tenra idade, em razão de serem ricas matrizes de saberes e valores que eternizam lembranças e memórias, transitando desde a esfera pessoal até episódios vivenciados em tempos e lugares outros com pessoas de um determinado passado. Assim, crianças e jovens recebem informações do passado não limitadas às informações da história escrita, mas de pessoas que concretamente participam de sua socialização compartilhando vivências diversas do passado tanto na esfera de vida particular quanto social. Sem elas, não haveria a memória, mas somente uma competência inespecífica. Essa particularidade permite que jovens conheçam e reconheçam suas raízes a partir das narrativas de pessoas velhas que fazem parte de seu convívio estreito (Bosi, 2007).

5.1.2 A objetivação do envelhecimento

A outra condição *sine qua non* à formação de representações sociais é a objetivação, que ocorre em concomitância ao processo de ancoragem, visto a necessidade da migração do estado de abstração cognitiva para a forma de um pensamento concreto de algo que precisa ser introduzido na vivência cotidiana. Ou seja, objetivar é permitir que as ideias já concebidas ultrapassem a barreira do abstrato, ganhando concretude, transformando-se em algo inteligível e palpável. Na conceituação de objetivação por Moscovici (2012), temos que:

Como sabemos, a objetivação permite tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material, resultado que tem primeiramente um alcance cognitivo: o estoque de indícios e de significantes que a pessoa recebe, emite e manipula no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante. Para reduzir a distância entre a massa de palavras que circulam e os objetos que as acompanham, e como não se poderia falar de “nada”, os “signos linguísticos” são acoplados a “estruturas materiais” (tentamos acoplar a palavra à coisa) (Moscovici 2012, p. 100, grifos do autor).

Assim, apresentaremos as falas que expressam de forma mais concreta as ideias sobre envelhecimento. Escutamos declarações como as seguintes:

[...] eles (pessoas idosas) não são respeitados, não são valorizados, então eu acho uma pena ter que seguir uma cultura dessa forma, entendeu? Porque enfim a gente só vê maus tratos [...] a pessoa que à medida que vai envelhecendo, tá meio que definhando! Né? [...] Porque isso é algo negativo, entendeu? [...] pra mim eu acho que envelhecimento era como se fosse perda de vitalidade (Profa. codinome Jailca).

[...] **Lugar de velho é fundo de rede**, e isso pra mim sempre me marcou! e eu me perguntava desde criança: porque lugar de velho é em fundo de rede? [...] envelhecer é se destruir. [...] ter essa sequência, que enfim, dita mais comum, que é depois de envelhecer, morrer, então a morte, é meio difícil eu separar ela desse processo porque ela vai acabar acontecendo (Prof. codinome Cortella).

Ah! porque **aquele quartinho dos fundos né!** existia realmente, ainda existe alguns espaços, em alguns contextos familiares, o quartinho dos fundos, e não estou falando em um sentido pejorativo [...] mas é assim no sentido pejorativo do que existia, e ainda existe, infelizmente! às vezes o idoso, ele é mais visto como um peso naquele momento pra família. (Profa. codinome Gracinha).

As falas apresentadas traduzem a necessidade de reflexões sobre o fenômeno da transição demográfica no país, dos estereótipos dados ao envelhecimento, do que se trata esse processo pouco falado e muito negado, do despreparo profissional para o enfrentamento da situação e, finalmente, da sua representação social.

Em números mais detalhados, o índice de envelhecimento saltou de 30,7% no censo de 2010 para 55,2% no censo de 2022 (o índice de envelhecimento é balizado pela relação entre a quantidade de pessoas com 65 anos e mais¹³, e a quantidade de pessoas de 0 a 14 anos em um grupo total de 100 pessoas.). O número total de pessoas no Brasil com 60 e mais¹⁴ cresceu em 12.324.957 pessoas em relação ao censo de 2010. O crescimento dos centenários saiu de 24.236 para 27.244 mil pessoas, ou seja, 3.008 pessoas a mais em relação ao último censo. As revelações do censo demográfico realizado no exercício 2022 deixam esclarecidas as razões pelas quais o país precisa, com urgência, formar profissionais (não somente na área da saúde) para lidar com essa realidade. No Brasil, o total de pessoas com idade de 65 ou mais já atinge 10,9% da população (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a).

¹³ O documento que formaliza o corte etário de 65 anos para pessoas idosas em países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento, foi publicado pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 2001, oriundo do projeto Minimum Data Set (MDS), intitulado *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project.*, que em tradução livre é intitulado “Definição de pessoa idosa. Definição prática proposta para uma pessoa idosa na África para o Projeto MDS” (conjunto mínimo de dados). Preconiza o que segue: “*most developed world countries have accepted the chronological age of 65 years as a definition of 'elderly' or older person, but like many westernized concepts, this does not adapt well to the situation in Africa. While this definition is somewhat arbitrary, it is many times associated with the age at which one can begin to receive pension benefits. At the moment, there is no United Nations standard numerical criterion, but the UN agreed cutoff is 60+ years to refer to the older population*” (Kowal, Dowd, 2001, p.1). Em tradução livre: “A maioria dos países desenvolvidos aceitou a idade cronológica de 65 anos como definição de ‘idoso’ ou pessoa mais velha, mas, como muitos conceitos ocidentalizados, isso não se adapta bem à situação na África. Embora essa definição seja um tanto arbitrária, muitas vezes está associada à idade em que se pode começar a receber benefícios previdenciários. Atualmente, não existe um critério numérico padrão das Nações Unidas, mas o limite acordado pela ONU é de 60 anos ou mais para se referir à população mais velha”.

¹⁴ O Brasil adota o corte etário de 60 anos para a definição de pessoa idosa, conforme o Artigo 1º do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

A baliza adotada para atestar um país como velho é a de estar com 7% da sua população total com idade igual ou acima de 65 anos. Por questões comparativas, principalmente com países desenvolvidos - que passaram longos anos até serem considerados velhos - o Brasil é considerado como prematuro para entrar na rota do envelhecimento populacional (Minayo; Coimbra Júnior, 2002).

Em razão dos progressos relativos aos cuidados em saúde anteriormente relatados, se vive mais, no entanto, com o padecer de doenças crônicas e degenerativas, as quais carregam limitações e incapacidades ao corpo (Arantes, 2021), o resultado é a leitura do envelhecimento e da velhice como um tempo de tormentas, ruim, de definhamento, de perda de vitalidade e morte.

O estudo de Lopes e Park (2007) envolvendo crianças, já referido anteriormente, também revelou que as crianças mais velhas se utilizaram dos conceitos de adoecimento, limitações de dependência física para ancorar sua representação sobre velhice. Assim, a pesquisa evidencia a existência de uma representação social sobre o envelhecimento e velhice construída sobre o alicerce das relações estabelecidas com as doenças, fragilidades, limitações e morte. Grupos de crianças menores também relacionaram, em menor proporção, o envelhecimento às doenças e limitações físicas, como também ao aparecimento das alterações físicas externas do corpo, como o enrugamento da pele, ausência de dentes, cabelos, sobrancelhas e barba branca e enfraquecimento da voz como sinais físicos evidentes do envelhecimento.

O inevitável processo de envelhecimento envolve a interação de vários fatores, desde alterações biológicas, as mais evidenciadas, discutidas e compartilhadas nas mais variadas esferas da sociedade, até aspectos psicológicos e sociais, estas últimas sofrendo ‘velamento’ em virtude dos estereótipos sociais destinados aos envelhecidos, como podemos perceber nos discursos a seguir.

[...] o conhecimento que eu adquiri ao longo dos anos, do que é esse momento, pra mim é o fim de um ciclo, [...] momento em que você fica muito dependente dos outros, [...] vejo muita gente sofrendo, muita gente com limitações [...] tenho essa definição de envelhecimento, eu acho que é uma fase difícil, uma fase que você está entrando, aceitando que vai chegar o momento da passagem, e aí é um momento de reflexão que você está esperando chegar o momento da passagem[...] (Profa. codinome Lúcia Brandão).

Quando eu era pequena, é assim, o assunto era um tabu [...] então falar sobre o envelhecimento ou sobre a morte não fazia parte, não era um assunto comumente abordado, mesmo porque existiam os tabus mesmo, então não se falava sobre isso, era algo muito excluído [...] (Profa. codinome Olga).

Envelhecer é se tornar inativo, já era uma concepção, todos falavam que estou velho, preciso me aposentar, então era essa a concepção, um estado assim, uma situação no ciclo de vida que a pessoa vai ter várias doenças, ela não vai ser saudável, ela realmente vai ficar limitada, vai se limitar, e aí vai morrer [...] (Profa. codinome Nazilda).

Com o propósito de enriquecer a análise quanto ao processo de envelhecimento, apresentaremos algumas referências basilares ao entendimento da análise e discussão aqui apresentadas. Por ser a única espécie consciente do processo de envelhecimento e morte, a raça humana dedica, de alguma maneira e desde longa data, atenção à questão, destacando, em primeiro plano, os aspectos vinculados ao corpo e seu declínio.

Em meados do século XIX, os primeiros movimentos relativos ao conhecimento no campo da geriatria começaram a tomar fôlego, apesar de não terem essa denominação específica. O núcleo primário dessa vertente de estudos se iniciou no *Salpêtrière*, maior asilo europeu, sediado na França, o qual abrigava oito mil doentes, dos quais três mil eram velhos, constituindo-se assim no embrião da instituição geriátrica. Em 1914, o médico vienense naturalizado norte-americano Nascher foi o responsável por cunhar o termo geriatria, quando, com dificuldades por não ser assunto de interesse, lançou seu livro abordando estudos sobre envelhecimento (Beauvoir, 2018).

Ulteriormente, sucedeu-se um novo ramo da ciência médica aliada à geriatria, dedicada essencialmente ao estudo do processo de envelhecimento em sua extensão: a gerontologia, a qual não é somente dirigida às patologias decorrentes do processo de envelhecimento. Desse ramo, desenvolveram-se sobre três pilares: biológico, psicológico e social, preocupando-se com a descrição essencial e precisa das suas manifestações, sem, no entanto, ater-se às explicações dos motivos da reprodução do fenômeno. Dessa forma, a gerontologia está alinhada aos preceitos positivistas (Beauvoir, 2018).

O corpo humano e a sua apresentação física externa são marcadores dos quais as pessoas lançam mão para se reconhecerem e instituírem suas relações interpessoais. O balizamento sobre a situação e valor das pessoas ocorre a partir da observação do corpo, situado no lugar de uma criatura concreta, perceptível, exercendo papel relevante nas ações comunicativas entre as pessoas (Lopes; Park, 2007).

Não há como negar a importância do corpo como o suporte que viabiliza a vida, nem as alterações sofridas nos vários sistemas que compõem a sua organização. É uma trajetória percorrida por todos, que passam por vários estágios nos ditos ciclos de vida. No entanto, as

mudanças não são apenas no corpo, mas ocorrem também na vida das pessoas, em razão da teia social na qual se inserem, como destaca Neri (2001, p. 28):

O desenvolvimento e o envelhecimento podem ser analisados como uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades, e por isso são chamadas de mudanças graduadas por idade; como consequência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas, e que por isso são chamadas de influências graduadas por história; e como uma sequência não previsível de alterações resultantes da influência biológicas e sociais, que por isso são chamadas de influências não-normativas.

Assim, podemos inferir que o processo de envelhecimento é dissemelhante e multifacetado, ocorrendo de formas díspares para pessoas e/ou grupos que habitam distintos cenários culturais, históricos e, por conseguinte, sociais. Essa peculiaridade marca não somente a ocorrência dos processos de adoecimento nos envelhecidos tão destacados nos discursos dos participantes, mas também influencia decisivamente nas formas de ser e estar no mundo, influenciando concepções, crenças, opiniões, valores, comportamentos e atitudes.

Na espécie humana a velhice, última etapa da vida é de difícil delimitação, se conformando, por um lado, em fenômeno biológico, provocador de alterações específicas em todos os sistemas orgânicos, com repercussões importantes na esfera psicológica, geradores de instabilidade na relação da pessoa com o mundo e sua própria construção histórica (essas alterações não podem ser consideradas separadamente, visto que se retroalimentam). Por outro lado, o regramento é imposto pela condição social a qual está sujeito, não sendo um privilégio da velhice, mas de qualquer outra idade. A complexidade reside nesse aglomerado de circunstâncias (Beauvoir, 2018).

Na perspectiva da sociologia, Siqueira (2001) apresenta algumas possibilidades no que se refere às noções que podem colaborar ao entendimento de como outros fatores (para além do biológico) exercem suas potentes influências no processo de envelhecimento e velhice. Estabelece-se como matéria-prima a questão, fatores econômicos, etnográficos, históricos, culturais e sociais, que perpetram suas forças propulsoras no engendramento do processo de envelhecimento em todas as sociedades humanas. As balizas para essas teorias são, em nível das análises, as influências exercidas nas estruturas macrosociais de atenção à pessoa idosa, e no outro polo, as que se exercem no nível de relações próximas e de maior intensidade de contato, ou seja, o microssocial.

Por estarem mais alinhadas a este estudo, duas perspectivas teóricas merecem destaque no sentido de apoiar as conceituações amplas sobre o envelhecimento. Apesar de serem modelos clássicos e, portanto, mais antigos, guardam sua importância em razão de se adequarem para alguns estudos, a exemplo deste.

A primeira, a teoria do construcionismo social, enfoca os aspectos comportamentais dos indivíduos inseridos na grande estrutura social. Pauta-se nas realidades e relações sociais envidadas ao envelhecimento, significados a ele atribuídos pela sociedade, posturas frente ao passar das épocas e a condução da vida. A teoria defende que os processos individuais do envelhecimento estão alicerçados por concepções maiores elaboradas no seio social (Siqueira, 2001). Essa teoria observa particularidades nas circunstâncias envolvidas no afloramento e constituição do envelhecimento, investigando autoconceitos e significados emergentes a partir dos processos comunicacionais amiúde, e consensos estabelecidos. Ela também reflete sobre modificações de conjuntura na vida e papéis sociais das pessoas que caminham rumo à maturidade, além das transformações sofridas na panorâmica social do envelhecer forjadas pela sucessão das épocas (Siqueira, 2001).

A segunda teoria, o modelo de perspectiva do curso de vida, privilegia os aspectos macro e microsocial. Embasada na sociologia e psicologia, defende que o envelhecimento é uma trajetória que se inicia com o nascimento, e segue até a morte, não enfocando a última etapa da vida como primordial ao entendimento da questão. A questão deve ser levada em sua inteireza, ou seja, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e apregoa que as experiências para o envelhecer são configuradas no berço dos grandes cenários históricos humanos. Apesar de serem modelos antigos, e na atualidade terem sido desmembradas em modelos menores, permanecem válidos (Siqueira, 2001).

Com o apoio das conceituações sobre o envelhecimento realizadas nas esferas biológica e social, fica explícito que se trata de uma questão complexa, no sentido de um todo subdividido em várias partes que se conectam entre si, podendo paradoxalmente ser considerado simples, em razão de não se poder furtar da realidade de modificações em ininterrupta evolução com a chegada mansa de limitações no corpo, as primeiras percebidas, e demais fragilidades nas esferas física e social. A despeito de qualquer vontade, de qualquer um, e com um final anunciado desde sempre, não há outras possibilidades de se encontrar rotas de fuga que evitem o fenômeno do envelhecimento, a não ser a única possibilidade de não se envelhecer pela interrupção da vida, por uma morte prematura.

Nas falas já apresentadas e nas que seguem, é possível se enxergar a concretude do entendimento sobre o envelhecer, à medida que passa o tempo e a última curva do rio se revela.

As/os participantes aludem à chegada das limitações, dores e fragilidades físicas e emocionais, incapacidades, dependência, abandono, desrespeito, acúmulo de sabedorias, como também às respostas de afastamento social e desamparo pelos que estão em torno do indivíduo e são responsáveis por ampará-los: a sociedade. É evidente, nos discursos do corpo docente participante, a tradução objetiva do que é o envelhecer:

[...] envelhecimento o que se fala muito é da maturidade com o tempo, principalmente independente dos saberes, o que você ia aprender, a questão de você ter experiência em alguma coisa, de saber lidar melhor com as coisas, com as pessoas, ou não, [...] saber que seu corpo ia mudar, saber que seu corpo não mais responderia aos comandos da mente, saber que seu corpo ia demorar mais para se alimentar, para ter mais disposição, ia começar a existência das dores constantes [...] o processo de envelhecimento acompanha também o processo das perdas [...] até que chega o momento do processo de envelhecimento mais tardio seguido da morte (Prof. codinome Luiz Anselmo).

[...] primeiro foi vovô, o pai do meu pai, que eu, da minha lembrança de criança, eu já tinha uma visão dele doente, de um idoso acamado, e aquilo ali pra mim já era um processo que fazia parte da família, era a questão daquela pessoa que necessitava de cuidado, de atenção [...] o idoso tá se acabando, apodrece dentro de uma casa, é abandonado, envelheceu, já num presta mais, morreu e é isso mesmo, e num sou coveiro! (Prof. codinome Fábio)

[...] qual a palavra que te relaciona com o envelhecimento, eu diria respeito, entende? Os idosos das nossas famílias foram sempre muito respeitados[...] é porque não respeita idoso mesmo! Idoso, no imaginário, é aquela que presta mais não! Já fez o que tinha que fazer! Esse danando tá aqui só pra aperriar! Então esse sentimento de incapacidade do idoso pra contribuir [...]esse sentimento de que ele está incapacitado (Profa. codinome Mércia).

Antes de qualquer análise para juntar a palavra “à coisa” no sentido de objetivar, destacamos um conceito importante quanto às infra comunicações, referidas no próprio conceito de objetivação, e que se acomoda nesta pesquisa, em razão da temática abordada está muito presente.

Moscovici (2012) denomina de “rumor” o que se refere à infracomunicação mediada pela via atitudinal, estilo de expressão e tiques, quando enunciadores e ouvintes das mensagens se utilizam dessas linguagens para veiculá-las, entranhando-se reciprocamente em ambos com o propósito de difundir conhecimento pela manutenção do contato, ao que o autor compara a um contágio.

Podemos assim explicitar que a objetivação do envelhecimento ocorre, principalmente, através da comunicação de palavras, que por um lado denotam situações objetivas como o adoecimento frequente, incapacidades e dores físicas em pessoas idosas, abandono, banalização do envelhecimento pela sociedade, inutilidade, mas também em sentimentos a exemplo do

sofrimento emocional, ou seja, são conteúdos densos, “pesando” a pessoa idosa. Essa é uma demanda qualificada de difícil manejo, guardando similitudes com o “rumor”, pela demonstração infracomunicacional na atitude e estilo de se expressar com as palavras. Por outro lado, em algumas entrevistas, ocorreram dissensos no mesmo discurso, quando se referiram ao envelhecimento com base no respeito, naturalização, tempo de oportunidades, atividade, maturidade e sabedoria.

É o que podemos observar nas falas já apresentadas e nas que se seguem, apontando um misto de significados:

Atualmente eu percebo, a sociedade um pouco afastada dessas questões, preocupada, digamos; algumas né! [...] por outro lado, uma banalização das pessoas com relação a essas questões do envelhecimento; não é à toa que vez por outra a gente vê reportagens, com questões de abandono de pessoas idosas, questões de maus tratos com pessoas idosas, inclusive a banalização da morte de pessoas idosas, muita gente não se importa com essas pessoas [...] a gente vê também que a pessoa com mais idade ela não encontra, não consegue se localizar no mundo do trabalho, porque é mais velha, então é recusada por conta da idade, por causa do envelhecimento (Profa. codinome Madre Marisa).

[...] então a gente teve essa relação de muito respeito com a pessoa idosa, e de cuidar, era uma coisa muito natural, talvez por isso eu não saiba descrever muito como era, porque era ensinado no dia-a-dia, no fazer (Profa. codinome Gracinha).

Em relação a envelhecimento, sempre foi mais os aspectos negativos do envelhecimento, tanto em relação à estética, como ao processo de vida mesmo, envelhecer era sempre muito complicado, porque trazia no seu bojo doenças, então não tinha, nesse processo, eu não via aspectos positivos, como sabedoria, crescimento, era mais os aspectos negativos, questão da estética, e até da demência [...] (Prof. codinome Paulo Freire).

Nas falas, é possível observar a ocorrência de um certo excesso de significações relativas ao envelhecimento. Quando são reduzidas e, consequente, materializadas, as ideias elaboradas se abrigam mais no lugar da negatividade e da morte, antes de ser um período de positivities, ou um tempo de vida que pode oferecer novas oportunidades, podendo ser prazeroso, mesmo com as limitações que surgem em razão do declínio biológico do corpo.

Não há como negar a interligação entre a última etapa da vida, suas limitações e a chegada da morte, mas isso pode ser vivenciado em um cenário menos sofrido. Assim, destacamos que “objetivar significa resolver o excesso de significações pela materialização (e assim guardar distância em relação a elas). Também significa transplantar, no plano da observação, o que era só inferência ou símbolo” (Moscovici, 2012, p. 101).

[...] então eu convivi com muitos idosos na minha família e não era algo tido como problemático, eu percebo que hoje o envelhecimento da minha mãe, eu percebo diferente do que eu percebia dos meus avós, tanto da própria negação de mainha de envelhecer, da minha negação de reconhecer o envelhecimento dela, e é diferente [...] (Profa. codinome Fátima Silveira).

[...] além do envelhecimento biológico, eu acho que o envelhecimento para mim é um tempo que você vai acumulando conhecimento, é um tempo que você vai andando pra frente, aquela coisa do ancião [...] é o envelhecimento da perda da autonomia, perda da fala, o respeito com o sujeito, parece que você é uma pessoa que tem que ser tutelada, então isso pra mim é um incômodo (Lygia codinome Pape).

É perceptível a recorrência do imaginário social na objetivação do envelhecimento, desta vez na ação de materializar ideias, reveladas no formato de um amalgamado que admite o conflito, a partir das concepções sobre o assunto alicerçadas nas vivências e experimentações dos cotidianos de cada participante. Essas leituras são balizadas em suas histórias pessoais, traduzidas em palavras que apresentam situações e sentimentos.

A objetivação resulta em neutralização do objeto em questão e os conceitos a ele atribuídos. Por assumir um determinado nível de reciprocidade, a objetivação termina por afastar a condição inicial de abstração do objeto, elevando-o ao patamar de materialização, velando assim o que era considerado em nível teórico. São três as fases que caracterizam o processo de objetivação: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização (Nóbrega, 2001).

A primeira fase ocorre com o suporte de ideias agrupadas e organizadas, das quais são extraídos recursos, impulsionadores à elaboração dos conteúdos que transitam como eventos particulares dos saberes cotidianos. As referências são escolhidas a partir de critérios culturais e normativos. O critério cultural está relacionado às determinações impostas pelas diferenças conjunturais no trânsito dos assuntos, de acordo com o vínculo estabelecido pelos participantes do grupo, visto que os conteúdos não transitam de forma homogênea entre as pessoas. O critério normativo está relacionado à manutenção da coesão do grupo, a partir do sistema de valores por ele admitido, conservando assim os recursos que permitem o decoro aos seus membros. Essa fase se caracteriza pela circulação de ideias em grandes públicos pela via da comunicação em massa (Nóbrega, 2001).

Apesar de não estarmos tratando com um grande público, foi possível a percepção da construção seletiva nos discursos das/os docentes participantes desta pesquisa, visto que os dois critérios cultural e normativo se revelam, inicialmente, por tratarem o envelhecimento sob

prismas que revelam trânsitos heterogêneos nos níveis de informações, muito embora se encaminhem à manutenção de uma linha mais homogênea de ideias, mas apresentam coerência quanto ao sentimento de pertencimento ao grupo de professores atuantes na área da saúde, percebido no discurso com vocabulário técnico.

A segunda fase da objetivação diz respeito ao núcleo estruturante, ou seja, à porção mais estabilizada da representação, podendo ser constituído de um elemento figurativo único ou múltiplo, a depender do foco atribuído ao objeto. Tal etapa confere sentido e estabilidade à representação (Nóbrega, 2001). Na presente pesquisa, não houve a intenção do desvelamento do núcleo estruturante da representação social.

A terceira e última fase permite a interpretação e compreensão dos recursos ofertados pela ideia abstrata no sentido de torná-la palpável e inteligível, de forma que essa palpabilidade transmuta o abstrato ao plano da autossuficiência, como o autor bem esclarece o processo de objetivação ao fazer a seguinte comparação:

Ela se configura como uma “tela de fundo” em que são refletidos os delineamentos figurativos que adquirem concretude na formação do novo conceito e sua relação com a realidade. [...] O conceito deixa de ser pura ideia, e até mesmo uma simbolização da imagem, para tornar-se uma entidade autônoma (Nóbrega, 2001, p. 75).

Podemos inferir, nos discursos proferidos pelas pessoas que participaram da pesquisa, a presença de forma evidenciado a primeira e a terceira fase da objetivação, sobretudo pela organização das ideias de professores pautadas no aspecto cultural, mas também na normatividade do grupo e na naturalização das referências apresentadas, levando a crer numa objetivação assentada em aspectos negativos do envelhecimento como doenças, demenciamento e morte como condição de natureza biológica e, portanto, pouco passível de manejo para mudanças.

Outros aspectos de cunho social como abandono, banalização e descarte, ou seja, de natureza modificáveis, são oriundos de um possível melhor preparo e engajamento da sociedade ao acolher as pessoas envelhecidas. A objetivação aponta aspectos de positividade quando mencionam um tempo de sabedoria, conhecimento, maturidade e tempo de novas oportunidades. Portanto, deduzimos que o processo de objetivação do envelhecimento ocorre em duas perspectivas: a primeira marcadamente biológica, o que condiz com uma identidade do grupo de profissional da saúde, e a outra social, que condiz com a identidade de docente.

A constituição identitária do corpo docente participante da pesquisa ocorre em três perspectivas: a de horizontes sociais, no qual a reflexão incide sobre as interferências dos

contextos interior e exterior à construção da identidade do grupo; um horizonte profissional, que se vincula ao saber/fazer enquanto docente e aos seus compromissos tanto de ordem coletiva quanto individual junto a educação permanente; e um horizonte afeto-emocional, que diz respeito à sensação de contentamento tanto profissional quanto pessoal por pertencer a esse grupo e à expressão de sentimentos de afinidades, desejos, identificações e produções de sentido presentes no grupo (Souza, 2022).

As histórias de vida pessoal e profissional, enquanto trabalhadores atuantes na área de assistência à saúde anteriores à docência na EPS, caminham juntas na estrada que construiu e constrói suas identidades docentes, visto que a atual condição de docente se conforma em um processo contribuinte a reformulação da identidade construída (Souza, 2022), tradutor do relevante selo de processo e produto presente na elaboração de representações sociais dos grupos em sua diversidade.

5.1.3 A ancoragem da morte

Resultados semelhantes ao processo de ancoragem para o envelhecimento já expostos foram encontrados na pesquisa, observados nas respostas do corpo docente quando inquirido sobre as elaborações das ideias e/ou pensamentos sobre a morte, com a devolutiva alinhada à questão relativa ao envelhecimento detectada nas falas. Encontramos o respaldo em memórias de vivências familiares, pessoais, em ritos funerários e um forte apoio na religiosidade. Durante o período das entrevistas, propositalmente evitamos qualquer tipo de interpelação quanto ao credo ou religião seguido pela/o entrevistada/o, com o intuito de evitar qualquer interferência ou base de apoio para versar principalmente sobre a morte, conferindo liberdade de inclusão ou não à pessoa entrevistada quanto à sua religiosidade e/ou espiritualidade. No entanto, ficou clara a força do apoio espiritual para lidar com o fenômeno da morte, como veremos a seguir.

Inferimos então ao *composé* de todos os aspectos relatados pelo corpo docente, que se trata do processo de ancoramento para discorrer sobre um assunto que impacta, com abordagem pouco facilitada. Assim, apresentamos excertos das falas que apresentam o respaldo inicial às elaborações sobre a morte:

[...]sou de uma família do interior do estado, e assim, minha mãe tem uma crença religiosa católica muito cristalizada [...] então a gente lembra assim, os enterros, aqueles enterros inclusive vistos como oportunidades de encontrar os primos distantes, os parentes distantes, que todos se deslocavam, então assim, na minha infância e adolescência minha experiência era nesse sentido da morte (Profa. codinome Mércia).

[...] Eu acho que pra cima da minha vontade só a questão da religiosidade, só Deus pra permitir que eu siga, se ele permitir que tudo que eu fizer vai me levar lá, então me leve até lá que eu vou fazer de tudo pra isso! Mas culturalmente vem a questão do medo, por mais que eu queira chegar aí, existe um medo “dentro de mim” com relação a questão da morte, que acho que também me move a isso[...] (Prof. codinome Cortella).

A potência de aspectos relativos às experimentações de longa duração expressos aqui são plenamente tangíveis nas falas que resgatam frequentemente vivências da infância, deixando impressas suas marcas, as quais são capturadas no pensamento para compor o tempo presente, característica do processo de ancoragem, que agregando-se à objetivação, compõe o processo de elaboração das representações sociais. As histórias de família e seus engendramentos se constituem em importante lastro para deixar emergir não somente lembranças, mas, a reboque destas, também afetos, traduzidos em sentimentos e emoções, fazendo aflorar a essência influenciadora de comportamentos e práticas costumeiras. Em outras palavras, esse processo imprime significado às vivências, respaldadas no viés cultural nas particularidades desta pesquisa.

A presença dos avós ou parentes próximos envelhecidos se mantiveram nas falas que discorreram sobre a morte. Com uma constância que chamou a atenção, envelhecimento e morte foram aspectos que caminharam *pari passu*, espontaneamente justapostos, e quiçá apoiados um no outro, de difícil de se apartação. A justaposição é de tamanha profundidade que é perceptível nos discursos. Para além da ancoragem, a presença de nuances da objetivação é relativa aos dois assuntos, quando da existência de relatos com referência ao enfrentamento de ambos os processos materializados na ideia de copioso penar.

A ancoragem não se trata de um processo elementar atrelado ao pensamento e processos de significação da cultura, viabilizadora de concepções às novas categorias de leituras das realidades concretas, mas, recorrentemente, renova características do núcleo da representação, podendo inclusive ser considerada em nível de um patamar introdutório à historicidade das representações sociais sobrepõe-se, assim, à funcionalidade do discurso como mediador das relações sociais, e as produções sócio-históricas incumbidas da dinâmica organizadora da sociedade, que por seu turno, nutre a subjetividade produzida neste mesmo berço (Arruda, 2018d).

Os assuntos que estão no influxo do seio social são produzidos tanto a partir dos ocorridos na atualidade quanto de produções culturais remotas, configurando assim o

imaginário social, o qual se traduz pelo cabedal cultural elaborado em um longo tempo, habitado pelas memórias coletivamente produzidas socialmente (Arruda, 2018d).

Os discursos das/dos docentes são inundados pelo imaginário social que se conformou ao derredor da morte atravessados pela cultura, como reforçado nos discursos que se seguem:

[...] também por uma questão de vida familiar, podemos dizer assim, vida religiosa, de um modo geral, nós cristãos, evangélicos, a gente entende que a morte, ela vem para todos, mas que nós temos, para além da morte, temos a vida eterna né! E essa vida eterna com Deus, com Jesus, [...] Então é o envelhecimento, o processo da vida, é natural, mas que chega um momento que Deus chama, digamos assim, chegou a hora da partida (Profa. codinome Madre Marisa).

[...]e eu lembro muito claramente porque no interior a gente faz todo aquele processo de velar o corpo, e fazer aquela caminhada até o cemitério, e a gente faz esse momento de velar nas casas; [...]e a morte foi sempre algo muito difícil, culturalmente pra gente aqui, ocidental, a gente enfrenta o processo de morte como algo muito doloroso; acho que essa pergunta é a mais difícil! (risos) (Profa. codinome Gracinha).

O conceito de cultura é amplo e diversificado e, por se tratar de uma definição mesclada, que se vincula a um conjunto de significações, valores, práticas, simbolismos, ritos, tradições e costumes repassados de geração a geração, admite a diversidade e permite a integração de outras construções culturais, promovendo a coesão e sentido de pertencimento entre os membros de uma dada sociedade, como explicitado pelo autor:

A cultura é constituída pelo conjunto dos saberes, dos fazeres, das regras, das normas, das proibições, das estratégias, das crenças, das ideias, dos valores, dos mitos, que se transmite de geração em geração, se reproduz em cada indivíduo, controla a existência da sociedade e mantém a complexidade psicológica e social. Não há sociedade humana, arcaica ou moderna, desprovida de cultura, mas cada cultura é singular. Assim, sempre existe a cultura nas culturas, **mas a cultura existe apenas por meio das culturas** (Morin, 2011, p.51, grifo do autor).

É uma espécie de conceito ‘orgânico’, que não é estático, e por isso permanece constantemente evoluindo, pela força motriz das mudanças que constroem e reconstroem a história da humanidade, a exemplo das transformações econômicas, ambientais e outras, estando na modernidade fortemente vincada pela tecnologia e transformações sociais resultantes da interação de múltiplos fatores. A cultura funciona como forja da realidade, influenciando decisivamente nas interações, percepções, interpretações e reações dos indivíduos. Na fala que se segue, é possível a observação do potente componente cultural:

[...] e curiosamente no interior, onde eu vivi minha infância, era um evento, a morte era um processo de dor, de sofrimento, mas aquele momento do enterro, daquela questão, era um evento, normalmente vem muita gente, então se torna um momento, apesar de pesado, é um momento de reencontro, muita gente se reencontra, principalmente as famílias grandes, famílias numerosas nos enterros, então era um momento que a gente reencontrava muitas pessoas, o acolhimento, geralmente tinha muita gente, e o processo de velório era em casa [...] então apesar de ser de ter essa conotação bem pesada da morte, desse momento de sofrimento e de dor, de despedida, mas também tinha esse aspecto de ser um momento de reencontro (Prof. codinome Paulo Freire).

Nos discursos oriundos das entrevistas, os resgates de imagens dos ritos funerários, o arraigamento em crenças religiosas e os comportamentos reproduzidos ao longo de gerações espelham o imaginário social, com forte inserção na camada de contexto histórico e cultural das/os participantes à ancoragem da representação social do envelhecimento e morte. No entanto, percebemos que, no intento desta pesquisa, o imaginário social se revelou para além da ancoragem, ocorrendo na inteireza do trabalho, sem assumir o *status* de proporcionalidades entre inferior ou superior, ou seja, apenas está.

As veredas do fenômeno do imaginário social são constituídas por conteúdos cognitivos densos e profundos, de elaboração coletiva, com marco inicial nas ideias e imagens abrigadas na memória ou no inconsciente, organizando-se e espraiando-se pela via afetiva e representacional, atravessando assim o pensamento dessa mesma estrutura social, sendo, em sua singularidade, ao mesmo tempo produto e processo. A matéria-prima constitutiva do imaginário social é a combinação de linguagens, a exemplo dos ritos, símbolos, imagens, crenças, representações e relatos, urdidos socialmente, que por seu turno delineiam a realidade com importante poder de persuasão nos comportamentos individuais e de grupos, influenciando inclusive na formação das identidades dos últimos.

O imaginário social não comporta finalizações e, por sua natureza de processo e produto, mantém-se em constante movimento, guiado pelas ondas que incansavelmente remodelam e ressignificam as várias esferas da vida em sociedade, articulando-se à representação social (Arruda, 2018e).

O atualmente denominado de imaginário social é sugerido anteriormente pelo pensamento do sociólogo Émile Durkheim, aludindo a uma engenhosidade coletiva, ou seja, o berçário é a convivência social, que se constitui em três eixos estruturantes. O primeiro eixo, que fundamenta a compreensão do imaginário social, se ocupa em discorrer sobre as influências de base religiosa rudimentar através do totemismo no pensamento humano. Nele, o intangível se representa na figura de animal ou planta, assumindo o controle de maneira bastante eficaz, nos aspectos da espiritualidade e da moralidade sobre a vida das pessoas de um determinado

grupo, por força da sacralidade do totem. O poder do simbólico como uma necessidade humana de conhecer e atribuir sentidos ao mundo em seu entorno é destacado nesse eixo (Arruda, 2018e).

O segundo eixo - a instituição imaginária do social - diz respeito à força da convivência em sociedade na elaboração do pensamento lógico. Em outras palavras, a vida em coletividade se constitui ela própria nos referentes de racionalidade, retroalimentando a elaboração do imaginário, de forma a compor, em nível cognitivo, o conjunto que organiza as categorias viabilizadoras da convivência. O fenômeno religioso tem o mesmo berço, configurando-se como importante apoio para facilitar os enfrentamentos da vida (Arruda, 2018e).

O terceiro e último eixo aborda a capacidade dos rituais como suporte e propagação de profissões de fé ou crenças religiosas como fontes de renovação e revigoração do imaginário. Nessa análise, a abordagem do imaginário social é de um fenômeno maior que a própria representação social, ou seja, o imaginário social contém a representação social (Arruda, 2018e).

Encontrou-se manifesto nas falas das/os participantes a potência do intangível, do não explicado, do não comprovado, quando buscam apoio na devoção em forças divinas superiores. Apesar das modificações pelas quais passaram os ritos ou rituais funerários, é claro o resgate da memória coletiva referente às crenças religiosas e espirituais, integrantes do imaginário social como ancoradouro para pensar e enfrentar a morte.

Apesar de estarmos circunscritos a um pequeno universo de participantes para esta pesquisa, podemos nos arvorar, ousadamente, a dizer sobre a percepção que o recorrido nas falas guarda alguma similaridade com características das representações hegemônicas, visto que são memórias viscerais, ideias densas e muito concretas, oriundas da tenra idade, e repassadas pela tradição familiar em suas vidas, mas de intensa vivacidade e carregadas de afetos.

Os conteúdos que se enraízam profundamente no pensamento de um povo, geralmente, se vinculam às representações hegemônicas, correspondendo àquelas que são compartilhadas por grupos vultosos e estruturados, de grande representação, a exemplo de nações e partidos. Essas representações se originam e amadurecem no berço da infância ou em alguma temporalidade duradoura e, por isso, adquirem características de maior estabilidade. Para além de um saber elaborado e compartilhado socialmente, as representações hegemônicas integram aspectos culturais traduzidos através do arcabouço das práticas sociais, produções materiais, mentais e simbólicas resultantes da dinâmica da vida em coletividade (Arruda, 2018e).

Nos discursos que se seguem de duas docentes participantes podemos, mais uma vez, constatar a potência das memórias viscerais e sua carga de afetos:

A gente acompanhava a procissão na cidade pequena do interior, (nome de cidade), todo ano, e a gente lembrava, e aí quando expunha o rapaz na cruz, à morte, aquilo tudo [...] porque o natural pra mim é o cortejo andando, saindo da casa pra igreja, independente da onde mora, e da igreja pro cemitério, e a troca de pessoas pra carregar o caixão [...] e geralmente quem carregava era alguém muito próximo da família, era alguém que se dispunha, eram filhos homens, a figura masculina bem representativa né! (Irmã codinome Águeda)

desde muito pequeno já tive processo de acompanhar falecimento de pessoas, como os meus avós, e sempre tive essa proximidade de ser uma das pessoas que estava lá carregando o caixão, estava com a família, porque a minha família tende a ser aquela tradição que não é conversada, apenas é, os homens tendem a carregar os caixões até o sepultamento [...] então são preceitos que foram construídos, e na nossa sociedade eles não são necessariamente questionados, porque a gente pega isso no berço, muitas vezes famílias que passam suas tradições, para os bebês[...] (Prof. codinome Luiz Anselmo).

No que foi revelado nas falas, percebemos a presença relevante do imaginário social vincado pelas experiências pessoais e familiares, constituindo-se em força alavancadora de conteúdo, possivelmente conducentes ao delineamento da representação social tanto sobre envelhecimento quanto sobre morte.

Outro aspecto que pode ser destacado diz respeito à carga dos afetos impressa nas falas em suas várias dimensões, a exemplo do sofrimento e dor, causados pelas perdas de entes queridos, mas também pelo acolhimento, carinho, apoio e referências de vida relativa aos avós no curso da vida. Inferimos, assim, que a ancoragem ao envelhecimento e morte é bastante afetiva e o conhecimento que neles se pauta é de maior pujança, uma vez que o vínculo afetivo é mais sólido do que aqueles adquiridos pela via da razão.

A importância dos afetos no cerne do imaginário social reside na sua condição de móvel de crenças, sentimentos e lembranças, sugestionando a interpretação de um dado cenário, que orienta a ação não decorrente de análises arrazoadas, mas resultante de atitudes cognitivamente coerentes com a combinação dos vários afetos (Arruda, 2018a).

Na condição de saber, o imaginário social se caracteriza por uma construção coletiva que se ocupa do inexplicável, em razão da complexidade de sua natureza e da sua extraordinariedade, ou ainda pelo resgate de extremas abstrações recorrentes à sua substância original e memorável. No entanto, é um saber dotado da operacionalidade, permitindo o controle do que está ao redor, se expressando pela via simbólica. Essa referência estabelece parâmetros imaginários os quais guiam os comportamentos à convivência social (Arruda, 2018a).

Seguimos assim a rota orientadora à elucidação da representação social, realizando a análise das falas que salientaram conteúdos sobre o envelhecer e morrer, nas quais está mantida a presença do imaginário social enquanto produção de ideias acumuladas e socialmente compartilhadas, susceptíveis de transformações com o passar das épocas, mas sem alijar o alicerce histórico e de afetos às suas construções.

Produziram-se assim os sentidos resultantes das vivências, visto que o grupo de docentes revela, através das suas falas, o cadenciamento das ideias que foram alicerçadas nas relações interpessoais sobretudo com o grupo familiar, mas resultantes também de demais interações e olhares sociais.

A produção de sentidos privilegia o aspecto interacional, visto que possibilita a acomodação e o manejo das relações as quais situam os indivíduos e as coisas para o enfrentamento do mundo concreto, pautadas em um conhecimento operativo. Essa modalidade de conhecimento não se limita à filiação a uma determinada episteme, nem à mera organização de informações, mas pressupõe a tomada de posição do indivíduo frente a esses elementos e aos outros indivíduos, partindo da premissa da conexão de três parâmetros (Spink; Gimenes, 1994).

O primeiro diz respeito à ativação cognitiva, mediatizada pela combinação entre as conjunturas social e cultural, promovendo a interação entre dois diferentes tempos: o histórico, aquele organizado a partir de conteúdos imaginários procedentes de composições discursivas de períodos distintos, e o vivido, no qual se imprimem composições discursivas oriundas de duas relevantes socializações: a familiar e a escolar, permitindo assim o trânsito por várias explicações, articuladas às práticas discursivas (Spink; Gimenes, 1994).

O segundo parâmetro de posicionamento diz respeito à produção de sentidos. Ele está pautado na dinâmica que articula as consciências individuais e seus modos singulares de enxergar o mundo, estabelecendo relações e, no seio delas, o sentimento de pertencimento. Essa dinâmica de funcionamento com base na intersubjetividade abre espaço a possibilidade de cisão entre o já estabelecido e o que se cria, permitindo a reelaboração de sentidos (Spink; Gimenes, 1994).

O último parâmetro de posicionamento à produção de sentidos se vincula à coerência do lugar da consciência do sujeito, como construtor e detentor de uma história própria, conectando acontecimentos de considerável interesse e relevância em um dado tempo passado, os quais podem influenciar no futuro, ou seja, em narrativas capazes de conectar esses tempos, com possibilidade de gerar ressignificação em ocorrências na sua história (Spink; Gimenes, 1994).

5.1.4 A objetivação morte

A objetivação da morte ocorre em meio a rumores, sentimentos e emoções majoritariamente pouco agradáveis, como se evidencia nos excertos dos discursos de participantes da pesquisa apresentados na sequência. É também uma temática sensível, com uma carga emocional bastante presente. Quando perguntamos sobre as ideias relativas ao assunto, estiveram presentes, a exemplo do tema envelhecimento, as histórias e experiências familiares e pessoais, sobretudo vinculadas às perdas, ao medo, ao tabu e à própria velhice, que são concebidos como a objetivação da morte, conforme destacado nas falas das/dos participantes a seguir:

[..] quando existe **a partida** a gente se sente perdido e sofre muito [...] porque a gente não é ensinado, isso não é trabalhado, e aí isso faz com que o sofrimento fique muito potencializado, porque é como se a gente **não tivesse mais o laço** [...] (Profa. codinome Jailca)

[...] quando ela chega mais próxima da família, por exemplo mamãe, teve um risco de morte muito grande [...] eu tive muito medo de perdê-la, foi assim o primeiro sentimento que eu tive do medo da perda, foi com mamãe (Profa. codinome Mércia).

A morte sempre foi vista por mim como um obstáculo, uma barreira muito grande a ser enfrentada, [...] ela faz parte realmente do ciclo da vida, que **as perdas são necessárias** pra que a gente consiga evoluir, principalmente no pensamento. [...] Coisa difícil! (silêncio); a morte eu vejo um rio, agora me veio assim na cabeça como um rio, **uma passagem** (Prof. codinome Sebastião).

que chega um momento que Deus chama, digamos assim, chegou a **hora da partida**[...] (Madre codinome Marisa).

O assunto morte é pouco agradável aos diálogos entre as pessoas, apesar da imutabilidade dessa verdade, em razão das funções biológicas de todos os seres vivos serem absolutamente degradáveis e finas, em um ciclo contínuo marcado por mortes e nascimentos que garantem a perpetuação das espécies. As ciências humanas trilham caminhos diversificados quando a discussão envolve o assunto morte, em razão de se tratar de um conteúdo sensível desde períodos remotos da humanidade, a qual reverencia seus mortos em rituais funerários.

Nos primórdios, a morte se apresentou como imagens ou como metáforas da vida, não como uma ideia. Nas denominações primitivas, a morte era comparada a uma viagem,

adormecimento, doença, malefício e até nascimento, ou a um amálgama que finalmente representava esse conjunto de vocábulos (Morin, 1970).

No período da pré-história, existe um triplo dado de consciência relativa à morte que trabalha em interação íntima, sendo a primeira a consciência da realidade do fato concreto, seguida pela consciência do trauma provocado por ela e, por último, a possibilidade do mito da imortalidade sustentado na fé. Trata-se de uma simbiose perturbadora, que sempre acompanhou a humanidade, principalmente no que diz respeito à consciência da realidade da morte, que dissocia a ideia da possibilidade de imortalidade e vice-versa, atravessada pelo trauma cravejado de tristeza e desvanecimento pela vida, mas que torna a se vivificar pela crença na perenidade da vida, dissolvendo assim o trauma (Morin, 1970).

Apesar de se conformar em preceitos arcaicos, pelo que destacou o autor mencionado, é possível encontrá-los quase que intocados nos discursos atuais proferidos pelos participantes da pesquisa, inclusive mantendo alguns vocábulos semelhantes aos primitivos, como é o caso de viagem. Eles destacam a certeza de que nenhum vivente é imune à morte como uma verdade líquida e certa. Referindo-se à consciência da realidade em si, os/as participantes mencionam com muita frequência o desconforto carregado por essa certeza, o medo atávico da perda, a pouca disposição para se defrontar com fenômeno, mas toda uma crença mantida na eternidade da vida, sustentada pelas várias correntes religiosas e/ou espirituais que pregam a mesma ideia. Podemos, assim, inferir que se trata de uma condição ontológica da pessoa humana.

Em outros discursos, podemos observar a objetivação vinculada à insuportável flexão do verbo perder:

[...] e a morte foi sempre algo muito difícil, culturalmente pra gente aqui, ocidental, a gente enfrenta o processo de morte como algo muito doloroso [...] mas eu acho que é muito difícil, eu processar isso! a perda de uma pessoa querida [...] entender a morte como uma partida, e eu acho que isso vai demorar um pouco, pela questão cultural, compreender a morte dessa forma, pra gente sempre vai ser uma perda, num sei, acho que essa pergunta é a mais difícil! (Profa. codinome Gracinha).

[...] ainda é um tabu; então ainda o que é que representa a morte pra mim ainda é muito obscuro, eu ainda não entendo, não evolui pra aquele entendimento da morte como um processo natural da vida, ainda sinto medo, isso ainda me causa muita dor, muito medo [...] (Prof. codinome Paulo Freire).

Então falar sobre o envelhecimento ou sobre a morte não fazia parte, não era um assunto comumente abordado, mesmo porque existiam os tabus mesmo, então não se falava sobre isso, era algo muito excluído (Profa. codinome Olga).

Em relação à morte, eu sempre tive isso muito mal resolvido [...] como também o medo de perder, então eu não sou bem trabalhada em relação à morte, com relação à perda, perda familiar [...] (Profa. codinome Lúcia Brandão).

No sentido pessoal eu percebo muita resistência, muito tabu mesmo [...] eu não vou me envolver, tanto para envelhecimento como para morte [...] e é onde vem a morte se torna um tabu, porque antes era uma libertação da alma, agora é tabu, é o sentido da morte [...] tem que ser de preceitos específicos para você poder se encontrar com Deus, senão você vai para o inferno, vai para um canto ruim! (Prof.º codinome Anselmo).

É! sobre a morte! eu morro de medo! dos outros, de perder pessoas[...] então eu tenho pânico com perder meus pais e perder (nome de pessoa). Pânico mesmo! Me leve primeiro! Eu não vou suportar! Então essa questão da morte é uma coisa que eu não sei lidar. (Prof.º codinome Fábio).

Um dos problemas que envolve o medo da morte não é a morte em si, mas o seu conhecimento. Somente a pessoa humana é sabedora sobre o findar de todas as formas de vida, e por isso a morte se torna um problema. Em uma “comunidade de mortais” (Elias, 2007, p. 9), uma questão relevante à resolubilidade do problema social frente à morte diz respeito às dificuldades contemporâneas de aproximação das pessoas que se consideram longe da mortalidade com pessoas muito próximas à morte, os moribundos. A sociedade tem apresentado uma determinada incapacidade em lidar emocionalmente com a morte de pessoas próximas, e essa é uma das características do individualismo e autonomia da atualidade que afasta ao máximo possível a ocorrência da morte, contribuindo para o aumento do medo a ela vinculado (Elias, 2001).

A confirmação do triplo dado de consciência relativo à morte é evidente, sendo engendrado desde que a ancestralidade humana está presente de maneira potente nas circunstâncias atuais, e o imaginário social acompanha os significados envoltos na temática.

O medo é uma condição inata e serve como escudo protetor em inúmeras situações. Entre outras tantas questões singulares, o medievo foi marcado pelo medo cotidiano tanto da morte quanto do inferno e, nesse contexto, as pessoas seguiam os dias mergulhadas em uma profunda e constante tristeza imposta pelas batalhas diárias contra o mal da morte, da ira divina, do pecado e ainda a possibilidade de uma transferência eterna ao inferno (Faria, 2019).

Essa conjuntura foi bem aproveitada pelos cristãos para difundir a devoção a Nossa Senhora da Boa Morte com tábua de salvação para enfrentar a situação estabelecida. Como um país europeu, Portugal segue a mesma orientação, e quando os colonizadores chegaram ao Brasil, a mesma devoção é apregoada e assimilada pelos afrodescendentes escravizados, que

vivenciaram o afã ao seu modo, já instalando o sincretismo religioso radicular e potente no país (Faria, 2019).

Mais uma vez, o imaginário social reaparece nas crenças que possuem raízes profundas e seculares, reverberando fortemente nas elaborações atuais sobre o que podemos inferir como objetivação da morte através do medo da perda, tangenciada pelo tabu como assunto proibido apoiado no mesmo temor, e sagrado pelo alicerce de religiosidade principalmente. Um questionamento instigante, diz respeito ao como preparar profissionais na área da saúde, que diariamente têm intensidade de contato com a concretude da morte, como um assunto delicado, envolto no aporte de ideias concebidas no conhecimento do cotidiano.

A arqueologia de estruturação da imagem da morte é profundamente de natureza social. Um leque amplo de disciplinas vinculadas às ciências humanas se dedica à abordagem da temática sobre o fenômeno da morte. A história se atenta para as mudanças atitudinais no enfrentamento social da morte na perspectiva de assimilação e receptividade ao longo das épocas (Nascimento; Roazzi, 2007).

Enquanto isso, a filosofia se ocupa da observação ampliada dos sistemas culturais e as influências exercidas por cada sistema às respostas elaboradas pela autoconsciência humana sobre o fenômeno da morte (Nascimento; Roazzi, 2007).

Em seus lugares, a sociologia e a antropologia discorrem a respeito de como as identidades individuais estabelecem relações com os processos expandidos no seio social, inclusive o delineamento das maneiras humanas de confrontar a morte, praticadas desde os povos ancestrais, que pela mediatização de métodos comparativos, abrem possibilidades da compreensão de similitudes existentes desde esses períodos remotos em rituais funerários e processos de lutos, originando marcos teóricos viabilizadores das suas interpretações. A psicologia se atém ao estudo das dinâmicas internas individuais relativas à morte (Nascimento; Roazzi, 2007).

Por outro lado, perspectiva da teologia é abrangente e se constitui como uma das principais referências no apoio à humanidade para lidar com a morte, visto suas ponderações protocolares sobre aspectos que incluem desde a pujança do Sagrado conferida pelas religiões, se estendendo à interrelação entre a humanidade e essa força divina, presunção de vida pós-morte e suas correlações com vidas anteriores, arranjo dos rituais funerários e reflexões sobre quesitos peculiares da cultuação vinculada aos ritos (Nascimento; Roazzi, 2007).

As desproporções das reflexões no âmbito das ciências humanas quanto a temática da morte são perceptíveis, ocupando a história e ciências afins o lugar vanguardista em conteúdos de interesse e primazia à abordagem da temática, enquanto outras áreas, como a psicologia,

formalizam movimentos preliminares no sentido de compor um robusto acervo de estudos referentes à compreensão da morte, relegando assim, para a Psicologia da Morte, uma posição marginalizada em relação às demais áreas de estudo da ciência em questão (Nascimento; Roazzi, 2007).

Em termos de sociedade e cultura ocidentais, o mundo antigo carrega o selo da onipresença do Divino, responsável por todos os direcionamentos de atitudes e preocupações humanas. Essa interferências são passíveis de verificação através dos ritos envolvendo ações apaziguadoras oriundas do Divino e dos mitos traduzidos pelas buscas de assimilação das ações divinas operadas no mundo (Nascimento; Roazzi, 2007).

A modernidade modificou o lugar da religião na cultura, afastando-a da linha mestra de interpretação e organização da concretude do mundo, dando lugar à natureza técnica, proveniente da cientificidade e tecnologia como resultados das ações humanas, que por seu turno sinalizaram sua competência criativa nesses quesitos. Nesse momento histórico, ocorre o deslocamento da morte para a velhice, passando a ser vivenciada sob a égide do isolamento, com o suporte do aparato tecnológico e em contexto pouco aconchegante (Nascimento; Roazzi, 2007).

Com relação aos padrões culturais, a contemporaneidade seguiu no rumo de profundas modificações, repercutindo nos movimentos sociais em se tratando da morte, trazendo por um lado intervenções como a sua medicalização, postergando assim o momento do desfecho final, e por outro oportunizando o surgimento de uma nova perspectiva de enfrentamento à morte com melhor equilíbrio no manejo dos saberes técnicos, prioritariamente para pessoas em processo avançado de finitude, por assentir o reconhecimento da condição humana de mortalidade. Sob essa ótica, a mortalidade não deve ser combatida como um inimigo, e sim aceita como integrante da vida (Nascimento; Roazzi, 2007).

A Boa Morte enquanto modelo germinando contemporaneamente exige dos profissionais de saúde altos requisitos técnicos, morais e humanos a lidar com difíceis questões decorrentes da medicina intensiva (eutanásia e distanásia) e dos transplantes derivados da medicina substitutiva (Torres, 2003 *apud* Nascimento; Roazzi, 2007, p. 437).

Algumas concepções atuais gravitam em torno do que pode ser considerado como uma ‘boa morte’ e dizem respeito às possibilidades do emprego dos cuidados paliativos, enquanto uma nova perspectiva de cuidado. Nesse sentido, ocorre a reivindicação de utilização mais equilibrada das estratégias tecnológicas disponíveis no campo da saúde, com o propósito de maximizar o controle da dor e outros sintomas físicos desconfortáveis. Dessa forma, pessoas

que estejam atravessando situações de fim de vida podem reconhecer a morte como uma condição que faz parte do ciclo da vida humana, e não como uma inimiga que deve ser enfrentada e combatida a todo custo (Nascimento; Roazzi, 2007).

A elaboração conceitual sobre cuidado paliativo, como também a sua compreensão, seguiu uma trajetória de alguns anos no âmbito nacional, desde o conceito defendido pela Organização Mundial de Saúde no de 2018. Atualmente, tem-se que o cuidado paliativo é uma abordagem com o propósito de melhorar a qualidade de vida de pessoas em todas as idades e seus familiares, que atravessam situações de doenças ameaçadoras da vida agudas ou crônicas, ou demais situações de saúde com elevado grau de mortalidade, as quais apresentam ou não possibilidade de reversão ou tratamentos curativos (D'Alessandro *et al.*, 2023).

Os cuidados paliativos têm o propósito de prevenir e aliviar sintomas angustiantes, a partir de identificação precoce da situação, avaliação adequada, empregando manejo correto no tratamento da dor e demais problemas, mas observando as dimensões psicossociais e espirituais das pessoas (D'Alessandro *et al.*, 2023).

O estudo realizado por Almeida, Andrade e Souza (2024) com docentes da EPS revelou que a apropriação do conhecimento científico sobre o cuidado paliativo é desacomodado, sem robustez, e conseqüentemente pouco abordado na formação de profissionais de nível médio na realidade estudada. Configura-se em conceito pouco conhecido e, por essa razão, se apresenta confuso, apesar de contar inclusive com política pública anunciada desde maio de 2024 (Brasil, 2024).

Outro achado no mesmo estudo é a ausência de representação do grupo de docentes em questão sobre o assunto. É um saber abrigado no âmbito do fenômeno coletivo, com a recorrência do imaginário social, compreendido prioritariamente como uma modalidade de assistência em saúde destinada para pessoas acometidas por doenças oncológicas graves em estágios avançados e com morte iminente, razão pela qual torna-se uma assistência pouco facilitada e de muita demanda emocional, por fazer frente a situações de muito sofrimento que envolvem o fim da vida com implicações éticas relevantes (Almeida; Andrade; Souza, 2024).

O contingente de trabalhadores atuantes na área da saúde integra um corpo de profissionais bastante suscetíveis a agravos de saúde de caráter somatopsicológicos, em razão da natureza insalubre de seus ambientes de trabalho, com rotinas exaustivas e atividades repetitivas, além da intensidade de contato estreita com dores humanas - não somente em seu aspecto físico - e à morte, sendo escassos os trabalhos que abordam a psicologia da morte junto a esses profissionais, mais ainda quando se trata das regiões Norte e Nordeste do país (Nascimento; Roazzi, 2007).

Os mesmos autores desenvolveram pesquisa com equipes multiprofissionais em saúde, nas cidades de Recife e Natal, objetivando aproximar-se da representação social elaborada pelo grupo profissional, sua interface com a religiosidade, e como esse quesito influencia em suas significações. O estudo constatou que as imagens mentais encontram abrigo na dimensão simbólico-conceitual do fenômeno, com abundância de imagens diversificadas, caracterizando a polifasia cognitiva, e constatando que as representações sociais sobre a temática se encontram em zona de discursos de natureza heterogênea, mas que apesar disso se correlacionam, compondo uma bricolagem (Nascimento; Roazzi, 2007).

A análise categorial da pesquisa elencou 12 categorias para descrever os significados relativos à morte pelas equipes multiprofissionais, quais sejam: **fim**, relacionado à finalização da vida em todas as suas esferas; **passagem** para uma outra dimensão, na qual sobrevive a alma/mente; **mistério**, relativo ao completo desconhecimento das ocorrências do pós-morte; **perda**, relativa ao próprio corpo e aos vínculos que ocorrem na vida terrena com outras pessoas; **sono**, associado ao descanso, paz, bem-aventurança; **corte**, vinculado a uma experiência arrebatadora, evento inevitável que ocorre de forma contundente; **retorno**, que se relaciona ao regresso às origens; **experiência macabra**, como um fato aterrorizante, amedrontador, gerador de tensões internas e terror (Nascimento; Roazzi, 2007).

As categorias continuam: **experiência natural**, como a ocorrência de um processo que se dá em meio aos demais da natureza humana, se constituindo em um evento de ordem natural; **experiência abstrata**, sinalizando um evento que não alcança definição, conceituação ou representação; **experiência triste**, evento caracterizado pelo pesar, causador de entristecimento psicológico no sujeito; e **encontro com a verdade**, como o estatuto do encontro com a intimidade mais profunda da realidade psicológica, encontro com Deus (Nascimento; Roazzi, 2007).

Encontramos muitas similitudes de resultados com o nosso trabalho para as significações de morte que foram apresentadas se concentrando por um lado em torno de uma experiência de grande sofrimento, tristeza e profunda dificuldade com a perda, momento de difícil enfrentamento, com acesso também na interface com a religiosidade como forma de mitigar o sofrimento como uma passagem para um plano superior de espiritualidade, descanso e paz. Por outro lado, as significações para a morte, se pautam no aspecto das técnicas que envolvem os cuidados com o corpo após a morte.

As conversas abertas sobre a morte são sempre relegadas a um último plano, mesmo que seja a única garantia conferida a todas as pessoas. Durante a vida, a busca humana é sempre por incertezas, seja a de um bom emprego, a constituição de família alicerçada em um bom

casamento, a vivência de amores, a concretização de viagens, “ser alguém” na nossa própria vida ou na de alguém, mas sem garantias de sucesso em nenhum desses itens. Esses temores e prejulgamentos exprimem a sua superioridade frente a algum desejo que fica reprimido de libertar-se deles, pela provocação de busca profunda em relação às verdades e aos significados, que não chegam em palavras. Em algum momento, é possível que estejamos na condição de protagonistas ou espectadores da morte, espaço no qual a palavra não se acomoda (Arantes, 2019), como destacado pela autora:

O indizível é a melhor expressão da experiência de vivenciar a morte. Na vida humana, talvez somente a experiência de nascer possa ser tão intensa quanto o processo de morrer. E talvez seja por isso mesmo que tememos tanto tempo. O mais inquietante é que todos nós passaremos por ele ou acompanharemos o processo de alguém que amamos (Arantes, 2019, p. 61).

Mas nem sempre a morte foi um evento interdito. Ao longo das épocas, os ritos adotados pelos humanos na sociedade ocidental se modificaram, e os enfrentamentos também, visto que ganharam novos perfis. Na alta idade média, a morte era vista como um fenômeno natural, tanto pela pessoa que estava em seu leito de morte quanto pelos seus familiares (Ariés, 2012).

O envelhecimento e a morte se entrelaçam, o que é esperado em razão da velhice ser a última etapa da existência terrena, e não se escapa da fortaleza da velhice quando se trata de morte. Na verdade, são como duas irmãs siamesas que não tem como ser separadas.

A vida segue o curso dos ciclos dela própria, sendo o último deles a velhice, que se acompanha inexoravelmente da morte, concentrando peculiaridades que exigem cuidados multifacetados, a exemplo de modificações biológicas, emocionais, psicológicas ou na esfera de relacionamentos familiares, com possibilidades de inversão de papéis, além de prováveis mudanças no arcabouço econômico-financeiro e outros. Seguem os discursos das/dos participantes que atrelam o envelhecimento à morte:

[...] sobre o morrer, sobre o envelhecer, porque apesar da gente ter na nossa consciência que só deveria morrer quem já envelheceu [...] e era tipo uma quebra porque tinha-se a concepção do idoso que vai falecer (Prof.º codinome Sebastião).

[...] Ah! é um idoso, está no fim mesmo! [...] eu procuro entender **depois de envelhecer, morrer**, então a morte, é meio difícil eu separar ela desse processo porque ela vai acabar acontecendo [...] a gente tá falando do morrer, mas existe a morte, a gente tá falando da questão do envelhecimento, o processo de morte dentro do envelhecimento [...] (Prof. codinome Cortella).

[...] eu tenho essa definição de envelhecimento, eu acho que é uma fase difícil, uma fase que você está entrando, aceitando que vai chegar o momento da passagem, e aí é um momento de reflexão que você está esperando chegar o momento da passagem [...] (Prof.a codinome Lúcia Brandão).

[...] então talvez isso acolhia muito essa sensação de mortalidade, porque a morte era entendida como uma passagem para outra vida, que inclusive eles compreendem como sendo melhor, então eu acho que a religiosidade e a fé que os idosos da minha família tinham, deixava isso mais sossegado [...] (Prof.^a codinome Fátima Silveira).

Não há como negar o fato de que o envelhecimento está na anteguarda da morte, mas algumas considerações são bem-vindas a título de discussão. Morin (1970) realiza uma excelente reflexão sobre o que denomina de “motor do envelhecimento” e destaca inicialmente que quem conhece a velhice é conhecedor da morte. O autor aponta questões de cunho biológico, a exemplo do declínio do sistema hormonal como um grande desencadeador do processo.

Outra questão na esfera biológica é relativa às células mais simples e, por esse motivo, mais “vivazes”, que passam a expoliar aquelas mais “nobres” e especializadas, desencadeando um processo perene de autointoxicação, que irremediavelmente conduz à decadência e posterior morte (Morin, 1970).

Essas e outras disfunções são responsáveis por provocar um desgaste geral, que retroalimenta outras disfunções, gerando um ciclo que ao mesmo tempo é normal e patológico, tratando-se então de uma desorganização programada em três esferas. A primeira está relacionada às questões sociais na condução dos possíveis estilos de vida, com hábitos que podem ser ou não saudáveis, atrelados a condições históricas, culturais, econômicas, atenção do poder público entre outras, muitas são as implicações residentes nessa esfera. Um segundo aspecto diz respeito à consideração da velhice como um desarranjo sistemático e não como um desgaste lento, e nessa ótica recebe a consideração de um evento patológico que paradoxalmente é normal, por isso tem um caráter duplo. Por fim, a velhice é a grande mediadora do ofício da morte (Morin, 1970).

Na ótica de Elias (2001) as vivências da primeira infância também podem exercer influências sobre as formas de enfrentamento relativas aos medos e às angústias provocadas pela consciência da própria morte na vida adulta. Algumas pessoas enfrentam o fato com sensatez, outras não são capazes de expressar o pavor sentido permanentemente, que por vezes se espelha no medo de fazer viagens aéreas e/ou estar em áreas livres. Uma outra maneira muito singular de enfrentar as angústias geradas durante a infância perante a morte é julgar-se um ser dotado de imortalidade, e esse julgamento as mantém afastadas de pessoas moribundas, em

razão das últimas abalar suas crenças de imortais. O autor discorre com maestria sobre as necessidades humanas de acreditar na imortalidade:

O amor de si sussurra que elas são imortais: o contato muito próximo com moribundos ameaça o sonho acalentado. Por trás da necessidade opressiva de acreditar em nossa própria imortalidade, negando assim o conhecimento prévio de nossa morte, estão fortes sentimentos de culpa recalcados, talvez ligados a desejos de morte em relação ao pai, à mãe e aos irmãos, com temor de desejos análogos da parte deles. Nesse caso, a única fuga possível da culpa angústia em torno do desejo de morte (especialmente quando dirigido a membros da família) e da ideia da vingança deles (o medo da punição por nossa culpa) é uma crença particularmente forte em nossa própria imortalidade, ainda que possamos estar parcialmente cientes da fragilidade dessa crença (Elias, 2001, p. 17).

A incapacidade de aproximação com pessoas idosas e muito próximas da morte para oferta-lhes o apoio imprescindível e necessário no enfrentamento dos seus últimos dias de vida se conforma em uma relevante problemática da atualidade, que se desenha em razão da morte do outro trazer à consciência a morte de si próprio, e a proximidade com moribundos enfraquece barreiras psicológicas ilusórias as quais as pessoas erguem como arrimos protetores para o confronto com a própria morte (Elias, 2001).

Wachelke *et al.* (2008) realizaram estudo com jovens e adultos não-idosos sobre os princípios organizadores da representação social sobre envelhecimento, no qual houve o recrutamento espontâneo em comunidades da internet (e que por essa razão não foi representativa da população brasileira). A pesquisa apontou a representação social sobre envelhecimento pautada na oposição entre perdas e ganhos.

No polo das perdas, a representação social se revela nas ideias de enfraquecimento, aparecimento de doenças e traços senis, discriminação social e proximidade da morte. No polo relativo aos ganhos, se revela o reconhecimento de um período da vida no qual ocorre um maior acervo de conhecimentos e experiência de vida, conferindo respeito à pessoa idosa. É uma fase asseverada como de maior tranquilidade, possibilidade de maior repouso e outras oportunidades de lazer (Wachelke *et al.*, 2008).

Quando os grupos geracionais de jovens e adultos não-idosos foram distinguidos, as suas respostas transitaram entre uma visão muito rotulada, pelos mais jovens, de que pessoas envelhecidas precisam se adaptar às perdas decorrentes do enfraquecimento consequente ao processo natural do envelhecimento, e se mostraram distanciados das concepções relativas ao assunto, em razão do medo da aproximação da velhice, assinalada por relevante negativismo. O grupo de adultos não-idosos apresentou maior proximidade com a questão pela percepção do

envelhecimento e velhice se apresentarem como fatos vinculados à rotina, e por isso mais facilmente aceitos (Wachelke *et al.*, 2008).

Com relação ao gênero, as impressões masculinas apresentaram certa apreensão com relação ao envelhecimento e atrelam o fato aos seus aspectos degenerativos e perda da vitalidade consequente à passagem dos anos. As impressões femininas enfatizam os aspectos afetivos e demonstram-se desconfortáveis com a perda da juventude do corpo (Wachelke *et al.*, 2008).

No entanto, tanto envelhecimento como morte são evidentemente fenômenos ordinários e integrantes da vida, não admitindo excepcionalidades. Percebemos que é uma ideia que gravita nas falas do corpo docente entrevistado e, apesar dos conflitos evidenciados, é um entendimento presente, até pela impossibilidade de não admitir essa verdade, apesar do olhar torto, de ser olhada de ‘lado’, e não enfrentada como vento frontal.

O envelhecimento e a morte não são bons capítulos a serem experimentados em nosso país. Em pesquisa realizada em 2010 publicada no *site* da revista inglesa *The Economist*, o Brasil estava em terceiro lugar do *ranking* dos países com pior qualidade de morte. É um país que, de longe, está na retaguarda quando se trata de patamares de envelhecimento e de morte alcançados por países desenvolvidos. É uma condição enraizada na colonização, quando os colonizadores e os imigrantes que chegaram junto aos colonizadores, vindo como fugitivos de guerras, fome, miséria e perseguições, os quais vislumbraram o território descoberto com olhos de muita esperança para um novo lugar, com novas oportunidades, motivados pela possibilidade de uma vida melhor com expectativa de bons acontecimentos, afastando sofrimentos, incluindo nesse rol a morte (Arantes, 2021). Como enfatiza a autora:

Envelhecer e morrer não fazem parte da lista de melhores experiências que podemos viver em nosso país. Em 2020, a revista inglesa *The Economist* citou o Brasil como o terceiro pior país do mundo em qualidade de morte, à frente apenas de Uganda e da Índia. A pesquisa foi refeita em 2015, englobando mais países - 83 ao todo -, e dessa vez o Brasil ficou na 42ª posição; a novidade foi que Uganda passou à nossa frente (Arantes, 2021, p. 21).

As representações sociais sobre velhice e seu vínculo com declínio e morte pesquisadas na literatura e em repercussões midiáticas (ocorridas em razão de eventos como o lançamento da produção cinematográfica *Amour*, que aborda os desafios de um casal que envelhece um na companhia do outro, atravessando todas as dificuldades e agruras da velhice e morte, e reações midiáticas à notícia veiculada pela imprensa televisa e escrita sobre a morte por suicídio de um

artista idoso e famoso nacionalmente) revelaram uma combinação conflituoso entre velhice, declínio e morte, por vezes rebatida e, no seu oposto, validada (Dias; Paúl; Watanabe, 2014).

Nos deteremos aqui em apresentar os resultados referentes ao encontrado na literatura estudada, em razão da maior aproximação com o nosso estudo, e por percebermos que os demais resultados quanto ao lançamento da produção cinematográfica e à exposição pela mídia televisiva e escrita da morte do artista se constituem em reproduções afinadas ao identificado na base literária.

Para compor a pesquisa, os vários autores estudados apresentaram a compreensão e representação da velhice acontecendo diversamente. Eles variam entre ideias que transitam em níveis de entendimento os quais observam os importantes e inegáveis aspectos biológicos que permeiam o envelhecimento, mas incluindo a biografia de quem envelhece, devendo ser levada em consideração às ações individuais e/ou coletivas a pessoas idosas (Dias; Paúl; Watanabe, 2014).

Ocorre também o entendimento de que certamente o envelhecimento é uma ocorrência biológica, mas que não deve ser reduzida a esse patamar, ignorando aspectos de ordem psicológica, social e cultural, furtando-se assim à análise de sua complexidade pela sua composição de universo amplo. Em outro olhar, realizam a análise da passagem da “velhice” à “terceira idade” (aspas do autor), apontando a importância da abertura de espaços que admitem culturalmente vivências heterogêneas e diversas na travessia da última etapa da vida, considerando as possibilidades de agitação/quietude, atividade/inatividade, disposição/descanso, não apoiando a existência uma postura de unilateralidade para a etapa vivenciada (Dias; Paúl; Watanabe, 2014).

Os levantamentos bibliográficos realizados por vários autores apresentaram resultados organizando a ideia do envelhecimento com vinculação a aspectos de negatividade da velhice, a exemplo de passividade, isolamento e agressividade, sinônimo de declínio e morte. Alguns outros aspectos dizem respeito à situação econômica e financeira, às regionalidades, e a religiosidade. Nas culturas ocidentais a história da velhice se representa socialmente à margem na cotidianidade, associando com frequência velhice como decadência e morte (Dias; Paúl; Watanabe, 2014).

A identidade estigmatizada do idoso, impressa socialmente, determina a rejeição da própria identidade, não se reconhecendo como pessoa velha e implicando na criação de uma subjetividade negadora desse estigma como uma rota de fuga para construir uma outra forma de ser velho, embora não se definindo na contraposição como pessoa jovem. No entanto, a imagem identitária rotulada negativamente para o envelhecimento e velhice é responsável

socialmente por caracterizar a última etapa da vida como um período de perdas (Dias; Paúl; Watanabe, 2014).

Os estudos selecionados para embasar a pesquisa estiveram numa condição de muito alinhamento aos nossos resultados, o que nos deixa, por uma lado, em uma situação de confiança de que percorremos um caminho adequado, e por outro de preocupação redobrada, no sentido da formação profissional para atender o estrato populacional de pessoas idosas.

Entendemos que se trata de uma representação social para a velhice enraizada profundamente no seio social, o que demandará um trabalho dantesco e conflituoso aos profissionais, visto serem integrantes e fruto dessa mesma sociedade, caracterizando novamente processo e produto da RS.

Para além disso, o desenho da realidade brasileira não suscita esperanças, visto que envelheceu pobre e cravejada de iniquidades sociais, com o agravante da parcela de profissionais que assistem à saúde, enfrentadora da transição demográfica, ser formada principalmente no modelo curativista, que foca na doença, estando, digamos, menos habilitada a manejar a desorganização programada do envelhecimento e da morte.

5.2 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE ENVELHECIMENTO E MORTE: UMA COMPREENSÃO A PARTIR DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dado o relevante conflito inscrito no objeto de estudos, em razão de todas as questões envolvidas no curso da vida encontrarem lugar no cruzamento (*carrefour*) entre a esfera individual e a coletiva, definimos a TRS como principal aporte teórico para refletirmos sobre a temática eleita. Isso foi feito por sabermos se tratar de um objeto que incomoda indivíduos e sociedade na condição de assunto interdito, então o canal acadêmico foi o possível para abordá-lo, visto ser um espaço que não deve se furtar às discussões de conteúdos pouco fáceis de serem ponderados.

Assim, esta subseção se propõe a apresentar e discutir a representação social desvelada sobre envelhecimento e morte construída pelos docentes participantes desta pesquisa para, na sequência, apresentar suas repercussões no preparo de profissionais técnicos em saúde.

Embora tenha se constituído em um estudo delicado e construído aos soluços, não negamos que foi um tempo de formidáveis despertares e descobertas. Conversas difíceis não são as mais apazíveis em qualquer espaço social, o que se aplica também às pesquisas. Por isso, a necessária dose de sutileza utilizada no seu cinzel a tornou instigante, desafiadora e muito elucidativa em vários aspectos.

Enveredar pelos caminhos das representações sociais exige ampliação das lentes para fundamentações elaboradas nos percursos históricos, sociais e culturais das pessoas, no entanto, quem se arvora a pesquisar à luz do citado referencial teórico se espelha em muitos dos aspectos elucidados, visto ser ator inserido no mesmo cenário da temporalidade histórica, social e cultural no qual se desenvolveu a pesquisa. É como dormir ao pé de um vulcão.

A representação social de que tratamos na pesquisa se trata de uma representação construída em longa data, com compreensão e comunicação de saberes que transitam no seio social por longo período, no formato de conceitos significativos bastante arraigados, legitimados e disseminados. Em razão desses posicionamentos bem sedimentados, as concepções encontradas ainda não sinalizam maiores transformações, mas recebem tensionamentos provocados pelas mudanças na atual conjuntura social de transição demográfica.

O novo desenho alavanca reflexões, suscitando a apropriação de concepções atualizadas conducentes ao manejo do panorama de envelhecimento populacional e consequente proximidade da morte, em particular por profissionais técnicos atuantes na área da saúde, pela intensidade de contato desses profissionais em seus atuais e/ou futuros postos de trabalho com a referida conjuntura de transição demográfica, visto ser esta uma situação nova enfrentada globalmente pelas sociedades.

Essas atualizações de saberes e práticas implicam em movimentos a serem realizados no contexto educacional como força motriz que direciona a um novo patamar, suscitando necessidades de aperfeiçoamento de capacidades, saberes, habilidades, hábitos e comportamentos pelo corpo docente.

A conjuntura orienta a dinâmica que provocará modificações nas relações e atitudes que conduzirão à futuras ressignificações da RS ora desvelada. Esse deverá ser um movimento lento, por implicar em mudanças de atitudes e comportamentos muito enraizados socialmente e que orientam ações relativas à oferta de cuidados direcionados a um estrato populacional considerado dessemelhante nas relações interpessoais. Em razão dessa ressonância constituída no seio social, ocorre a sua reprodução no âmbito educacional, remetendo-se ao envelhecimento principalmente no seu aspecto biológico determinante de desgaste físico e consequente surgimento de doenças crônicas e degenerativas resultantes desse declínio.

Inferimos que não há como prescindir dessa constatação, no entanto a ela se faz necessária a agregação de outras dimensões que envolvem o envelhecimento, principalmente a reflexão do seu estatuto cultural, que teoricamente pode ser vislumbrado como um bom começo para a mudança necessária quanto ao enfrentamento da conjuntura, visto que se avizinha um

cenário no qual velhos cuidam de outros velhos, ou de não cuidado efetivo, por não se dispor mais de quem cuide.

As dinâmicas familiares, cada vez mais modificadas, envolvendo decisões por menos filhos ou nenhum, mulheres inseridas no mercado de trabalho remunerado e outras questões perfilam uma sociedade com menor possibilidade de disponibilidade de quem cuide de um outro alguém, visto que o verbo cuidar é flexionado, primordialmente, no gênero gramatical feminino.

Nesse quesito, existem sinalizações quanto a um fenômeno emergente que se desenha no horizonte denominado de crise¹⁵ do cuidado. Essa nova pauta, presumivelmente, poderá funcionar como um dos móveis catalisadores da ressignificação da atual representação social sobre o envelhecimento e morte.

Possivelmente, outras concepções de cuidado e também de corpo careçam de revisão, e até de ressignificação com o propósito de ultrapassar a barreira de corpo como a organização de vários sistemas que se articulam mecanicamente, e cuidado como forma de reparação dessa “engrenagem”, concepções nas quais são forjados os profissionais de saúde em todos os níveis de formação, mas de maneira muito marcada para profissionais em nível médio, visto que são os responsáveis pelas ações diretas de cuidado à pessoas doentes, ou em outras situações que exija atenção ao corpo físico.

Em uma outra perspectiva, a concepção de corpo aponta para um sujeito de conhecimento arraigado em um corpo, como um lugar de apropriação do mundo, que reúne e

¹⁵ A crise do cuidado apresenta dois aspectos importantes, sendo o primeiro deles relativo ao marcador de sexo, visto que as estatísticas permanecem apontando que as pessoas do sexo feminino continuam com expectativa de vida superior à das pessoas do sexo masculino. O outro diz respeito à questão de gênero, visto que as ações de cuidado se vinculam prioritariamente e historicamente ao gênero feminino. A temática do envelhecimento populacional se conforma em um quadro majoritariamente feminino e, associada a essa condição, vivemos a conjuntura da decrescente taxa de natalidade e inserção maior das mulheres no mercado de trabalho, ou seja, as cuidadoras históricas estão parindo menos, trabalhando fora do ninho do cuidado e envelhecendo. O número de pessoas idosas cresce à galope e o poder estatal não assume essa responsabilidade, e mesmo a repassa aos filhos e/ou familiares, mas quem cuida no seio familiar é a mulher, sendo essa é uma equação que segue no rumo da insustentabilidade. As práticas do cuidar recebem formas diferentes de significação. Enxergado como uma obrigação, o cuidado recebe contornos do trabalho invisibilizado e naturalizado, por se converter em papel social gratuito, não remunerado ou pago com amor, e esse tipo de trabalho invisível é carregado nos ombros femininos, seja no papel das esposas, filhas, sobrinhas, netas e avós, que podem acumular a jornada de trabalho profissional e de trabalho domiciliar de cuidado. Uma outra significação de cuidado está atrelada à profissões de cuidado exercidas em sua grande parcela pelo gênero feminino, desde profissionais ligadas à área da saúde até as categorias recentes de cuidadoras domiciliares e instituições de longa permanência para idosos, cuidadoras infantis e as tradicionais trabalhadoras/empregadas domésticas, traço muito marcante na América do sul, onde a função exercida principalmente por mulheres negras. Como última significação para o cuidar, encontramos a modalidade de ajuda quando, aos encargos de cuidado do próprio domicílio, se agrega o cuidado às crianças provenientes de famílias vizinhas, assumido principalmente por mulheres negras principalmente ou amigas, assumido por mulheres, em sua maioria, brancas (Guimarães, 2024).

acolhe vivências significativas, habitante de um espaço e tempo, que se realiza a partir de um complexo interrelacionado e interdependente orientado ao mundo real ou virtual, representando assim um indivíduo integrado e comprometido com a dinâmica da existência (Charlot, 2000).

Duas perspectivas que apresentam sentidos diferentes para o corpo: a concepção mecanicista, que enxerga o corpo como uma “engrenagem” composta de várias “peças”, e que suporta algum grau de reparação, e a outra que enxerga o corpo como o lugar fisicamente de abrigo de um indivíduo cognoscente, realizador de ações, mas que possuidor de energia vital. Na sua condição de ser cognoscente, integrado por corpo e alma, é abrigo de representações, e por sua condição de dependência de convívio com outros, integra grupos nos quais ocorre a partilha do mundo, berço da elaboração e compartilhamento de representações sociais.

As representações sociais são uma condição vanguardista de pensamento complexo capaz de esclarecer como ocorre a estruturação do pensamento comum, em uma temporalidade marcada pelas concepções científicas como referencial importante à sociedade. As referidas concepções são popularizadas pela via das representações sociais, permitindo seu manejo e utilização na vida prática de todas as pessoas (Andrade, 2022). Elas ocorrem com a mediação comunicacional, quando são compartilhados valores, afetos, religiosidade, atitudes e outros componentes mentais. Apesar de considerado comum ou basilar, é um tipo de pensamento complexo e imprescindível, que forja a compreensão da realidade respaldada pela localização social ocupada pelas pessoas, e o exercício de suas influências (Andrade, 2022).

Assim concebida e reconhecida como pensamento vanguardista, elaborado e compartilhado pela via comunicacional na cotidianidade das relações interpessoais em um mundo orientado pela razão científica, a representação social expressada pelo corpo docente entrevistado é rica em subjetividades individuais e coletivas, alinhadas principalmente pelas concepções engendradas no imaginário social.

O grupo entrevistado agrega o selo da cientificidade característica de profissionais trabalhadores na zona interfacetada entre saúde e educação, que por si só é um universo desafiador, em razão dos atores serem todos sujeitos ativos ensinantes, aprendentes, cuidadores, cuidantes¹⁶, assistidos, expectantes, questionadores.

O desvelado em termos de representação social espontânea que desabrochou sobre envelhecimento e morte se pautou na polifasia cognitiva, em razão da sua “capacidade de ter

¹⁶ Cuidantes são as pessoas que estão atentas aos valores eleitos como relevantes/prioritários e se inquietam com o impacto que as suas ideias possam provocar nas demais. Cuidantes são as pessoas que colocam o bem coletivo acima do particular, ou seja, adotam para si os princípios éticos (Boff, 2004).

várias formas de pensar e representar, inerente a vida mental, como à polissemia à vida da linguagem” (Arruda, 2018d, p. 47).

Essa é uma ocorrência habitual, em se tratando do movimentado processo de elaboração de representações sociais, que no nosso caso ocorreu, por um lado, a partir de atitudes e comportamentos que apresentaram a temática. Esse enfoque acontece, sobretudo, em seus valores negativos evidenciados através de discursos objetivados em ideias de desvanecimento, declínio crescente do corpo e da mente, medo da perda, velamento da temática na formação dos profissionais em saúde de nível médio, conflitos instalados socialmente e a sua consequente reprodução no âmbito educacional.

Em outra perspectiva, esse processo apresentou o vislumbre de algumas outras possibilidades nas quais o envelhecimento é enxergado como um período no qual a vida permanece viável, com possibilidades de novas oportunidades, apesar do reconhecimento das modificações inevitavelmente impostas ao corpo físico, adicionando qualidade alicerçada em uma visão mais ampla que não enfoca basicamente o aparecimento de doenças, mas com perspectivas de bem-estar em suas várias esferas, apesar delas.

Em larga escala, o envelhecimento é enxergado com forte apelo de adoecimento, tempo do aparecimento de limitações e incapacidades por ocasião das doenças crônico-degenerativas e declínio do binômio corpo e mente, solidão, inutilidade, desvalorização e desrespeito, culminando com a morte.

Dito de outra forma, o envelhecimento como sinônimo de velhice é categorizado principalmente em suas classificações negativas e a morte é tida como perda insuportável. Esses são os fatos mais evidenciados, conhecidos e reconhecidos aos olhos do corpo docente participante da pesquisa, e são geradores de distanciamento à temática, podendo em certa medida ser encarado como uma dessemelhança.

Através da participação ativa dos canais de comunicação de massa, ocorre a veiculação de ideias disformes sobre envelhecimento e velhice, no sentido de simbolizá-la como uma imperfeição, que deve ser afastada ao máximo possível da vida das pessoas. A reboque dessa ideia, desenrola-se um processo de preservação da juventude, exaltando a beleza de um corpo supostamente perfeito, desenvolvendo uma cultura de manutenção dessas prerrogativas físicas a qualquer custo, alimentadora de segmentos econômicos lucrativos que crescem em ritmo acelerado (Macedo Filho, 2018). Essa ideia delineia, inclusive, a perspectiva de violência psicológica, como ressaltado pelo autor:

A violência psicológica que alimenta esses interesses econômicos responde não só por um forte e irracional apego à forma exterior, mas, o que é mais grave, pelo medo de envelhecer, desencadeando neuroses e preconceitos, relativamente a tudo que diz respeito ao envelhecimento (Macedo Filho, 2018, p. 100-101).

No entanto, essas condutas são incapazes de afugentar o sentimento de angústia oriundo de intolerâncias referentes à velhice, refletindo a inexistência de forças que possibilitem a superação da superficialidade de entendimentos típico de uma cultura de despreparo social para lidar com os problemas concretos da vida, inclusive a morte, resultante da fragilidade emocional frente à finitude humana (Macedo Filho, 2018).

Teoricamente, o infindo movimento do vir-a-ser deveria ser encarado como um evento natural, sem amedontramentos, visto que a espécie humana é a única entre todas dotada de razão. No entanto, não é o que se observa, sobretudo quando se trata da morte, que mesmo afetando igualmente todas as formas de vida, é um evento que provoca grande incômodo. É um medo paradoxal em relação à racionalidade humana, que por seu turno recebe influências em vários aspectos, especialmente a cultura e religião (Macedo Filho, 2018).

Existe a percepção de que o horizonte aponta algumas novas possibilidades de cuidado de maneira embrionária, mas que já se sabem necessárias, por uma aproximação elementar do envelhecimento como processo contínuo e pela constatação da longevidade como realidade do presente, arrastando assim a necessidade de mudanças para o plantel das sementes que possam conduzir ao envelhecimento bem-sucedido e consequente longevidade de qualidade.

Em se tratando da realidade nacional, esse enfoque é para aquelas pessoas que têm acesso, visto que a prerrogativa do envelhecimento bem-sucedido responsabiliza o indivíduo pela autogestão de sua saúde, que depende prioritariamente de ação educativa desde a tenra idade, políticas públicas, trabalho e renda, enfim de condições de vida as quais possibilitem o cenário do bem envelhecer. Na particularidade nacional, no entanto, a conjuntura é de iniquidades profundas (Macedo Filho, 2018).

Essa conjuntura de acentuadas desigualdades sociais que impedem o bem envelhecer é responsável por reforçar a representação social elucidada, em razão de gerar um ciclo vicioso de adoecimentos, limitações e incapacitações nessa etapa da vida, gerando a imagem representacional do desamparo, mas que poderia ser ao menos minimizada em existindo melhores condições de vida para a população menos favorecida, brindada com envelhecimento e morte localizados no polo da desassistência, caracterizando o enraizamento genético social para a temática em questão.

Em um outro horizonte, se destaca o esforço extenuante para aprender a saber deixar morrer. Essa questão é reveladora do outro polo, no qual mortes são super assistidas no país, quando um esforço dantesco é empreendido por profissionais de saúde para evitar a morte a todo custo (Arantes, 2019).

Os novos olhares lançados sobre essa etapa são novos, inquietantes e conflitantes, responsáveis pelo tensionamento da RS com o imaginário social vinculado ao “**lugar de velho é fundo de rede**”, ou pelo “**quartinho dos fundos**”, traduzindo, por um lado, a imagem da vida à margem, inativa e inútil, desvalorizada, desassistida, com tutela descompromissada, que deve ser mantida à distância do social. Por outro lado, surgem os conceitos que fundamentam o envelhecimento bem-sucedido, com longevidade de qualidade, pouco acessível na realidade nacional, mas é assunto tímido em outras áreas para além da saúde.

A condição de fragilidade das pessoas idosas por vezes já se configura como justificativa para que vivam de forma reclusa, em relação às demais pessoas que ainda não passam por situações de vulnerabilidade. Uma das limitações das sociedades contemporâneas é a reclusão velada, apesar de não intencional, e a redução contínua e lenta dos vínculos relacionais entre as pessoas velhas e/ou moribundas e as mais jovens que elas, testemunhando as dificuldades de identificação com esse universo, que é tacitamente mantido afastado do convívio social estreito (Elias, 2001).

O estudo das RS tem a virtude de reiteradamente desenhar potencialidades negativas e positivas que tomam corpo através da relação simbólica e interpretativa com seus objetos. A pesquisa restitui o caráter de dialogicidade aos processos psíquicos nos contextos circunscritos às ações práticas, reintroduzindo para a análise de fenômenos representativos à ordem cultural e histórica como aspectos imprescindíveis a esses desenhos (Jodelet, 2001).

Este estudo encontra amparo nas considerações da autora, visto que apresentou tais potencialidades a partir da reflexão de uma prática docente atual bastante influenciada pelas camadas dos contextos cultural e histórico presentes na RS sobre envelhecimento e morte, destacando sobremaneira suas potencialidades negativas, como já referido, além dos preceitos científicos embasados no modelo curativista de atenção à saúde, ainda hegemônico na contemporaneidade.

Jodelet (2001) aponta condições determinantes da formação e circulação da RS correspondentes ao seu estatuto epistemológico, apoiadas em três questões orientadoras, as quais carecem de resposta à análise de objetos na perspectiva da TRS, listadas a seguir:

1. Quem sabe e de onde sabe? Respondemos que, neste estudo, são professores da ESUFRN atuantes nos cursos anteriormente mencionados, falando do seu lugar de pessoas cravejadas por suas tradições histórico-culturais, inseridas no ensino profissional em saúde, portanto com lastro científico, com formação inicial e pós-graduações majoritariamente na área da saúde.

2. O que se sabe e como se sabe? No intuito de responder à questão, apresentamos o corpo docente posicionado no entendimento de que envelhecimento e morte, em sua esfera prática e da cotidianidade, se conforma em um processo sofrido, doloroso, confuso e de grandes e profundas perdas, a partir de vivências familiares e de suas próprias. Os docentes enfrentam o conflito de se enxergarem a eles próprios como pessoas que estão envelhecendo, ou com alguma experimentação quanto ao cuidado oferecido a algum familiar que atravessa ou atravessou o final da vida necessitando de apoio familiar, buscando, num horizonte ainda pouco definido, algumas possibilidades de mudanças. Na esfera científica, esses docentes foram forjados no alicerce biologicista, defensor do tratamento com o objetivo principal de curar doenças, que trata a morte como uma falha, insucesso ou a reduz aos seus aspectos técnicos. Em ambas as esferas, é possível a observação de uma temática desconfortável.

3. Sobre o que se sabe e com que efeito? Sabem sobre envelhecimento, principalmente como marcador de negatividade, atravessado por doenças crônico-degenerativas provocadoras de importante declínio físico e cognitivo, carreadores da morte como evento final e insuportável. Sabem também que o horizonte nacional apresenta uma população que envelhece a passos largos e que existe a possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido, mas que necessita de mudanças nos comportamentos e atitudes da sociedade como um todo, e também de um olhar atento por parte do Estado. Sabem que novos saberes precisam se agregar à prática docente, e que as atualizações são bem vindas. Os efeitos provenientes dos saberes atuais são os esperados de reprodução do mesmo modelo aprendido para a formação dos profissionais técnicos em saúde, mantendo a atenção centrada no tratamento de doenças e distanciamento do envelhecimento e da morte como conteúdos pouco abordados nas estruturas curriculares, mas abrindo espaços à reflexão para as novas necessidades impostas pela conjuntura social.

Na perspectiva do regramento científico implicado nas condições determinantes à formação e circulação de representações sociais referendadas, Jodelet (2001) recomenda que as três questões devem ser respondidas para que objetos sociais sejam analisados à luz da TRS. Assim, inferimos que existe lastro e resguardo suficientes para que a análise do objeto de

estudos da presente pesquisa seja realizado à luz da TRS, por termos encontrado respostas que julgamos bem estruturadas e sem evasivas aos questionamentos, o que nos encoraja à defesa da elucidação da representação social sobre a temática eleita com segurança.

Quanto ao enraizamento sociogenético da representação social defendido por Wagner (1998), sinalizamos a presença dos cinco atributos ou critérios externos necessários a esse diagnóstico, quais sejam: **consenso funcional**, **relevância** atribuída à **prática**, **holomorfose** e **afiliação**. Esses atributos encontram lugar no discernimento sobre a representação social desvelada pelo grupo de docentes participantes do estudo, porquanto é defendida, compartilhada e acreditada pelo grupo, mas não se subjugava à sua estrutura mais íntima, em razão da prerrogativa de sua construção social ser muito antiga e, inclusive, pouco modificada ao longo das épocas.

No que diz respeito ao primeiro critério, encontramos a manutenção do **consenso funcional** no grupo entrevistado, pela conscientização dos assuntos pautados serem considerados de difícil abordagem, enxergados como penosos, seja pela duradoura negação enraizada no seio social, atingindo a insuportabilidade como uma referência à morte, seja pela pouca abordagem da temática nos cursos da área da saúde em geral. Apesar das dificuldades, há o reconhecimento da necessidade de os assuntos serem mais bem dissertados com vistas a oportunizar aperfeiçoamento profissional, caracterizando a autorregulação.

O segundo critério de **relevância** atribuída à **prática**, isto é, o fenômeno do envelhecimento e morte referidos nesta pesquisa, foi considerado relevante e a reflexão sobre ele deve ser conducente a mudanças atitudinais e comportamentais, com o propósito de facilitar o enfrentamento da realidade instalada de transição demográfica, anunciante diuturnamente do aumento de pessoas mais velhas e próximas da morte. Embora seja uma temática considerada difícil, é reconhecida como uma condição humana incontestável, não modificável e que será sempre enfrentada na prática profissional de maneira mais ou menos desconfortável.

Ainda com relação à prática profissional destacamos, que esse critério foi muito bem delineado no grupo, com a prática profissional docente seguindo a orientação da mesma formação recebida, pautada no modelo biomédico, que privilegia principalmente a ação do diagnóstico e tratamento das doenças que acometem as pessoas idosas, enfocando o cuidado nas duas perspectivas e evitando aproximações com as impossibilidades de tratamentos que não objetivam a cura. Infere-se que os docentes enxergam a morte como um evento que deve ser evitado de qualquer maneira, mas quando ela ocorre, deve ser manejada principalmente em seus aspectos técnicos. Em seu aspecto prático da vida cotidiana, a imagem representacional é a

mencionada do “lugar de velho é fundo de rede” e do “quartinho dos fundos”, como os espaços físicos reservados ao estrato populacional, em sua maioria.

Em se tratando da **holomorfose**, temos que o conjunto do pensamento constituído anteriormente explicitado na amostra do corpo docente entrevistado se representa em cada participante individualmente, caracterizando assim o princípio.

Por fim, entendemos o critério da **afiliação**, alinhado ao da holomorfose, como elemento de palpabilidade na RS constituída sobre envelhecimento e morte presente univocamente na amostra do grupo entrevistado e em cada um dos seus membros. As dificuldades relatadas quanto ao enfrentamento de ambas as situações reportaram-se frequentemente ao que foi abordado sobre a temática nos padrões estabelecidos tanto no seio social quanto em suas formações. No que se refere à reparação e à informação, podemos apontar a disponibilidade do grupo para refletir sobre as necessidades de mudanças impostas pela conjuntura de transição demográfica enquanto docentes.

Em um outro enfoque, o estudo das representações sociais presume indagar sobre três aspectos em nível cognitivo: o pensamento das pessoas sobre uma determinada coisa, ou coisas, revelador do conteúdo em si da representação; o porquê do pensamento, evidenciando a utilidade do conteúdo representacional; e por fim o aspecto relacionado ao “como” pensam, apontando na direção de quais mecanismos psicossociais estão envolvidos na gênese desse conteúdo (Almeida; Santos, 2011).

Consideramos que, neste estudo, as três indagações encontraram respostas, mas faremos da primeira indagação, a última a ser respondida, em razão do conteúdo representacional ser bastante denso, carecendo de ponderações importantes.

Relativo ao porquê do pensamento na representação social sobre envelhecimento e morte, deduzimos que a relação com a condição ontológica de todos os viventes, assim reconhecida como condição imutável, seja a grande utilidade do conteúdo representacional em questão, visto que a despeito de todo cabedal de sentimentos negativos, em sua maioria, as lutas travadas contra o fenômeno serão todas e sempre inglórias, pela imutabilidade da verdade. A raça humana segue desejante da eterna juventude, negando, sofrendo e não suportando as companhias das temidas irmãs siamesas que possivelmente se farão presentes em algum momento, como parte do ciclo completo da vida. Para a indagação dos mecanismos psicossociais responsáveis pela construção da RS, fica evidente que os contextos históricos, culturais e sociais estão na retaguarda, e na vanguarda da elaboração da RS.

Podemos inferir que o conteúdo da RS está abrigado no lugar da dessemelhança, o que julgamos configurar uma forma de alteridade. Como já referido, o movimento mundial de

transição demográfica é a nova condição social, não o envelhecimento e a morte. Ambos se tratam do que existe de mais arcaico em termos de fenômenos que envolvem a pessoa humana no universo, e por isso a representação social é de longa duração, embora tenha sofrido modificações ao largo das temporalidades, principalmente a partir da ocorrência científica e do modelo biomédico. A essência, em termos gerais, está muito associada à percepção de pessoas envelhecidas como as que despertam pouco interesse, existindo, obviamente, as dissonâncias comuns à RS, como o ganho de sabedoria e a maior capacidade de ponderações adquiridos ao largo do passar dos anos.

Na contemporaneidade, curiosamente ambas as temáticas são refutadas, ficando à margem da sociedade, determinando os posicionamentos de negatividade e afastamento adotados como uma condição evidente, o que expressa a dessemelhança, traduzida no formato da alteridade. Existe algum constrangimento no desvelar da nova realidade, é um olhar torto, na lateralidade, pelas bordas, amedrontado, que não fala diretamente sobre o assunto, ensejando uma comunicação truncada para a temática.

Na base estrutural e institucional das relações sociais, ideologias, práticas materiais e simbólicas de uma sociedade, está o processo comunicacional, implicando na adoção de modelos culturais de comportamento, os quais são reelaborados constantemente a partir do afluxo de ideias e saberes que circulam no meio social. Esse é o processo motivador da dinâmica da interação entre sociedade e indivíduo, responsável pela consolidação e transformação das representações sociais (Jodelet, 2001).

Possivelmente, o ato comunicacional – dificultado pela ‘interdição’ dos assuntos – seja fator contribuinte para que o envelhecimento seja tratado como uma forma de alteridade, entendida aqui como a natureza do que é outro, do que se encontra em relação de dessemelhança.

Nos apoiamos no que considera Jodelet (2015a, p. 34) para alteridade, neste trabalho:

Assim é, a cada vez que uma diferença (seja ela de origem nacional ou étnica, de cor ou raça, ou simplesmente de língua e de costumes de vida) joga o indivíduo na alteridade, aos olhos daqueles que encontram em suas raízes no território ou a cultura razões naturais para permanecer entre si. tanto isso é verdade que existe um parentesco profundo entre todas as situações em que se confrontam grupos diferentes.

Esse parentesco nos leva a indagar se não existem processos comuns na base desses afastamentos, cujos mecanismos estão sempre tensos, por mínimos que sejam os riscos da aproximação; se esses processos também não dependem, tanto quanto de fatores de ordem política, econômica ou social, das representações daquilo que constitui a alteridade.

Temos em conta que, no caso da nossa pesquisa, a diferença em questão para que as pessoas de idade avançada sejam configuradas como dessemelhantes é relativa aos costumes de vida plantados, enraizados e acolhidos na sociedade ou no contexto macrosocial para estas pessoas, quando a imagem representacional desse ‘outro’ diferente é, via de regra, o de uma pessoa fragilizada, adoecida, inútil, isolada, definhada, sem vitalidade e próxima da morte.

Essa percepção condiz com o caráter substancial da cultura projetada às pessoas envelhecidas, que são sujeitas a um regime de vida diferenciado, no qual se articulam fatores de ordem política, econômica e social, principalmente em se tratando de um país com profundas iniquidades sociais.

Neste estudo, não tivemos grupos diferentes, mas olhares que, em alguma medida, foram dissonantes, os quais se alinham aos costumes de vida em suas essências. Acreditamos que esses olhares podem se comparar aos parentescos referidos pela autora, e trazem a ideia do processo comum subjacente, no nosso caso, à forte camada contextual histórica e cultural para a RS desvelada. Segundo a mesma autora, apesar do regramento adotado para acomodar algo/alguém como alteridade ser genérico e impreciso, existem balizas particulares que a caracterizam vinculadas a dinâmica social e psicológica que são mantidas indeclináveis (Jodelet, 2015a).

Outro aspecto que pode ser destacado nessa representação é o da adoção de condutas regulares que dizem respeito a comportamentos condizentes às normas, de modo volitivo, por isso pretendidas e carregadas de afetos, sendo essa combinação responsável pelo entrelaçamento entre a sequência de condutas adotadas pelas pessoas e as representações (Moscovici, 2015b). Podemos inferir que essas regularidades se fazem presentes nos discursos da maioria do corpo docente entrevistado, como já destacado nos excertos das falas que caracterizaram o processo constitutivo das representações sociais. É evidente a presença de um discurso bastante uniforme quanto ao considerado para delinear detalhadamente o envelhecimento e a morte evidenciadas em seus aspectos negativos e de insuportabilidade.

A representação social desvelada nesta pesquisa encontra acomodação na conceituação de *Themata*, por apresentar alguns requisitos compatíveis a ela. A referida conceituação foi apresentada por Moscovici em um momento de maior amadurecimento relativo às representações sociais. É uma proposta que parte da compreensão anterior referente ao laço profundo entre cognição e comunicação, operações mentais e linguagens, as quais são responsáveis por conferir forma concreta aos saberes populares, e sua função de aplicação prática. Esse conceito serve para enriquecer análises por possibilitar abertura aos campos da

história, antropologia e semântica, tanto de ordem teórica quanto metodológica (Moscovici, 2015a).

Os temas ou *themas* se referem aos conteúdos mentais compartilhados pelo vetor comunicacional, sendo tomados como origem daquilo a que alguém se remete como conhecimento ou ideia primária, por mobilizar e esclarecer os estatutos do discurso social, através da legitimação de ideias comuns (Moscovici, 2015a).

Com relação à sociologia e à antropologia, os *themas* ou temas dizem respeito à reiteração selecionada de assuntos originados no âmbito das relações humanas, preservados por longos períodos. Os temas estão atrelados às chances de ações e experiências mútuas que podem ser retomadas à consciência e a ela adicionada, iniciadas no esteio de vivências e ações anteriores (Moscovici, 2015a).

Esses temas aparecem em formato de núcleo, traduzindo uma estrutura temática tornada relevante à consciência, transformando-se em objeto pertencente à realidade, podendo ser assim comparado ao processo de objetivação. Essa é uma prerrogativa básica ao processo de elaboração das representações sociais, com a observação de que nem tudo que é percebido é objetivado. Somente o que se constitui como centralidade no campo da consciência se torna tema para a representação, sendo então objetivado, o que traduz a constituição das realidades socialmente dominantes, sendo as demais dela derivadas (Moscovici, 2015a).

O conceito de *themata* envolve a existência de pares antagônicos, mas complementares, operando como estruturas de forças em zonas de limites pouco definidos e simbólicas da cognição social. Diz respeito a um imaginário social arraigado profundamente em ideias originais e opostas abrigadas em uma zona de luz e sombra, nem sempre bem explicitadas, mas que permeiam o discurso social, informam os debates e orientam os sentidos atribuídos aos acontecimentos, que se tornam objetos sociais. São temas estruturantes que não surgem arbitrariamente ou de um vazio, resultando de longos períodos que envolvem processos históricos e culturais, enraizadas profundamente em questões humanas ancestrais, mas que se refletem na racionalidade moderna (Moscovici, 2015a).

A originalidade desse conceito se abriga no reconhecimento de que as representações sociais se constroem no berço dos temas que oferecem fertilidade em seus terrenos simbólicos, no qual a diversidade de grupos sociais elabora suas visões de mundo e interpreta os fatos a partir delas, as quais, por sua vez, justificam as práticas sociais (Moscovici, 2015a).

No caso da presente pesquisa, a concepção ou ideia primária reside nos opostos e complementares de vida e morte, originada na condição da ancestralidade humana, que ao

nascer inicia simultaneamente o processo de envelhecimento e morte, ideias essas associadas aos valores humanos em sua universalidade.

Conseguimos perceber que o esquema de organização ou referência para os dois assuntos se coaduna ao que foi encontrado como objetivação. Para o envelhecimento, os aspectos de negatividade, e para a morte a perda, como evento nos limites da insuportabilidade. Dessa forma, a focalização léxica das falas apresentadas em palavras estão alinhadas aos significados do que gravitou em torno dos aspectos referidos, expressando significados semelhantes em seu conjunto, alinhados ao que é tomado como regularidade por Moscovici (2015a).

Os temas são carregados de crenças e representações provenientes de discursos proferidos e se propagam ao longo da passagem das épocas pelas pessoas, que elaboraram representações derivadas de outras anteriormente constituídas. Para além das palavras, estão as imagens mentais e ideias pré-concebidas (Moscovici, 2015a). Nas falas do corpo docente entrevistado, estão impressas as ideias que atravessam um longo período da existência humana. O autor da teoria destaca que:

Quando tudo é dito e feito, os temas que atravessam os discursos, ou as práticas sociais, não podem ser simplesmente “deletados”, como se diz no jargão dos computadores, mas somente colocados entre parênteses, deslocados de um momento a outro de diferentes maneiras, mas eles são sempre preservados como fontes constantes de novos sentidos, ou combinações de sentidos, se houver necessidade (Moscovici, 2015a, p. 224).

Essas noções podem ser interpretadas como “loais potenciais de significado como geradores de concepções” (Moscovici, 2025, p. 243), estando abrigadas no imaginário social, reconhecidas na comunicação estabelecida nas relações interpessoais através das razões e justificativas que fornecem suporte à produção de sentidos (Moscovici, 2015a).

Compreendemos que falas como as de que **lugar de velho é fundo de rede** e no **quartinho dos fundos** revelam um lugar de distanciamento de um ‘outro’ que é gerador de algum nível de constrangimento, e por isso deve ser mantido à distância. Essas são formas, objetivamente falando, que manifestam o domínio dos espaços concretos reservados às pessoas envelhecidas, envolvem exercícios de poder (Jodelet, 2015a) de onde se originam as situações-signos oriundas de um mecanismo de semiose social.

Deduzimos pois que o proferido se amolda confortavelmente como uma situação-signo, pela relação explícita entre o objeto (o envelhecimento) através da linguagem utilizada (fundo da rede e quartinho dos fundos) representar (presentificar o que está no pensamento/memória) a realidade do objeto, viabilizada pela concretude material do fundo da rede e do quartinho dos

fundos como um marcador expresso de muitas perdas: lugar social da pessoa agora desprovida de poder (talvez o mais importante), isolada, vulnerável, sozinha, desprotegida, representando, infelizmente, a situação-signo do lugar de distanciamento atribuído à pessoa idosa, ou seja, este ‘signo’ tem a função de um gatilho que referencia um significado .

A semiose diz respeito à possibilidade da criação de signos e complexos de signos, condutores do processo humano de atribuição de significados, ou seja, assinalam sinais perceptíveis ou expressam associações a objetos/coisas capturadas mentalmente através do pensamento, atribuindo-lhes uma interpretação ou explicação. Os signos se originam a partir do fluxo de experiências, podendo, entre outros, se configurarem em signos indexicais, os quais se referem a um índice ou sinal manifesto (Valsiner, 2015).

Inferimos assim que o “fundo da rede” e o “quartinho dos fundos” são agentes causais que refletem o sinal ou o signo claramente manifesto relativo ao envelhecimento e a morte humanas. Por todo este contexto apresentado, não podemos negar a nitidez do desvelamento da representação social sobre a temática em questão, marcada pela identidade da pessoa velha e próxima da morte ser considerada com o olhar da dessemelhança, ou um outro diferente que precisa estar em uma condição de resguardo, sem muita importância ou preocupação quanto à situação de resguardar em boas ou más condições.

Outrossim, julgamos que a situação-signo em questão pode ser enxergada como uma forma de objetivação da RS desvelada, visto que os dois processos constitutivos das RS (ancoragem e objetivação) se associam à sua formação e funcionamento, intermediados por interações e comunicação social, como os dois mecanismos responsáveis por sua emergência e circulação. Nesta pesquisa, consideramos que os dois mecanismos se revelaram claramente, em razão dos enraizamentos dos costumes de vida e das regularidades de comportamentos adotados socialmente frente ao envelhecimento e à morte.

Por um lado, a RS se apresenta em posturas de afastamento e não aceitação, e por outro como uma ocorrência naturalizada do *status quo* que caracteriza esses outros velhos e próximos da morte. A ocorrência da postura da ambivalência ou polarização, que transita entre a negação e a aceitação, traduz o mecanismo psicológico da denegação, no qual as balizas genéricas caracterizadoras da alteridade, quais sejam, a dinâmica social e psicológica (Jodelet, 2015a), se apresentaram indeclinavelmente mantidas, facilitando a recomposição de maneira organizada do conteúdo cognitivo resgatado. Isso, conseqüentemente, serve como guia para a ação quando os conteúdos abordados no ensino se relacionam à temática, não se tratando portanto de uma inferência de ordem prática, mas encontrando alicerce em elaborações cognitivas do senso comum, e com ele se articulando.

O mecanismo psicológico de denegação é traduzido como algo que acomoda a ambiguidade:

Por conseguinte, ele não é desprovido de ambiguidade: radicalizado, pode levar a anular pura e simplesmente, a existência daquele que incomoda, no “é fácil, eu nem vejo mais”, ou na refutação da sua qualidade humana. Mas classificando o outro na ordem do normal, vai acarretar uma atitude de aceitação do contato diário (Jodelet, 2015a, p. 92, grifo da autora).

Nesta pesquisa, a denegação se apresenta por um lado na forma da refutação da condição humana incontestável de envelhecimento e morte, e por outro como uma condição de normalidade e por conseguinte aceita, carregando o aspecto duplo da proximidade e/ou naturalização, ou afastamento e/ou anulação.

Na relação com o diferente, esse enraizamento de costumes de vida e seu consequente repertório de condutas reguladas atribui um caráter de normalidade às experiências, tornando-as costumeiras, podendo inclusive galgar patamares de banalidade, ou seja, aquilo que não desperta o estado de atenção, admitindo-se como uma experiência sistematizada socialmente (Jodelet, 2015a).

Foram experiências cotidianas vivenciadas em ambos os aspectos, inclusive adquirindo esse aspecto de ambiguidade em se tratando do envelhecimento, quando, por um lado, as falas apresentam a referência da negação socialmente elaborada, enfrentado de maneira distante, ou até com uma certa dose de anulação, mas por outro como uma questão da condição inata dos seres vivos, por isso tratada com naturalização, apesar dessa forma se revelar quando os envelhecidos tomados como referência memorável não apresentaram grandes incapacidades ou doenças graves, e sim atravessaram o período com limitações instaladas lentamente, sendo absorvidas pelas pessoas que estavam no entorno, e assim conseguiam compartilhar o cuidado diluindo as dificuldades enfrentadas.

É oportuno destacar que por sua natureza de tapeçaria de ideias, imagens, valores, crenças, modos de pensar, uma representação social resulta de elaborações engendradas e circulantes no seio de um grupo social e entre grupos sociais, veiculadas através dos discursos, compostos por palavras. Originam-se em diversas fontes e são vivenciadas por um incontável número de pessoas e, conseqüentemente, não são escolhas individuais, mas involuntariamente adquiridas por sua autonomia de significação cultural, sobrevivendo assim às experimentações individuais, caracterizando as representações sociais como prescrições (Moscovici, 2012).

As palavras, estas aqui escritas, e todas as demais, inclusive as que estão soltas ao vento, são *ad eternum* prenhes em sentidos, e esse estado de prenhez se dá no movimento de circulação entre uma e outra pessoa, entre um e outro grupo, mas sempre caminhante no rumo da tentativa

de se compreender o mundo ao redor, havendo assim a necessidade primária da familiarização com os nomes atribuídos aos seres e objetos.

No movimento da familiarização de ideias inusitadas acomodadas em contexto familiar, sumalizando-as em categorias e imagens comuns, não cabe a neutralidade para a representação, pois sempre haverá uma forma de acomodar o estranhamento através da nominação e categorização, conforme assevera Moscovici (2015a, p. 63): “Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele”.

Os agrupamentos realizados pelos participantes do estudo transitam nas possibilidades de aceitação em menor medida e da negação em escala majoritária. As palavras utilizadas para expressar o objeto do envelhecimento e morte tanto trouxeram particularidades como generalizações, no entanto julgamos que a observação da generalização se conformar em um fato social indesejável é mais evidenciada, traduzindo a atitude social frente ao objeto. Isso se alinha às palavras de Moscovici (2015a, p. 68):

É, pois evidente que dar nomes não é uma operação puramente intelectual, com o objetivo de conseguir uma clareza ou coerência lógica. É uma operação relacionada com uma atitude social. Tal observação é ditada pelo senso comum e nunca deve ser ignorada, pois ela é válida para todos os casos excepcionais que eu dei como exemplos.

Na pesquisa realizada, conseguimos encontrar essa perspectiva de comportamentos e atitudes os quais refletem os significados conducentes às práticas adotadas no preparo profissional de técnicos em saúde, pautados nos saberes adquiridos bem antes dos conhecimentos acadêmicos.

A prática docente se encontra revestida de sentidos – elaborados em suas relações sociais, ressonâncias importantes das tradições familiares e acervo cultural construído socialmente – quando apresentam seus pontos de vista frente ao envelhecimento e à morte, ancorados em vivências ocorridas desde a infância com avós presentes ou ausentes, acompanhamento dos seus processos sofridos de adoecimento, geradores de limitações e incapacidades, ou mesmo por um processo natural de envelhecimento com a presença do demenciamento acolhido.

As tradições dos rituais funerários das cidades do interior têm suas particularidades, mas a forte presença do acervo cultural ocidental da pouca suportabilidade da morte atuam como uma questão pouco discutida sobre a vida. Em uma determinada medida podemos constatar que a presença desses comportamentos e atitudes marca o preparo profissional para lidar com o

envelhecimento orientado pelo que Jodelet (2015a) aponta como hábito, o que traduz a repetida experimentação do costume, podendo inclusive tomar a dimensão da banalidade, no que toca a forte influência dos saberes cotidianos e seus afetos, conduzindo a uma leitura do enfrentamento: sociedade versus envelhecimento versus morte como uma relação social mal resolvida.

Quando a abordagem recebe os contornos do conhecimento científico, os muros sociais permitem a abordagem da temática prioritariamente na ótica do biologicismo, e a morte é tratada distanciadamente em seus aspectos técnicos.

De acordo com Jodelet (2015a), o estudo das representações sociais é possível em duas perspectivas. Uma delas se inclina à observação de posicionamentos amplos difundidos pelos sujeitos sociais sobre objetos abonados ou de natureza discordante, configurando-se em campos estruturados, que por seu turno são oriundos de informações, crenças, valores, opiniões, imagens e outros, coordenados por gatilhos motivadores, a exemplo das atitudes, dos esquemas culturais, das estruturas cognitivas e outros. A outra possibilidade trata de uma condição de estudo baseada em aspecto restrito, ou núcleos estruturantes, quando as posições emitidas pelos sujeitos são relativas aos conhecimentos organizadores, que modelam os significados atribuídos aos objetos.

No caso desta pesquisa, a representação social desvelada tratou do estudo de uma RS em sua instância ampliada, com o direcionamento voltado às posições manifestadas por um determinado grupo social (docentes da ESUFRN), envolvendo trincheiras de saberes que transitam generosamente no espectro entre os saberes científicos e os do cotidiano, sobre uma temática que consideramos conflitante (envelhecimento e morte), com balizas de posicionamentos pautados por um lado na razão rigorosa da ciência, e por outro nas ideias, informações, valores, crenças, e muito especialmente por imagens construídas ao longo da vida dos docentes participantes, ou seja, na cotidianidade.

Este estudo segue uma organização pautada em referências culturais, atitudes, regramentos sociais e conhecimentos científicos, recebendo obviamente as imbricações de todos esses aspectos cognitivos que se expressam em uma RS compartilhada por um grupo social específico formado por docentes atuantes na formação de profissionais técnicos em saúde.

No seu *status* de saber coletivamente, elaborado e compartilhado através da comunicação estabelecida nas interrelações sociais, o que permite a interpretação dos objetos sociais conferindo sentidos às ocorrências, para viabilizar a vida cotidiana, as representações sociais assumem finalidades relevantes para a vida coletiva e individual, auxiliando a dinâmica

organizativa, comunicativa e estrutural dos contextos da vida social, conducentes às ações e decisões, as quais são indicadoras da adoção de comportamentos aceitáveis ou indesejáveis na convivência entre as pessoas e os grupos (Jodelet, 2001).

Depreendemos, assim, que a função primordial e indispensável das RS de captação e gerência da realidade posta, serve como farol para absorvê-la, interpretá-la e utilizá-la na cotidianidade da vida. Isso se confirma na representação social elaborada pelo corpo docente participante do estudo, desvelada através dos seus discursos, revelando assim a função de saber e de guia para a ação.

A pesquisa se coaduna com as proposições do autor da teoria quanto finalidades da RS, quando diz:

Sustento, pois, que as representações sociais têm como finalidade primeira e fundamental tornar a comunicação dentro de um grupo, relativamente *não problemática* e reduzir “o vago” através de certo grau de consenso entre seus membros. Sendo que essa é a questão, as representações não podem ser conseguidas através do estudo de alguma crença ou conhecimento explícitos, nem ser criadas através de alguma deliberação específica. Ao contrário, elas são formadas através de influências recíprocas, através de negociações implícitas no curso das conversações, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados específicos. Nesse processo, as pessoas adquirem, um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicadas à vida cotidiana, do mesmo modo que as expressões linguísticas são acessíveis a todos (Moscovici, 1984a *apud* Moscovici, 2015a, p. 208, grifo do autor).

O delineamento dos modelos simbólicos, a imagem representacional e os valores que especificamente são compartilhados pelo grupo de docentes são perceptíveis. As ideias, crenças e saberes adquiridos no palco da cotidianidade se apresentam de maneira bem evidenciada nos discursos. São saberes ancorados nas experiências de vida, objetivados nas atitudes quanto ao envelhecimento e morte.

O repertório comum de saber que se apresenta na abordagem da temática encontra-se alinhado no interior do grupo em suas interpretações e explicações, tornando clara a função de saber. Portanto, no que toca às finalidades das representações sociais inferimos que a do saber, considerada indispensável e primordial, se anuncia para a RS manifesta.

Para além das funções de saber e de ação, também ocorrem a função justificadora e a de resistência. A função justificadora da RS permite a manutenção da estabilidade comportamental entre os atores sociais no interior do grupo (Nóbrega, 2001).

Nesta pesquisa, a função justificadora encontra lugar em um mosaico construído no alicerce das alegações expressas nos discursos, baseadas nos saberes cotidianos e de outros

oriundos do conhecimento científico, visto se tratar de um grupo de docentes formados e atuantes da área da saúde.

Relativo às alegações apresentadas a partir do senso comum, consideradas aqui como justificadoras para a RS, encontramos apoio na popularização científica, quando relatam o conhecimento sobre envelhecimento, principalmente, elaborado nas vivências cotidianas, concebendo essa fase da vida como um período de declínio físico/cognitivo, somado à manifestação de doenças crônicas e degenerativas, as quais são responsáveis, em grande parcela, pelo declínio que ocorre no envelhecimento, e culminam com a morte, que se revela como evento pouco suportado.

A construção é bastante voltada ao biologicismo, aqui admitido como um discurso recorrente na esfera social. Nesse sentido, podemos inferir que se trata da parcela de conhecimento científico tida como popularizada, em razão desses conceitos não se encontrarem, de todo, alinhados às suas fontes de origem e, por conseguinte, acomodados na condição de considerações metafísicas relativas às ocorrências sociais (Wagner, 1998), aqui cabendo o entendimento de que tais considerações aludem à natureza ontológica da essência humana, relativa à causalidade da passagem do tempo. Quanto ao entrelaçamento do conhecimento científico na cotidianidade e sua utilização de maneira “transformada” para a tomada de decisões, o autor ressalta:

Dessa maneira, a ciência desempenha um importante papel como fonte de conhecimento do cotidiano, assim como uma autoridade para legitimar e justificar decisões cotidianas e posições ideológicas (Wagner, 1995b). [...] A ignorância pública sobre a racionalidade científica resulta numa forma de conhecimento “científico” vulgarizado, onde conceitos e teorias se tornam desconectados de suas fontes originais, isto é, do processo de produção do conhecimento científico: eles ficam ontologizados e objetificados. [...] Como tal, o conhecimento científico-popular pode ser usado para justificação secundária de convicções ideológicas preexistentes e serve como uma explicação metafísica dos fatos sociais (Wagner, 1998, p. 4-5, grifo do autor).

Partimos da premissa de que não há insipiência quanto à racionalidade científica. Pelo contrário, existe o domínio satisfatório dos participantes, apresentados nas alegações pautadas nos conhecimentos científicos, empregados no tratamento das doenças comuns ao envelhecimento e à condição técnica empregada aos cuidados com o corpo após a morte. Esses aspectos técnicos revelam a sua formação e justifica a formação dos discentes sob sua tutela.

No entanto, quando se trata da justificativa da manutenção do comportamento social adotado, este, sem dúvida, é mediatizado pela popularização da ciência, sustentado (o comportamento social), por um lado, nas fragilidades do corpo físico, e por outro nas alegorias

do cotidiano, as últimas bem alicerçadas na imagem representacional da forma de alteridade para o envelhecimento e da pouca suportabilidade à morte. Essas duas alegações são retroalimentadoras potentes das batalhas travadas diuturnamente por profissionais de saúde, para dominar a natureza humana de falibilidade, acarretada pelo envelhecimento e morte.

A finalidade justificadora torna legítima tanto as atitudes e comportamentos admitidos socialmente, quanto práticas adotadas no seu lugar de docente, balizada (a finalidade) assim a partir dos valores, crenças e atitudes, oriundas de ambos os universos, as quais explicam suas ações.

Em se tratando da função da resistência como um requisito imprescindível e relevante à análise da RS desvelada neste estudo, destacamos que aqui está entendida como força tenaz mantenedora da estabilidade da RS, pois é isso que acontece. Como já referido, o envelhecimento e a morte guardam representações de longa duração, postuladas em larga escala pelo cabedal histórico e cultural da sociedade, sofrendo poucas mudanças ao largo do passar das últimas épocas, principalmente a partir do momento em que os conhecimentos científicos passaram a difundir-se no meio social, tornando-se o eixo orientador de suas condutas.

A força de tenacidade para a RS desvelada funciona, por um lado, como mecanismo de defesa preservando valores, atitudes e comportamentos admitidos socialmente, e por outro, como entrave a possíveis inovações que possam ameaçar a sua estabilidade.

Compreendida como resultado da produção cultural da sociedade, a RS tem como um dos seus intuitos resistir a conceitos, conhecimentos e atribuições que perturbem a sua “persona”, situando-se assim a função de resistência como guardião do aspecto prático das representações sociais. Nos anos de 1960, quando a análise das representações sociais passou a enveredar trilhas de pesquisas dedicadas à popularização da ciência, houve a plena aceitação de que o conhecimento científico é remodelado a partir do momento em que transita para além do nicho que o concebeu (Bauer, 2013).

Na abordagem deste trabalho, encontramos frouxos espaços nos quais transitam a mescla dos conhecimentos científicos específicos e sua versão popularizada no seio do mesmo grupo, que, curiosamente, se retroalimentam tenazmente, envolvendo questões assentadas principalmente na substância cultural e histórica. Nesse sentido, sentimos apoio quando encontramos que “com relação ao processo histórico, os efeitos da resistência constituem-se em um processo de realimentação para o contexto da produção de conhecimento” (Bauer, 2013, p. 188).

Inferimos então que existe ainda pouca abertura às inovações em razão do muro científico alicerçado sobretudo nos conhecimentos biológicos do corpo humano, erigido para

profissionais atuantes na área da saúde, mas que atualmente sofre tensionamentos impostos pela própria conjuntura social de longevidade e complexidade do envelhecimento, forçando o surgimento de algumas frestas, pelas quais atravessam aragens de novos conceitos e revisitação de outros já consolidados de cunho científico. Esses tensionamentos modelam um novo contexto, que deve conduzir a algum movimento impactante na resistência, precipitando o início de transformações representacionais relativas ao envelhecimento e morte.

O emprego da terminologia de popularização científica implica na admissão da diferenciação entre um conhecimento considerado cientificamente autêntico e outro que transita no universo popular. O primeiro está circunscrito ao domínio exclusivo de cientistas, definido a partir de terminologias e procedimentos que demarcam o terreno da construção científica. O segundo se refere ao primeiro em desmedidos graus de contaminações, ou seja, sofre a ação impiedosa de motivações externas, a exemplo de ideologias, religiões ou outras influências do gênero (Bauer, 2013).

O marco divisor entre os dois grupamentos de ideias é impreciso, em razão da análise das práticas discursivas revelarem a existência de gêneros estilizados, aplicados oportunamente a determinados públicos, atendendo a um dado propósito, sendo prudente reconhecer o pressuposto da existência de *continuum* de contextos comunicativos no interior dos opostos que constituem a razão científica e o trânsito popular dos conhecimentos construídos cientificamente (Bauer, 2013).

O permanente fluxo dos contextos comunicativos permite a ocorrência de reformas em temas do universo do senso comum em temas científicos, considerado como fluxo ascendente de ideias, e a condição reversa é considerada como fluxo descendente, tendo-se então, no primeiro caso, a cientificação e, no segundo, a popularização (Bauer, 2013).

Consideramos então, para a pesquisa realizada, que transformações da conjuntura social da transição demográfica agem como força propulsora de impactos no conhecimento científico, visto que a condição do envelhecimento é uma questão de ocorrência planetária, exigindo movimentos científicos na área da saúde e em outras globalmente. Assim, caracteriza-se o fluxo ascendentes, embora a ocorrência da tenacidade aos conceitos pré-estabelecidos seja verificada, tanto na dimensão do conhecimento popularizado como na do conhecimento científico.

É justificável a lentidão das mudanças do *status quo* pela ação de mecanismo de defesa exercido pela função de resistência, não permitindo modificações contundentes em curtos períodos na RS pela preservação dos valores, atitudes e comportamentos sociais, travando a entrada de inovações que possam conduzir à sua instabilidade, e por conseguinte ameaçando a identidade dos grupos. De acordo com Bauer (2013, p. 203): “As representações sociais

funcionam como um ‘sistema cultural imunizante’ em um contexto intergrupar: inovações simbólicas são ativamente neutralizadas através de sua ancoragem em formações tradicionais”.

Em razão do forte apelo simbólico exercido pelo contexto cultural e histórico no qual a RS desvelada neste estudo se estrutura, é plausível o entendimento de que a função de resistência exerça exatamente a ação “imunizante” às inovações que despontam no horizonte científico relativo ao envelhecimento principalmente, e à morte, mas pouco encaradas pelos próprios profissionais. Isso ocorre porque esses fatores claramente ameaçam a sua identidade de profissional responsável pelo tratamento das doenças que afetam o organismo humano, buscando assim, incessantemente, a cura com o propósito de preservar a vida, e não aceitando a morte.

Compreendemos que a postura retratada no parágrafo anterior é justificável para os docentes enquanto humanos, visto que o corpo físico é o *ethos* do Ser, o suporte que viabiliza a vida é o corpo humano, no entanto consideramos também que é preciso se debruçar em aspectos que admitam a falibilidade desse mesmo corpo. Nele, habita um *anima* ou força vital que carece de apoio, compreensão, respeito e preparação, tanto dos profissionais de saúde, como da sociedade como um todo em sua trajetória de envelhecimento, velhice e morte.

Envelhecer é muito diferente para quem tem boas estruturas: física, mental, material e emocional, porque não há um padrão ideal e as realidades de cada pessoa são únicas. Na atual conjuntura nacional, podemos observar, em linhas gerais, duas perspectivas de envelhecimento: por um lado, pessoas que não se integram ao coletivo de idosas, seja por não estarem realmente nessa condição, ou àquelas pessoas que já se enquadram no limite etário caracterizador do estado de pessoa idosa, mas não se assumem, denegando o *status quo* (Camarano; Pasinato, 2004).

Por outro lado, há os indivíduos que desenvolvem o sentimento de pertença, integrando-se ao estrato populacional de pessoa idosa, mesmo enfrentando conflitos latentes ou manifestos quanto ao contexto, decorrente do incômodo social e da sua consequente inabilidade em lidar com os envelhecidos, ou seja, com esses Outros. Um dos conflitos importantes que pode ser destacado é a questão de muitas pessoas idosas estarem como suporte financeiro, com suas aposentadorias às despesas da casa de familiares ou delas próprias, na qual residem (Camarano; Pasinato, 2004). Mesmo assim, a elas fica relegado o “quartinho dos fundos” ou o “fundo da rede”.

Partindo do lugar da compreensão da RS sobre envelhecimento e morte expressa nos discursos elaborados pelo corpo docente participante da pesquisa, encontramos nexos à

construção de uma representação profissional como um achado durante o desenvolvimento do trabalho, que no nosso entendimento, é subjacente à RS encontrada.

As Representações Profissionais (RP) se constituem em uma categoria especial da representação social, visto que diz respeito aos papéis profissionais desempenhados pelas inúmeras categorias de trabalhadores, a depender da natureza social dos sujeitos e de características peculiares de interação vivenciada em uma determinada categoria profissional. Estão abrigadas em um caminho do meio, transitando entre o senso comum e o saber científico, e são edificadas na práxis profissional (Ratinaud, 2009).

As singularidades dessa categoria especial da RS residem em três aspectos. O primeiro diz respeito à definição de grupo profissional a partir de sua prática de trabalho comum, constituindo-se em uma atividade organizada, regulamentada, remunerada e reconhecida socialmente como útil e homogênea, conduzindo ao entendimento de uma escolha profissional como constituinte da pessoa. O segundo é relativo à relevância do intento abraçado pela corporação, devendo implicar os seus entes na esfera do coletivo e não do individual. O terceiro ressalta os contextos da produção e movimento da categoria profissional, observando o alicerce simbólico que a institui, a sua autonomia relativa e a sua organização que definem a identidade do grupo e conduz interações de vários grupos (Ratinaud, 2009).

No que se refere às funções das representações profissionais, as mesmas da RS se aplicam ao campo profissional. As RP conferem, assim, a pertença da identidade profissional, cognitivamente alicerçada na realidade cotidiana, apontando para o que se faz necessário ao exercício profissional. Essas representações orientam condutas observando amplos padrões de compreensão dos contextos profissionais e exerce crucial papel comunicativo entre os integrantes do grupo através de linguagem peculiar rica em sentidos, permitindo o desempenho de ações práticas, geradas a partir de breves trocas de informações (Ratinaud, 2009).

As representações profissionais são representações sociais organizadas, denotando papéis profissionais e estando na dependência da natureza social dos sujeitos e das características do contexto interacional vivenciado. Elas emergem da ação e comunicação entre profissionais integrantes de grupos específicos, explicitadas em seus contextos peculiares e por intentos interrelacionados úteis ao exercício de determinada atividade profissional (Abdala, 2017).

No contexto imediato de atividades e vivências das/os participantes, observamos que as falas se apresentaram de maneira muito semelhantes e convergentes a um núcleo comum. Por isso, inferimos a ocorrência de uma representação profissional, constituída na base de suas

formações iniciais, se perpetuando na sua prática docente e se conformando como um importante referencial à formação de profissionais em nível na área da saúde.

O corpo docente integra um grupo específico, formado profissionalmente por outro grupo específico, com uma natureza social bastante específica de profissionais em saúde, e que vivencia experiências muito semelhantes em seus postos de trabalho, comunicando e partilhando essas especificidades de experimentações.

São vivências úteis ao exercício profissional, carregadas de um potente significado prático para suas ações, caracterizando bem a dimensão funcional da representação profissional. A dimensão do contexto é evidenciada pelas semelhanças nos cenários de atuação, em organizações de assistência à saúde muito definidas com relação aos papéis exercidos, suas hierarquias, e pela divisão técnica e social do trabalho, deixando exprimir as ideologias correntes nos ambientes de trabalho. A dimensão identitária é reconhecida através do saber construído ao grupo funcional, determinante de suas condutas e práticas.

Consideramos, assim, que os traços encontrados nas falas se alinham aos parâmetros característicos de uma representação profissional que se desenhou no parâmetro biopatológico para o envelhecimento e no parâmetro técnico para a morte, enxergada em uma condição de pouco envolvimento e expressa principalmente nos cuidados dedicados ao corpo *post-mortem*.

6 II DIMENSÃO DE ANÁLISE: DIÁLOGOS SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE E SUA ATUAÇÃO DOCENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

6.1 HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO: A FORMAÇÃO EM SAÚDE RECEBIDA PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA PARA O ENVELHECIMENTO E MORTE E A REPRODUÇÃO NA FORMAÇÃO DISCENTE

Em seu contexto imediato de profissionais da saúde e docentes atuantes na formação técnica em saúde, as falas da(o)s participantes são reveladoras das condições oriundas de suas formações, principalmente em nível de graduação, e em poucas situações pontuais de abordagens realizadas em suas pós-graduações, proporcionando terreno fértil ao reforço da RS desvelada, de maneira a justificar a ocorrência de uma Representação Profissional (RP).

Em suas atuações docentes na EPS, muito dessa formação se encontra reproduzido, tanto em conteúdo quanto em forma das construções profissionais relativas à temática em questão nesta pesquisa. Partimos do entendimento (e por isso destacamos inicialmente) que a EPS não deve ser responsável apenas pela preparação de trabalhadores para atuações nas várias linhas de cuidados afirmadas no contexto de trabalho para profissionais em saúde.

Ela deve, também, se preocupar em proporcionar uma compreensão abrangente das necessidades das pessoas nas várias esferas de vida, devendo assim alinhar suas práticas e preceitos éticos no desempenho de ações relevantes à construção de um sistema de saúde acessível e funcional, proporcionando, minimamente, acolhimento, quando da impossibilidade da resolubilidade à doença, para as pessoas que estão sob sua responsabilidade durante o período de assistência em qualquer ambiente de cuidado, inclusive o domiciliar.

Em razão da indissociabilidade entre as formações iniciais do corpo docente e a sua atuação enquanto docente da EPS, consideramos lógica a realização da análise dos dois aspectos em concomitância, e essa etapa da análise está balizada principalmente pelo contexto imediato, ou seja, a prática do corpo docente em questão, destacada em alto relevo.

Uma constelação de fatores pode ser a responsável pela explicação do que ocorre quanto ao preparo dos profissionais na área da saúde em nível médio referente ao envelhecimento e

morte. Profundas são as raízes na formação dos seus professores, que historicamente são preparados para assistir doenças e lutar contra a morte com todo o arsenal científico e tecnológico oferecido, que se construiu e se mantém em constante construção, em termos de ciências na área da saúde.

A atenção dispensada especificamente ao corpo físico é anterior à Era Comum¹⁷, com forte vínculo aos domínios das ciências naturais, associando doenças prioritariamente a desordens do corpo, atribuindo pouca ou nenhuma importância a fatores sociais, culturais, históricos e ambientais.

O desvelar da RS sobre o envelhecimento e morte nos apresentou um cenário no qual o envelhecer se abriga em um lugar de alteridade no qual ocorre a projeção em um Outro que é desejado à distância de si mesmo, traduzidos sobretudo em aspectos negativos, determinados pelo declínio físico e cognitivo decorrente prioritariamente do aparecimento das doenças crônico-degenerativas que acabam por acarretar limitações, incapacidades e finalmente à morte, lida como um evento insuportável.

O lugar de alteridade para o envelhecimento e a insuportabilidade da flexão do verbo ‘perder’ para a morte contribuíram no movimento da construção de uma RP inferida como um olhar biopatológico ao envelhecimento, visto que todo o arcabouço acerca disso diz respeito ao adoecimento do corpo físico, com a atenção assistencial voltada primordialmente para esse aspecto. Consequentemente, a formação de profissionais técnicos em saúde recebe o preparo pautado no mesmo princípio.

Para a morte, temos a representação profissional estritamente técnica quanto à responsabilização prioritária aos profissionais em nível médio da equipe de enfermagem, ou seja, uma formação para aprender o que precisa ser diligenciado após a morte das pessoas com o preparo do corpo, materialmente falando, para entregá-lo aos seus familiares próximos, parentes e/ou responsáveis.

Objetivamente, apresentamos alguns aspectos históricos que inegavelmente deixaram heranças, que respingam na atual conjuntura de saúde relativa ao envelhecimento e morte. Os assentos de antes da Era Comum apontam que a medicina da época se pautava nos princípios hipocráticos, os quais apregoavam que as doenças decorriam de desequilíbrios nos líquidos orgânicos. Essa visão se perpetuou por longo período, influenciando a prática médica durante igual tempo, permitindo que o conhecimento dos sintomas físicos e suas origens ganhassem

¹⁷ A Era Comum diz respeito ao período da antiguidade, vivido pela humanidade depois do nascimento de Cristo, embora evitando as acepções religiosas, tratando-se nesse caso apenas de um marcador temporal (Alves, Eulálio, Brito, 2004).

sempre a vanguarda dos estudos relativos aos processos de adoecimento, em detrimento dos demais aspectos demarcadores de saúde, gerando-se assim conceitos e parâmetros de saúde em função de doenças (Alves, Eulálio, Brito, 2004).

Assim, não causa estranhamento que o ponto de partida para discorrer sobre envelhecimento pautado pelos docentes participantes do estudo esteja fortemente demarcado por questões que envolvam basicamente os aspectos relativos ao biologicismo, as doenças que acometem o organismo, as dificuldades por elas impostas e as impossibilidades de uma vida viável. São as revelações encontradas nas falas que se seguem quanto ao envelhecimento e morte em suas formações iniciais, seguidas das falas quanto à sua prática enquanto docente que atua na EPS.

Apresentamos, então, o que foi revelado quanto ao preparo profissional recebido nas formações iniciais quanto a temática abordada nesta pesquisa:

Pra eu puxar uma lembrança, envelhecimento é dado o básico: processo de envelhecer de maneira biológica, as células vão envelhecendo, com algumas funções que vão se deteriorando, e aí a pessoa sempre focada na sua doença [...] tudo muito técnico, tudo muito biológico, [...] envelhecer vai ter doença crônica; eu penso que foi mais negativo do que positivo, só focando na doença [...] E a morte foi vista assim: quando a pessoa falece no hospital, você tem que preparar o corpo e pronto! Basicamente isso (Profa. codinome Jailca).

[...] na graduação eu tive o primeiro contato com a temática de morte e morrer em semiologia e semiotécnica, e foi na aula do preparo do corpo, teve uma aula introdutória sobre tanatologia, mas o foco era realmente e somente o preparo do corpo. No envelhecimento teve uma disciplina do idoso, no meu sétimo período, que era saúde do adulto e do idoso; era uma disciplina que falou bastante da política de saúde do idoso [...] de envelhecer, assim, das patologias mais comuns no envelhecimento, basicamente era isso [...] (codinome Sebastião).

As falas seguintes dizem respeito aos conteúdos que são trabalhados pelos docentes em suas atuações docentes na EPS sobre as temáticas referentes ao envelhecimento e morte:

[...] é um tema que deve ser transversal, então a depender do componente você pode ter isso abordado de maneira mais objetiva, ou de maneira mais transversal [...] Acho que está tudo no mesmo bolo! [...] é comum e natural você envelhecer doente, então não tem o aprofundamento que deveria ter, a atenção que deveria ter, o respeito que deveria ter [...] (Profa. codinome Jailca).

Nos componentes, falando especificamente no técnico em enfermagem, porque nos outros cursos não têm essa abordagem, que deveria ter, mas a gente não tem (Prof. codinome Sebastião).

Ao longo das respostas à pergunta referente às suas formações e sua posterior prática de ensino, o corpo docente entrevistado apresentou o alicerce e o universo dos conhecimentos científicos adquiridos e posteriormente aplicados à sua prática, mantido no arrimo do modelo assistencial à saúde¹⁸ biomédico, como podemos constatar a partir desse momento, visto que as falas se repetem, com raras exceções, trazendo o arcabouço dos saberes específicos para a área da saúde sobre envelhecimento e morte, berçado no cânone biológico.

A evolução dos estudos que se preocuparam em identificar os sinais e sintomas das afecções que afligem o corpo físico determinaram que, principalmente na cientificidade ocidental, o caminho percorrido pela biologia estivesse *pari passu* aos conhecimentos médicos, portanto não causa admiração que a vida receba uma idealização mecanicista, na qual o adoecimento é tratado como um defeito em algum dispositivo “mecânico” do corpo sob o ponto de vista celular e molecular. Assim, o profissional médico está imbuído de identificar e reparar a avaria mecânica do corpo, de forma que essa premissa é o principal alicerce para o modelo biomédico (Capra, 1982).

Na tentativa de explicar a hegemonia contemporânea do modelo biomédico, optamos por partir de um importante fundamento radicular, abrigado em tempos remotos. As grandes expedições marítimas envidadas pelos impérios europeus contribuíram sobremaneira para o desenvolvimento do modelo de produção capitalista. Essas expedições visavam, a princípio, as descobertas de novas rotas marítimas para o comércio e conquistas de novas terras as quais, quando descobertas, se tornaram colônias dos referidos impérios (Harari, 2019).

Uma particularidade observada nos impérios europeus que se dedicaram às conquistas é a de que tomada de territórios e conhecimentos se tornaram interligadas, visto que a ciência moderna é nascida também no berço europeu. A presença de geógrafos, biólogos e outros estudiosos nas expedições se destinavam à pesquisa do novo território em relação ao solo, fauna e flora. Dessa forma, criaram uma rede de bases e domínios, tecendo assim o protótipo de rede de comércio global atrelado à conquista de novas terras e conhecimentos (Harari, 2019).

¹⁸ Modelo assistencial à saúde é uma terminologia que pode ser considerada polissêmica, mas, objetivamente falando, diz respeito à prestação da assistência propriamente dita. Esse modelo define pormenorizadamente como ações sinérgicas que operam em nível da organização de saúde, em um dado espaço populacional, intervindo sobre os grupos populacionais, seu ambiente, aparelhos/aparatos comunitários e utentes de diversas unidades que prestam serviços em saúde com diferentes níveis de complexidade. “Assim, *modelo de atenção* é uma dada forma de combinar técnicas, e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas” (Paim, 2003, p. 568, grifo do autor). Considerado também uma maneira de cuidar na qual pode-se adotar o ‘tecnassistencialismo’, comporta os arranjos das tecnologias propriamente ditas em saúde, ou seja: o aparato de equipamentos/máquinas, normas e estruturas organizacionais, dita tecnologia pesada, as tecnologias leves-duras que dizem respeito aos saberes profissionais em termos de clínica médica e cirúrgica, e a epidemiologia, e finalmente as tecnologias leves, que se referem aos aspectos relacionais do trabalho em saúde, considerado como trabalho vivo em ato (Merhy, 2002).

Em se tratando de conhecimentos na área da saúde, muitas foram as suas modificações durante as diferentes épocas da humanidade. Em tempos ancestrais, ele (o conhecimento) esteve muito vinculado às questões místicas, sobrenaturais ou castigos e maldições imputadas aos humanos pelas divindades como resultados das ações humanas. As doenças sinalizavam desobediência aos mandamentos divinos, e a enfermidade anunciava o pecado.

No século XVI, o médico suíço, alquimista e filósofo da Renascença Paracelsus (pseudônimo) introduziu a utilização de produtos químicos como os sais inorgânicos, minerais e metais no tratamento de doenças. O estudioso defendia a ideia de que as doenças resultavam de agentes externos ao organismo. O século XVII trouxe as ideias mecanicistas de René Descartes, que defendia o funcionamento do corpo semelhante a uma máquina, além dos avanços dos estudos de base anatômica, fatos que determinaram o afastamento das ideias defendidas pela teoria dos humores (Scliar, 2007).

Partindo das evidências dos novos entendimentos e modificações de padrões, podemos inferir que estes foram aspectos preponderantes para a evolução de conhecimentos na área da saúde. A conexão entre alquimia e funcionamento orgânico como uma engrenagem foi uma associação potente para alavancar as bases do modelo biomédico consolidado no século XX.

O modelo biomédico tem a premissa da atenção voltada à doença, com as práticas de saúde concentradas em instituições hospitalares, além da defesa de um único fator como desencadeador do processo saúde-doença. Esse engendramento abre espaços para o interesse do capital para o mercado na área da saúde, sendo assim tratada (a saúde), como mercadoria ou negócio, não como um direito humano. Esse contexto permite a larga disseminação de um instrumental (equipamentos, máquinas, aparelhos), com tecnologias em níveis variados desde as mais simples às mais elaboradas para a execução dos cuidados com vistas ao lucro e fomento à indústria farmacêutica. Isso acontece porque a indústria foca no tratamento de doenças, centrada na formação do profissional médico, prescritor prioritário de medicamentos (Meneses, 2023).

Essas são questões que evidenciam o viés do capital na saúde, justificando a lentidão na transição dos modelos assistenciais em saúde no Brasil, levando em conta as condições de vida da população, observada através dos determinantes sociais em saúde.

Nacionalmente, a incorporação da ideia da saúde coletiva ocorreu no período da ditadura militar, com a bandeira de uma saúde pública que servisse como estímulo da economia, de forma a trazer melhorias na qualidade da saúde e da vida da população, o que não se concretizou. Em termos de reestruturação produtiva do capital, as influências do fordismo/taylorismo migraram para o Toyotismo, que trouxe a sustentação ao neoliberalismo,

defendendo a ideia do livre mercado e Estado mínimo, o que se refletiu no setor da saúde (Meneses, 2023).

Os conceitos elaborados por Fritjof Capra (1982), que a despeito do lapso temporal de mais de quarenta anos, permanecem representando a essência da concepção do modelo biomédico e atravessou com pujança todos esses anos. Na atualidade, eles perduram com aplicações importantes em suas fundamentações, passando a receber as compaginações do modelo de vigilância à saúde, construído na década de 1980, a reboque da reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde, como discutido ao longo da análise e discussão das falas.

Nos discursos elaborados nas entrevistas, percebemos o envelhecimento associado a uma determinada ‘avaria’ física e cognitiva, para a qual existem poucas ou nenhuma possibilidade de ‘reparo’, determinando o padecer e consequente perecer do corpo, que com o passar dos anos, vai paulatinamente se modificando pelo aparecimento das doenças decorrentes de um declínio imanente à natureza de qualquer ser vivo, não sendo uma prerrogativa exclusiva da pessoa humana, por uma eventual complexidade (vários sistemas integrados e interdependentes) que compõe o suporte físico, responsável pela viabilidade da vida. Possivelmente, essa seja uma questão em realce: o corpo não pode padecer porque a finalização da vida é insuportável, e por isso a doença precisa ser combatida para afastar o atroz inimigo que é a morte, possivelmente justificando a compartimentalização do corpo e suas consequências, conforme explicado pelo autor:

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se do fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica (Capra, 1982, p. 116).

Na perspectiva do autor, a cura está em conformidade com uma prática popular exercida por curandeiros, conduzida por saberes adquiridos em tradições de vida, não enfocando somente o corpo físico. Os curandeiros relacionavam o adoecimento a uma constelação de fatores envolvendo corpo, mente, autoimagem e sua relação com o meio ambiente e social com o cosmos e com as divindades (Capra, 1982).

As práticas de tratamento aplicadas por curandeiros, dispersas pelo mundo com variadas abordagens, têm como ponto de convergência a observação e o respeito à integralidade do ser. É um formato de medicina popular, baseada em crenças e práticas, exercidas nas comunidades e/ou no seio familiar, transmitidas oralmente às novas gerações (Capra, 1982), ou seja, a percepção da integração de vários e importantes fatores que se entrelaçavam à cura. Na

contramão dessa abordagem, o modelo biomédico sustenta impiedosamente o surgimento de doenças vinculadas a eventos especificamente biológicos.

São claras as interfaces com o método cartesiano, que a partir do seu desenvolvimento e aplicação, exerceu e exerce ainda agudas e marcantes influências nas ciências da saúde, particularmente no conhecimento da medicina, afastando a ideia de integração dos referidos fatores à cura, como evidenciado pelo autor:

A filosofia de Descartes alterou profundamente essa situação (cura). Sua rigorosa divisão entre corpo e mente levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Do século XVII em diante, o progresso da medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido na biologia e nas outras ciências sociais. Quando a 'perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células, e finalmente, para o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivo foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente (Capra, 1982, p. 119).

Assim, podemos inferir a relevante influência do modelo biomédico, ainda considerado hegemônico, de atenção à saúde na formação dos profissionais e docentes na área, desembocando nas atuações de profissionais docentes pautadas no mesmo modelo. Obviamente, essa não é uma relação excludente, ou seja, não se trata de afastar a aplicação do modelo biomédico, visto que as doenças existem concretamente precisam de tratamento, e não há como negar a eficiência de muitos tratamentos e a ação qualificada, comprometida e ética de profissionais empenhados em trazer soluções, ou minimamente de controlá-las.

A atual realidade de longevidade se deve a fatores como os avanços científicos na área da saúde, tais como a dinâmica de funcionamento do organismo, a implantação de melhores medidas sanitárias – como tratamento de água e redes de esgotos, coleta de lixo – e controle das doenças infecto parasitárias (Kalache, 1987), que, a despeito destas últimas, continuam a acontecer e gerar situações de calamidade pública – como a pandemia da Covid 19 - em qualquer recanto no qual a vida multiespécie habite. Outro avanço a ser destacado diz respeito aos tratamentos e controle das denominadas doenças crônicas e degenerativas.

Todo esse arcabouço contribuiu decisivamente à longevidade vivenciada na contemporaneidade, muito embora, em vários formatos, seja carente de um ponto de equilíbrio, por vezes hiper assistida (menos comum) e por vezes desassistida (mais comum), sobretudo em um país que se mantém atravessado por profundas iniquidades sociais, mas com a inegável fortaleza do modelo biomédico mantida na conformação da conjuntura atual de longevidade.

Nacionalmente, a herança europeia da colonização pode se configurar como um fator contributivo para o retardamento no caminho de conduzir o país a um patamar de envelhecimento com qualidade, visto que tanto os portugueses como outros imigrantes europeus chegaram no país movidos pelo sentimento de esperança de vida melhor. Fugiam de seus países de origem em razão de perseguições sofridas, fome e guerra, ou seja, fugiam da iminência da morte (Arantes, 2021).

Chegando na nova terra, com promessas de boas oportunidades em um lugar fértil, rico em belezas naturais, sem guerras, fome ou vulcões, oferecendo possibilidades de reconstrução de uma vida feliz, as privações ficaram para trás na Europa, sendo aqui o lugar da esperança. Somos um povo que resulta de uma formação cultural que reverencia o amanhã como um período de melhorias. “Decrepitude não combina com tais sentimentos. Os imigrantes que chegaram ao Brasil não perdiam tempo pensando em ficar fracos e doentes. Tinham a expectativa de viver muito, e Deus proveria” (Arantes, 2021, p. 22).

Toda essa arquitetura cultural que se edificou desde períodos mais remotos foi paulatinamente combinada ao conhecimento científico e atravessou os demais tempos históricos da humanidade até a contemporaneidade, como partícipe permanente e ativo à construção RP desvelada, indiscutivelmente apoiadora da velha RS sobre envelhecimento e morte.

Outrossim, no tocante à RP, destacamos o reforço do Relatório Flexner, elaborado e publicado nos Estados Unidos da América (EUA) em 1910, com diretivas que orientaram o abandono da base científica metafísica aos estudos empreendidos até então nas ciências da saúde, passando a adotar o paradigma cartesiano nas escolas médicas dos EUA e Canadá (Fertonani *et al.*, 2015).

Essa situação institucionalizou o modelo biomédico à assistência para a saúde, guiado a partir de então pelo paradigma Flexneriano nas escolas dedicadas à formação do profissional médico no ocidente, trazendo a reboque todas as demais formações profissionais na área da saúde, que passaram a adotar o mesmo modelo (Fertonani *et al.*, 2015).

As considerações nos apontam, com tranquilidade, à inferência de que a representação profissional e social desveladas, posto que se retroalimentam, estão ambas plenamente alinhadas ao contexto formativo para profissionais de saúde em suas diversas categorias. Sendo assim, então guiadas ainda fortemente pelo modelo biomédico, apesar das mudanças ocorridas na área a partir da década de 1980, como discutiremos mais adiante.

No entanto, defendemos que, em se tratando envelhecimento, precisamos alargar horizontes e compaginar outras possibilidades de atenção, no sentido de conduzir o processo

com as lentes da integralidade, por concebermos que o envelhecimento é, antes de tudo, uma questão transdisciplinar, e profissionais de saúde precisam estar preparados para lidar com um universo ampliado de pensamentos e ações oriundos das mais variadas esferas do saber, inclusive o popular.

Seguimos apresentando os discursos elaborados nas entrevistas, observando a manutenção da postura de pouca abordagem da temática em suas formações iniciais:

[...] eu lembro uma discussão sobre envelhecer com qualidade, sobre morrer, não. Seguiu uma linha muito biológica, uma linha muito voltada para o preparo do corpo, eu acho que foi isso, não passou para além disso (Prof. codinome Cortella).

Na graduação eu só fui formada pra morte, aquela formação de que: olhem! se vocês presenciarem uma morte, vocês são profissionais de saúde, vocês não se envolvam [...] tratava de trabalhar a morte nesse sentido, de se proteger se afastando dela[...] o envelhecimento, a gente também via na (nome de graduação), quando estava estudando e depois mais forte ainda, pelo agravamento da condição de saúde (órgão do corpo humano) do idoso. Mas eu tô só dizendo que eu não tive uma formação para o envelhecimento, ela não apareceu [...] (Profa. codinome Mércia).

Na graduação, se ela existiu, porque faz um tempinho já! Ela foi assim... pontual, porque não lembro de, especificamente, tratar, tratava de assistência ao adulto, naquela época não se falava em idoso [...] Relacionado a morte na graduação a gente tem aquele momento que fala da morte e do morrer, a questão do luto, ela era vista naquela época, a questão de como cuidar do corpo da pessoa que faleceu (Madre codinome Marisa).

A exemplo das falas apresentadas anteriormente, a atuação docente segue alinhada às suas formações iniciais referentes à temática desta pesquisa:

[...] eu trabalho por ciclos, aí entra na doença de idosos, eu explico todo esse perfil epidemiológico [...] mas é ciclo de vida; mas eu volto a dizer, se fizer um ciclo de vida fechado na doença não chega no cuidado ao envelhecimento (Profa. codinome Mércia).

A gente fala de envelhecimento de forma geral, não especificamente alguma coisa sobre envelhecimento (Madre codinome Marisa).

Entendemos que estamos diante de uma relação de saber firmemente construída ao longo de épocas históricas diversas, certamente ressignificada e/ou reconstruída em alguns aspectos, mas mantendo um “núcleo duro” alicerçado na mesma pedra angular do modelo biomédico de assistência à saúde.

As relações de saber são aquelas ponderadas sob o aspecto do aprendizado que um agente pode perpetrar em um aprendente em determinado campo de saber, fundamentada na

diferença hierárquica desse saber. É mantida entre ensinante e aprendente, na qual o primeiro é detentor de um determinado saber que pode ser considerado superior no campo em questão, mas mesmo assim é uma relação conformada na esfera social, com a incidência da multiplicidade de fatores que envolve saberes diversos em diferentes níveis, ou seja, são atores que estão enredados hierarquicamente na relação de saber, com atividades e maneiras relacionais diversas, mas reputadas como legítimas (Charlot, 2000). Na área da saúde, trata-se do saber desenvolvido prioritariamente na área médica.

Nessa ótica, conseguimos vislumbrar o quanto de verticalidade é impressa na relação em questão, principalmente em se tratando de EPS, pois os profissionais formados nessa modalidade educativa são responsáveis sobretudo pela execução prática de procedimentos nos cuidados em saúde, ao mesmo tempo em que são ocupantes de uma posição social de aprendente desse saber muito específico de executor.

Em se tratando de atenção à saúde, o país vive e convive em uma época de transição no modelo assistencial desde a década de 1980. Como já discutido, o paradigma flexneriano consolidou-se a partir das recomendações contidas no relatório *Flexner*, publicado em 1910 nos Estados Unidos da América e, desse momento em diante, mantém-se bastante ativo principalmente no ocidente (Mendes, 2006).

No entanto, a mudança de paradigma sanitário emerge no país com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e esse novo espaço de saúde implementou mudanças viscerais no formato de assistência à saúde, carreadas para atender ao modelo implementado, catalisando inclusive mudanças culturais (Mendes, 2006).

Para apresentar o novo horizonte, a concepção do processo saúde-doença é forçada a mobilizar-se do plano de negatividade, com fortes vinculações com doença e morte, para um plano de positividade, no qual a qualidade de vida de uma população possa ser vislumbrada a partir de práticas de vigilância à saúde. Essa foi uma reconfiguração profunda no sistema de saúde nacional, até então conduzido pela prática de saúde voltada à atenção médica (Mendes, 2006).

As transformações são de inúmeras ordens. Entre elas, são destacadas as de dimensões prioritárias como a política, por envolver atores sociais defensores de diferentes projetos; a ideológica, por aderir a um fundamento de atenção à saúde direcionada às demandas populacionais, exigindo assim a adoção da nova concepção para o processo saúde-doença, oriunda do paradigma sanitário, implicando em mudanças culturais; e a dimensão cognitivo-tecnológica, posto que requisita a geração e aplicação de conhecimentos e técnicas alinhadas às conjecturas ideológicas e políticas do projeto da saúde socialmente estruturada (Mendes, 2006).

No que diz respeito à concepção do processo saúde-doença, temos que:

Um sistema dominante de crenças não quer significar unanimidade sobre a concepção de um fenômeno mas certa estabilidade entre diferentes concepções que coexistem em um momento dado e numa certa sociedade sobre um fenômeno.

Daí que uma reforma em profundidade de um sistema de saúde significará a mudança de um sistema de crenças vigente por um outro emergente. Isso vai caracterizar a reforma da saúde como um processo longo, em que não há lugar para planos mágicos, de resultados espetaculares no curto prazo.

Mais, se as mudanças devem dar-se em ambiente democrático, pela negociação entre diferentes atores sociais presentes na arena política da saúde, mais lento, ainda, será o processo (Mendes, 2006 p. 235).

Assim, o movimento de transição proposto pelo SUS ocorre nos passos de uma construção lenta, com situações de avanços e outras de retrocessos do modelo de saúde, mas é perceptível. Essa transição é amplamente marcada, mas não completamente, pela superposição de adversidades que podem encontrar soluções no antigo modelo, e outras que se acomodam com as proposições de melhores respostas no novo modelo (Mendes, 2006).

Esse momento transicional pode ser captado em algumas das entrevista concedidas por participantes, que em algum momento de suas formações, receberam referências do modelo de produção social da saúde para o envelhecimento, sem o enfoque de adoecimento para o processo, muito embora mantenha dificuldades relativas à morte, e com abordagens gerais enquanto docente relativas à temática, inicialmente referente às suas formações iniciais, que apesar de serem falas longas, são de muita relevância:

O envelhecimento eu lembro muito positivamente, da graduação, eu lembro de um componente, tanto na graduação, eu fiz uma especialização também em saúde coletiva [...] de uma abordagem mais voltada pra esse aspecto natural [...] então eu lembro de ter sido muito bem abordado na graduação [...] e a questão da morte/morrer, a gente não teve algo muito específico sobre isso [...] o processo morte/morrer, especificamente, ele ainda é um pouco tabu, ele é muito teórico pra mim, na prática eu perco o chão, é o santo de casa que não faz milagres, esqueça que eu existo, esqueça que eu sou enfermeira, esqueça tudo! porque eu vou estar naquele grupo de que não sei o que fazer, eu perco o chão de fato! (Profa. codinome Luci).

Sim, a gente teve essa disciplina que era optativa, mas muitas pessoas queriam fazer, porque todo mundo queria ter a experiência de ser idoso por uma tarde [...] (Profa. codinome Maria Júlia Paes).

[...] nessa universidade eu pude trabalhar com a questão da acessibilidade, pra pessoas idosas, pra pessoas com deficiência, e aí nesse processo, (nome de curso de graduação) tem muitas questões voltadas para a qualidade de vida [...] então eu tive que ver morte, tive que lidar com essa questão de ter um lugar da morte, qual é a relação de uma enfermaria, de um centro cirúrgico,

com a morte, como isso tem que se relacionar com o restante do hospital, de uma certa maneira, não de uma forma, eu diria contundente (Profa. codinome Lygia Pape).

Da mesma maneira, as falas que se seguem se alinham às anteriormente apresentadas com a atuação docente, seguindo padrão semelhante no preparo profissional de técnicos em saúde referente ao envelhecimento e morte:

Atualmente eu apenas acompanho estágio no curso técnico em enfermagem, mas a discussão do envelhecimento, ela é bem forte, porque eu acompanho estágio em sala de curativos, então é basicamente o público de doenças crônicas [...] eu procuro abordar e trazer como contribuição para esse discente, seria essa visão do envelhecimento como um processo natural, fisiológico, mas que também precisa de cuidados específicos [...] (Profa. codinome Luci).

[...] são duas coisas que eu sempre tento trazer, falar das condições do envelhecimento e dos impactos que ele vai ter, e do cuidado que nós vamos precisar ter, porque se a gente tem que pensar no mundo para os idosos, porque é o nosso futuro[...] a gente precisa, porque se não o idoso fica sendo tratado como um gasto a mais, ele é que tem doença crônica, ele é o que suga todos os recursos do SUS [...] (Profa. codinome Maria Júlia Paes).

Acho que quando a gente fala do território, a gente sempre traz a questão da família, das pessoas que são velhas, os idosos, como uns falam, dessa atenção especial, às vezes o território nos revelam coisas assustadoras! (Profa. codinome Lygia Pape).

Esse movimento que, ao mesmo tempo, é acolhedor de novos saberes e gerador novas posturas, é o mesmo que ainda se nutre dos padrões originados nas formações de profissionais da saúde, os quais ressoam em suas práticas docentes. Dessa forma, podemos inferir que a condução na atual formação de profissionais na área da saúde recebe balizas que transitam entre os novos e os velhos padrões. As referências do paradigma flexneriano se entrelaçam ao paradigma da produção social da saúde apregoada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e geram tensões em aspectos relativos aos universos que abarcam a formação profissional e docente e, consequentemente, as práticas docente na EPS.

Algumas particularidades relativas a EP e EPS merecem destaque, no sentido de melhorar a compreensão quanto à dinâmica da modalidade formativa. Assim, destacamos três aspectos que consideramos relevantes: a qualificação para o ingresso na carreira docente, a interface que precisa ser observada da formação profissional técnica especificamente na área da saúde para atender aos SUS e, como uma condição emergente na mesma área, a formação orientada à interdisciplinaridade.

Iniciamos ressaltando que, em conformidade com a Resolução CNE/CP nº 1, de 05 de janeiro de 2021, o seu capítulo XVII aponta que a condição mínima exigida de qualificação para o ingresso na carreira docente à EPT é somente a de “cursos de graduação, em programas de licenciatura ou outras formas, em consonância com a legislação e com normas específicas definidas pelo CNE” (Brasil, 2021, p. 17). Um outro aspecto diz respeito à valorização do docente conhecedor do saber prático, ou seja, do fazer propriamente dito, em detrimento de habilitação inerente à docência, e esse ‘aparelhamento’ é de grande conveniência à área da saúde. É uma referência clara na redação do Parágrafo 2º do Capítulo XVII:

§ 2º A demonstração de competências profissionais em sua atuação no mundo do trabalho, após a avaliação que trata o caput, aliada à excelência no ato de ensinar a trabalhar, poderá ter equivalência ao correspondente nível acadêmico na ponderação da avaliação do corpo docente, em face das características desta modalidade de ensino e suas exigências em termos de saberes operativos (Brasil, 2021, p. 17).

A explicação para a valorização do excelente domínio do fazer prático na área da saúde se vincula à necessidade de o profissional desenvolver atenção plena para a sensível questão de lidar com situações de vida e morte, como por exemplo: assistência desde a concepção até o dia da morte; lidar com o sofrimento de pessoas em diferentes espectros, em diferentes contextos, em idades diversas, com histórias de vida diversas, e no que diz respeito ao profissional de nível médio, com grande intensidade de contato; lidar com a equipe multiprofissional em suas mais diversas necessidades de articulações; e lidar com as possibilidades da falibilidade humana do erro profissional, que nesse caso particular, pode trazer malefícios em vários níveis, inclusive a morte.

Ainda há a mais difícil dessas competências: lidar com o insuportável fenômeno da morte, em seus vários matizes, que culminam por acarretar a consciência da sua própria. A docência na EPS não é de plano elementar, e para realizar a travessia entre os modelos assistenciais, duas políticas que oferecem sustentação à formação de profissionais para atender ao SUS precisam ser abordadas, fortemente vinculadas à formação docente e discente.

Entendemos a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das políticas ancoradoras do processo. O sentido dado ao termo “Humanização” na referida política diz respeito à valorização dos vários sujeitos que estão profundamente implicados no delicado processo de produção da saúde, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores do sistema. É uma política que atravessa as diversas ações e âmbitos do SUS e encerra os variados níveis e dimensões da atenção e gestão integrantes do

sistema, lançando mão de ferramentas e dispositivos proporcionadores da consolidação de redes, vínculos e corresponsabilização entre os sujeitos enredados. A necessidade de permanentes avaliações relativas à implementação dos SUS apontaram e apontam avanços e problemas perdurantes, exigindo assim o aperfeiçoamento do sistema (Brasil, 2006).

Dentre outras questões, quando se trata da formação de profissionais para atuação no SUS, um aspecto que desperta interesse e exige mudança de rota à consolidação do sistema é a percepção do despreparo profissional relativa às dificuldades de enfrentamento no tocante à dimensão da subjetividade que envolve os sujeitos implicados nas práticas de atenção à saúde, inerente a qualquer uma destas, observada quando os serviços passam por algum momento de avaliação (Brasil, 2006).

A condição é compreensível em razão do distanciamento entre a formação dos profissionais e o debate da formulação da política pública de saúde. Outros fatores intervenientes ocorrem, a exemplo da manutenção do modelo de atenção enfocando a relação queixa-conduta, fragilidade no controle social, fragmentação no processo de trabalho e nas relações multiprofissionais, escassez de mecanismos que encorajam a cogestão, incluem e valorizam os trabalhadores e usuários no transcurso da produção de saúde (Brasil, 2006).

No sentido de viabilizar melhorias na formação, o eixo da educação permanente inserido à referida política recomenda a inclusão da PNH como conteúdo em cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, integrando-se também às demais instâncias formadoras em saúde e aos recursos da educação permanente, com o propósito de preparar, técnica e politicamente, profissionais em saúde que apoiem e propaguem a política, constituindo-se em agentes de novas realidades e disseminando os direcionamentos defendidos pela política em seus postos de trabalho (Brasil, 2006).

Nesse sentido, a PNH se constitui em uma potente ferramenta incluída na formação técnica em saúde, viabilizada principalmente pelo viés das graduações em saúde, sem sombra de dúvida como lugar hegemônico na formação do corpo docente atuante na modalidade educativa da EP e EPS.

A PNH opera como matéria-prima no sentido de sensibilizar a formação dos futuros trabalhadores em saúde em todos os níveis, no sentido de mediar a mudança de cultura, abrindo caminhos para um cenário de serviços de saúde com melhorias na interação entre os seus atores, conducente à fragilização do “núcleo duro” construído numa relação do saber hierarquizada.

A outra política a ser destacada na formação de profissionais em saúde (e essa bastante instrumentalizada em nível médio, ainda que prioritariamente nos serviços) é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída através da Portaria nº 1.996,

de 20 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde (Brasil, 2007). Consiste em uma política conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional, mediatizadas pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais responsáveis pela permanente articulação à orientação, formulação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

As CIES são comissões compostas por gestores da esfera do poder federal, estadual e municipal, além dos gestores estaduais e municipais, ou seus representantes legais da educação, trabalhadores do SUS, movimentos sociais vinculados à gestão das políticas públicas de saúde e controle social no SUS e demais entidades de ensino que ofertam cursos na área da saúde (Brasil, 2007).

Essa configuração de integração ensino-serviço na EP/EPS remonta às suas origens, visto que desde a condição primeira de formação para o trabalho, o exercício prático, do fazer propriamente dito, é premissa no preparo profissional. Evidentemente, a conjuntura é, em sua completude, outra, mas podemos rememorar as origens como complemento à compreensão da evolução da modalidade educativa e suas prerrogativas no que tange à sua legislação e legalização (Brasil, 2007).

O Anexo III da PNEPS apresenta as Diretrizes e Orientações para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no âmbito do SUS, destacando inicialmente a importância da formação dos trabalhadores de nível técnico como segmento indispensável ao cumprimento da política nacional de saúde, no sentido de asseverar e incrementar o nível de responsividade do setor saúde para as necessidades da população, observando então a atuação imprescindível dos profissionais formados em nível médio nos incrementos e desdobramentos de melhorias nos serviços de saúde e nas atividades nelas desenvolvidas (Brasil, 2007).

As articulações entre as esferas de governo federal, estadual e municipal junto às instituições de ensino e controle social conformam a cooperação técnica necessária às ações de formação e desenvolvimento dos profissionais de nível técnico da área da saúde. As entidades responsáveis pela execução das políticas de formação em nível médio de profissionais na alçada do SUS deverão preferencialmente ser as Escolas Técnicas do SUS e seus Centros Formadores e Escolas de Saúde Pública que possuam vinculação aos gestores estaduais ou municipais, além das demais Escolas de Formação Técnica Públicas (Brasil, 2007).

Outras instituições formadoras precisarão ser legalmente habilitadas e reconhecidas como tal para o desenvolvimento da referida formação. Equipes dos Estados da Federação e seus Municípios também podem conduzir o processo formativo, desde que na condição de parceiras de Escolas Técnicas (Brasil, 2007).

Ambas as políticas podem até ser consideradas antigas, visto que o SUS foi implementado pela Constituição Federal, em seus Artigos 196 a 200, no ano de 1988, enquanto a PNH é de 2003 e a PNEPS é de 2007, mas não por isso podemos dizer que são contempladas em inteireza, visto a lentidão do processo de implementação do próprio SUS e da transição entre os dois modelos de atenção à saúde. Portanto, inferimos que são instrumentos mediadores da mudança, que embora caminhe a passos lentos, permanece acontecendo.

Nas estruturas curriculares dos três cursos técnicos em saúde dos quais os docentes são partícipes desta pesquisa, constatamos o que já era esperado: a mescla entre conteúdos voltados à formação para atender o preconizado pelo SUS e conteúdos que se alinham à temática do trabalho. Como a escola é defensora e articuladora da formação de profissionais para atender ao SUS, ela inclui para todos os cursos técnicos o módulo básico em saúde e, nele se inserem os componentes curriculares de Saúde e Sociedade e Políticas de Saúde, os quais abordam conteúdos relacionados às questões que envolvem o conhecimento da origem e proposições do SUS. Para os demais cursos, os assuntos estão incluídos em componentes curriculares conforme os anexos 1, 2 e 3 da PNEPS, os quais apresentam a distribuição dos conteúdos referentes à temática da pesquisa.

A partir da observação do proposto em cada componente curricular integrante da estrutura dos cursos incluídos nesta pesquisa, sobrelevando a abordagem para a temática de envelhecimento e morte, constatamos que a maior imersão de estudos se volta realmente para os aspectos biológicos, não somente para a faixa que compreende pessoas idosas, sendo notória a mesma dinâmica à faixa etária de pessoas adultas.

É uma proposição formativa que espelha, de maneira fidelizada, as formações do corpo docente entrevistado, que a partir da realidade posta de envelhecimento populacional, precisará se apropriar de outras perspectivas de conhecimentos, com abertura de espaços de reflexão para concepções alinhadas à ótica do envelhecimento e da morte como um processo multifatorial e complexo.

As futuras gerações de profissionais formados na EPS (e não só nessa modalidade educativa) necessitarão de preparo ampliado, em razão de uma nova conjuntura social imposta, que suscita profissionais em saúde com olhares direcionados a outras questões as quais envolvam desafios sociais importantes, a exemplo das desigualdades de raça, de gênero, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e renda e a consequente dificuldade em alcançar cuidados dignos. Nesse contexto, os dilemas éticos se avolumam na proporcionalidade destas mesmas questões.

Referente ao processo morte-morrer, apenas um componente curricular, em sua abrangência, inclui o assunto de forma pontual e voltada aos aspectos técnicos do preparo do corpo pós-morte, seguindo a mesma linha de abordagem realizada nas graduações em enfermagem. Encontramos a importância conferida aos conteúdos que abordam o SUS de forma bem estabelecida quando se verifica o atravessamento do assunto com boa inserção em todos os cursos, muito embora o curso de Técnico em Agente comunitário de Saúde (TACS) apresente maior aprofundamento, justificável pela aproximação desse profissional com a atenção primária em saúde e sua atuação exclusiva e específica na saúde pública no contexto das UBS. Assim, fica perceptível a vivência da lenta transição entre os dois modelos assistenciais à saúde.

Seguindo alinhadas aos padrões de tradicionalidade, as últimas falas aqui apresentadas são legitimadoras do que apontamos anteriormente, mas ao mesmo tempo nos impelem a apresentar dois quesitos que consideramos relevantes a partir dos apontamentos da necessidade de reconhecimento e incremento da Educação Interprofissional (EIP), inclusive para o profissional em nível médio em saúde embora sabemos, virá mais tardiamente, e para a solidez do potente modelo tradicional de formação em saúde, que inclusive resvala na EIP.

A EIP é um movimento que vem a reboque das duas políticas salientadas, na condição de contraponto ao tradicional. É uma prerrogativa que está na dependência dos cursos de graduação, os grandes formadores de profissionais em saúde atuantes na EPS, os quais precisam de sensibilização para aderirem à proposta, que por sua vez é uma estratégia de grande valia, visto que apoia a formação de profissionais em saúde com enfoque nos direcionamentos do SUS. A PNH e a PNEPS se aliam aos movimentos que trabalham no movimento conducente à EIP (Lima *et al.*, 2018a) como um horizonte ainda pouco vislumbrado, exigindo trabalho contínuo e lento para operar as mudanças que ensejam.

O outro quesito diz respeito à pujança da cultura na formação, asseverando a formação ainda com fortes balizamentos da atenção conferida à doença e à evitação da morte como evento caracterizador do insucesso das intervenções profissionais, principalmente no que se refere ao profissional médico, que se mantém como grande diligenciador das decisões no universo da atenção à saúde. Alinhada a essa postura, deve estar a formação e atuação docente, no nosso caso, especificamente a EPS.

Nas falas a seguir, esses aspectos se encontram marcados em suas formações iniciais:

Na graduação, foi muito pontual, eu acredito que o processo de envelhecer, eu recordo [...] era muito transversal no sentido das disciplinas, acontecia mais

do que o processo de morte/morrer, então a gente trabalhou em saúde do adulto [...] até as pessoas idosas, então a gente via nas disciplinas que envolviam políticas de saúde, foi abordada a política de saúde do idoso, o estatuto do idoso, então era de modo pontual [...] eu não me recordo de ter abordagem do processo de morte/morrer na graduação [...] (Profa. codinome Gracinha).

Bom, durante a minha graduação isso foi muito superficial, e eu só me lembro em relação a envelhecer, nada! [...] de idoso era só as questões das doenças, e algumas situações epidemiológicas [...] a gente só via aspectos relacionados à doença no idoso [...] na sociedade ocidental a gente não estuda isso, não conversa sobre isso, ainda é essa concepção bem deturpada do processo de envelhecer. Em relação à morte, eu lembro de somente uma aula que a gente teve sobre a morte e o morrer, que também uma aula é uma coisa assim bem superficial [...] uma situação que eu vivenciei de desrespeito numa instituição que eu fiquei bem chocada, quando um médico chegou e disse: **“vamos logo preparar esse pacote pra tirar daqui!”** [...] (Prof. codinome Paulo Freire).

Não apareceram! inclusive no meu TCC, eu trabalhei com depressão em idosos, e foi a primeira vez que eu fiz alguma leitura sobre envelhecimento durante a minha graduação, foi pro TCC [...] e com relação ao processo de morte/morrer eu não tive uma aula, só de como preparar o corpo [...] (Profa. Fátima Silveira).

Bem! na formação a gente tem algo muito incipiente, que é na Introdução à Enfermagem, na época, nós tínhamos a aula de morte/morrer [...] Então, você aprendia a lidar com a morte, e muitas vezes até sofrendo mesmo, na prática [...] Envelhecimento na minha época, em relação ao ensino, a gente não tinha ainda muito forte a parte da saúde do idoso; tinha mais as patologias [...] (Profa. Lúcia Brandão).

No meu ponto de vista, apareceu na graduação, principalmente num período de disciplina que era mais relacionado à atividade física e saúde [...] então parte do princípio que essa ideia da formação acadêmica, estudei com outros colegas sobre o tema do envelhecimento [...] então partiu muito da ideia do processo de envelhecimento ele faz parte da vida [...] estudar o cuidado de si, então a morte aparece, como tema, é como se fosse a completude da vida, olha como é diferente de você dizer: morreu! desapareceu! não vejo mais, tô triste! é a completude, então cada um de nós, é a história da finitude, cada um de nós chegamos a um determinado fim, como você quer chegar lá depende de como você constrói sua vida, sem saber que vai chegar lá, e quando e como (Prof. codinome Luiz Anselmo).

Em suas atuações docentes, é possível percebermos que, apesar de existir a reprodução do que foi abordado nas formações iniciais do corpo docente, existe a sensibilização da necessidade de algum tipo mudança a ser implementada para a formação dos profissionais técnicos em saúde:

Eu acho que a gente tem que avançar muito, tanto avançar no conhecer, o processo de envelhecimento, eu acho que a gente está muito atrás, muito aquém, e já estamos atrasadíssimos, porque os idosos já estão aí [...] mas aí

quando a gente vai pros ciclos de vida a nossa limitação do processo de envelhecer, ela se reflete naquilo que a gente passa pro aluno, como a gente não estudou isso, isso foi muito superficial na nossa formação, isso se reflete naquilo que a gente ensina, e muitas vezes se a gente quiser se aprofundar, a gente tem dificuldade até na busca dessa informação, porque também os estudos são poucos [...] no Brasil, a gente tá bem atrasado, e buscando justamente trabalhar esse prejuízo, esse prejuízo todo! (Prof. codinome Paulo Freire).

Não! não tem essa particularidade do idoso sendo na terapia intensiva, é de uma forma geral, as patologias, os cuidados, é bem mais tradicional mesmo (Profa. codinome Lúcia Brandão).

[...] talvez por essa dificuldade da gente lidar com o processo socialmente da morte, eu acho que isso repercutiu muito no modo até da gente enquanto profissional se preparar para ensinar outras pessoas a lidar com esse processo [...] (Profa. codinome Gracinha).

Vou dizer que momentos! [...] trabalhar com o processo de envelhecimento sofrido e morte, eu sinto que a gente não trabalha tanto com essas palavras, eu acho que não tem essa profundidade [...] vá na rua e observe as pessoas! pega esse repertório que é cultural, que é um gesto cultural, a tristeza é um gesto cultural, felicidade é um gesto cultural, os outros também são, a rebeldia, a raiva, o que for, nós temos padrões de movimentos culturais construídos, são técnicas do povo para sinalizar a nossa comunicação, então aprenda a ler! (Prof. codinome Luiz Anselmo).

Esses trechos remetem para a RS e RP desveladas sobre envelhecimento e morte. Quanto à RS, podemos inferir a consideração nas formações profissionais em saúde à subjacente e silenciosa manutenção do *Alter* em lugar de pouca importância, refletidamente abordada nas estruturas curriculares de maneira dispersa em meio aos conteúdos considerados imprescindíveis, reforçando a negação do envelhecimento e a pouca suportabilidade da morte, ambas construídas socialmente e reproduzidas no sistema educacional, obrigatoriamente impactando nas formações.

Referente à RP, a cultura em saúde, em sua singularidade, obedece ao padrão matricial da fragmentação do conhecimento envolto em especialidades médicas que se dedicam aos sistemas orgânicos segmentados e aos adoecimentos possíveis para esses referidos sistemas, ou a um conjunto de doenças. A preocupação ainda é bastante focada em fragmentos e não no ‘todo’ correspondente à subjetividade e à integralidade humana, determinante do aspecto biopatológico impresso à RP desvelada.

No entanto, o envelhecimento exige, em sua premência, que profissionais na área da saúde despertem para a necessidade de saber lidar com a delicada conexão entre as “peças” do quebra-cabeças que compõem a transição demográfica e a consequente elevação da proporção de pessoas idosas e mortes. No horizonte dessa delicada e complexa conjuntura, a EIP desponta

como uma possibilidade legítima, com grandes chances de contribuir na travessia turbulenta do modelo assistencial em saúde, particularmente na transição demográfica.

Lima *et al.* (2018a) apontam que a educação interprofissional (EIP) foi uma pauta incluída na Conferência de Alma-Ata, ocorrida no ano de 1978, quando o termo possivelmente foi designado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vislumbrando melhorias de estratégias na promoção à saúde em épocas vindouras, tendo como marco temporal o ano 2000, por assim dizer, como uma *avant-première* do século XXI. A EIP se localiza essencialmente em uma esfera encorajadora às práticas colaborativas possíveis de serem adotadas entre os profissionais integrantes das equipes de saúde, amparando assim o trabalho articulado no sentido de alcançar objetivos comuns no âmbito de melhorias na saúde coletiva.

Adversidades relevantes se apresentam no caminho viabilizador à EIP. Como entrave primário está a questão hegemônica na área da saúde, representada pela manutenção da condução do processo ensino-aprendizagem na raiz profunda de uma razão orientada por disciplinas tanto nos cursos de graduação quanto nas pós-graduações e formações uniprofissionais. O conhecimento permanece sendo explorado de maneira compartimentada e ocorrendo na uniprofissionalidade, impactando sobremaneira na articulação e cooperação do trabalho entre diferentes carreiras profissionais, o que, a princípio, caracteriza as possibilidades do desenvolvimento desse trabalho colaborativo (Lima *et al.*, 2018a).

Comparamos a resistência do modelo biomédico a uma formação com características rizomáticas, ou seja, apesar das tentativas de podas, ela consegue, em suas ressurgências, manter-se reafirmada aos propósitos da fragmentação do cuidado reforçada pelo enfoque no isolamento de disciplinas, na uniprofissionalidade e, por conseguinte, na prática biomédica, apoiada nas duas primeiras condições.

Igualmente na esfera da atenção primária em saúde, lugar no qual se abriga a grande complexidade de práticas, os desafios são da ordem de algumas suplantações: a fragmentação dos saberes e a atenção à saúde consequente da hierarquização dos sistemas, custos crescentes, qualidade lábil e pouca adesão à responsabilização, além da busca de ampliação da perspectiva biomédica, no sentido de transmutar suas restrições. Podemos inferir que se trata de uma mudança drástica em toda a área da educação em saúde e em suas práticas.

No que se refere ao estrato populacional de pessoas idosas, a ESF necessita da atuação conjunta e colaborativa de um rol de profissionais tanto em nível médio como superior, a saber: agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos em saúde bucal e outros presentes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a exemplo de profissionais como o fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, educador físico,

arte-educador, sanitaria e outros, evidenciando que a atenção à saúde para esse estrato populacional está muito além do profissional médico (Lima *et al.*, 2018b).

No ano de 2019, os referidos núcleos passaram a não mais receber financiamento do governo federal. No ano de 2023, eles foram substituídos pelas equipes multiprofissionais na assistência primária à saúde, passando a serem compostas pelas seguintes composições: equipe de Saúde da Família, equipe de Saúde da Família Ribeirinha, equipe de Consultório na Rua, equipe de atenção Primária e equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (Brasil, 2023).

Uma pesquisa realizada pelos autores Lima *et al.* (2018b) junto a instituições públicas e privadas do Estado do Rio Grande do Norte, referente aos projetos pedagógicos (PP) de cursos na área da saúde (que objetivou a análise da inclusão da temática do envelhecimento e EIP na estrutura formativa da equipe de profissionais atuantes na ESF e NASF, composta por treze profissionais em nível superior e três em nível médio) apresentou em seus resultados duas categorias relevantes, descritas nos parágrafos a seguir.

A primeira diz respeito à formação uniprofissional, quando o estudo destaca que, apesar da formação profissional em saúde estar pedagogicamente em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais, que abraça a formação humanística, generalista, crítica e reflexiva, nenhum desses projetos se pronuncia quanto ao desenvolvimento de capacidades específicas para lidar com as demandas provenientes do estrato populacional de pessoas idosas, particularmente no que tange ao trabalho interprofissional, oportunizador do cuidado integral, que a princípio se reflete na capacidade da manutenção da autonomia e independência para a faixa etária (Lima *et al.*, 2018b).

Outra constatação foi a ausência de componentes curriculares dedicados à abordagem do envelhecimento enquanto processo que carece de interdisciplinaridade e interprofissionalidade nos cursos submetidos à análise dos seus respectivos PP. Possivelmente, essa ausência se justifica pela falta de conteúdos que conduzam ao desenvolvimento das referidas capacidades. A formação de profissionais em saúde é uniprofissional e orientada pelo cuidado à pessoa idosa com o olhar direcionado à assistência circunscrita às doenças crônico-degenerativas, reconhecimento e prevenção de prejuízos à saúde (Lima *et al.*, 2018b).

A segunda categoria apresentou a secundarização do envelhecimento, quando o estudo apresenta determinados aspectos na formação profissional, que caracterizam a condição, independentemente de serem cursos em nível médio ou superior. Em alguns cursos, a temática é incluída, de maneira fracionada, no estudo dos ciclos de vida. Em outras situações, a inclusão do assunto se detém exclusivamente a aspectos biológicos e fisiológicos. Duas situações se apresentaram como inovadoras por apresentarem, em seus PPPs, direcionamentos que fogem

do tradicional. O curso de graduação em fisioterapia, de instituição pública, traz em sua estrutura curricular o componente ‘Gerontologia’, objetivando propiciar o entendimento do processo de envelhecimento em sua multidimensionalidade, no entanto como componente curricular optativo. A mesma instituição pública oferta o componente curricular ‘Saúde e Cidadania’ como uma via conducente da EIP para os cursos de graduação:

A disciplina Saúde e Cidadania – Saci – busca a integração do ensino a partir da interação básico/profissionalizante, teoria/prática, disciplina e cursos com os serviços de saúde e a comunidade. Visa oferecer ao aluno, iniciante dos cursos da área da saúde, o ambiente propício à reflexão dos problemas da saúde da população e das atividades de atenção à saúde na comunidade, buscando o estabelecimento da relação educação, saúde e cidadania, através do trabalho interprofissional e interdisciplinar. (Trecho extraído da ementa do componente curricular Saúde e Cidadania, ofertado em uma instituição de ensino pública da região metropolitana de Natal) (Lima *et al.*, 2018b, p. 1668).

O curso de graduação em medicina, também em instituição pública no interior do estado do Rio Grande do Norte, conta com estrutura curricular orientada por núcleos de conhecimento, um deles dedicado à saúde da pessoa idosa. No referido núcleo, incluem-se conteúdos que abordam aspectos fisiológicos, epidemiológicos e sociais específicos do envelhecimento e da promoção da saúde da pessoa idosa, bem como o processo de transição demográfica vivenciado especificando na realidade nacional, embora a tradicionalidade da uniprofissionalidade no curso esteja mantida (Lima *et al.*, 2018c).

O ensino da temática da saúde do idoso foi analisada em 85 cursos técnicos em enfermagem distribuídos no Brasil, cadastrados no Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação, e com Projetos Pedagógicos disponibilizados em páginas institucionais da internet. O estudo revelou que a maioria maciça dos cursos técnicos abordam a questão da saúde do idoso prioritariamente na modalidade de disciplinas mistas, ou seja, são conteúdos que se inserem em outras disciplinas as quais tratam de aspectos abrangentes nos ciclos de vida, a exemplo da saúde do adulto ou saúde coletiva, ocorrendo em pouca proporção as que tratam especificamente das particularidades da pessoa idosa (Silva, 2022).

O estudo de Lima *et al.* (2018c) ainda aponta que existem movimentos, em pequena proporção, para a inserção de estágios especificamente no âmbito da saúde do idoso, mas a tendência é de não adotar a iniciativa específica. As atividades fora das salas de aula contribuem bastante para o aprendizado, por estimular novas formas de convivências, compartilhamento de

emoções e saberes, como também a representação do pensamento em relação ao envelhecimento, contribuindo no fortalecimento da prática profissional (Silva, 2022).

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional articulador da cadeia da Atenção Primária em Saúde. Em estudo realizado com profissionais integrantes da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Município de Itaitinga/CE, que objetivou analisar a percepção de profissionais inseridos em postos de trabalho da ESF sobre suas formações para atuar na atenção à saúde do idoso (Castro, 2021), os resultados apresentaram a compreensão de 37,7% de uma amostra constituída de 61 participantes, distribuídos em 10 equipes da ESF, que consideraram o preparo para suas atuações com pessoas idosas como bom. Desse universo, 50,8% dos participantes sentem-se capacitados para realizar ações com o público de pessoas idosas. Outros 63,9% apontam a necessidade de uma formação voltada à saúde da pessoa idosa, e 78,9% sentem necessidade de participar de algum tipo de capacitação para a realização do trabalho junto à pessoa idosa (Castro, 2021).

A conclusão é a de que existe inconsistência na formação para esse profissional, precisando assim de investimento em formações mais abrangentes e continuadas, que viabilizem a melhor assistência das pessoas idosas necessitadas de cuidados por parte desses profissionais (Castro, 2021).

Constatamos que os resultados apresentados se alinham bem ao que encontramos no universo deste estudo. Por um lado, isso nos traz preocupação, por compreendermos que o não preparo para o processo de transição demográfica é amplo no universo da formação dos profissionais na área da saúde; por outro, nos impacta positivamente saber que os movimentos acontecem, mesmo no sentido da constatação do problema, provocando desconforto nas formações, tema-objeto de permanente preocupação. Outro impacto positivo é a percepção da relevância do nosso trabalho, em razão da apresentação de resultados semelhantes à realidade local, oriundos de pesquisa realizada a partir de outras fontes.

Ambas as categorias apresentadas, de formação uniprofissional e secundarização do envelhecimento, se atrelam à fortaleza da cultura, por excelência vinculadora de símbolos e significados ancorados em experiências vivenciadas como marco referencial às atitudes e comportamentos adotados em todos os aspectos da vida, incluindo a esfera profissional. Abrigada nas camadas de contexto mais amplo, essas categorias exercem fortes influências na condução da vida em suas várias esferas.

Os símbolos são concepções que ocorrem ao longo das épocas e se propagam correntemente na cotidianidade humana, portanto, ao nascer, as pessoas já são envolvidas em contextos nos quais sua presença está inexoravelmente definida, sendo a sua utilização no

sentido de interpretar as ocorrências, e auto orientar-se no fluxo dos fatos vivenciados (Geertz, 1989). É uma ideia que nos reporta tanto a RS quanto a RP desveladas, fortemente ancoradas nas vivências dos participantes da pesquisa, claramente elaboradas a partir do culturalmente vivenciado tanto no âmbito social, quanto no profissional, sustentando assim seus propósitos.

A cultura é um tecido constituído por um entrelaçamento de significados engendrados pela humanidade, vivendo ela atada a essa tecitura. Ela se move de maneira pouco articulada, mas de alguma forma se agrega para direcionar mudanças em aspectos diversos (Geertz, 1989).

Possivelmente, estejamos vivenciando uma movimentação com esse caráter na área do envelhecimento, que ocorre mais fortemente a partir do século passado, quando a população envelhecida se apresenta crescente e provoca tensionamentos sociais, trazendo mudanças inclusive nas ciências da saúde. Conceitos-chave¹⁹ como geriatria e gerontologia se desenvolvem e se consolidam como relevantes, constituindo-se a partir de então como orientadores à atenção à pessoa idosa (Papaléo Netto, 1996).

Olhares limitadores gravitam em torno do reconhecimento da gerontologia como campo de conhecimento científico, iniciando-se pela dificuldade no plano conceitual, visto a dependência de espaços externos à consolidação para o campo em construção, uma vez que não se restringe ao aspecto intrínseco do trabalho de cientistas, necessitando do despertar de interesses em setores diversos da sociedade, além de uma vinculação a um projeto político. Nesta particularidade, o que se encontra ainda é a proposição de uma ciência técnica que valoriza o caráter intervencionista sobre a pessoa idosa (Prado; Sayd, 2007).

Um outro aspecto diz respeito ao conceito propriamente dito de velhice, que não se limita às condições biológicas, impondo barreiras ao desenvolvimento dessa ideia de conceito na perspectiva maniqueísta. No que concerne à velhice, interesses estão mobilizados aos olhos de outros segmentos da sociedade, a exemplo da indústria que enxerga a pessoa idosa como consumidora (Prado; Sayd, 2007).

Outros entes interessados nesse conceito são: o Estado, que vislumbra possibilidades de implantar políticas públicas que atendam às demandas do estrato populacional; a classe político-

¹⁹ O termo geriatria diz respeito à especialidade médica que se dedica aos aspectos médicos, sociais e psicológicos do processo saúde-doenças de pessoas idosas, com o objetivo principal de identificar problemas que acometem a pessoa idosa em situação de risco nas esferas médica, psíquica, funcional e social, no sentido de direcionar ações sobretudo aos idosos já em condição de vulnerabilidade maior. A gerontologia é uma especialidade mais abrangente que se dedica ao estudo do processo de envelhecimento em sua dimensão multifatorial, considerada uma ciência jovem, explorando o processo de envelhecimento sob diversos aspectos, observando as transformações no envelhecimento físico, psicológico, comportamental e finalmente a conjuntura social do envelhecimento considerando a mão dupla de influências exercidas entre indivíduo e sociedade. Ambas as terminologias são utilizadas desde antes do Século XIX por autores que se dedicaram a estudos sobre tópicos que aludem a pessoas idosas (Papaléo Netto, 1996).

partidária, que passa a enxergar a faixa etária como eleitorado ativo; profissionais que se inserem no mercado de trabalho e disputam espaços de atuação e os próprios gerontólogos empenhados em oferecer respostas às demandas da conjuntura social determinado pela transição demográfica, ainda carente em produções científicas (Prado; Sayd, 2007).

Os interesses designados como não científicos (governos, indústria), despertados para a faixa etária, pode levar o posicionamento da gerontologia a um patamar de negacionismo em relação à velhice, em virtude de defender concepções as quais vislumbram o envelhecimento com grandes possibilidades de pessoas idosas se manterem permanentemente ativas e com jovialidade do espírito. Os reveses podem ter sido os motivos pelos quais a gerontologia não tenha conseguido estimular investimentos oriundos dos órgãos de fomento à pesquisa à temática em questão e, por conseguinte, ainda não ocupe lugar específico nas Tabelas de Áreas de Conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Prado; Sayd, 2007).

Todas essas questões retratam a turbidez nas concepções que envolvem muitas questões que tratam da transição demográfica, incluindo o campo de saberes reconhecidamente dedicado ao fenômeno, caso da gerontologia. Por um lado, isso é inquietante, visto a galopante evolução do estrato populacional de pessoas idosas, demandando cada vez mais assistência em saúde, tanto em sua versão adoecida quanto em sua versão bem-sucedida. De qualquer forma, esse estrato se depara com uma equipe de profissionais pouco habilitada para lidar com a nova realidade e segue no passo mantido do tratamento de doenças, com poucos espaços de aberturas para novas propostas de assistência, apesar dos esforços empreendidos.

No que tange especificamente à EPS, a percepção das modificações sociais quanto a transição demográfica é enxergada, no entanto com a abordagem dos conteúdos assimilada como superficial, com aprofundamento teórico lacunar, especificamente na formação técnica em enfermagem. A partir de situações vivenciadas nos espaços das práticas profissionais, o assunto é requerido de modo mais aprofundado, visto a necessidade imposta pelo trabalho em si, demandando acurácia em conteúdos necessários à assistência. Assim, os espaços de prática tornam-se ambientes privilegiados, exigindo a ampliação das reflexões no sentido de aprimoramento do nível da formação técnica tanto do corpo docente quanto discente (Leonart; Mendes, 2005).

A configuração de exigências ocorridas nos campos de práticas profissionais na área da saúde está mantida na realidade atual. As modificações impostas pela transição demográfica se insinuam em absolutamente todos os espaços assistenciais em saúde e para todas as categorias profissionais. Dessa forma, então a educação, em sentido amplo, constitui uma grande demanda

para a formação de profissionais na área da saúde, voltando a atenção para lidar e cuidar de pessoas envelhecidas, nos seus vários espectros, com maior ou menor proximidade da morte, possivelmente anunciada pelo som dos atabaques das doenças crônico degenerativas, que por vezes de arrastam por um período considerável para uma boa parcela da população brasileira.

O envelhecimento bem-sucedido ainda é para poucos eleitos, caracterizando uma exceção em se tratando de população brasileira, mas sua prerrogativa de conduzir ao final da vida é inegável, e suas consequências podem ter menos sofrimento. Apesar de movimentos lentos na esfera educacional em se tratando de processo de envelhecimento, deduzimos que as transformações sociais são as forças catalisadoras que impulsionam as mudanças no sentido de aperfeiçoamento profissional na área da saúde, em seus diversos níveis de formação.

6.2 REPERCUSSÕES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO E MORTE NA ELABORAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO PROFISSIONAL E NA FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

A ocorrência da transição demográfica tem atravessado as sociedades globalmente em diferentes níveis, constituindo-se minimamente em uma curiosidade na vida cotidiana de uma parcela considerável das populações. Como já apresentado, o Censo Demográfico 2022 comunicou a realidade nacional de um país em franco processo de envelhecimento e, a partir de tal constatação, urge que medidas de monitoramento e aprimoramento sejam diligenciadas, no que tange às políticas públicas para atender à crescente demanda de pessoas idosas, fazendo emergir, em maior densidade, as situações que caracterizam esse estrato populacional, em suas dimensões problemáticas ou de apoio ao envelhecimento bem-sucedido em suas particularidades.

Na nova conjuntura social, profissionais em saúde se qualificam e são lançados ao mercado de trabalho, com formações orientadas pela transição que ocorre entre os modelos assistenciais em saúde: o tradicional, que direciona seu foco de atenção à doença, e o que observa o preconizado pelo SUS, enfocando a vigilância em saúde. As peculiaridades dessa transição já são suficientes para precipitar tensionamentos, recebendo potencialização quando a ela se associa o fenômeno do envelhecimento populacional, aguçando assim as tensões.

Em seu relatório mundial sobre envelhecimento e saúde, a Organização Mundial de Saúde (2015) recomenda modificações para a elaboração de políticas públicas com o propósito de auxiliar os continentes a enfrentarem as mudanças sociais contemporâneas em razão da transição demográfica global. O texto ressalta que tanto as necessidades quanto as capacidades

evidenciadas na velhice são frutos dos eventos ocorridos ao longo de todos os anos de vida e, portanto, aponta a inexistência de uma pessoa idosa linearmente “típica” (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Reconhecidamente, uma grande parcela dos adultos maiores apresenta problemas múltiplos de saúde que se somam ao passar dos anos, no entanto a instalação da dependência não é uma sentença no envelhecimento. Muitos fatores estão no entorno dessa lógica, e um dos pilares para evitar o desenvolvimento de padrões de dependência na velhice diz respeito à implantação de políticas públicas e oferta de adequados ao estrato populacional de pessoas idosas. A estimativa para o ano de 2050 é a de que 2 bilhões de pessoas tenham idade igual ou superior a 60 anos, das quais 80% estejam vivendo em países com renda média ou baixa (Organização Mundial de Saúde, 2015).

As perspectivas atuais, surgidas a reboque das necessidades do desenvolvimento de respostas ampliadas frente à transição demográfica, mobilizaram o afastamento de percepções e ajuizamentos estereotipados sobre a última etapa da vida, convidando a sociedade a encontrar novas conceituações quando o assunto é envelhecimento. A reboque desse movimento, envelhecer de maneira bem-sucedida passa a ser o foco e o conceito de envelhecimento saudável é construído como um processo que permite o desenvolvimento e manutenção da capacidade para a realização de atividades durante a etapa de vida da velhice (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O processo de envelhecer de forma considerada saudável está pautado em três principais arrimos, sendo a primeira a manutenção da capacidade intrínseca, como a preservação da habilitação física e mental, na qual a pessoa encontra apoio para balizar qualquer atitude a ser adotada no tempo. O segundo arrimo é relativo aos ambientes que tanto podem fornecer recursos quanto barreiras que interferem decisivamente na capacidade de executar ações consideradas importantes para cada pessoa. Finalmente, o terceiro arrimo corresponde à interação entre ambiente e indivíduo atuando como propulsora das capacidades funcionais e ambientes favoráveis que forneçam recursos (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O desenvolvimento de quatro eixos estratégicos é recomendado para promover o envelhecimento saudável. O primeiro eixo é a reorientação dos sistemas de saúde, que devem migrar da abordagem baseada em doenças para modelos que observem a integração de ações visando o atendimento à multidimensionalidade das necessidades dos adultos maiores. O segundo eixo é o incentivo de investimentos dedicados à criação de sistemas de cuidados de longa duração, que objetivam a manutenção da capacidade funcional para adultos maiores que apresentem ou possam devolver elevado grau de dependência, garantindo-lhes os direitos

básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana. Muitas são as vantagens desses sistemas, como a redução ou uso inadequado de serviços de emergência, diminuição de custos familiares com os cuidados à saúde de seus familiares idosos e melhoria na condição da mulher para exercer outros papéis sociais, para além do de cuidadora (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O terceiro eixo estratégico envolve a promoção de ambientes favoráveis à inclusão do estrato populacional de pessoas idosas ou adultos maiores, incluindo a oferta de transportes públicos e habitações adequadas nos ambientes de vida dessas pessoas, possibilidade de trabalho, proteção social, rede de comunicação e informação que forneçam suporte e oferta de serviços de saúde adequados. O quarto eixo está atrelado ao desenvolvimento de métricas adequadas a serem aplicadas nas avaliações concernentes ao envelhecimento saudável com indicadores melhores que incluam capacidade funcional, capacidade intrínseca, bem-estar subjetivo, características de saúde e outros, além do incremento de pesquisas científicas com a inclusão do estrato populacional das pessoas idosas (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Uma questão que se mantém na mira da preocupação com relação à longevidade é a evidência de que, embora a expectativa de vida aumente, não existem sinalização clara de que a saúde de pessoas longevas esteja caminhando para patamares melhores quando comparadas ao padrão de saúde de gerações anteriores (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O Relatório de Base para a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), publicado pela OMS, estabeleceu o ano de 2020 como referência para medir os avanços relativos ao envelhecimento saudável, proposto no relatório mundial de envelhecimento e saúde, e marca o início da década do envelhecimento saudável como proposições de ações positivas até o ano de 2030 (Organização Mundial de Saúde, 2021).

As projeções para o ano de 2030 estão pautadas na melhoria da cobertura avaliativa para a avaliação da capacidade funcional em pessoas idosas, na expansão de serviços integrados de saúde, na ampliação da inclusão social e no combate à discriminação de pessoas em razão da idade ou etarismo, com base nas proposições anteriores divulgadas no documento de 2015 (Organização Mundial de Saúde, 2021).

As estratégias apontadas para atingir as projeções são de combate ao etarismo, buscando modificar comportamentos e atitudes sociais negativas com relação à idade das pessoas, trabalhar no sentido de criar ambientes favoráveis ao envelhecimento, integrar cuidados centrados na pessoa e não em doenças e estimular sistemas de cuidados a longo prazo. As metas propostas até o ano de 2030 são ambiciosas, no sentido de exigirem a ampliação relevante de

políticas públicas e fortalecimento do monitoramento e promoção efetiva do envelhecimento saudável (Organização Mundial de Saúde, 2021).

Nesse sentido, o corpo docente que forma profissionais para atuação no âmbito da saúde necessita se aprofundar na apropriação da realidade social posta, objetivando alcançar formas de lidar com os desafios que se apresentam na esfera da formação propriamente dita, além de outras dificuldades, a exemplo da inserção desses novos profissionais em seus futuros espaços de atuação.

Na singularidade do momento atual de tensões, as experiências pregressas de vida são fortes alicerces, carreadores de saberes construídos a partir de suas interrelações com grupos sociais antecessores e atuais, que certamente influíram em posicionamentos admitidos nos espaços formativos contemporâneos, por servirem como faróis relativos aos valores, princípios, crenças e práticas.

Os saberes envolvidos na turbidez dessas águas são de naturezas diversas, mas se entrelaçam em contextos relacionais, tomando por referências aspectos outros que não são exclusivamente os de bases científicas, a exemplo dos históricos, culturais, sociais e práticos, configurando o espaço de formação em um lugar de diversidades que, no entanto, adota o conhecimento científico como fio condutor de maior relevância.

Assim, partindo do que nos foi possível realizar em termos de análise das falas construídas pelo corpo docente participante do nosso estudo, concluímos que existe repercussão importante de um cabedal de saberes adquiridos fora do alicerce científico, servindo de tijolos à construção da RS desvelada sobre envelhecimento e morte, influenciadora na formação de profissionais em saúde em nível médio.

Nos foi possível compreender que a RP elaborada se sustenta nas potentes raízes da RS, visto que a constituição inicial é do ser enquanto pessoa, cuja inserção no âmbito social passa a receber toda a carga de construções culturais, históricas e outros que a antecedem. A essa pessoa, posteriormente, se agrega a esfera profissional, também elaborada a partir das demandas sociais, e por essa razão fundante, a mediação da RS na formação da RP é inegável.

Os saberes previamente adquiridos em experiências cotidianas são oriundos do convívio social e, nessa esteira, diversos lugares se entrecruzam em possibilidades de oferta de aprendizados, a exemplo da família, das urbanidades, das instituições organizadas da sociedade (igrejas, partidos políticos, escolas) e de outros.

Com o intuito de melhor esclarecer o que está primariamente envolvido no engendramento dos vários saberes e seus entrelaçamentos, iniciamos realizando uma breve inflexão sobre a compreensão de saber, na perspectiva de autores que se debruçam sobre o

assunto, na tentativa de tecer um melhor esclarecimento à elaboração da RS e RP desveladas na pesquisa e partir da construção da diversidade de saberes.

Como aspecto relevante quanto à construção de saberes na ótica das representações sociais, destaca-se que estes se sustentam nas observações do mundo ao redor e nos relatos expressos pelas pessoas sobre as ocorrências da vida cotidiana, ou seja, experiências pertencentes ao ambiente da vida imediata das pessoas na convivência social. Essa dinâmica da vida em sociedade determina seus modos de pensar, que transitaram entre os conceitos de ordem intelectual e as percepções de ordem sensorial, passando a representação a constituir uma forma com propriedades mistas de pensamento, por permitir que o objeto percebido à distância da esfera sensorial seja transferido à esfera cognitiva (Moscovici, 2012).

Internalizando-se o saber, ganha-se acesso ao universo da conversação, cujas informações são compartilhadas pela mediatização da comunicação. A partir disso, cada pessoa constrói seu cabedal de saberes próprios sobre o objeto posicionado na pauta dos diálogos e:

À medida que a conversação coletiva progride, o fluxo se regulariza, as expressões tornam-se mais precisas. As atitudes se organizam, os valores são colocados, a sociedade se habilita por novas frases e visões; cada um se tornando ávido para transmitir o saber e manter um lugar no círculo de atenção em torno daqueles que “estão por dentro”, cada um procurando se documentar aqui e ali para permanecer no “círculo” (Moscovici, 2012, p. 49-50, grifo do autor).

O espaço público de elaboração das representações é o local do encontro de uns com os outros seja de maneira imediata, seja pela via da vinculação institucional ou das urbanidades das ruas e praças, rituais coletivos e outros, nos quais as pessoas exercem sua prerrogativa de falar e agir, caracterizando a pluralidade humana na condição de pessoas diferentes (Jovchelovitch, 2013).

Porque as pessoas são diferentes - e ao mesmo tempo as mesmas - a ação e o discurso tornam-se necessários: se nós fôssemos todos idênticos não haveria a necessidade de comunicação ou da ação sobre o que nunca varia; se nós não tivéssemos nada em comum a fala perderia seu próprio fundamento e a ação não justificaria a si mesma. É na experiência da pluralidade e da diversidade entre perspectivas diferentes - que, porém, pode levar ao entendimento e ao consenso - que o significado primeiro da esfera pública pode ser encontrado (Jovchelovitch, 2013, p. 56-57).

Assim, enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais se encontram firmemente arraigadas aos espaços comuns, nos quais ocorrem as investidas de conferir sentido e entendimento do mundo atravessado pela criação de símbolos, na busca de um lugar que

traduza sua identidade social, mas que permita abertura à diversidade de um mundo habitado por outras pessoas (Jovchelovitch, 2013).

Nesse sentido, nos cabe acreditar que o cabedal de saberes adquiridos à construção da RS desvelada sobre envelhecimento e morte se apoia nos símbolos referidos nas entrevistas, que muito embora se afastem do alicerce científico, se apresentaram na formação da representação profissional de biopatogenicidade ao envelhecimento, por acompanhar um sentido alinhado às ideias primeiras de pessoas antes da agregação dos saberes específicos que formam profissionais à área da saúde. Todo esse amalgamado de símbolos se encontra presentificado, de maneira explícita ou velada, na formação de profissionais de saúde em nível médio.

Essa condição de pessoa humana, que já nasce em meio a um “aparato” excêntrico a ela, que por um lado lhe traz benesses e por outro lhe torna fadada às suas prescrições, se conforma no mundo das relações sociais, ou seja, não há uma essência individual originária. A partir do seu nascimento, cada pessoa é lançada em um mundo talhado e esculpido pelas pessoas antecessoras, com todo o aparelhamento construído anteriormente e desde sempre pela humanidade.

Assim, introduzir-se na condição de pessoa humana é entrar na sua própria história, mas também na amplidão histórica da espécie humana. Implica em construir-se em um Ser partícipe de relações e interações entre pessoas, ocupar um lugar no mundo, inclusive o social, e forçosamente exercer alguma atividade, estando sujeitado, dessa forma, à lei do ‘ter que’ aprender, conforme Charlot (2000), que ainda enfatiza:

Por isso mesmo, nascer significa ver-se submetido à obrigação de aprender. Aprender para construir-se, em um triplo processo de “hominização” (tornar-se homem), de singularização (tornar-se um exemplar único de homem), de socialização (tornar-se membro de uma comunidade, partilhando seus valores e ocupando um lugar nela). Aprender para viver com outros homens com quem o mundo é partilhado. Aprender para apropriar-se do mundo, de uma parte desse mundo, e para participar da construção de um mundo pré-existente. Aprender em uma história que é, ao mesmo tempo, profundamente minha, no que tem de única, mas que me escapa por toda parte (Charlot, 2000 p. 53, grifo do autor).

Três prerrogativas são necessárias ao aprendizado: mobilização, atividade e sentido. A primeira diz respeito aos movimentos ou forças recursais próprias de cada pessoa individualmente, as quais tanto são antecessores, quanto conducentes às ações, que para se concretizarem tais como ações carecem de uma dada razão para o agir (móbile) (Charlot, 2000).

A atividade diz respeito ao conjunto de ações impulsionadas pela razão de agir (o móbil) e se operam no decorrer da ocupação alvejando um resultado. É um processo de realimentação entre movimento-atividade. Finalmente, o sentido é relativo aos acontecimentos com uma determinada pessoa, despertando-lhe conexões com outros eventos que circundam a vida, a exemplo de pensamentos e proposições feitas. É algo resultante dos sistemas relacionais entre pessoas ou com o mundo, ocorrendo de forma comunicável e inteligível (Charlot, 2000).

Assim, aprender é uma obrigação que outorga a condução da vida, sendo viabilizada pelas relações que finalmente oportunizam a apropriação do mundo. Ao aprendente, se aplica a missão de saber, podendo se reduzir a um campo intelectualmente especificado (gramática, história, matemática) ou, em outra perspectiva, se vincular ao domínio de uma determinada atividade, e ainda envolver situações de relações interpessoais. A implicação que precede qualquer formato de aprendizado é a instauração de conexões com o mundo (Charlot, 2000).

A aquisição de saber é sustentadora de algum nível de domínio do mundo no qual a espécie humana, entre outras, é integrante, a partir da socialização com os demais da mesma espécie, e com outras, mediada através da comunicação e partilha de vivências, a busca pelo saber implica na obrigatória instauração de um sistema relacional com algo e/ou alguém (Charlot, 2000).

O indivíduo de saber está atado e imerso em uma teia relacional com o mundo e com os outros, não havendo possibilidade de escolha por um estrito vínculo relacional conducente ao saber, a exemplo da razão, visto que carrega em si, de forma subjacente, relações de outras dimensões externas a ele, como as paixões, emoções e o próprio corpo. A razão, no sentido de cientificidade, compõe uma forma específica de relação entre indivíduo-mundo, mas não pode se assumir como autônoma, ou seja, a despeito de suas especificidades, é partícipe da teia relacional ampliada (Charlot, 2000).

Para se dizer sobre saber, parte-se sempre da premissa da existência de um indivíduo, estruturado em relação a si próprio e capaz de mobilizar-se no sentido de alguma atividade, que o põe em situação de confronto com ele mesmo e com outros, os quais são integrantes ativos na elaboração, validação, controle e partilha desse saber, não ensimesmado, mas fruto obrigatório de interconexões (Charlot, 2000).

Os saberes são propalados em várias ordens, como o teórico, o científico, o profissional, o operatório etc., no entanto não devem ser classificados como especificidades, mas sim como formas específicas de relação com o mundo, incluindo-se na teia a linguagem e o tempo, , conforme destaca Charlot (2000):

Não há saber que não esteja inscrito em relações de saber. O saber é construído em uma história coletiva que é a da mente humana e das atividades do homem e está submetido a processos coletivos de validação, capitalização e transmissão. Como tal, é o produto de relações epistemológicas entre os homens. Não obstante, os homens mantêm com o mundo entre si (inclusive quando são “homens de ciência”) relações que não são apenas epistemológicas. Assim sendo, as relações de saber são, mais amplamente, relações sociais (Charlot, 2000 p. 63, grifo do autor).

A proposição dos fundamentos apresentados foi conducente à elaboração da nossa própria compreensão de saber como um estado de espírito de um Ser que consegue perceber por estar habilitado em um dado nível cognitivo, conectando assim o pensador (o Ser) e suas ideias, como conteúdos objetivos de sua ação cognitiva (o pensamento), tomadas como proposições fidedignas por razões inteligíveis e comunicáveis, partilhadas e compreendidas em uma coletividade. Esse saber traduz a elaboração cognitiva que ocorre, a princípio na particularidade de cada pessoa, influenciada pelo contexto que a rodeia e abraça nas trocas que ocorrem com ela própria e com os demais envolvidos no seu campo relacional e se espalha a partir do estabelecimento da teia de conexões.

Partindo desse lugar de saber, entendemos que o que se opera nas relações estabelecidas entre as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre o envelhecimento e a morte e suas repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área encontra abrigo nos múltiplos saberes incorporados uns aos outros. Nesse contexto, não há como desvencilhar os fios que compõem o desenho da tapeçaria de saberes distribuídos nas várias camadas de contexto os quais finalmente elaboraram as representações.

As repercussões se mostraram evidentes no ensino da temática em questão, visto o entrelaçamento de saberes e a retroalimentação que ocorre entre eles durante o período de formação profissional. Não são interferências que podemos considerar pontuais, visto que se diluem no processo formativo por se vincularem fortemente aos saberes elaborados sobre envelhecimento e morte na cotidianidade, tanto na esfera do senso comum quanto em bases científicas (que por seu turno recebem influências desse senso comum), em razão de que esses conhecimentos são decorrentes, em primeira ordem, da base social, e, sua aplicabilidade, a princípio, se dá em teoria, para viabilizar melhorias na sociedade.

Assim, tomando como referência a espiral da contextualização, elaborada por Arruda (2018c), podemos observar, no nosso caso, que as circunstâncias produtoras da RS e RP não foram fruto de um movimento interno, ou seja, partindo do centro para fora, mas de uma força de movimento de fora para dentro, visto que pelo que se desenhou, os contextos estruturais mais

amplos, principalmente histórico e cultural, foram os alicerces que convergiram ao centro da espiral no contexto imediato da ESUFRN, pertencente ao universo da EPS.

Esse contexto amplo do imaginário social está atrelado ao contexto histórico e cultural para o preparo de docentes e profissionais em saúde como muito relevantes, seguindo-o *pari passu*. Em sua historicidade, o ensino na EP e EPS se encontra bastante alicerçado nas maneiras tradicionais de formar profissionais no modelo biomédico, com poucos móveis às novas propostas, apesar do corpo docente enxergar, refletir e admitir as necessidades de mudanças para atender a nova conjuntura social imposta pelo envelhecimento populacional.

O corpo docente da ESUFRN que participou da pesquisa tem suas formações iniciais prioritariamente em profissões da área da saúde ou pós-graduações que se remetem ao âmbito da assistência em saúde, sem formação didático-pedagógica voltada a área da educação. Por vezes, os docentes têm somente competências práticas adquiridas no exercício profissional, consideradas suficientes e amparadas legalmente (como reconhecimento de saberes e competências) ao exercício da docência na modalidade educativa em questão.

No entanto, no que diz respeito à temática da pesquisa, pairam dúvidas sobre o quê e como ensinar no sentido de ampliar os horizontes conducentes ao conhecimento necessário ao atendimento das demandas atuais. **Culturalmente, a valorização social** do profissional formado na EP está voltada às suas ações práticas, ou seja, é um profissional que deve prioritariamente se envolver com a execução de tarefas previamente definidas, com pouca consideração quanto à reflexão crítica desse fazer, isto é, a valorização é conferida à prática profissional. O aspecto reflexivo ocupa lugar, especificamente, na práxis do corpo docente dedicado à área, principalmente a partir de demandas oriundas das situações vivenciadas tanto por eles próprios, quanto pelos profissionais atuantes nos espaços assistenciais.

Uma longa e conflituosa história se construiu desde a colonização até a contemporaneidade, impulsionando a migração da condição de formação para o trabalho à EP, que se estabeleceu em bases legais consolidadas no país como modalidade educativa no ano de 1996, com a Lei nº 9394, definidora das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil 1996).

Outro aspecto relevante a ser destacado é o de que a EPS carrega, em sua trajetória, o vinco da questão de gênero no cuidado dedicado às pessoas adoecidas e enfraquecidas, fortemente aculturado na extensão do trabalho doméstico, sublinhado nos polos da vida - infância e velhice, seja em suas versões adoecidas e/ou saudáveis, respaldando o cuidado nas raízes das atividades domésticas, vinculado, portanto, ao gênero feminino, configurando uma situação também enxergada como de pouco valor. As atuais profissões em nível médio responsáveis pelo cuidado direto, a exemplo do técnico em enfermagem e do agente

comunitário em saúde, guardam suas raízes fincadas no trabalho feminino (Andrade; Silva; Almeida, 2025).

É inegável que a enfermagem é a precursora da EPS, por permear todo um contexto histórico e cultural ancestral nos cuidados para pessoas vulneráveis, em qualquer faixa etária, mantendo o *status quo* de predicado “natural” feminino. Essa situação ecoa na contemporaneidade, por mais que tenha sofrido ressignificações, e a relação de sentidos entre mulheres e cuidados está mantida (Ribeiro, 2002), inclusive sendo reproduzida por instituições sociais reconhecidas, a exemplo da mídia, religiões, educação formal/informal e legislação, além da sustentação oferecida pelo sistema neoliberal (Silva, 2024).

Somente a partir da década de 1980, orientada principalmente por transformações sociais mundialmente alavancadas, pelo aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), e nacionalmente pelo movimento sanitaria e redemocratização do país, com a criação do SUS, a formação para o trabalho em saúde passa por modificações, reunindo qualificação técnica e formação geral.

Esse engendramento histórico e cultural contribuiu para a construção da imagem social da EPS elaborada a partir de concepções que conferem robustez aos preconceitos assentados no leque de profissões que a compõem.

São questões que, por um lado, mantêm íntimas relações com preconceito de classe social, porque são interpretadas como uma modalidade educativa constituída por cursos creditados socialmente de relevância inferior. Desenhada historicamente com o propósito de atender pessoas das camadas menos favorecidas através da oferta de cursos eminentemente ‘práticos’, a Educação Profissional não tinha objetivo de suscitar maiores capacidades reflexivas, com o enfoque direcionado à efetivação de tarefas previamente definidas por mentores intelectuais com capacidades cognitivas superiores - é uma noção que nos remete à elite “pensante” formada desde o Brasil Colônia.

Por outro lado, está a manutenção do ideário de profissões de cuidado que devem ser desempenhadas pelo gênero feminino, característica sintomática da potência do imaginário social, engendrado histórica e culturalmente desde um passado muito remoto. Assim, a despeito dos consideráveis avanços no âmbito da Educação Profissional em Saúde, nos permitimos aludir às concepções de Moscovici (2015a) ao nos depararmos com movimentos nítidos conducentes a lugares de resguardo às memórias sociais, servindo como processo refreador à construção de profundas e necessárias reformulações no campo da EPS, mas que carecem de tempo para serem assimiladas, creditadas e, por fim, postas em ação.

Partindo desses apontamentos relativos ao imaginário social, contextos histórico e cultural, podemos inferir a pujança das situações viscerais conformadoras tanto da RS quanto da RP desveladas no estudo. Suas repercussões estão presentes na formação, inclusive por encontrarmos nexos para a fragilidade da alteridade conferida à velhice cuidada, em termos gerais, por um fazer pouco valorizado, abrigado no lugar do feminino.

Para o contexto imediato, nos reportamos ao universo da ESUFRN, que oferta regularmente os três cursos já mencionados, com a atividade docente cotidiana de formar profissionais para o exercício do cuidado direto às pessoas em todos os ciclos de vida. Nesse contexto, a percepção é de que o envelhecimento ainda é pouco enxergado como um processo, com as maneiras de cuidar inclinadas à assistência para as doenças crônicas e degenerativas comuns ao envelhecimento e preponderantes no estrato populacional de pessoas idosas nacionalmente.

Existe referência ao envelhecimento bem-sucedido, embora pouco abordado no ensino em razão da lacuna de conhecimentos referentes a essa condição de envelhecimento como um processo presente na formação inicial do corpo docente. A morte é assunto abordado especificamente no Curso Técnico em Enfermagem, justificando-se pela maior proximidade desse profissional em relação aos outros dois cursos técnicos, no entanto é um assunto tratado nos limites da técnica do preparo do corpo pós-morte. São aspectos respaldados pelo padrão cultural no processo ensino-aprendizagem, justificadores e sustentadores da RP desvelada no estudo.

Percebemos, assim, que existe uma força de tensionamento presente no campo da produção e ressignificação da RS, alavancada pelo reconhecimento da longevidade, reflexões sobre a qualidade de vida na etapa da velhice, manutenção da dificuldade para fazer frente a morte, avanços tecnológicos e olhares para outras possibilidades de cuidado que não o dedicado somente às doenças comuns ao envelhecimento.

A área da educação se configura como um conjunto de práticas. Nesse sentido, os sistemas educativos se aproximam de outras correntes de ideias que transitam no seio social, suas crenças e costumes, clarificando a aproximação entre educação e representações sociais, em razão das últimas apresentarem delineamentos de teorias práticas (Jodelet, 2015b)

No que construímos como análise das duas dimensões oriundas dos registros colhidos nas entrevistas, podemos evidenciar as relações que se estabelecem entre os diversos saberes que o corpo docente entrevistado lança mão para realizar a abordagem da temática envelhecimento e morte, com a interface entre o saber constituído em bases científicas e os oriundos das vivências cotidianas, aplicados nessa ordem. Percebe-se um forte apego ao

espectro pautado no biologicismo do envelhecimento para todos os cursos e na esfera técnica do preparo do corpo pós-morte, em se tratando da formação em nível médio para técnicos em enfermagem.

O afastamento de conteúdos que abordam o aprofundamento do envelhecimento enquanto processo irremediável e conducente à certeza do final da vida é observado na condição de negação do envelhecimento como fato cultural que se perpetua por um longo período - desde que os estudos que envolvem a pessoa humana, em sua evolução nos ciclos de vida, se debruçaram prioritariamente em questões relativas aos desgastes físicos, e à morte como evento pouco suportado -, mantendo o velamento de ambas as temáticas, nesse sentido, durante o período de formação. Assim, entendemos que existe a confluência de saberes para lidar com a temática em questão na formação de profissionais de nível médio pelos docentes atuantes nos três cursos que realizam assistência direta em saúde na ESUFRN.

A perceptível confluência de saberes apresentada pelo estudo nos inclina a encontrar apoio na proposição dos saberes experienciais como uma nova categoria de saber. Tais saberes podem ser integrados aos de base teórica presentes na formação de profissionais para a área da saúde.

Os saberes experienciais consideram a conexão possível entre os saberes profanos e eruditos. O senso comum é o berço dos saberes profanos, os quais, por um lado, estão circunscritos aos atores sociais em suas subjetividades singulares, e por outro, se alargam na concretude da cotidianidade da vida através das relações interpessoais estabelecidas no curso da vida, sejam familiares ou outras. Já os saberes eruditos se assentam nas bases das teorias científicas. No entanto, o encontro e o diálogo entre essas duas categorias de saber é possível com a mediação da experiência (Jodelet, 2015b).

Por permitir o agrupamento da diversidade de especificações que envolvem os saberes no âmbito teórico, prático, abstrato e empírico, os saberes experienciais acomodam características de representações. Nessa categoria de saber, o olhar é lançado no sentido de enfocar sincronicamente a singularidade das subjetividades e a concretude dos múltiplos contextos cotidianos, oportunizando a relação entre os indivíduos e as circunstâncias de vida, impregnadas de experiências. Áreas como a educação e saúde podem se beneficiar da aplicação desses saberes, em razão das maiores possibilidades de interface entre os saberes experienciais e os eruditos (Jodelet, 2015b).

Consideramos que no caso específico desta pesquisa, situada na zona interfacetada entre educação e saúde, essa confluência de saberes esteja presente. A evidência dessa constatação foi possível pela ampla referência aos saberes que se pode considerar como experienciais, pois

são frutos das subjetividades singulares de cada participante, juntamente às suas vivências cotidianas ampliadas nos seus contextos de vida, construtores dos saberes profanos - em contínua prenhez e parturição de experiências - plenamente resgatados durante as entrevistas e fortemente intervenientes na elaboração tanto da RS quanto da RP. Nesse contexto, quando esses saberes se associam aos teóricos oriundos dos diversos campos disciplinares, aos quais o corpo docente em questão foi apresentado durante o período de suas formações.

A aplicação do encontro desses saberes na formação técnica em saúde está presente, por um lado, pelo coro unívoco em abordar as duas temáticas nos limites dos seus aspectos biológico e técnico, e por outro, pela esquiva do confronto com a alteridade conferida ao envelhecimento e a insuportabilidade da perda pela morte, assimilada durante o decorrer da vida, possivelmente como medida protetiva, por observar apenas o tangenciamento das temáticas quando abordadas com qualquer outro enfoque, que não o biológico, inclusa nos conteúdos estudados.

A mescla de saberes está impressa em cada discurso, muito embora possamos reconhecê-los, mas não os separar, quando os questionamentos foram direcionados aos universos da vida cotidiana e das formações e atuação docente. De maneira subjacente, a RP desvelada de biopatogenicidade conferida ao envelhecimento, elaborada com base no saber erudito, encontramos o alicerce da RS no distanciamento e negatividade conferida ao envelhecimento como uma construção social bem fortalecida nos padrões do saber profano.

Não há como se refutar que as concepções construídas, que se constroem e que se construirão no universo reificado encontram lugar primariamente na vida cotidiana, visto ela ser a responsável pela criação de todas as situações do mundo. As coisas e as representações brotam da e na cotidianidade, assim entendemos que as teorias serão sempre ajustadas pela prática, não sendo o inverso verdadeiro. Como sustentáculo ao que inferimos quanto à mescla de saberes e suas bases estarem assentadas na vida cotidiana, consideramos relevante a seguinte ponderação:

Parece-me que a identificação entre saber e representação social está largamente justificada. Por um lado, o saber científico está profundamente enraizado no nosso conhecimento corrente, objeto da representação, como diz Schutz, citando um argumento de Husserl: “O fundamento da significação de toda a ciência é o mundo da vida pré-científico, o mundo de vida único e unitário que é ao mesmo tempo o meu, o vosso, o nosso. Este laço fundador pode ter sido esquecido no decurso do desenvolvimento duma ciência através dos séculos, mas pode ser evidenciado se tornarmos presentes as transformações de sentido registradas no próprio mundo de vida, no processo contínuo de idealização e de formalização que é a essência da obra científica”

(p. 171). Ou seja, o encontro entre senso comum e ciência dialetizado por Moscovici (Jodelet, 2015b, p. 69-70).

Os campos da saúde e da educação são, por excelência, espaços nos quais se desenvolvem largamente práticas sociais, concebidas enquanto ações humanas coletivas exercidas intencionalmente, com o objetivo de lançar olhares à compreensão das realidades concretas da vida, das raízes dos problemas nela encontrados, e contribuir na busca de possíveis soluções (Silva; Bagnato; Renovato, 2017).

Assim, compreendemos a prática social como manifestações de um conjunto de atividades humanas diferenciadas dos comportamentos considerados naturais, orientando a elaboração de saberes com objetivos que atendam as aplicações aos quais se direcionam, no caso desta pesquisa, aos espaços educacionais e da saúde.

É possível destacar algumas características que servem de apoio ao *status* de prática social como uma função prática de comunicação, influenciadora dos relacionamentos e tomadas de decisões. Ela possibilita a circulação e disseminação de saberes em espaços sociais diversificados, seja em conversas informais ou nos espaços educativos e institucionais, influenciando suas práticas. As práticas atuam na apropriação de conceitos científicos pela sociedade, mobilizando novos saberes que podem funcionar como ferramentas potentes para reconfigurar ou reconduzir ações sociais. Nesse sentido, as representações sociais são forças ativas na orientação da elaboração de saberes com objetivos que atendam aplicações direcionados às diversas ações sociais.

As práticas sociais trabalham como agentes de mudanças, podendo reforçar desigualdades ou promover autossuficiência, quando se instalam conflitos em direções de contraposição ou agregação no compartilhamento de ideias, no sentido de compreender o mundo, gerenciando-o ou afrontando-o, como explicitado por Jodelet (2001), que ainda destaca:

Por isso as representações são sociais e são tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la (Jodelet, 2001, p. 17).

Enquanto prática social dedicada aos processos formativos da pessoa humana, o cerne do trabalho docente encontra lugar no binômio ensino-aprendizagem. Para bem direcioná-lo, é essencial que a formação para a docência esteja alicerçada no âmbito científico, técnico e

pedagógico, uma vez que o processo educativo é uma prática social exercida intencionalmente, mediada por um importante cabedal de teorias. Com esse vasto campo de saberes, a figura do docente pode contribuir sobremaneira com o trabalho de melhorar a qualidade tanto da própria educação quanto da vida das pessoas, sendo esse o fulcro principal, a partir das suas próprias formações, suas experiências e seus valores.

Ao enxergar esse processo não mais pautado exclusivamente na racionalidade técnica, considerando apenas a execução de decisões tomadas muitas vezes a despeito de suas participações, a formação de profissionais, no sentido de ampliar horizontes, o docente deve considerar o desenvolvimento da pessoa de maneira abrangente, levando em consideração reflexões que se pautam em aspectos culturais, sociais, históricos e tecnológicos, visto as transformações diuturnas nas quais estamos imersos pelo avanço tecnológico, o qual modifica o mundo do trabalho em sua prática e cultura.

A nova conjuntura de sociedade denominada pela tecnologia, cada vez mais interconectada, tem contribuído para o tensionamento de padrões morais cristalizados. Assim, podemos admitir novas reflexões que se pautem em saberes para além dos eruditos, abrindo a possibilidade do exercício de romper com as amarras para a temática em questão, tomando como referências os significados dos saberes construídos na experimentação do mundo, compaginando os contextos nos quais foram elaborados.

Os saberes elaborados a partir das vivências cotidianas como um conteúdo psíquico estruturado, que envolve esferas importantes como cognição, afeto e capacidade humana de construir símbolos sobre algum fenômeno social considerado relevante, são compartilhados entre uns e outros conscientemente, servindo como guia para a ação (Jodelet, 2001). Em nossas informais palavras, pela forja que o mundo imprime na vida de todos os viventes, esses saberes não podem ser relegados a um patamar de importância menor. Ao contrário, devemos tomá-los como elementos centrais no manejo à assistência em saúde, pois podem contribuir bastante para tornar o cuidado mais humanizado e empático.

A diversidade de significados e práticas culturais que atravessam os cuidados na assistência à saúde é inimaginável. Todos os atores envolvidos nessa relação são carregados de representações sociais e, por isso, integrar os seus deverá contribuir para tornar esse corpo profissional mais crítico e reflexivo, visto que as possibilidades de enxergar seus próprios estereótipos, preconceitos e práticas enraizadas em seus aprendizados culturais permite o vislumbre de um horizonte comunicacional mais consciente e empático, contribuindo assim na tomada de decisões.

Em se tratando da atividade docente, dois lados precisam ser ponderados. Um deles é o aspecto que se vincula à natureza pedagógica do trabalho docente, relacionado aos objetivos educacionais para a formação humana, na qual se incluem os aspectos de natureza organizacional e metodológica para a comunicação de saberes e maneiras de agir.

A natureza do trabalho docente é ocupada por propósitos, pelo olhar formativo orientado por conteúdos que desenvolvam habilidades a partir de pensamentos e ações, baseadas em compromisso ético e valores que conduzam a escolhas acertadas. Por isso, o processo de ensinar carece de saberes e práticas para além do lugar das especificidades. O outro aspecto diz respeito à construção de saberes resultar de um processo exploratório, ou seja, a aproximação de um dado objeto proporciona a apropriação do conhecimento, justificando assim que o domínio de conhecimentos não deve se restringir a uma produção pré-elaborada nos limites da racionalidade (Severino; Pimenta, 2002). O autor salienta a diversidade de possibilidades que envolve o campo da atuação docente quando diz:

Ser professor requer saberes e conhecimentos científicos, pedagógicos, sensibilidade, indagação teórica e criatividade para encarar situações ambíguas, incertas, conflituosas, e por vezes violentas, presentes nos contextos escolares e não escolares. É da natureza da atividade docente proceder à mediação reflexiva e crítica entre as transformações sociais concretas e a formação humana dos alunos, questionando os modos de pensar, sentir, agir e de produzir e distribuir conhecimentos (Severino; Pimenta, 2002 p. 15).

Nessa perspectiva, podemos inferir que, como uma prática social, a educação escolar está envolta em vários contextos de saber, embora a valorização maior para os saberes eruditos seja mais presente, se justificando pela natureza da atividade docente, encontrando espaço na função justificadora da RS, nesse contexto específico, por proporcionar reforço além de legitimar a ação de maior valorização dos saberes eruditos pelo corpo docente, que por seu turno mantêm a estabilidade do comportamento desses membros no interior do grupo (Nóbrega, 2001). No entanto, a educação escolar também admite, mesmo que tangencialmente ou periféricamente os contextos de saber que dizem respeito aos saberes profanos, legitimados pela natureza humana, e em ambas as particularidades se encontra a raiz profunda de elaboração das representações sociais que, por sua vez, constroem as representações profissionais.

Em um prisma que admite a integração, os envolvidos na relação pedagógica de ensino-aprendizagem (docentes e discentes) podem conduzir as situações de acordo com os incômodos suscitados por elas, abrindo espaço à inserção de contextos para além dos diretamente

implicados no sistema escolar, como o cotidiano, trabalho, formação e cuidado (Jodelet, 2015b).

Consideramos, pois, que existem movimentos conducentes à prática integracionista na EPS de forma mais lenta no ambiente intramuros da educação escolar, visto todo um arcabouço burocrático e organizacional desenhado a partir da legislação que rege a modalidade educativa, orientada pelos projetos pedagógicos dos cursos e suas intencionalidades, mas as frestas abertas pelos saberes profanos forçam a integração na relação pedagógica em mão dupla, ou seja, os atores sociais inseridos nesse cenário carregam suas cargas singulares de saberes, os quais irremediavelmente circulam no contexto escolar.

Outrossim, a prática profissional dos trabalhadores em saúde é, autonomamente, provocadora de mudanças em razão da complexidade dos contextos em todos os ambientes de assistência à saúde, seja pela crescente demanda espontânea nos serviços assistivos, seja pelas condições de precariedade da vida das pessoas, pela precariedade dos próprios serviços, pela crescente demanda populacional do estrato de pessoas idosas – que agora busca os serviços em sua condição de adoecimento – ou por demandas que orientem o envelhecimento bem-sucedido. Essas e outras questões provocam desconfortos, reflexões e ações que instigam mudanças, mesmo que timidamente, nas ações em saúde, e que finalmente ocupam os espaços da escola.

Especificamente na área da saúde, alguns fatores são considerados como marcadores de uma evolução capaz de trazer novos matizes à relação profissional-paciente, principalmente para o profissional médico. A cabo delas, o modelo assistencial centrado mais na doença do que no doente, o qual, até meados do século XX, determinou “uma reificação do corpo, transformando-o numa coleção de órgãos para tratamento” (Jodelet, 2015a, p. 65) passa a receber algumas nuances de matizes diferentes.

A partir da década de 1970, a ocorrência da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) foi mundialmente um marcador potente, trazendo, a partir de um fato novo, a escuta das pessoas acometidas pela afecção, modificando sua condição, em algum nível, de paciente para a figura de uma pessoa ativa e transformadora na sua forma de ser cuidada, em razão de aspectos relativos aos desconhecimento da afecção pelos agentes de saúde. O estranhamento quanto à nova doença englobava toda a equipe de saúde, mas o profissional médico estava em maior evidência e a insuficiência dos sistemas de saúde na oferta de tratamentos outorgou o lugar de fala aos acometidos pela afecção no sentido de difundir informações sobre o sistema de saúde, que precisou enfrentar a nova onda de problemas, participando dos processos de organizativos à assistência deles próprios, e às orientações em nível de saúde pública. Assim, os acometidos pela doença organizaram-se em espaços de associações de doentes, com voz

ativa na orientação das políticas de tratamento e utilização de medicamentos e, paralelamente a essas ações, articularam o apoio da opinião pública (Jodelet, 2015a).

O movimento de humanização que se desenhou a partir dos anos de 1970 compensou as insuficiências do modelo biomédico com as técnicas de escuta e de acompanhamento. A implicação e a informação dos pacientes provou ser benéfica, favorecendo a adesão aos tratamentos e a um consentimento “informado” (Jodelet, 2015a p. 65, grifo da autora).

Em se tratando de realidade nacional, associado ao fenômeno da AIDS, nos anos de 1980 também houve a redemocratização do país, com a declaração da nova Carta Magna no ano de 1988, a qual, por sua vez, trouxe modificações relevantes aos cuidados em saúde, através da criação do SUS.

Todos esses movimentos de mudanças foram fatores contribuintes nas transformações dos saberes admitidos tanto no âmbito da saúde como no âmbito da educação, como eventos indissociáveis. Mais uma vez, as transformações na vida cotidiana das pessoas, isto é, a prática, foi o canal mediador das modificações implementadas nos campos da assistência e, por seu turno, da formação dos profissionais.

Frente às constatações, não cabem posturas negacionistas quanto à importância dos saberes experienciais, que transitam, a despeito das vontades dos atores de todos os contextos de vida e dos seus encontros com os saberes eruditos.

No contexto da transição demográfica, possivelmente os saberes experienciais ganham relevo, pela mesma necessidade de escuta e acompanhamento do estrato populacional em questão. Inferimos, então, que estamos diante de uma conjuntura de tensionamento da RS desvelada quanto a envelhecimento e morte, a qual certamente modificará os rumos da formação de profissionais em saúde em seu espectro amplo. A partir de então, possivelmente, os saberes experienciais do corpo docente passem a aparecer com maior frequência na profissionalização do corpo técnico em nível médio no âmbito da saúde.

No entanto, em se tratando de maior acesso aos saberes experienciais nas atividades docentes, alguns conflitos de ordem ética podem emergir. Compreendemos que, por um lado, a confluência de saberes é benéfica, por oportunizar um exercício ampliado de possibilidades no que tange ao processo ensino-aprendizagem. Por outro, isso nos põe diante de uma aproximação estreita entre os sistemas de pensamento do universo consensual e reificado.

Globalmente, a humanidade vivencia o momento ímpar de envelhecimento populacional, e essa complexa conjuntura nos impõe a reflexão sobre qual o parâmetro ético que deve ser adotado por profissionais de saúde para assistir o estrato populacional de pessoas

idosas, por entender que a relação entre os saberes profanos – abrigados no universo consensual – e os saberes eruditos – abrigados no universo reificado – é conflituosa.

A constituição dos referidos saberes se dá em alicerces distintos, apesar de não divergentes, por se entrecruzam nas atividades profissionais, sejam elas de docência e/ou de assistência, em um momento atual permeado por algumas inseguranças frente a julgamentos e definições práticas do que faz bem ou mal, princípio fundante da ética.

O sistema de pensamento do universo consensual diz respeito a um lugar de iguais, no qual todos podem se expressar com a mesma perícia, com o conhecimento elaborado no cotidiano se mantendo em constante circulação livre, no fluxo da dinâmica comunicacional em suas argumentações e interpretações coletivas, oriundas das interações sociais, alimentando a coesão dos grupos.

Esse é o berço da elaboração e partilha das representações sociais, dando significado ao mundo das coisas, imprimindo sentido à realidade e abraçando a história e a cultura. É um universo mutável, orientado pela consciência coletiva e acessível a todos, não existindo competências exclusivas a nenhum dos seus membros, mas cada um pode conseguir o máximo de competência possível, a depender do que suscita a circunstância. O pronome que expressa o universo consensual é o “nós”, em uma sociedade visivelmente criada com voz humana, transpassada por sentido e finalidade (Moscovici, 2015a). Nesse contexto, torna-se evidenciado que:

[...] sob esse aspecto, cada um age como um “amador” responsável, ou como um “observador curioso” nas “frases feitas” e chavões do último século. Na maioria dos locais públicos de encontro, esses políticos amadores, doutores, educadores, sociólogos, astrônomos, etc. podem ser encontrados expressando suas opiniões, revelando seus pontos de vista e construindo a lei (Moscovici, 2015a, p. 51, grifo do autor).

O sistema de pensamento do universo reificado está relacionado ao conhecimento científico fundamentado no rigor metodológico, por seu turno pouco aberto às subjetividades, mais especializado, hierarquizado. Compartimentalizada em áreas de competências, a estrutura social é transformada em instituições concretas, ignorando a si própria e as suas criações, enxergadas como objetos isolados. É um universo marcado pelo selo da neutralidade à individualidade. O pronome que expressa o universo reificado é o “eles”, deixando a clareza essencial de que:

Num universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação de acordo com o mérito, seu direito de trabalhar “como médico”, “como psicólogo”, “como comerciante”, ou de se abster desde que “eles não tenham competência na matéria. (Moscovici, 2015a, p. 51-52, grifo do autor).

No entanto, a despeito das trincheiras separadoras dos dois universos, existe a convivência entre eles, porque nascem no berço da humanidade. Logo, as confluências entre eles e suas posteriores interferências são obrigatórias em mão dupla (Moscovici, 2015a). Dessa forma, é impossível nos furtarmos em dizer que não há algo mais contemporâneo do que as afirmações supracitadas.

Quando olhamos para a possibilidade do encontro entre os saberes experienciais com os saberes profanos no ensino da temática envelhecimento e morte na EPS, esbarramos obrigatoriamente com o necessário diálogo entre os universos consensual e reificado na área da saúde. Começamos, assim, a vislumbrar a profundidade e complexidade da questão que se apresenta, quando partimos das balizas éticas nesses dois universos, que não são iguais, muito embora em se tratando de ética, a retidão orientadora das ações, quaisquer que sejam elas, precisam estar imperiosamente em plano superior.

Na nossa ótica, a particularidade no quesito que envolve o encontro dos saberes no preparo profissional em saúde e ética se relaciona a possíveis conflitos que possam se instalar quando da observação dos códigos de ética profissionais, em sua soberania. É um aspecto sensível que se inclui no rol de revisões no campo da formação de profissionais em saúde para fazer frente à transição demográfica.

Possivelmente, esse encontro de saberes provocará alguns incômodos em categorias profissionais na área da saúde, visto que em sua maioria, as orientações dadas vão no sentido da manutenção da vida, a despeito da condição de fragilidade, de incapacidade, ou de qualquer outra limitação que esteja acometendo a pessoa para quem o cuidado é destinado. Isso poderá abrir espaços para situações conflitivas, uma vez que posturas profissionais de enfrentamento quanto ao envelhecimento e morte têm surgido em tons divergentes do tradicional, no sentido de respeitar o processo e oferecer o suporte necessário para minimizar sofrimentos, mas sem aplicação de medidas invasivas para a manutenção de uma vida que se encontra nos limites de padecimentos (Arantes, 2024).

Os entendimentos sobre ética transitam como uma reflexão nas esferas filosófica, científica e teológica, enfocando as ações humanas, que traduzem comportamentos em função do bem comum. De maneira geral, algumas vicissitudes encontram fôlego à sua sombra, quando

discorremos sobre liberdades, consciência, valores, lei, bem e mal, enquanto algumas outras são remetidas a searas particulares, com aplicações específicas a exemplo da ética profissional, política, bioética e outras (Valls, 2008).

Em suas raízes etimológicas, a palavra “ética” se origina do grego *ethos* em duas grafias diferentes, por se iniciarem com letras diferentes do alfabeto grego. A distinção alfabética diz respeito a dois significados distintos que transitam em níveis de movimentos, percorrendo desde as dimensões mais íntimas da morada humana, em seus variados modos de ser e se comportar, até se alargar grandemente como lugar das manifestações de tradições, costumes e hábitos, revelando o desenho de um coletivo imerso em sua cultura (Boff, 2003).

Entendemos então que a ética se consuma em preceitos gerais os quais orientam a humanidade em suas escolhas e destinos de vida a partir do que admite como valoração maior, no sentido de tomar decisões que comportam juízos balizadores das ações humanas em prol do bem comum.

Percebemos uma profusão de fundamentações que se encontram, se entrecruzam e, ao mesmo tempo, se soldam, em termos de uma diversificação de saberes tomados como referência ao preparo de profissionais da área da saúde. Isso também acontece no caso na formação em nível técnico, muito embora exista um eixo central que aponte para os saberes específicos à área (e, portanto, constantes da escala do nível de saberes eruditos), tendo em vista que eles são constituídos no âmbito de uma comunidade pautada no conhecimento científico.

Entendemos também que o próprio conceito de comunidade é polifásico, visto o seu trânsito em várias esferas, desde o seu espaço mais ampliado, ao largo do qual toda a convivência cotidiana se engendra, no universo de iguais, com vozes que se levantam e se posicionam sem empecilhos maiores, até os espaços muito restritos e restritivos, nos quais dialogam razão e lógica científica, se encontrando “sob o guarda-chuva de muitos campos, até às disciplinares” (Jovchelovitch, 2008, p. 129), que são espaços correspondentes aos variados contextos do saber.

Em sua acepção de espaço ampliado, a comunidade corresponde ao lugar de convívio e crescimento das pessoas, estruturante de suas experiências e ensinamentos quanto à vida e como vivê-la. A comunidade está delimitada no espaço intermédio entre os grupos para além dos de convivência muito próximas e grupos que se posicionam antes que os mais afastados ocorram - os de regramentos sociais gerais, orientadores de normas e práticas. Ela alimenta, com recursos materiais e simbólicos, o necessário diálogo à convivência entre universo particular de cada um, e o universo social (Jovchelovitch, 2008).

As comunidades são espaços de construção das intersubjetividades os quais, além de configurarem a identidade particular, promovem relações de mútua ordenação sucedentes a comunicação e diálogo, a formação de identidades e memórias sociais e a vida pública, relacionando-se conjuntamente aos saberes sociais. Em resumo, elas são as forças motrizes geradoras do sentimento de pertencimento, como ressaltado pela autora Jovchelovitch (2008, p. 137):

Comunidades constroem um repertório comum de saberes que perdura temporalmente e dá aos membros da comunidade as referências e os parâmetros a partir dos quais indivíduos dão sentido ao mundo ao seu redor e relacionam suas histórias individuais a narrativas mais amplas de vida comunitária. O conhecimento comum produzido pela comunidade oferece os nós associativos que geram a experiência de pertença. Narrativas individuais e narrativas comunitárias são entrelaçadas de tal modo que, quando a história de uma vida individual é contada, ela contém a história, os acontecimentos, as formas culturais e as maneiras de comportar de toda uma comunidade.

Este estudo contou com a participação de um grupo composto por integrantes da comunidade acadêmica, mas cravejada por seus universos particulares de vida, originadas no seio dos seus grupos de congêneres e outros próximos. Ficou evidenciado, por um lado, o forte entrelaçamento entre suas histórias de vida, com saberes oriundos dos acontecimentos e formas culturais vivenciadas nas comunidades de suas vidas cotidianas, e por outro, a força dos saberes construídos em sua comunidade de formação como profissional da saúde.

Apesar de se constituírem em comunidades distintas, com saberes distintos, posicionados de maneira distintas, o alicerce utilizado na formação à temática do estudo se remete à comunidade primeira elaboradora dos saberes que atravessam a temporalidade, servindo de referências aos sentidos de afastamento atribuídos ao envelhecimento e morte. Podemos considerá-los como saberes não submetidos à reflexão no processo de formação do profissional em nível médio, como consequência da carência de reflexão em suas formações iniciais e pós-graduações, seguindo o período formativo ao largo do curso natural das linguagens utilizadas para tratar sobre o assunto, os limites das tradições e alguns ritos, minimamente tangenciados, e as conjecturas que conduzem a vida cotidiana.

Encontramos a coesão de ideias no que tange ao sentimento de pertença desenvolvido pelo grupo de docentes, com a revelação de nós associativos entre a esfera da comunidade acadêmica e a comunidade da vida cotidiana. Nesse sentido, os contextos que elaboraram os saberes do corpo docente em questão se abrigam pujantemente na interface entre as duas comunidades. Tais saberes, quando admitidos na formação de técnicos em nível médio,

repercutem no sentido de maior peso na valorização do conjunto de saberes que são refletidos em seus aspectos científicos e pontuais, a exemplo do tratamento de doenças num *continuum*, que se segue nos ciclos de vida, culminando com a velhice, sua etapa última. Os demais aspectos relativos ao envelhecimento e morte são carentes de abordagem.

As diferentes formas de saber podem conviver lado a lado, embora exerçam funções diferentes para o atendimento às diversas exigências que ocorrem na vida das comunidades, sendo essas formas de saber enxergadas como eventos múltiplos e heterogêneos, abraçando a diversidade de racionalidades e formas de ser. Esse saber é responsável por expressar aspectos dos mundos objetivos, subjetivos e intersubjetivos, gerados a partir da relação que se estabelece entre conhecimentos-pessoas-contextos (Jovchelovitch, 2008).

Inferimos, então, que não podemos refutar a ocorrência do encontro dos saberes na condução da formação de profissionais de nível médio em saúde, embora com a perceptível diversidade de racionalidades, quando a tendência é optar pela via do saber erudito, que evita o confronto com o saber experiencial, mantendo o distanciamento com os desconfortos para abordar a temática envelhecimento e morte. Deduzimos também que possivelmente esse distanciamento resulte de práticas adotadas no sistema educacional por um longo período, subjacentes às práticas sociais em seu conjunto amplo. É uma condução que segue um viés de velamento não percebido, “naturalmente” perpetuado, promovendo uma retroalimentação permanente.

A iminência da prática do encontro dos saberes como uma possível rota de fuga para aclarar as necessidades de formação de profissionais nos vários níveis, inclusive em nível médio na saúde para fazer frente à transição demográfica de maneira mais assertiva, nos põe diante da necessidade premente da conexão de saberes, o que não é tarefa simplória. Muitos são os enfrentamentos nessa ação, pelo movimento da necessidade de saída do lugar das especializações, e talvez esse seja o nó górdio inicial.

As formações na área da saúde são tendentes às especializações, enfocando aspectos específicos em determinadas áreas do conhecimento retalhado em disciplinas, o que dá menos espaço às interações do que um conjunto composto por várias partes, constituindo um complexo.

Assim, insistir em aprofundar a reflexão que busca um novo arranjo para a formação na EPS parece ser um bom ponto de partida, observando a sua questão radicular de formar profissionais para o fazer técnico em si. Possivelmente, o complexo contexto socialmente instalado pelas crescentes demandas do estrato populacional em questão oferecerá elementos suficientes para desacomodar a lógica do pensamento mecanicista não somente na EPS, mas

talvez na área da saúde, que visivelmente já sofre os impactos da conjuntura, inclusive por enfrentar o envelhecimento das suas equipes de trabalho e a percepção das fragilidades do sistema de saúde e social para lidar com a contundente mudança.

A tomada de consciência da conjuntura tanto social quanto educacional é um largo passo ao seu enfrentamento. A consciência é uma capacidade única do humano e implica em uma forma de assimilação condicionada a uma dada realidade ou que se constrói juntamente a ela, ou seja, é uma condição de autopercepção de ser e estar imerso no mundo, tornando-se então a pessoa consciente de si (Freire, 1983).

Para além da consciência de si próprio, existe a necessidade da tomada de consciência do mundo, que pode acontecer em duas perspectivas. A primeira é a consciência de mundo ingênua, na qual o olhar para o mundo ocorre com “naturalidade”, ou seja, de maneira espontânea superficial, em que inexistente profundidade no que é observado, no sentido da possibilidade de imprimir mudanças na realidade posta através de ações (Freire, 1978).

A segunda perspectiva da consciência de mundo é epistemológica, na qual o estágio de consciência ingênua é ultrapassado, trazendo clareza à percepção de um mundo não estático, ou seja, passível de mudanças a partir de suas ações e da adoção de posturas críticas quanto a essas ações. Portanto, com essa percepção, um indivíduo de fato está no mundo, apropriando-se dele e com a consciência de si, sendo capaz de transformá-lo pelo seu agir, seguido de reflexão e posterior retomada da ação pautada em uma reflexão, que por seu turno é capaz de gerar o novo (Freire, 1978).

As áreas da saúde e da educação devem se orientar pela consciência epistemológica na condução de suas ações. No entanto, por se tratarem de duas práticas sociais de grandes proporções, ambos os campos se encontram em permanente ebulição, com movimentos geradores de desconfortos, mas também de novos saberes. Possivelmente, a conjuntura atual do envelhecimento populacional exerce sua força motriz para impulsionar reflexões necessárias à adoção de novas posturas nas duas esferas formativas, que na verdade se complementam, visto que o profissional de saúde, ao finalizar sua etapa de formação escolar, passa a atuar nos diversos espaços assistenciais à saúde.

Nesses espaços, o profissional de saúde exerce o papel de educador, mesmo que não perceba, pois essa é uma ação inerente a ele. Mesmo quando formado em nível técnico e responsável principalmente pelas ações práticas profissionais, o profissional de saúde é sempre instado à emissão de informações, em variados níveis de complexidade, precisando assim de segurança em suas orientações. Geralmente, essas informações são levadas em consideração na tomada de decisões por parte de quem solicita a orientação.

Esse aspecto tem dois lados: um deles é a adoção de posturas de autoritarismo por parte do profissional, quando assume o lugar de sabedor exclusivo na relação profissional-pessoa adoecida; e o outro é a postura de orientação, que esclarece sobre o que está na pauta do questionamento, mas deixa as possibilidades de aceitação, não aceitação, espaço para novos questionamentos a cargo da pessoa envolta em sua situação de adoecimento, os quais conduzem a reflexões e amadurecimentos sobre a tomada de decisões. Falamos, então, da educação castradora ou da libertadora. A primeira permite poucas possibilidades de diálogo que gerem reflexão e amadurecimento, enquanto a segunda conduz exatamente a esse lugar, e por fim conduz ao movimento do desenvolvimento da consciência de si de estar no mundo, aquela construída magistralmente pelo educador Paulo Freire (1978).

Compreendemos que as transformações necessárias para formar profissionais em saúde em nível médio – no sentido de encontrar rotas de fuga mais imediatas para fazer frente às necessidades assistenciais do estrato populacional de pessoas idosas – reside na perspectiva de estabelecer relações com os vários saberes, facilitando seus encontros, viabilizados pela permissão da expressividade das suas várias formas, que precisam de espaços para serem comunicados, obviamente de maneira sistematizada e acomodada nas estruturas curriculares que, com parcimônia, responsabilidade e compromisso, precisam ser revisadas. São transformações lentas, mas carentes de atenção, visto que a conjuntura macro tem indícios de movimentos ainda mais lentificados.

Avanços relevantes ocorreram a partir do anos de 1980, após a promulgação da nova Constituição Federal, que instituiu o SUS e, a reboque, trouxe mudanças no sistema de atenção à saúde, com a orientação enfocando a vigilância em saúde, fortalecimento da atenção primária em saúde e a horizontalização do sistema de atenção como um aspecto relevante desses avanços, que passou a ser organizado em redes de atenção²⁰. As referidas redes enfocam a integração do cuidado em suas várias esferas a partir da integração e articulação dos serviços ofertados para todas as pessoas em território nacional, além da elaboração de políticas públicas voltadas ao estrato populacional de pessoas idosas, como anteriormente pontuado. Outro avanço importante foi a própria estruturação legal da modalidade educativa da Educação profissional, que segue em processo de aperfeiçoamento.

Caminhando em passos alinhados aos avanços os desafios se seguem, estando em sua dianteira os de ordem econômica e política. As demandas por recursos monetários provenientes

²⁰ São conceituadas como organizações de serviços de saúde diferentes, que se integram e se articulam com o propósito de prestar assistência contínua e abrangente à população (Mendes, 2010).

das esferas públicas de poder para financiar programas que envolvem tanto assistência aos envelhecidos adoecidos quanto aos que seguem os rumos do envelhecimento bem-sucedido assumem escalas cada vez mais crescentes. A elaboração de políticas públicas é outro grande desafio, visto que a questão não é somente da manutenção ou perda da saúde física, mas gravita em torno de ações que mantenha o estrato populacional integrado socialmente, minimizando gradativamente a condição atual de muita exclusão. Subjacente a esses aspectos, está o de ordem social, que por fim aponta para os desafios educacionais, por envolver os demais e estão a reboque do complexo engendramento determinado pela força do mundo da vida cotidiana.

7 À GUISA DE CONCLUSÃO

Neste momento de finalização do trabalho de pesquisa, lamentamos a ausência da Profa. Rosália (*in memoriam*) por dois motivos. O primeiro se atrela à participação da professora, para quem nos reportamos nesta finalização, na banca avaliadora do nosso projeto de pesquisa para ingresso no curso de doutorado. O segundo diz respeito à temática abordada, por compor capítulos das histórias de vida de pessoas, que se engendram principalmente para mulheres, as quais enfrentam seus próprios envelhecimentos, com duplas e/ou triplas jornadas de trabalho, dividindo-se entre atividades profissionais, provimento dos seus lares e afazeres domésticos que, em muitas situações incluem familiares idosos e, em concomitância, como no caso da professora, vivenciam doenças crônico-degenerativas que podem culminar com a morte prematura.

É um fragmento da nossa história, e de outras pessoas que porventura venham a ler nosso relatório de pesquisa, que teve como objetivo geral analisar as representações sociais de docentes da educação profissional em saúde sobre envelhecimento e morte e as repercussões na formação de profissionais em nível médio para a área.

A arguição realizada pela professora Rosália durante a defesa do projeto de tese de doutoramento nos acompanhou durante todo o período da realização da pesquisa. Agora, na sua finalização, consideramos que podemos responder à pergunta: Sheyla, qual é a sua tese?

Caríssima Profa. Rosália (*in memoriam*), digo-lhe o seguinte:

Inicialmente, o trabalho revelou de maneira geral a incômoda e preocupante realidade de sermos partícipes de uma sociedade que acolhe com pouco compromisso o seu próprio envelhecimento, além de, volitivamente, optar por não olhar para essa realidade e, conseqüentemente, não se preparar para enfrentá-la. Por isso a sociedade permanece adotando comportamentos estigmatizados frente à transição demográfica que, a despeito de qualquer preconceção, segue globalmente em ritmo acelerado e com poucas respostas sociais favoráveis à conjuntura vigente.

Apesar da condição ontológica e ancestral de ser finito, a sociedade contemporânea optou por se afastar da primitividade e imutabilidade sobre ela própria do sempre moderno envelhecer e morrer. O arcabouço de conhecimentos e racionalidade científica elaborado e empregado principalmente a partir dos meados do século XIX transformou o fenômeno em um campo de batalhas, ocupado na busca por um horizonte utópico de eterna juventude a todo

custo, negando o envelhecimento e se utilizando de todas as armas para lutar contra a morte obstinadamente.

A temática que envolve o envelhecimento e a morte permanece sendo negada e pouco abordada em sua ótica multifacetada em instâncias sociais, que são canais possíveis de contribuição para a mudança de postura frente ao envelhecimento, como é o caso da educação, que segue reproduzindo a construção social de evitar se debruçar sobre o assunto, priorizando apenas alguns aspectos, como é o caso do tratamento de doenças que acometem o envelhecimento.

Ao nos voltarmos especificamente para o objetivo desta pesquisa, consideramos que conseguimos atingir sua proposição. O desvelamento da representação social sobre o envelhecimento e morte revelou em seus resultados um conjunto de significações mescladas principalmente por aspectos de negatividade, principalmente relacionados ao declínio físico e cognitivo, ocorrendo, a reboque desse declínio, as situações de fragilidades, limitações importantes e finalmente às incapacidades.

O surgimento das doenças crônicas e degenerativas é outro aspecto importante, marcando a última etapa da vida por transformações desconfortáveis relacionadas a muitas perdas, incluindo a de papéis sociais, tempo de solidão, inatividade, pouca utilidade, definhamiento, desvitalização e, finalmente, a expectativa da morte. São condições que acarretam significados também de desvalorização e desrespeito.

Em uma outra perspectiva, embora com menor amplitude, surge a possibilidade de a última etapa da vida ser vivenciada em melhores condições, com sua construção alicerçada em um envelhecimento bem-sucedido, no qual é possível alcançar a plenitude da vida, alicerçada por atividades que mantenham a viabilidade da saúde. O último ciclo de vida é enxergado com perspectivas de produtividade em uma ótica positiva, existindo assim idades cronológicas iguais com envelheceres diferentes, mas com a taxonomia empregada ao envelhecimento com estigmas inclinados à negatividade.

A pessoa idosa é reputada na lateralidade, com o olhar torto como um Outro em situação de distanciamento social, ainda ocupando o fundo da rede ou o quartinho dos fundos, o que configura uma forma de alteridade, no sentido de ser e estar em um lugar de diferença desconfortável e desagradável.

Com relação à representação social sobre a morte, encontramos uma condição bastante dificultada para o seu enfrentamento, que se desenha como um obstáculo, um tabu, uma regra geral assustadora, geradora de medo profundo da perda de pessoas queridas. A religiosidade é um importante aspecto de apoio à morte, visto que acolhe a mortalidade e apresenta a

possibilidade da imortalidade, viabilizada pela proposição de uma vida eterna em outra dimensão, que apesar de prometida, é ao mesmo tempo geradora de dúvidas e angústias, pelas incertezas que pairam desde sempre sobre essa particularidade.

É impossível pensar a vida sem a existência posterior de algo que esteja para além da transformação do corpo físico, e os propósitos da vida terrena são conducentes a essa imortalidade, deixando muito evidente a insuportabilidade da conjugação do verbo “perder”. Em algumas outras perspectivas, a morte aparece como socialmente banalizada, como um fenômeno de pouca importância, principalmente por questões que envolvem a violência assoladora do convívio social contemporâneo.

Assim, compreendemos que se trata de uma representação social perdurante por um longo período de tempo, arraigada profundamente em aspectos históricos e culturais, que de certo modo se contrapõem em suas significações, nos remetendo assim à aproximação dos conceitos de polifasia cognitiva e *Themata*. No nosso prisma, essa é uma representação social que não apresenta sinalizações evidentes de modificações, mas que sofre alguns tensionamentos pela realidade fática da transição demográfica, com o aumento significativo do estrato populacional de pessoas idosas em todas as sociedades, as crescentes demandas oriundas dos cuidados necessários ao atendimento para o grupo etário e a inevitável aproximação da morte.

Durante o processo de análise, consideramos o achado de uma representação profissional relativa ao envelhecimento, desvelada nos discursos elaborados sobre a atuação do corpo docente participante da pesquisa para o preparo de profissionais técnicos em saúde formados nos três cursos ofertados regularmente pela ESUFRN destinados à assistência direta em ambientes de cuidados à saúde, inclusive o domiciliar.

A representação profissional desvelada está relacionada ao aspecto de biopatologia referente ao envelhecimento, pela forte associação entre a condição e a presença de doenças crônicas e degenerativas, além da atenção aos tratamentos médicos instituídos. É uma representação profissional enraizada na representação social de negação, distanciamento e medo tanto do envelhecimento quanto da morte, representando o universo do senso comum. Essa representação encontra apoio e justificativa no modelo de atenção à saúde curativista, representando o universo reificado, no qual são formados os profissionais que atuam na área da saúde, repercutindo na manutenção desse mesmo esteio conceitual do universo reificado à formação do profissional técnico em saúde.

Trata-se de um modelo alicerçado principalmente em aspectos biológicos, enfocando as doenças e seus tratamentos, atribuindo pouca ou nenhuma importância às condições de vida das pessoas, vinculadas aos determinantes sociais de saúde que, de maneira plena, ampla e decisiva

são responsáveis por incontáveis adoecimentos, principalmente em se tratando de um país marcado por profundas desigualdades sociais.

Em razão do modelo de formação do corpo docente entrevistado ter ocorrido pautado nos moldes do modelo biomédico, os discursos foram marcados pelos princípios orientadores deste, mas apresentaram referências importantes aos princípios orientadores do SUS, implantado na década dos anos de 1980, o que pode ser interpretado como uma lenta e prolongada transição para o modelo de produção social da saúde que permanece ativa até os dias atuais.

Em razão do período transicional entre modelos de assistência, percebemos outras preocupações gravitando na assistência dispensada à faixa etária das pessoas idosas, a exemplo do despertar para a necessidade de medidas conducentes ao envelhecimento bem-sucedido, apesar da maior preocupação ainda ser relativa ao surgimento das doenças crônicas e degenerativas comuns ao envelhecimento. A condução dos diagnósticos e tratamentos são orientados pelo corpo de profissionais médicos, mas recebem a mescla da importância da atuação multiprofissional, caracterizando a transição entre os modelos de assistência à saúde, influenciando assim no conjunto de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais responsáveis pela assistência ao estrato populacional de pessoas idosas.

Ao longo dos 37 anos (1988-2025) de implantação e condução do SUS, algumas medidas foram implementadas no sentido de favorecer mudanças no perfil profissional atuante na área da saúde, que por conseguinte se refletem na prática assistencial para pessoas idosas, caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Humanização, visto que a formação de profissionais em saúde recebem as balizas dos princípios orientadores do SUS, cujas políticas são, de alguma maneira, abordadas nas suas respectivas formações.

Após o desvelar da representação social e profissional sobre envelhecimento e morte, apresentamos os nossos entendimentos e considerações sobre as repercussões dessas representações no ensino de discentes, futuros profissionais em nível técnico em saúde sobre a temática.

O preparo profissional técnico na EPS para lidar com a transição demográfica recebe importantes impactos da representação social elaborada sobre o envelhecimento e morte. É uma formação que ocorre ao largo da interface entre saberes do cotidiano e científicos. A presença dos saberes adquiridos no transcorrer da vida em sociedade sobre a temática se refletem na atuação docente quando constatamos a reprodução desses saberes adquiridos corriqueiramente, sendo empregados no sentido de evitar maiores aproximações com um assunto desconfortável

e de aprofundar reflexões em outras esferas que não se atenham principalmente ao tratamento de doenças comuns à última etapa da vida, inclusive imprimindo esforços para salvaguardá-la a todo custo. São ações que, de forma subjacente, reforçam o ideário social de negatividade do envelhecimento e não aceitação da morte.

Outro aspecto importante a ser destacado diz respeito à formação dos professores que atuam na modalidade educativa, orientada por suas formações iniciais, não existindo maiores exigências legais destinadas ao cargo de docente na EPS, visto o seu enraizamento na perspectiva do fazer prático. Nessa conjuntura, esse profissional recebe as influências exercidas pelo reconhecimento das competências profissionais práticas na escolha do futuro docente. São os profissionais tecnicamente competentes que possuem maiores chances de atuação na EPS por bem dominar o exercício prático em suas profissões, em detrimento do preparo específico à docência. Entendemos que essa influência perdura e permeia marcadamente a orientação na atuação docente na EPS.

Percebemos que os ensinamentos para o enfrentamento do envelhecimento populacional e morte ocorrem a partir de conteúdos pontuais sobre a temática distribuída durante os cursos, principalmente quando são estudados os ciclos de vida, de maneira abrangente e com o mesmo enfoque de surgimento de doenças comuns ao envelhecimento e os seus tratamentos, a partir das bases preconizadas no modelo biomédico, sem a existência ainda de reflexões ampliadas e/ou aprofundadas que estejam para além do lugar comum do adoecimento gerador de declínio físico e cognitivo.

Constatamos que, muito pontualmente, os assuntos são tratados de maneira mais específica, e assim consideramos que isso se configura em um recorrente padrão de reprodução social de afastamento e negação influenciada pela representação social, tanto do envelhecimento quanto da morte, que por seu estatuto de perda insuportável, permanece sendo tratada apenas em seus aspectos técnicos.

Compreendemos que não se trata de afastar ou evitar os conteúdos que ensinam sobre o adoecimento do corpo e suas respectivas medidas de tratamento e/ou intervenção, que inegavelmente melhoram as condições e qualidade de vida das pessoas, situação que mobilizaria o pêndulo para o outro polo. Entretanto, são necessários movimentos no sentido de aclarar a compreensão desse processo, conduzindo a melhorias nas atuações de profissionais em saúde em todos os níveis, resultando em progressos para a sociedade que envelhece, incluindo o seu corpo de profissionais que também envelhece, ainda sem a melhor compreensão dessa travessia, tanto pela interposição social quanto pela profissional. Esse é um desafio para os dias atuais, tanto no estatuto de pessoas comuns quanto no de docentes atuantes na EPS.

Ao final deste trabalho, consideramos também a emergência de outras questões que se apresentam como possibilidades para novas apreciações: quais reflexões são necessárias para redesenhar a atuação docente? Quais diligências à formação docente, responsável pelo preparo de profissionais de saúde em nível médio, precisam ser observadas? Somente profissionais da área da saúde devem se apropriar desses conteúdos? Em que medida as demais formações precisam saber sobre envelhecer e morrer? Pessoas mais jovens não precisam refletir sobre a questão? A partir de que idade e com qual abordagem seria possível a introdução da temática em níveis iniciais da educação básica?

São questões inquietantes, as quais nos são apresentadas como em aberto e carentes de verificação. Por se tratar de processo multifacetado e complexo, consideramos que uma medida um tanto ousada já pode ser refletida na EPS: a educação interprofissional sobre a temática. É uma ação viável, desde que seja bem pensada. Registramos aqui como sugestão à ESUFRN: reflexão sobre a elaboração de um componente curricular que aborde especificidades sobre o processo de envelhecimento e transição demográfica, em caráter interprofissional e integrado à carga horária obrigatória, podendo ser ofertado em turnos variados a cada semestre.

No que tange aos trabalhos tomados à nossa revisão de literatura, consideramos que houve alinhamento entre as ideias defendidas nesta pesquisa e o relatado nos trabalhos, tanto no que se refere à representação social e profissional desveladas, quanto à formação do corpo docente e sua consequente atuação enquanto formadores de profissionais em nível técnico em saúde na abordagem da temática por nós estudada. Foram fundamentações que nos trouxeram conforto quanto ao pressuposto.

Consideramos que a tese se estrutura em três principais esteios: o primeiro diz respeito à pujança dos engendramentos culturais e históricos construídos e vivenciados cotidianamente pelas pessoas, que atravessam as formações profissionais, os quais são pertencentes ao arcabouço das subjetividades individuais e coletivas. O segundo ponto de apoio é relativo à transição demográfica, que ocorre em ritmo acelerado e associado ao despreparo social, oriundo da postura de negação frente à nova conjuntura, agravada em razão das profundas desigualdades sociais existentes no Brasil. O terceiro esteio se vincula à evidência do preparo lacunar de docentes atuantes na EPS para lidar com o fenômeno do envelhecimento e morte, justificado por dois aspectos relevantes que se articulam e se retroalimentam.

Assim, diante destes argumentos, confirmamos a tese de que o arrimo da representação social construída de longa duração sobre a temática, principalmente de negação do envelhecimento e insuportabilidade de perdas provocadas pela morte, se reflete no afastamento da abordagem amíuade e melhor aprofundada para ambos os assuntos em conteúdos de estudos

nos cursos. A reboque da primeira alegação, ocorre a elaboração da representação profissional do envelhecimento como uma condição biopatológica e da morte como evento técnico resultante das formações iniciais desses docentes enquanto profissionais de saúde, espelhadas no modelo biomédico, que também recebe os atravessamentos da representação social, repercutindo como sustentáculo à manutenção dos aspectos biológicos abordados nos conteúdos formativos de profissionais técnicos em saúde, preparados para fazer frente ao envelhecimento e à morte.

Apesar de o país contar com um bom arcabouço legal de proteção às pessoas idosas, como também a elaboração de políticas públicas que apoiam o estrato populacional em questão, os cuidados dispensados gravitam em torno do tratamento das doenças, sob responsabilidade das famílias, e principalmente executado por mulheres.

“Cuidar” é um verbo flexionado prioritariamente no gênero feminino, com perspectivas apontando para um futuro desconfortável, principalmente porque a disponibilidade desse cuidado dá sinais de declínio em razão do próprio envelhecimento populacional e inserção das mulheres no mercado profissional formal, além da pouca ação estatal quanto ao movimento de acolhimento de pessoas idosas fora dos seus domicílios.

Reiteramos as questões de formação dos profissionais na área da saúde, passando por um período transicional entre modelos de atenção à saúde, mas que permanece recebendo fortes influências do modelo que prioriza o individual em detrimento do coletivo, unidisciplinar, no qual um profissional realiza diagnóstico e conduz tratamentos, baseados nos mecanismos biológicos do corpo, atuando em instituições hospitalares.

Compreendemos que as repercussões dos aprendizados cotidianos são indissociáveis na condução das formações profissionais, e a interface entre saberes se apresenta como uma condição *sine qua non* para essa formação, portanto os saberes cotidianos seguem e seguirão ladeados aos conhecimentos elaborados sob a égide da razão científica.

Além da perspectiva de formação interprofissional, já apresentada, outras possibilidades são sugeridas aqui. No sentido de iniciar a reflexão sobre a questão da formação interprofissional, a primeira diligência deve ser a instalação de um núcleo de docentes responsáveis por iniciar os trabalhos relativos às reflexões necessárias às modificações referentes à formação técnica em saúde na temática abordada no nosso trabalho.

A proposição inicial é que esse núcleo pensante de docentes seja composto de no mínimo quatro e no máximo 8 docentes, no sentido de facilitar o que precisa ser refletido quanto às suas próprias formações, novas apropriações, e atualizações de conhecimentos necessárias ao trabalho de reformulação na formação técnica em saúde. O trabalho inicial deverá ser

direcionado a elaboração de um diagnóstico sobre as demandas do próprio corpo docente para corrigir as lacunas formativas. Entendemos que essa é a primeira prioridade. A dinâmica de atualização de conhecimentos precisará ser pensada no sentido de evitar impactos no trabalho docente vigente, evitando o afastamento e desinteresse à nova demanda. A partir de então, a reflexão sobre a formação interdisciplinar poderá ser viabilizada e outras diligências surgirão, incluindo a revisão dos projetos pedagógicos, que periodicamente são revistos, mas sabemos que esse trabalho ocorrerá a reboque da primeira ação.

Registramos a sugestão ao Centro de Educação da UFRN da inclusão da temática do envelhecimento populacional nas graduações que formam professores para a educação básica, visto que é um assunto que atravessa toda a sociedade, e a faixa etária de jovens precisa começar a refletir sobre as necessidades impostas pela transição demográfica tanto em seus microespaços, com seus familiares e consigo mesmo, quanto nos macroespaços, pois eles são os futuros trabalhadores que atuarão nas várias profissões.

No que tange às dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do estudo, apontamos como um deles a construção da revisão da literatura, possivelmente fruto das escolhas realizadas no período de garimpagem nas bases de dados virtuais, quando primamos por aglutinar de maneira estreita os conteúdos abordados neste trabalho a publicações que estivessem bem aproximadas à esta pesquisa. São assuntos ainda de pouco acolhimento social justificado, entre outros, por argumentos que tratamos no decorrer da elaboração do presente relatório de pesquisa.

Outra dificuldade diz respeito à particularidade da condição familiar. Tratou-se de um trabalho de uma pesquisa realizada aos soluços, atravessado pela temática com a navalha cortando na carne, com a vivência do cuidado para mãe e pai idosos muito adoecidos, além da morte precoce de irmão único, mais jovem, e da mãe. Assim, não podemos dizer que foi um processo fácil, mas certamente transformador e, por isso, de muita importância. Tudo que contribui para crescimento e transformação é bom e do bem.

Ingressamos no curso de doutoramento com um incômodo que nos acompanhava já há algum tempo, pela percepção das dificuldades enfrentadas tanto em sala de aula e em conversas com os pares, quanto no decorrer dos estágios, quando identificávamos claramente as dificuldades enfrentadas pelo corpo discente, principalmente relativas à morte, e o trabalho com pessoas idosas sempre prioritariamente voltado aos cuidados destinados aos tratamentos de doenças crônicas e degenerativas. Os conteúdos abordados nas estruturas curriculares nos cursos técnicos quanto ao envelhecimento são pontuais, enfocando principalmente questões relativas às doenças mais comuns ao envelhecimento inseridos e distribuídos nos demais

assuntos. A morte é abordada em seus aspectos técnicos no TENF, com o preparo do corpo pós-morte.

Consideramos que a contribuição em termos de um novo aprendizado remete à constatação aclarada da relação conflituosa, latente ou manifesta, com o processo natural humano de envelhecer e morrer, tanto na esfera pessoal quanto na profissional. Os conflitos de ordem pessoal gravitam em torno das dificuldades de reflexão sobre o processo, que culturalmente é negado e afastado de um convívio social salutar, traduzidos tanto pelas situações-signos do “quartinho dos fundos” e do “fundo de rede” quanto pelos rituais funerários vivenciados com sentimentos mesclados de pesar e acolhimento.

A espiritualidade e/ou religiosidade são vivenciadas como forte mecanismo de amparo, equilíbrio e tranquilização. Finalmente, todos esses aspectos se espelham na prática profissional em saúde e na docência. O envelhecimento se conforma em um tipo de alteridade, e a perda de pessoas em virtude da morte é uma situação marcada por grande dificuldade de suportabilidade, pela inabilidade humana para lidar com as temidas irmãs siamesas velhice e morte. Inferimos assim que as influências e atravessamentos exercidas pelas representações sociais construídas ao longo da vida das pessoas são inegáveis e de uma ordem superior, repercutindo de maneira decisiva em suas atuações nas variadas esferas da vida.

Concluimos mais um capítulo da vida com o sentimento de que conseguimos atingir nosso propósito, de contribuir para melhorar o preparo profissional de técnicos em saúde, formados na Educação Profissional em Saúde. Os nossos horizontes estão mais alargados e clarificados com relação à responsabilidade de docente que deve aprimorar a sua prática educativa, no sentido de proporcionar melhores reflexões conducentes a ações viabilizadoras de melhor enfrentamento relativo à temática do envelhecimento populacional e morte.

Ponderamos que o esforço nos capacitou a responder o questionamento inicial quanto à tese, que durante a trajetória serviu-nos como um relevante guia para nos mantermos firmes nas tribulações enfrentadas. Deixamos aqui o registro sobre a importância de ações docentes provocativas, àquelas que geram inquietações, na condução de processos educativos em suas diversas dimensões. As escolas precisam se manter inquietas, e uma das responsabilidades do docente é exatamente a de gerar inquietações.

REFERÊNCIAS

ABDALA, M. F. B. Formação, profissionalidade e representações profissionais dos professores: concepções em jogo. **Revista de Educação PUC-Campinas**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 171-190, maio/ago., 2017. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/3636/2456>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

ALENCAR, R. C. G.; TIMÓTEO, R. P. S. Do sonho à realidade: a criação de uma escola de enfermagem em Natal. In: GOMES, C. O. *et al.* **Do sonho à realidade**: 50 anos da escola de enfermagem de Natal. Natal: Editora da UFRN, 2006. Trajetória, p. 13-27.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. A Teoria das representações sociais. In: TORRES, C. V.; NEIVA, R. E. (org.). **Psicologia social**: principais temas e vertentes. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 14, p. 287-295.

ALMEIDA, S. G. P.; ANDRADE, E. R. G.; SOUZA, A. K. A. S. Ética no ensino do paliativismo na Educação Profissional em Saúde e as ressonâncias do imaginário social. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S. l.], v. 2, n. 24, p. e17844, 2024.

Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/17844>>. Acesso em: 18 jun. 2025.

ALVES, R. F.; EULÁLIO, M. C.; BRITO, S. M. O. Representações sociais: via de acesso ao pensamento social sobre a saúde-doença. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; DOMINGOS SOBRINHO, M. (org.). **Representações sociais e saúde**: construindo novos diálogos. Campina Grande: EDUEP, 2004. cap. 2. parte, p. 133-158.

ANASTASIOU, L. G. C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 9. ed. Joinville: Univille, 2010. cap. 1, p. 17-40.

ANDRADE, E. R. G. A função de resistência e sua contribuição para a formação docente: uma reflexão psicossociológica. In: LIRA, A. A. D.; MIRANDA, M. M.; BRITO, S. M. O. (org.). **Revisitando o diálogo em representações sociais e educação**. Campina Grande, PB: EDUFCG, 2016. Disponível em: <https://editora.ufcg.edu.br/ebooks/151/view_bl/55/publicacoes2014/7/revisitando-o-dialogo-em-representacoes-sociais-e-educacao.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

ANDRADE, E. R. G. **Memórias de uma moça malcomportada**: uma vida inesperada. Natal: EDUFRN, 2022.

ANDRADE, E. R. G. **O fazer e o saber docente**: a representação social do processo de ensino-aprendizagem. 2003. 180f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/items/bf7e3305-6205-41b1-9b1f-87396e85fa24>>. Acesso: 22 nov. 2022.

- ANDRADE, E. R. G.; SILVA, S. O.; ALMEIDA, S. G. P. Trabalho doméstico na historicidade da educação profissional em saúde: influências no construto da imagem social. *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo*, [S. l.], v. 7, p. e13787, 2025. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/13787>. Acesso em: 21 jun. 2025.
- ARANTES, A. L. A. **O discurso do mestre: um estudo das representações do ser e do fazer docente no ensino técnico em enfermagem**. 2018. 231f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/items/d1eca3f5-3be4-4cca-9bca-89e65f4c435a>>. Acesso: 06 out. 2022.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- ARANTES, A. C. Q. **Pra vida toda valer a pena viver: pequeno manual para envelhecer com alegria**. Rio de Janeiro: Sextante, 2021.
- ARANTES, A. C. Q. **Cuidar até o fim: como trazer paz para a morte**. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.
- ARIÉS, P. **História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. (Edição especial).
- ARRUDA, A. Dimensões do imaginário. In: SOUSA, C. P. *et al.* (org.). **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2018a. Parte II, p. 195-208.
- ARRUDA, A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: SOUSA, C. P. *et al.* (Org.). **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2018b. Parte I, p. 67-86-208.
- ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In: SOUSA, C. P. *et al.* (org.). **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2018c. Parte I, p. 117-146.
- ARRUDA, A. Representações sociais e cultura no pensamento ambientalista brasileiro. In: SOUSA, C. P. *et al.* (org.). **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2018d. Parte II, p. 327-350.
- ARRUDA, A. Durkheim e o imaginário social. In: SOUSA, C. P. *et al.* (org.). **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2018e. Parte II, p. 209-232.
- BARBOSA, T. M. N. **Ressignificação de gênero e da prática docente: aspectos discursivos, cognitivos e representacionais na voz da mulher-professora**. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, M. A popularização da ciência como “imunização cultural”: a função de resistência das Representações Sociais. *In*: GUARESCHI P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.) **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. cap. 7, p. 183-208.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BOFF, L. **Ética da vida**. 2. ed. Brasília, DF: Letraviva, 2002.

BOFF, L. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BORGES, F. T. *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 977–987, abr. 2012. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/T4yzxfQT7hys3Ddtqzs3vwD/?lang=pt>>.

Acesso em: 15 dez. 2024.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 14. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.

Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

Acesso em: 23 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei N. 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**: Seção 1, Brasília, DF, n. 3, Imprensa Nacional, 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>.

Acesso em: 23 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível:

<<https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/974>>. Acesso em: 16 dez. 2024.

BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Portal Determinantes Sociais da Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Disponível em:

<<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/19394.htm>. Acesso: 12 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul. 2008a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111741.htm>. Acesso em: 01 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2008b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111892.htm>. Acesso em: 01 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Resolução CNE/CP nº 1, de 05 de janeiro de 2021. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 19-23, 6 jan. 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=167931-rcp001-21&category_slug=janeiro-2021-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Base Nacional Curricular Comum. Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017. Institui e orienta a implantação da Base Nacional Comum Curricular, a ser respeitada obrigatoriamente ao longo das etapas e respectivas modalidades no âmbito da Educação Básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 41-44, 22 dez. 2017. Disponível em: <https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECPN22017.pdf?query=currículo>. Acesso em: 04 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999. aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta portaria, emitida pelo Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes e responsabilidades para a saúde dos idosos, promovendo a elaboração e readequação de planos, projetos e atividades relacionadas ao tema. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 98 ed. , p. 215, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.741/2003, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 96 ed.-B, p. 11, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 05 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012. Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional técnica de Nível Médio. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 22, 21 set. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11663-rceb006-12-pdf&category_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2018, n. 225, p. 276, 23 out. 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 11 set. 2019.

BULFINCH, T. **O livro de ouro da mitologia**: histórias de deuses e heróis. 34. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO A. A. *et al.* (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 8, p. 253-292.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (orgs.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. cap. 2.

CAMPELLO, A. M. M. B.; LIMA FILHO, D. L. Educação profissional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 175-182.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultura, 1982.

CASTRO, F. R. V. F. **Perspectivas dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para atuar com idosos**. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFOR_2631832de8f13b8c36ea6812fd0bb5b5>. Acesso: 28 fev. 2023.

CASTRO, M. P. R. et al.. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 355–367, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?lang=pt>
Acesso em: 25 jun. 2025

CHARLOT, B. **Da relação com o saber: elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

CIAVATTA, M. A historicidade da pesquisa em educação: desafios teóricos-metodológicos em trabalho e educação. In: MOURA, D. H. (org.). **Educação Profissional: desafios teóricos metodológicos e políticas públicas**. Natal: IFRN, 2016. cap. 3 p. 73-98.

CORTELLA, M. S. **Viver em paz para morrer em paz: se você não existisse que falta faria?** São Paulo: Planeta, 2017.

D’ALESSANDRO, M. P. et al. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2024.

DE FRANCO, C. A crise criativa no morrer: a morte passa apressada na pós modernidade. **Revista Kairós**. v. 10, n. 1, São Paulo, jun. 2007, p. 109-120. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2577>. Acesso em: 18 jun. 2025.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo-FAPESP, 2012.

DIAS, M. A. F.; PAÚL, C.; WATANABE, H. A. W. Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 125–143, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20286>>. Acesso em: 21 jan. 2025.

DIEL, P. F. As escolas dos mosteiros medievais: dinâmica social, didática e pedagogia. **Educação Unisinos**, v. 21, n. 3, p. 405-417, 2017. (Universidade do Vale do Rio dos Sinos). Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4496/449656535015/html/>>. Acesso: 07 ago. 2023.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FAAR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. Cap. 1, p. 27-52.

FARIA, J. F. **O medo do inferno e a arte de bem morrer**: da devoção apócrifa à Dormição de Maria às irmandades de Nossa Senhora da Boa Morte. Petrópolis: Vozes, 2019.

FERRETTI, C. J. A reforma do Ensino Médio e sua questionável concepção de qualidade da educação. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 93, p. 25–42, maio. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/RKF694QXnBFGgJ78s8Pmp5x/>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

FERREIRA, M. A.; SILVA, R. C. Saberes e práticas de cuidado em saúde e relações com a clínica do cuidado de enfermagem. In: SILVA, A. O.; CAMARGO, B. V. C. (orgs.). **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRN, 2017. cap. 12. Disponível: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24702/1/representacoessociais.28.12.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FERREIRA, M. A. *et al.* O significado do PROFAE segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 445–452, jul. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/RncnHsnn7wR6ZfhRy6gJg/#>>. Acesso em: 29 mar. 2024.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/>>. Acesso em: 18 dez. 2024.

FREIRE, P. **Extensão e comunicação**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FRIGOTTO, G.; Dimensões teórico-metodológicas na produção do conhecimento na Educação Profissional. In: MOURA, D. H. (org.). **Educação Profissional**: desafios teóricos metodológicos e políticas públicas. Natal: IFRN, 2016. cap. 3, p. 73-98.

GAMA, G. C. N.; GUSSEM, M. A.; TEIXEIRA, P. H. C. Cuidado, eutanásia e sacralidade da vida no estado laico: sob a sombra de tãtatos. In: PEREIRA, T. S.; OLIVEIRA, G.; COLTRO, A. C. M. (Org.). **Cuidado e afetividade**: projeto Brasil/Portugal -2016-2017. São Paulo: Atlas, 2017. Cap. 8, p. 155-174.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123–133, jan. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fbHvqCDM5Hcx5VKY3SXXXjP/>>. Acesso em: 6 jan. 2025.

GONDIM, D. S. M.; MARTINS, P. M. O suicídio na história do pensamento ocidental: da antiguidade à psicanálise. **Revista Perspectivas Online: Humanas e Sociais Aplicadas**. v. 11, n. 30, p. 86-103, mar. 2021. Disponível em: <<https://ojs3.perspectivasonline.com.br/>> . Acesso em: 20 jun. 2025.

GUIMARÃES, N. A. A “crise do cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira. **Sociologia & Antropologia**, v. 14, n. 1, p. e230050, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sant/a/qv89WgWxdGKgmkcB9GtjXt/#>>. Acesso em: 10 dez. 2024.

GRYSCHKE, A. L. F. P. L. *et al.* Projeto Larga Escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Inf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BhgD3WDNtpQ9QHZvmLxFB9C/?lang=pt>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

HARARI, Y. N. **Sapiens: uma breve história da humanidade**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Rio Grande do Norte). **Censo demográfico 2010** [online]. [Brasília]: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Rio Grande do Norte). **Censo demográfico 2022** [online]. [Brasília]: IBGE, 2023a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>. Acesso em: 03 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Rio Grande do Norte). **Censo demográfico 2022** [online]. [Brasília]: IBGE, 2024. Disponível: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/42074-novos-recortes-geograficos-do-ibge-detalham-desigualdades-do-pais-em-2023>>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro : IBGE, 2023b. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 53). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102052.pdf>> Acesso em: 01 jul 2025.

JACOB FILHO, W.; GORZONI, L. M. **Geriatría e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008.

JESUÍNO, J. C. *et al.* Contribuições para uma gerontologia crítica. In: SILVA, A. O.; CAMARGO, B. V. C. (org.). **Representações sociais do envelhecimento e da saúde**. Natal: EDUFRRN, 2017. cap. 2. p. 59-83. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24702/1/representacoessociais.28.12.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

JODELET, D. O encontro dos saberes. In: JODELET, D. (org.) **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015a. Seção I, p. 59-79.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. cap. 1, p. 17-44.

JODELET, D. **Loucura e representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015b.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 117-120, jul./set. 1987. Disponível em: <<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/146/292>>. Acesso em: 28 maio. 2025.

KOWAL, P.; DOWD, J. E. **Definition of an older person**. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Genebra: World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264534627_Definition_of_an_older_person_Proposed_working_definition_of_an_older_person_in_Africa_for_the_MDS_Project>. Acesso em: 17 jun. 2025.

KRAWCZYK, N.; FERRETTI, C. J. Flexibilizar para quê? Meias verdades da “reforma”. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 11, n. 20, p. 33-44, jan./jun. 2017. Disponível em: <<https://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/757/pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2025.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiol Community Health**. v. 55, p. 693-700, 2001. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/12/v055p00693.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2025.

LEONART, E.; MENDES, M. M. R. Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 538–546, jul. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/h7HQVDXdxHDrFthkmjr9wQ/>>. Acesso: 15 ago. 2024.

LIMA, V. V. *et al.* Desafios na educação de profissionais de saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1549-1562, 2018a. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-975833>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

LIMA, R. R. T. *et al.* A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1661-1673, 2018b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Z79ysMNGJB8jLQ4k5RXCrpt/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

LIMA, R. R. T. *et al.* Formação em saúde no contexto do envelhecimento: em foco, os conteúdos curriculares. **Research, Society and Development**, v. 7, n. 10, p. 01-17,

e15710587, 2018c. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/327973872_Formacao_em_saude_no_contexto_do_envelhecimento_em_foco_os_conteudos_curriculares>. Acesso em: 16 jan. 2019.

LOPES, E. S. L.; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 141–148, maio. 2007.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/epsic/a/7PjmmCkV8grVf59wZDpjd/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em: 15 set. 2023 .

LÜDKE, M. Educação e pesquisa qualitativa no Brasil. *In*: SOUZA, D. N.; COSTA, A. P.; SOUZA, F. N. (orgs.) **Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios**. 2. ed. Aveiro: Ludomedia, 2016. v. 3, cap. 3, p. 77-104.

MACEDO FILHO, F. D. **E quando o novo é o velho?** uma reflexão crítica sobre a velhice e os novos desafios. Natal: Caule de Papiro, 2018.

MANFREDI, S. M. **Educação Profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.

MARTÍNEZ, M. S. R.; TORRES, C. U.; RADÜNZ, V. Metodología de entrevistas en investigación cualitativa de enfermería. *In*: PRADO, M. L. *et al.* **Investigación cualitativa en enfermeira: metodologia y didáctica**. [Florianópolis], SC: Organización Panamericana de la Salud. Brasil; Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. (Série PALTEX Salud y Sociedad 2000, n. 10).

MARTINS, L. Tanatologia: uma revisão crítica das concepções sociais e individuais sobre a morte e o morrer. **Conscientia**, v. 1, n. 2, p. 83-95, abr./jun. 1997.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnibpcjpcglclefindmkaj/<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

MENESES, S. S. **O capitalismo biomédico e suas repercussões no trabalho interprofissional em saúde**. Dissertação (mestrado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/handle/10482/49821>. Acesso em: 09 out. 2025.

MERHY, E. E. **Saúde e cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. O conceito de Representações sociais dentro da sociologia clássica. *In*: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.) **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. cap. 3, p. 73-92.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOLL, J. Reformar para retardar: a lógica da mudança no EM. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 11, n. 20, p. 61-74, jan./jun. 2017. Disponível em: <<https://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/771/725>>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MORIN, E. **O homem e a morte**. 2. ed. Lisboa: Europa-América, 1970.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011.

MOSCOVICI, S. Sobre a subjetividade social. In: SÁ, C. P. (org.). **Memória, imaginário, e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. cap. 1, p. 11-62.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org.) **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 7-15.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015a.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JODELET, D. **Loucura e representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015b.

MOURA, D. H. Educação básica e educação profissional e tecnológica: dualidade histórica e perspectiva de integração. **Holos**, v. 2, ano 23, 2007. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11>>. Acesso: 27 jul. 2022.

MOYES, C. D.; SCHULTE, P. M. **Princípios da fisiologia animal**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MREJEN M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Estudo Institucional, n. 10. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 20, n. 3, p. 435-443, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/MXjF6Zvt87nJd7MGxcQqhzy/>>. Acesso em: 16 out. 2024.

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: NERI, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papirus, 2001. Cap. 1, p. 11-38.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária; Autor associado, 2001. cap. 4, p. 55-87.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável**: relatório de base. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Acesso em: 02 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

PADOVANI, O. **A prática pedagógica na educação profissional técnica de nível médio em enfermagem**: estudo em uma escola privada do interior paulista. 132f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-04102007-183846/publico/ORNELLAPADOVANI.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2023.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, out. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/#ModalHowcite>>. Acesso em: 15 ago. 2023.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 19, p. 567-586.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). Educação profissional em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 182-189.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos de pesquisa em saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 1. p. 11-19.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. Como poderia a gerontologia, um campo multidisciplinar do saber, estar presente na Tabela das Áreas do Conhecimento do CNPq? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, p. 1725-1735, nov-dez, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/krWkdhtTxq9Vrh8nfxVzTCK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 out. 2024.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. E-book. Disponível em: www.feevale.br/editora. Acesso em: 16 dez. 2024.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, Suplemento, p. 153-173, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275677788_Concepcoes_e_praticas_pedagogicas>

nas_escolas_tecnicas_do_Sistema_Unico_de_Saude_fundamentos_e_contradicoes>. Acesso em: 16 dez. 2024.

RATINAUD, P. Uma evidência experimental do conceito de representação profissional através da representação do grupo ideal. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, SP, v. 16, n. 17, ano 15, p. 135-150, jan./dez. 2009. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/325>>. Acesso em: 29 ago. 2024.

RIBEIRO, S. R. **Retratos de mulher: construções sociais e representações visuais do feminino**. 372f. 2002. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2002. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/41024>>. Acesso em: 8 set. 2024.

RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social. **Diagnóstico situacional das instituições de longa permanência para idosos no Rio Grande do Norte**. Natal: SETHAS, 2020. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/SETHAS/DOC/DOC000000000243195.PDF>. Acesso em: 04 jun. 2025.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTOS, P. A. *et al.* **Metodologia da pesquisa social: da proposição de um problema à redação e apresentação do relatório**. São Paulo: Atlas, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.

SEVERINO, A. J.; PIMENTA, S. G. Apresentação da coleção. *In*: MANFREDI, S. M. **Educação profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 11-19.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. *In*: NERI, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papirus, 2001. Cap. 5, p. 73-112.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R.. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 111–119, jan. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rpx7NmV6Yt4XTtmjytnfH6g/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SILVA, E. A. Abordagens qualitativas na pesquisa em educação. *In*: MOURA, D. H. (org.). **Educação Profissional: desafios teóricos metodológicos e políticas públicas**. Natal: IFRN, 2016. cap. 3 p. 73-98.

SILVA, E. A.; BAGNATO, M. H. S.; RENOVATO, R. Fundamentos pedagógicos para as práticas de educação em saúde. *In*: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. (org.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017, cap. 3, p. 55-72.

SILVA, N. **O ensino sobre saúde do idoso nos cursos técnicos em enfermagem no Brasil**. 142f. 2022. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022. Disponível em: <<https://bdtd.uftm.edu.br/handle/123456789/1410>>. Acesso em: 28 fev. 2023.

SILVA, S. O. **"Todo dia ela faz tudo sempre igual": representações sociais de mulheres estudantes da EJA sobre "ser mulher" na relação com os aprendizados do trabalho doméstico não remunerado**. 160f. 2024. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

SPINK, M. J. P.; GIMENES, M. G. G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 149–171, 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNf4HcfnwDqnyCwxYrMwk5P/>>. Acesso em: 12 jul. 2024.

SOUZA, A. K. A. S. **Representações sociais de professores da educação profissional em saúde sobre o ser professor**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25679>>. Acesso em: 27 nov. 2020.

SOUZA, A. K. A. S. **Representações sociais e a constituição identitária docente na educação profissional em saúde**. 266f. 2022. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

SOUZA, L. B. *et al.* As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersectorialidade: um estudo descritivo. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 6, p. e20190196, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/knzXfPLFx69ktjyJHXgZ6mQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 fev. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Escola de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ESUFRN. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem**. Natal, RN: UFRN, 2023. Disponível em: https://escoladesaude.ufrn.br/media/files/documentos/Projeto_Pedagógico_do_Curso_Técnico_em_Enfermagem_-_em_vigordesde2024.2.pdf. Acesso em 10 set 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Escola de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ESUFRN. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde**. Natal, RN: UFRN, 2023. Disponível em: https://escoladesaude.ufrn.br/media/files/documentos/Projeto_Pedagógico_do_Curso_Técnico_em_Enfermagem_-_emvigordesde2024.2.pdf. Acesso em 10 set 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Escola de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ESUFRN. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Massoterapia**. Natal, RN: UFRN, 2023. Disponível em: https://escoladesaude.ufrn.br/media/files/documentos/Projeto_Pedagógico_do_Curso_Técnico_em_Enfermagem_-_em_vigordesde2024.2.pdf. Acesso em 10 set 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Resolução nº 027/2018-CONSUNI, de 07 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do

Instituto do Envelhecer-IEN, Unidade Suplementar vinculada à Reitoria da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. **Boletim de Serviço-UFRN**, n. 001, Fls. 4, 02 jan. 2019. Disponível em: <<https://sipac.ufrn.br/public/baixarBoletim.do?aba=p-boletins&publico...idBoletim>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

VALLS, Á. L. M. **O que é ética**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

VALSINER, J. Hierarquias de signos: representação social no seu contexto dinâmico. *In*: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (org.) **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. cap. 1, p. 29-58.

VERAS, R. Prefácio. *In*: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WACHELKE, J. F. R. *et al.* Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 107–116, maio 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/qKPMP6vDvgw9VqJ4nL5jPjh/>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

WAGNER, W. Sociogênese e características das representações sociais. *In*: PAREDES, A. S.; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. cap. 1, p. 03-25.

WAGNER, W.; HAYNES, N.; PALACIOS, F. F. (eds.) **El Discurso de lo cotidiano y el sentido común: la teoría de las representaciones sociales**. México: Anthropos, 2011.

WALLIS BUDGE, E. A. **O livro dos mortos do antigo Egito**. São Paulo: Madras, 2022.

ZIMERMAN, I. G. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXOS

MÓDULO BÁSICO EM SAÚDE (anexo I: Contempla todos os cursos):**COMPONENTE CURRICULAR:**
SAÚDE SOCIEDADE**EMENTA:**

Formação do povo brasileiro. Identidades étnico-raciais e de gênero. Estado, políticas públicas e sociais. Direitos humanos e cidadania. Determinantes sociais de saúde. Processo saúde e doença.

CONHECIMENTO:

- Conceção da formação do povo brasileiro e suas identidades étnico-raciais, em especial a matriz indígena e a matriz afro;
- Compreensão do processo saúde-doença ao longo da história;
- Determinantes sociais da saúde (DSS) e Desigualdades sociais em saúde;
- Direitos humanos e sua relação com a construção da cidadania;
- Conceito de Estado, políticas públicas e políticas sociais, com ênfase na atuação da sociedade para a construção de políticas sociais de saúde;
- Iniquidades étnico-raciais e de gênero: a luta por equidade e justiça social;
- Promoção da saúde como estratégia de mobilização social para a melhoria da qualidade de vida.

COMPONENTE CURRICULAR:
POLÍTICAS DE SAÚDE**EMENTA:**

Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde. Legislação do SUS. Financiamento em Saúde. Regionalização da Saúde.

CONHECIMENTO:

- A Reforma Sanitária Brasileira: antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde.;
- SUS e sua legislação: princípios e diretrizes;
- O financiamento da saúde e do SUS;
- A Regionalização da saúde no SUS.

Fonte:

Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem.

CURSO TÉCNICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (Anexo 2)

COMPONENTE CURRICULAR: INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA

EMENTA: O Raciocínio Epidemiológico. A epidemiologia como campo de conhecimento suporte à prática. Ferramentas de análise do processo saúde-doença para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Saúde e doença como dimensões indissociáveis da vida humana. Modelos interpretativos de saúde-doença ao longo da história. Interação entre o ambiente, o homem e demais seres vivos e o desenvolvimento de ações de saúde. Medidas em saúde pública -frequência e indicadores de saúde; cadeia de transmissão de doenças; doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; doenças e agravos de notificação compulsória. Interpretação de observações sobre as condições de vida e saúde de populações (riscos, causas, danos, determinantes e necessidades).

CONHECIMENTO:

- História da Saúde Pública (no mundo e no Brasil) e modelos explicativos do processo saúde-doença;
- Epidemiologia descritiva – conceitos básicos; medidas de frequência e indicadores de morbidade e mortalidade;
- Indicadores de saúde e distribuição de doenças no tempo e espaço;
- Quadro sanitário brasileiro-transição demográfica e epidemiológica; DT, DANT e de notificação compulsória;
- Epidemiologia e serviços de saúde

COMPONENTE CURRICULAR: MODELOS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

EMENTA: Sistemas de Saúde. Modelos de Atenção à Saúde, Regiões e Redes de Atenção no SUS. Elementos constitutivos das redes de atenção. Modelos de Atenção à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica. Linha de cuidado integral. Atribuições legais do ACS no âmbito da atenção básica.

CONHECIMENTO:

- Principais características e tipos de Sistemas de Saúde adotados pelos países (seguridade social; proteção social e sistema de proteção e baseado na assistência);
- Modelos de Atenção à Saúde;
- Regiões e Redes de Atenção no Sistema Único de Saúde: fundamentos, conceitos e elementos constitutivos;
- Atenção Primária à Saúde. As correntes e os princípios da Atenção primária à saúde como centro de comunicação das redes de atenção;
- A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): A organização da atenção básica no SUS e os desafios para a integração das redes de atenção;
- Linha de cuidado integral: como ferramenta de macrogestão do cuidado;
- Atribuições legais do ACS no âmbito da APS.

COMPONENTE CURRICULAR:
TERRITÓRIO E PRODUÇÃO DE SAÚDE I

EMENTA: Transversalidade da abordagem do território no campo da saúde. Aspectos da vida cotidiana -produção e reprodução da vida, relações sociais e articulações com a totalidade. Reconhecimento da dinâmica do território-população (perfil epidemiológico, demográfico), dimensões (social, política, econômica, cultural), objetos naturais e construídos e fluxos para o desenvolvimento do processo de trabalho. História, conflitos, tensões, atores sociais, problemas de saúde e potencialidades do território como elementos para planejamento estratégico e formulação de políticas, modelos de atenção e organização do trabalho. Produção de informações e organização dos serviços e ações de saúde. O processo de territorialização em saúde e o processo saúde-doença-cuidado.

CONHECIMENTO:

- Conceitos geográficos de uso no campo da saúde, território, espaço, lugar, área, região;
- Teoria da produção social e os contextos do território: escalas, regras sociais e recursos comunitários;
- Diagnóstico de condições de vida e a territorialização em saúde;
- Organização social e comunitária e as relações políticas, sociais, econômicas e culturais;
- O território e o processo saúde-doença; fenômeno do adoecimento como resultado de interações entre fluxos e fixos, regras e poderes manifesto no âmbito da comunidade;
- Redes de serviços, inclusive de saúde, de equipamentos públicos sociais e a relação com a produção de saúde-doença-cuidado;
- História de ocupação e organização político-social do território do Rio Grande do Norte e o município de Natal e sua dinâmica no cenário macro político brasileiro;
- Ação comunicativa em Saúde e participação social.

COMPONENTE CURRICULAR:
SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

EMENTA: Estudo dos aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais que envolvem o processo saúde-doença e de envelhecimento. Política de saúde direcionada à saúde do adulto e idoso. O idoso e a vida diária. Patologias crônico-degenerativas; Cuidados com o aparelho locomotor: avaliação geriátrica. A reabilitação do idoso. Recreação, O papel do idoso na família e na sociedade. Prevenção e enfrentamento da violência contra pessoa Idosa. Estatuto do Idoso. Papel do Agente comunitário de saúde no acompanhamento a pessoa idosa; atividades de grupo; recomendações gerais para uma alimentação saudável.

CONHECIMENTO:

- Assistência ao Adulto e ao Idoso;
- Processo de envelhecimento;
- Política de saúde do idoso e Estatuto do Idoso;
- Ações de promoção da igualdade de direitos, de vida e de saúde do adulto e do idoso;
- Esquema vacinal do adulto e do idoso;
- Doenças crônico-degenerativas;
- Hábitos alimentares;
- Atividades físicas;

- Álcool, tabaco e outras drogas;
- Atividades de promoção da saúde;
- Fichas e-SUS;
- A caderneta de saúde da pessoa idosa.

Fonte:

Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

CURSO TÉCNICO EM MASSOTERAPIA
(Anexo 3)

COMPONENTE CURRICULAR:

BIOLOGIA HUMANA, CORPOREIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

EMENTA: Princípios gerais sobre Corpo-corporeidade-humanização; Conceitos básicos sobre a Biologia do Ser Humano, Corpo Sujeito/ Corpo Objeto; A complexidade humana na saúde e na transcendência.

CONHECIMENTO:

- A biologia do humano – a multidimensionalidade do SER imanente e transcendente;
- O SER HUMANO e seus componentes;
- Corpo sujeito / corpo objeto;
- O cuidado como promoção da saúde;
- A necessidade de pausas e o estresse;
- As práticas contemplativas e de relaxamento;
- A meditação na cura de emoções destrutivas, a visualização criativa e a adoção de uma prática diária.

Fonte:

Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Massoterapia.

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

(Anexo 4)

COMPONENTE CURRICULAR: SEMIOTÉCNICA EM ENFERMAGEM I

EMENTA: Estudo da atuação do técnico em enfermagem na equipe de saúde, no processo de comunicação e no ambiente de saúde. Estudo de procedimentos de Enfermagem no cuidado individual e coletivo de saúde, observando os princípios científicos e éticos que norteiam a profissão.

CONHECIMENTO:

- Organização dos serviços de atenção à saúde: principais serviços oferecidos na rede; equipe multiprofissional de saúde e equipe de enfermagem, unidade de internação; preparo do leito; tipos de limpeza.
- Processo de comunicação em saúde e relacionamento interpessoal. Tipos de prontuário. Princípios gerais para as anotações e registros de enfermagem. Humanização da assistência de enfermagem.
- Preparação e acompanhamento da pessoa para realização de exames diagnósticos. Materiais necessários aos exames clínicos, gerais e especializados;
- Medidas antropométricas: peso, altura e circunferência abdominal; preparo para o exame físico e posições para exames. Admissão, transferência e alta.
- Segurança do paciente.
- Sinais Vitais: temperatura, pulso, respiração, pressão arterial e dor.
- Higiene pessoal e massagem de conforto.
- Aplicação de calor e frio como medidas terapêuticas;
- Atenção à necessidade de oxigenação;
- Alimentação e hidratação do cliente;
- Eliminação urinária;
- Eliminação intestinal;
- Processo de administração de medicamentos;
- Tratamento de feridas e curativos;
- Humanização da assistência de enfermagem no processo de finitude; preparo do corpo após a morte.
-

COMPONENTE CURRICULAR: ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E IDOSO EM CLÍNICA MÉDICA

EMENTA: Estudo da assistência de enfermagem a clientes adultos e idosos internados em unidades de clínica médica acometidos por afecções agudas e crônicas em diferentes especialidades, abrangendo os diversos sistemas orgânicos. Aspectos éticos na assistência de enfermagem. Assistência à família e cuidadores.

CONHECIMENTO:

- Assistência de Enfermagem ao Cliente com alterações:

- Sistema neurológico: Anatomia e fisiologia; Acidente Vascular encefálico (AVEi, AVEh) Aneurisma, Miastenia Gravis, Guillain Barré, Esclerose Múltipla – definição, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações.
- Sistema cardiovascular: Anatomia e fisiologia; Hipertensão Arterial, Infarto Agudo do Miocárdio, ICC – definição, prevenção, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento, complicações.
- Sistema respiratório: Anatomia e fisiologia; Pneumonias, DPOC-bronquite e enfisema, Asma – definição, prevenção, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento, complicações.
- Sistema Digestório: Anatomia e fisiologia; Gastrite, Úlcera, Cirrose – definição, prevenção, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento, complicações.
- Sistema endócrino: Anatomia e fisiologia; Diabetes mellitus, Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações.
- Sistema osteoarticular/muscular; Anatomia e fisiologia; Artrite; Febre Reumática; Osteomielite; Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES; Esclerose Sistêmica; Fibromialgia; definição, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações.
- Sistema Urinário: Anatomia e Fisiologia; ITU; Urolitíase; Glomerulonefrite aguda (GNDA); Insuficiência Renal (IRA, IRC). Sintomatologia, diagnóstico, tratamento, complicações.
- Sistema hematológico: Anatomia e fisiologia; Epidemiologia; anemia; Hemofilias; Hemotransfusão; definição, fatores de risco, Sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações.
- Oncologia: câncer com maior incidência e mortalidade, tratamento clínico (quimioterapia e radioterapia), efeitos colaterais do tratamento. Epidemiologia e fisiologia do envelhecimento; principais doenças e agravos que acometem o idoso. Fatores de risco e prevenção para os acometimentos mais frequentes no idoso.

COMPONENTE CURRICULAR:

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E IDOSO EM SITUAÇÕES CIRÚRGICAS

EMENTA: Estudo das diversas afecções agudas e crônicas, que necessitam de intervenção cirúrgica; conceitos, causas, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem. Levar o estudante a desenvolver competências para oferecer uma assistência de enfermagem individualizada; tendo condições de relacionar teoria e prática, desenvolver raciocínio crítico para poder oferecer uma assistência com qualidade.

CONHECIMENTO:

- Introdução à enfermagem cirúrgica conceito, objetivos e princípios básicos;
- Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico (CC): Estrutura física e organizacional, fluxograma de pacientes, profissionais, materiais e equipamentos;
- Atribuições da equipe cirúrgica; material e equipamentos;
- Período pré-operatório: caracterização, assistência de enfermagem;
- Período transoperatório: caracterização, assistência de enfermagem;
- Período Pós-operatório: caracterização; assistência de enfermagem; prevenção de complicações; critérios de avaliação e alta em RPA; cuidados de Enfermagem com drenos, sondas e tubos.

- Assistência de Enfermagem nas principais intervenções cirúrgicas: - Sistema cardiovascular - Sistema respiratório - Sistema Digestório - Sistema Urológico - Ginecológica e da mama - Vascular periférica - Neurocirurgia

COMPONENTE CURRICULAR:

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EMENTA: Principais características e tipos de Sistemas de Saúde universais; Modelos de atenção à saúde ; Atenção primária : conceitos e abordagens. A política Nacional de Atenção Básica . Regiões e Redes de Atenção à saúde; O conceito de território e suas relações com a saúde coletiva; Território, condições de vida e situação de saúde. O processo de territorialização em saúde; O Sistema de informação da atenção Básica (SISAB). Educação em saúde na atenção básica . Visita domiciliar .

CONHECIMENTO:

- SUS, modelos assistenciais e as Redes de Atenção
- Principais características e tipos de Sistemas de Saúde universais adotados pelos países (seguridade social; proteção social e sistema de proteção baseado na assistência). 3 Modelos de atenção à saúde.
- Redes de Atenção à saúde: fundamentos, conceitos e elementos constitutivos.
- Os novos dispositivos governamentais de fortalecimento do sistema de saúde na atenção básica.
- Território em Saúde: O conceito de território e suas relações com a saúde coletiva; Território, condições de vida e situação de saúde; O território na Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.
- Processo de Territorialização em Saúde como método para identificação das condições de vida e situação de saúde. O Sistema de informação da atenção Básica (SISAB) sua importância e potencial para identificação das condições de vida e situações de saúde no território e como ferramenta para o planejamento local.
- Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Eventos adversos das vacinas: condutas e tratamento.
- Ficha de notificação dos eventos adversos pós-vacinais.
- Protocolo, diretrizes e normas técnicas para aplicação das diversas vacinas e imunobiológicos especiais.

COMPONENTE CURRICULAR:

SEMIOTÉCNICA EM ENFERMAGEM II

EMENTA: Resgata a abordagem do Processo de Comunicação nos Serviços de Saúde; Prontuário e registro em enfermagem. Procedimentos de Enfermagem observando os princípios científicos, éticos e de humanização no desenvolvimento do cuidado individual e coletivo de saúde a partir das experiências vivenciadas nas práticas em campo.

CONHECIMENTO:

- Comunicação nos serviços de saúde; Prontuário e registro de enfermagem (simulação de registro, baseado no SOAP).
- Higiene e conforto para doentes comprometidos;
- Eliminação urinária;
- Segurança do paciente;

- Nutrição extra-oral: sondagem e nutrição parenteral;
- Preparo e administração de medicamentos; prática de intradérmica e punção venosa com cateter sobre agulha;
- Tratamento de feridas e curativos; Síndrome da imobilidade e palição.

Fonte:
Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem.

Anexo 5

1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de 01 de junho de 2022 (versão 1).
2. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de 07 de dezembro de 2024 (versão 2).

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS/PROFISSIONAIS DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE ACERCA DO CUIDADO PALIATIVO DEDICADO A IDOSOS ACOMETIDOS POR DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS NA TERMINALIDADE

Pesquisador: SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57732522.3.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Fundamentos e Políticas da Educação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.444.052

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado do Programa de pós-graduação em Educação. A temática do estudo diz respeito a inclusão ampliada e a aceitação da abordagem da palição, por parte dos professores dos cursos técnicos ofertados pela Escola de Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN), nos cuidados prestados para idosos enfermos, acometidos por afecções crônico-degenerativas. O fenômeno do envelhecimento populacional é uma ocorrência mundial, estando o Brasil incluso nessa mesma realidade, a qual suscita adequação de cuidados peculiares, demandados pela referida população. A necessidade de estudar aspectos específicos, relativos ao envelhecimento adoecido e morte, na formação de profissionais técnicos qualificados para assistir todos os ciclos da vida, inclui o cuidado dispensado no final de vida, se justificando pela condição social de pouco preparo e engajamento no envelhecer seus cidadãos e cidadãs. O referido cuidado mobiliza esforços para o controle de sintomas angustiantes, a exemplo da dor, estando centrado na melhora da qualidade de vida até a sua finalização. A formação dos profissionais de saúde, em geral, permanece centrada, prioritariamente, na preservação da vida e restauração da saúde; o avanço tecnológico possibilitou a longevidade para o ser humano, postergando a morte o máximo possível. No entanto essa realidade é possível àqueles que

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

E-mail: cep.huol@ebserh.gov.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.444.052

possuem conjuntura sócio-econômica-política e cultural que a favoreçam, visto que as iniquidades sociais e econômicas, diferentes padrões políticos e peculiaridades culturais, são responsáveis por desenhos de variados contextos para os enfrentamentos das situações de vida/morte e também para o processo de morte-morrer. Urge preparar profissionais para o enfrentamento de doenças crônico-degenerativas, se perspectiva de reversão do quadro de adoecimento, sobretudo em idosos, visto que o fenômeno da transição demográfica se impõem na contemporaneidade.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Analisar as representações sociais/profissionais de professores do ensino técnico da ESUFRN, atuantes nos Cursos Técnicos em Enfermagem, Agente Comunitário de saúde e Massoterapia, acerca dos saberes e aceitação, aos cuidados paliativos admitidos na terminalidade, para idosos acometidos por afecções crônico degenerativas.

ESPECÍFICOS:

Conhecer os saberes docentes acerca de palição;

Identificar o conteúdo das representações sociais/profissionais sobre velhice, processo de morte/morrer e palição;

Explicitar a relação entre as práticas discursivas acerca da terminalidade/palição e apráxis docente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Assim foram descritos no TCLE: "Durante a realização da entrevista poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como constrangimento em responder alguma pergunta. No entanto sua participação é voluntária, significando que poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem direito de não responder às questões caso não se sinta à vontade para fazê-lo, ou as considere muito pessoais, ou ainda lhe causem desconforto ao tratar sobre o assunto. Os possíveis desconfortos serão minimizados desde o início da entrevista, quando a pesquisadora responsável deixará aclarado o assunto do que trata a entrevista e sua total liberdade de participação, ou interrupção do processo quando lhe for conveniente, independente das etapas dos estudos. Como benefícios da pesquisa você contribuirá para a discussão acerca das mudanças a serem implementadas com vistas ao aprimoramento docente para abordar temática estudada na pesquisa, impactando positivamente na profissionalização dos trabalhadores em saúde, e,

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.444.052

consequentemente na melhoria da assistência prestada à população".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

- O CEP HUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados- LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

- O CEP HUOL/UFRN alerta que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, seguindo as recomendações das normas sanitárias vigentes da região durante a pandemia do coronavírus (COVID-19).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbice ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 5.444.052

comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.

6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante de pesquisa.

7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1924341.pdf	11/04/2022 10:47:01		Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIA.pdf	11/04/2022 10:43:38	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_MODIFICADO.pdf	11/04/2022 10:38:39	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	11/04/2022 10:37:13	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.doc	11/04/2022 10:26:13	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_MODIFICADO.doc	11/04/2022 10:24:56	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ROTEIRO.docx	06/04/2022 19:27:44	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	06/04/2022 19:27:08	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	FOLHA_IDENTIFICACA_PESQUISADOR.docx	06/04/2022 19:24:23	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_GRAVACAO	06/04/2022	SHEYLA GOMES	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

E-mail: cep.huol@ebserh.gov.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 5.444.052

Outros	VOZ.docx	19:22:29	PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_GRAVACAO_DE_VOZ.pdf	06/04/2022 19:19:54	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	FOLHA_DE_IDENTIFICACAO_DO_PESQUISADOR.pdf	06/04/2022 19:18:19	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO_ETICO_NAO_INICIO_PESQUISA.docx	06/04/2022 19:16:30	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_ETICO.pdf	06/04/2022 19:14:48	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.docx	06/04/2022 19:12:57	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	06/04/2022 19:12:33	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.doc	06/04/2022 19:11:32	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	06/04/2022 19:08:32	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/04/2022 19:07:12	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 01 de Junho de 2022

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE -
HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS/PROFISSIONAIS DE DOCENTES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE ACERCA DO CUIDADO PALIATIVO DEDICADO A IDOSOS ACOMETIDOS POR DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS NA TERMINALIDADE

Pesquisador: SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57732522.3.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Fundamentos e Políticas da Educação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.274.627

Apresentação do Projeto:

A necessidade de estudar aspectos específicos, relativos ao envelhecimento adoecido e morte, na formação de profissionais técnicos qualificados para assistir todos os ciclos da vida, inclui o cuidado dispensado no final de vida, se justificando pela condição social de pouco preparo e engajamento no envelhecer seus cidadãos e cidadãs. O referido cuidado mobiliza esforços para o controle de sintomas angustiantes, a exemplo da dor, estando centrado na melhora da qualidade de vida até a sua finalização. A formação dos profissionais de saúde, em geral, permanece centrada, prioritariamente, na preservação da vida e restauração da saúde; o avanço tecnológico possibilitou a longevidade para o ser humano, postergando a morte o máximo possível. No entanto essa realidade é possível àqueles que possuem conjuntura sócio econômica-política e cultural que a favoreçam, visto que as iniquidades sociais e econômicas, diferentes padrões políticos e peculiaridades culturais, são responsáveis por desenhos de variados contextos para os enfrentamentos das situações de vida/morte e também para o processo de morte-morrer.

Objetivo da Pesquisa:

Esclarecer a formação docente em palição no idoso.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE -
HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 7.274.627

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos, sendo os riscos menores que os benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa em ensino nas profissões da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes.

Recomendações:

O CEP recomenda convidar os docentes, evitando o uso de chefes para intermediar os convites.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há dilemas éticos na emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo participante de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2390238_E1.pdf	23/10/2024 11:10:43		Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE -
HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 7.274.627

Outros	Emenda_word.doc	23/10/2024 11:06:10	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emenda.pdf	23/10/2024 11:05:10	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Carta_emenda.pdf	23/10/2024 11:03:41	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado.doc	23/10/2024 10:53:15	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIA.pdf	11/04/2022 10:43:38	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_MODIFICADO.pdf	11/04/2022 10:38:39	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	11/04/2022 10:37:13	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.doc	11/04/2022 10:26:13	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_MODIFICADO.doc	11/04/2022 10:24:56	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ROTEIRO.docx	06/04/2022 19:27:44	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	06/04/2022 19:27:08	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	FOLHA_IDENTIFICACA_PESQUISADOR.docx	06/04/2022 19:24:23	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_GRAVACAO_VOZ.docx	06/04/2022 19:22:29	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_GRAVACAO_DE_VOZ.pdf	06/04/2022 19:19:54	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	FOLHA_DE_IDENTIFICACAO_DO_PESQUISADOR.pdf	06/04/2022 19:18:19	SHEYLA GOMES PEREIRA DE	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE -
HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 7.274.627

Outros	FOLHA_DE_IDENTIFICACAO_DO_PESQUISADOR.pdf	06/04/2022 19:18:19	ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO_ETICO_NAO_INICIO_PESQUISA.docx	06/04/2022 19:16:30	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_ETICO.pdf	06/04/2022 19:14:48	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.docx	06/04/2022 19:12:57	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	06/04/2022 19:12:33	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.doc	06/04/2022 19:11:32	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	06/04/2022 19:08:32	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/04/2022 19:07:12	SHEYLA GOMES PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 07 de Dezembro de 2024

Assinado por:
ELIANE SANTOS CAVALCANTE
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, nº 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **E-mail:** cep.huol@ebserh.gov.br