

O GRUPO OPERATIVO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA IDOSOS(AS).

OPERATIVE GROUP AND THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH FOR THE ELDERLY

Letícia Rocha Corrêa

Psicóloga - EBMS, especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Internacional Uninter.
leticia.correa@hotmail.com

RESUMO

Este artigo objetivou analisar o dispositivo grupal desenvolvido por Pichon-Rivière como instrumento potencializador para a promoção de saúde mental em pessoas idosas. A urgente demanda em propor ações em saúde efetivas de modo a promover o envelhecimento ativo e saudável e atender a pessoa idosa de forma integral é a fundamentação deste estudo. Para averiguação de dados a respeito do tópico, foi realizada uma pesquisa descritiva e analítica e de caráter qualitativo. Foram feitos em levantamentos de artigos, livros, leis e resoluções de políticas públicas voltadas a este público. Muito se discute, na pós-modernidade, sobre os estereótipos construídos acerca da velhice e sobre a necessidade de encará-la como um período da vida ativo e saudável. Entretanto, apesar da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa defender a integralidade e promoção da saúde, diversos estudos demonstram que, na prática, as ações em saúde continuam vinculadas às concepções patologizantes sobre o envelhecimento. O Grupo Operativo é uma proposta contra-hegemônica defensora da promoção da saúde como construção coletiva. Além disso, concebe o sujeito como um ser vinculado socialmente, produtor e produto do meio em que vive. É a partir desta concepção dialética que se propõe: reflexões não somente sobre as práticas acadêmicas, mas também sobre as profissionais, além de novas leituras neste campo; uma perspectiva opositora à hegemônica sobre a vida em sociedade e uma nova forma de relacionamento interpessoal; a inclusão de profissionais capacitados para exercer este tipo de trabalho com grupos operativos, na execução de políticas públicas para esta população; uma nova visão para os idosos sobre sua saúde, suas histórias de vida e o significado de envelhecer.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Envelhecimento. Grupo Operativo. Psicologia Social.

ABSTRACT

This article aims to analyze the device group developed by Pichon-Riviere as a potential tool for the promotion of mental health in the elderly. The urgent demand for effective actions in health in order to promote active and healthy aging and, at the same time, assist the elderly person in an integral way is the basis of this study. A descriptive and analytical research of qualitative nature was carried out so that data about the topic could be verified. Articles, books, laws and resolutions of public policies aimed at this audience were surveyed. There has been a lot of discussion, in post-modernity, about stereotypes built on aging, and on the need to perceive it as an active and a healthy period in life. However, despite the fact that the Health Care National Policy to the Elderly defends the integrality and promotion of health, several studies show that, in practice, the health actions are still linked to the pathological conceptions on aging. The Operative Group is a counter-hegemonic proposal which advocates health promotion as a collective construction. Besides, it conceives a person as a being socially linked, producer and product of the environment he/she lives in. Based on this dialectical conception, it is proposed: reflections not only on the academic practices, but also on the professional ones, in addition to new readings in this field; an opposite perspective to the hegemonic view on life in society and a new form of interpersonal relationship; the inclusion of qualified professionals to perform this type of work with operative groups in the execution of public policies for this population; a new vision for the elderly about their health, their stories and the meaning of aging.

Key words: Elderly health. Health Promotion. Aging. Operative Group. Social Psychology.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento no Brasil já compõe uma população de mais de 20 milhões de idosos, segundo dados do IBGE, no Censo Demográfico realizado em 2010. População que se caracteriza principalmente pela heterogeneidade, ao elucidarmos variáveis relativas à renda, escolaridade, moradia e saúde. De acordo com o Plano Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), a maioria dos idosos brasileiros possui baixo nível socioeconômico e educacional e alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais. É urgente, portanto, a demanda por políticas públicas que, de fato, traduzam-se em novas práticas necessárias a promover saúde, fomentar a autonomia e garantir lugares de participação social para o idoso.

O Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aderiu, em 2005, ao conceito de envelhecimento ativo, como uma das diretrizes para a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNASPI). O conceito de envelhecimento ativo propõe ao indivíduo e a grupos populacionais um pensar e perceber suas potencialidades para o bem estar físico, social e mental ao longo de sua vida, permitindo que participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, capacidades e desejos. (BRASIL, 2006; WHO, 2005).

Nesse sentido, o termo “ativo” orienta para uma reflexão sobre a participação contínua do sujeito nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente refere-se à atividade econômica ou à força de trabalho. Para que o envelhecimento seja vivenciado de forma positiva, a vida deve ser subsidiada por oportunidades contínuas de saúde, segurança e participação social. (WHO, 2005).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa propõe como objetivo principal “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006, p.3). Essa política representa não apenas o estatuto legal e balizador de práticas orientadas a tal população, mas, sobretudo, firma-se como uma compreensão atualizada

sobre o envelhecimento e o modo como a pessoa idosa deve ser vislumbrada no campo científico e também no social.

Destacaremos duas dentre as principais diretrizes dessa política, as quais se julga estar diretamente conectadas com o propósito prático desta pesquisa: a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Apesar de parecerem claras e facilmente concretizadas em ações de saúde, tais diretrizes ainda estão presas ao papel. Isso se exemplifica ao se observar alguns Programas Municipais e Estaduais de Saúde do Idoso – como é o caso de Santos/SP (2003), Campinas/SP (2005), Florianópolis/SC (2006), Mato Grosso (2007), Minas Gerais (2006), Espírito Santo (2008) e Goiás (2007) –, neles se encontram projetos e planejamentos unidimensionais, isto é, que focam apenas o aspecto biológico, e o que é pior, patologizante do processo de envelhecer. E ao abordarem a promoção da saúde, tratam sobre hábitos saudáveis, alimentação correta, vacinação e outras condutas epistemologicamente biomédicas, previamente receitadas.

Tal e qual o contexto social, que ainda exclui e estereotipa a imagem da pessoa idosa (inutilidade, invalidez, impotência e fragilidade), os Programas de Saúde do Idoso também perpetuam práticas e ações que evidenciam patologias e *déficits* caracterizados como pertencentes ao envelhecer. Ainda permanecem, grande parte dos profissionais e gestores, vinculados ao império positivista e cartesiano de segmentar o indivíduo em partes a serem tratadas e a um olhar unilateral do que seja saúde e/ou doença. Integralidade parece ser apenas um conceito e, como tal, abstrato e abstraído das práticas e ações em saúde.

Bosi (1994), alinhada ao discurso da PNASPI e ao Estatuto do Idoso (2003), reafirma que, durante a velhice, as pessoas deveriam estar inseridas em atividades que dão significado ao seu cotidiano, que não as envelheçam como seres capazes de transcender à imagem de inutilidade socialmente estabelecida. E acrescenta que é por meio da memória que o combate ao declínio social é possível. Tal como Bosi, Pichon-Rivière (2009), compreendendo o ser humano como um sujeito social (ser de necessidades que só se satisfazem socialmente, em relações que o determinam produtor

e produzido do meio) enfatiza a importância do grupo operativo¹ como dispositivo para a produção de saúde mental. É importante salientar que o termo saúde mental aqui referido não diz respeito à visão estereotipada do termo como antônimo de transtorno mental. Saúde mental é aqui entendida como saúde psíquica.

Neste contexto multifacetado sobre o envelhecimento, políticas públicas são construídas, na tentativa de sanar (em diversos setores da vida pública) o problema emergente do envelhecimento da população brasileira. Na saúde, a tônica é a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Todavia, o que se vê na prática está muito mais ligado a uma visão biomédica e cartesiana do processo. Envelhecimento ainda é significado de doença, invalidez, inutilidade e morte. É com o intuito de contrapor esta prática e analisar criticamente o contexto sociohistórico e econômico no qual tais práticas ocorrem que o dispositivo grupal de Pichon-Rivière propõe a promoção de saúde mental como uma construção coletiva.

É neste intuito que tal estudo objetiva analisar o dispositivo grupal desenvolvido por Pichon-Rivière como instrumento potencializador para a promoção de saúde mental em pessoas idosas, atendendo às duas diretrizes acima citadas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Para tanto, discutir-se-á: o estereótipo da pessoa idosa na atualidade e o seu contexto sociohistórico de produção; a abordagem do envelhecimento ativo e saudável e suas interfaces com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, assim como os desafios desta; e o conceito de grupo operativo para Pichon-Rivière e suas inter-relações com a promoção da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza qualitativa e de cunho bibliográfico, com publicações ocorridas entre 1990 e 2012, utilizando-se as bases de dados científicas e os descritores: Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Envelhecimento. Grupo Operativo. Psicologia Social.

¹ Para Pichon-Rivière o Grupo Operativo “é um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita e implícita a uma tarefa que constitui a sua finalidade”. (PICHON-RIVIÈRE, p. 242, 2009)

O envelhecimento já se tornou pauta frequente dos discursos econômicos, políticos, midiáticos e sociais. É notável a preocupação de todos estes setores com o futuro próximo revelado pelas pesquisas do IBGE (2010): o Brasil está se tornando um país idoso. Essa informação requer análises diversas, desde o fator econômico – como manter uma previdência social para tantas pessoas –, como de infraestrutura – que tipo de cidades serão adequadas para incluir estas pessoas –, da mídia – de que forma conquistar esses consumidores em potencial –, da saúde – como garantir uma velhice saudável.

Visualiza-se, neste contexto, variadas identidades para a pessoa idosa. Característica da pós-modernidade, como analisa Bauman (2001), as identidades tornaram-se líquidas, reféns do “querer”. O pragmatismo do comprar corrompeu todas as esferas da vida. Não se compra apenas imóveis, alimentos, roupas ou bens duráveis. Compram-se identidades: compram-se receitas do viver bem, da felicidade, compram-se habilidades profissionais, compra-se o tipo de imagem que se quer vestir e convencer aos outros do que se gostaria de ser. A identidade é o produto final de uma lista infinita de compras e que é de competência e responsabilidade exclusivamente de cada um adquirir. A pós-modernidade líquida garante ao indivíduo que ele pode ser o que quiser, basta esforçar-se por sê-lo. Isto implica, socialmente, em diferentes estereótipos e/ou signos na comunicação sobre um mesmo fenômeno a partir do que se quer vender e/ou mostrar. A velhice pode assim ser significada pela mídia como fonte potencial de consumo, pela economia como um problema demográfico, pela saúde como doenças a serem prevenidas, pela sociedade como invalidez e morte.

Historicamente, o mundo social faz uma subdivisão da vida em etapas, que não é feita somente por uma questão de faixa etária, ou sexo. Cada contexto sociohistórico constrói as representações sobre as diferentes faixas etárias, ordenando comportamentos de acordo com interesses econômicos vigentes. As imagens e os significados criados sobre a velhice, por exemplo, sofreram mudanças de acordo com o contexto cultural, social e econômico de uma sociedade. É criada, portanto, uma ideologia para cada segmento etário e determinadas normas e modelos de comportamento. (FONTE, 2002).

A figura social do velho já sofreu diversas modificações. Algumas ainda percorrem os discursos sociais por meio de mensagens explícitas e/ou implícitas. A própria denominação para pessoas acima de sessenta anos ou para essa etapa da vida mudou: velho(a), idoso(a), velhice, terceira idade, melhor idade. O velho pode ser, ao mesmo tempo, sinônimo de sabedoria, desatualização, doença, memória, bondade, inutilidade, infantilidade, experiência. São características contraditórias, seguindo, assim, uma dialética que envolve sempre interesses econômicos, políticos, culturais e sociais. (BEAUVOIR, 1990; BOSI, 1994).

Longe de querer tornar a análise superficial, pode-se extrair dentre as diversas representações sociais acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento, dois discursos sociais que coexistem nos dias atuais. O primeiro, como já assinalava Beauvoir (1990), decorrente do intenso desenvolvimento industrial que exaltava a capacidade de produção e trabalho. Era valorizada a pessoa que pudesse participar do processo produtivo com a força do seu corpo e sua mão de obra. Logo, ser velho, à época, significa estar excluído dessa dinâmica. Isto porque, vale lembrar, a expectativa de vida desse período não se estendia e as doenças geradas pela má qualidade de vida da população culminam em invalidez produtiva e/ou morte. Advém dessa época, mais fortemente, a herança do estereótipo de inutilidade que ainda hoje permanece presente.

Vale também apontar a influência da medicina e do avanço científico na construção do estereótipo negativo sobre o velho. O advento da industrialização, do capitalismo e da urbanização das sociedades trouxe demandas no campo científico da saúde para dar conta de doenças inéditas. A valorização na força de trabalho também influenciou nos estudos científicos sobre o desenvolvimento humano. A velhice passou a ser compreendida como a decadência da vida, como sinônimo de doenças e morte. O modelo médico privatista ganhou força e tornou-se hegemônico nos moldes de assistência. (PAIM, 2008).

Entretanto, segundo Santos (2006), o intenso fluxo migratório no Brasil, decorrente do processo de industrialização, também interferiu de forma positiva no acesso a serviços de saúde e ao aparato tecnológico biomédico. Isto resultou em melhoria da qualidade de vida das pessoas e, junto a outros fatores, no aumento da expectativa de vida.

O segundo discurso, mais recente, nasce oposto ao primeiro e coexistente a ele. Pertence à lógica capitalista e midiática de vender a vida e a felicidade em caixas de remédios, consumo de bens e alcance de *status* social.

A globalização produziu um movimento de rápido fluxo de informações não apenas na mídia, mas, sobretudo nos modos de vida das pessoas. Tempo e espaço tornaram-se fluidos e relativos. A virtualidade tomou proporções ainda não totalmente conhecidas nos processos de subjetivação e construção de identidades. O contato físico, cada vez mais e de forma mais intensa, tem dado lugar a novas formas virtuais de interação. Aspectos cotidianos até pouco tempo concebidos quase como inerentes à vida em sociedade têm sido questionados. Relacionamentos amorosos, relações sexuais, relações de amizade estão sendo construídos e mantidos estritamente por ambientes virtuais. A vivência da dor, nesse sentido, tem se tornado intolerável. O toque, a convivência com as diferenças, o viver em grupo estão se transformando em costumes antigos. (BAUMAN, 2001; PICHON-RIVIÈRE E QUIROGA, 1998).

O modelo econômico vigente – capitalismo leve, segundo Bauman (2001) – conseguiu, como nenhum outro na história, transformar a vida social em produtos comercializáveis. A mídia tem forte responsabilidade nesse processo, vende a felicidade e a saúde em cápsulas, ditando modos de viver, lugares a frequentar, formas de se comportar, como se vestir, o que comprar. Tudo isso com a promessa de ser bem sucedido, ser bem visto e, portanto, ser feliz. O slogan parece ser “seja igual, sendo diferente”. Bauman (2001) analisa criticamente essas novas identidades, produtos da modernidade líquida que, ao mesmo tempo, valorizam o semelhante e o diferente. Fato é que muitos são os que compram esse slogan, e outros muitos os que querem comprar.

Imersa nesse processo, a velhice começou a ser vendida em propagandas comerciais como a “melhor idade”, na qual, as pessoas com tempo livre e ocioso e detentoras de renda fixa (as aposentadorias), poderiam, após uma vida de trabalho e esforço, viajar e ser felizes. Foi nesse meandro que as instituições financeiras vislumbraram uma espessa fonte de lucro e os empréstimos se multiplicaram de forma avassaladora. A promessa de vida saudável e feliz na velhice não considera a complexidade de aspectos que permeiam a realidade: segurança, acesso a serviços de saúde, educação, participação social, etc. A hegemonia do individualismo e do

consumismo também é defensora da racionalidade cartesiana como meio para se chegar ao tipo ideal de sujeito do século XXI.

O caráter de fluidez da modernidade produz identidades instantâneas e maleáveis a quaisquer mudanças e interesses. A vida cotidiana, contraditória e dialética em sua raiz, convive com interesses hegemônicos e contra-hegemônicos, os quais são produzidos e produzem subjetividades bastante heterogêneas. Não se pode abdicar da desigualdade social como aspecto de análise de todo esse processo de produção social. Ser idoso não é apenas ser idoso: é ser homem ou ser mulher, é ser pobre ou não, é ter estudado ou não, é ser filho(a), pai, mãe, avô(ó), tio(a). Assim, considerar-se-á os sujeitos em questão: integrais, complexos e vinculados a outros sujeitos e/ou classes sociais (BAUMAN, 2001; PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Em contraposição aos dois discursos hegemônicos e coexistentes discutidos no item anterior, um terceiro discurso começou a ganhar força, no Brasil, com o processo de redemocratização da sociedade brasileira na década de 80. O movimento que culminou na promulgação da Constituição de 1988 e que lutava pela saúde como direito de todos e dever do Estado vem, ao longo dos últimos 20 anos, junto a outros atores e instituições sociais, conquistando espaços políticos importantes. O SUS é produto desse movimento ainda em construção e que tenta superar limitações.

No Brasil, a temática do envelhecimento só começou a ganhar espaço a partir da Constituição de 1988. A PNSPI surge, então, em 2006, como produto e avanço de políticas anteriores (Política Nacional do Idoso, em 1996; Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1999), da sanção do Estatuto do Idoso em 2003, e do Pacto pela Vida, de 2006. A partir de 1999, os esforços das ações em prol da velhice giram em torno de elaborar, organizar e implementar as Redes Estaduais de Assistência ao Idoso. O Estatuto do Idoso gerou avanço ao ocupar as pautas governamentais e sociais com a temática, entretanto, deixa lacunas no que se refere aos meios para financiar as ações propostas e, conseqüentemente, a pô-las em prática. A ampliação da Estratégia de Saúde da Família que passou a revelar a presença de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade social também se fez importante nesse processo. Essencialmente, foram esses três fatores que tornaram inadiável a revisão e atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida estabeleceu como uma das seis diretrizes do Pacto pela Saúde, em 2006, a saúde do idoso. Um conjunto de ações foi proposto, pactuado pelas três esferas de governo que visava, sobretudo, à implementação da PNSPI. Essa política traz como principais diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

A proposta do envelhecimento ativo e saudável é uma política de saúde promovida pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha. O Ministério da Saúde adotou essa abordagem na PNSPI como diretriz, em 2006. O envelhecimento ativo “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (WHO, 2005, p. 13).

Essa abordagem do envelhecimento ativo e saudável é coerente às diretrizes do SUS, pois considera que, mesmo os indivíduos que requerem cuidados especiais na velhice, tenham direito a aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade de vida². Essa ideia redefine uma concepção de saúde e qualidade de vida na velhice que vislumbrava apenas a saúde física e que condenava os velhos a uma condição de dependência, retirando deles a autonomia sobre suas vidas. Considera-se, assim, a pessoa idosa como um ser integral. (WHO, 2005).

Dessa forma, pensar em um envelhecimento ativo significa propor políticas públicas que objetivem não apenas programas voltados à melhoria das condições físicas de saúde, mas também na promoção da saúde mental e da participação social, preservando a autonomia e a independência dos indivíduos durante o processo de envelhecimento. Oposto à visão de saúde como ausência de doenças, o SUS está alinhado ao discurso da Carta de Ottawa, segundo a qual a promoção da saúde visa garantir

² É necessário ressaltar a que concepção de qualidade de vida aqui referida é: “Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (WHO, 2005, p.14).

igualdade de oportunidades, proporcionando meios “que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde” (BUSS, 2003, p.26 apud PAIM, 2008). Isto inclui, para a proposta do envelhecimento ativo e também para o SUS, pensar na solidariedade e interdependência entre as gerações, no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas, na participação social e política dos idosos para a garantia de seus direitos. (WHO, 2005).

A PNSPI pressupõe um novo enfoque ao lidar com essa população: deixa de lado o enfoque nas necessidades – no qual o idoso é sujeito passivo – e adota uma abordagem sustentada em direitos – garantir ao mais velho igualdade de oportunidades e tratamento em quaisquer aspectos da vida à medida que envelhece. Nesse sentido, a segunda diretriz da PNSPI traz a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. A integralidade diz respeito a garantir o acesso aos serviços e à atenção integral a todas as necessidades de saúde na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação nos três níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade). Mas também trata da integralidade do sujeito como ser multideterminado, compreendendo-o como um ser biopsicossocial. (BRASIL, 2006; PAIM, 2008).

Contudo, a PNSPI também divulga a multissetorialidade como fator imprescindível para a integralidade da atenção. O diálogo com outros setores – governamentais ou não – e que atuem com a população idosa se faz necessário para garantir as oportunidades de saúde, segurança e participação social que a abordagem do envelhecimento ativo estabelece. (BRASIL, 2006).

A PNSPI considera outras diretrizes e princípios que não foram detalhados neste estudo. Foram definidas apenas as duas primeiras diretrizes por estarem diretamente ligadas ao objetivo desta pesquisa.

Se fossem elencadas as palavras-chaves significativas das duas diretrizes da PNSPI trabalhadas neste estudo, seriam: promoção da saúde e atenção integral à saúde. Como diretrizes que são, radicalmente, deveriam sustentar as práticas e ações provenientes dos objetivos e propostas da política. Entretanto, de acordo com alguns estudos e com a análise de alguns planos municipais e estaduais de saúde, não é o que acontece no cotidiano do SUS. Serão analisados alguns fatores que podem aproximar a

uma leitura explicativa desse problema. Entende-se, sobremaneira, que esta é apenas uma das muitas leituras possíveis e que, portanto, não se define como verdade absoluta.

A fim de facilitar a visualização, o quadro 1 sintetiza o que os Planos Municipais de Santos/SP, Campinas/SP e Florianópolis/SC e os Planos Estaduais de Mato Grosso, Minas Gerais, Espírito Santo e Goiás compreendem como promoção à saúde e integralidade na atenção ao idoso. Vale ressaltar que estes foram os planos de saúde encontrados na pesquisa pela internet.

Quadro 1. Síntese dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde do Idoso em relação às diretrizes de promoção à saúde e integralidade na atenção à saúde.

Planos Municipais e Estaduais de Saúde do Idoso	Promoção à Saúde	Integralidade na atenção	Resumo
Santos/SP	Não faz menção	Não faz menção	Em formas de perguntas e respostas, trata de temas como: doenças comuns na velhice, sexualidade, nutrição, imunização e depressão. É um manual.
Campinas/SP	Inclui o eixo da promoção à saúde no tema da Humanização na Atenção ao Idoso. Sugere grupos de prevenção contra agravos na velhice como medida de promoção.	Menciona o “Papel da Família na Atenção Integral à pessoa idosa”.	Tenta se aproximar da PNSPI, ao pautar temas como clínica ampliada, humanização, o papel da família, a prevenção da violência. É superficial e não abarca as diretrizes nas ações propostas.
Florianópolis/SC	Não faz menção	Não faz menção	Extremamente biomédico. É dividido nos tópicos: envelhecimento biológico, idoso frágil, nutrição, imunização e cuidador de idoso. Viés patologizante.
Mato Grosso	Inclui atividade física, sexualidade e lazer como parte da promoção. Entretanto, as ações têm caráter recreativo.	Abarca o cuidado das principais doenças, a elaboração do luto e o tema da morte, o combate à violência, nutrição e saúde bucal, avaliação funcional, prevenção a quedas e ações intersetoriais.	Categoriza as duas diretrizes como tópicos principais. Predomina o caráter recreativo na promoção à saúde. Tenta se aproximar de uma prática condizente com a PNSPI.
	Promoção vem junto à	Não faz menção	

Minas Gerais	prevenção. Abarca a educação em saúde, avaliação funcional, nutrição e saúde bucal. Associa o autocuidado à autonomia e capacidade funcional.	direta. Aborda a rede de atenção ao idoso e inclui um fluxograma de atendimento e encaminhamento.	Ainda foca as ações no aspecto biológico.
Espírito Santo	Não faz menção direta. Inclui o trabalho da Fisioterapia como importante para a promoção da saúde.	É um dos três princípios básicos: acessibilidade, longitudinalidade e integralidade. Trata da rede de assistência.	Dá ênfase na avaliação geriátrica (saúde geral, saúde mental, nutricional, bucal e social). Equipara saúde social com a prevenção da violência. Possui boa estrutura na rede de assistência, nos três níveis.
Goiás	Não faz menção direta.	Não faz menção direta. Divide seu plano nos três níveis de atenção e as funções de cada um.	É o mais simplista, não envolve ações propriamente, mas explana como está organizada a rede.

Fonte: SANTOS (2003); CAMPINAS (2005); FLORIANÓPOLIS (2006); MATO GROSSO (2007); MINAS GERAIS (2006); ESPÍRITO SANTO (2008); GOIÁS (2007).

Para sintetizar, os planos citados reforçam o que Santos (2006) constatou em sua pesquisa no que diz respeito à saúde do idoso no Estado da Bahia. A programação e pactuação integradas da atenção básica para o ano de 2005 limitavam-se ao atendimento clínico, campanhas de imunização, realização de exames, encaminhamento para serviços de maior complexidade, acesso a medicamentos e visitas domiciliares. Ou seja, assim como nos planos municipais e estaduais que foram pesquisados, no Estado da Bahia, também não estavam incluídas ações voltadas, de fato, para a promoção da saúde.

Se a PNSPI é clara nas suas diretrizes, por que na prática são tão incipientes as ações que promovam saúde e que rompam com o modelo de assistência médico privatista? Uma primeira aproximação é possível à leitura de Libâneo (1994) sobre duas tendências pedagógicas que permeiam as práticas educativas: as de cunho liberal e as de cunho progressista. Como salienta Libâneo³ citado por Santos:

³ LIBÂNEO, J. C. *Didática: prática educativa, pedagogia e didática*. 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 1994. *Revista Saúde e Desenvolvimento* | vol.3 n.2 | jan/jun 2013

(...) a tendência liberal assume valores que correspondem ao modo de produção vigente, estimulando o individualismo e o mérito pelo esforço próprio numa visão uniforme da sociedade. Já a tendência pedagógica progressista libertadora assume valores sociais como a cooperação, a coletivização e a criatividade numa visão dialética da sociedade, reagindo ao autoritarismo da relação entre saber e poder, utilizando-se para isso, da experiência vivida como base para a ação educativa. Nessa concepção, a educação deve orientar-se numa visão crítica da realidade para a superação das desigualdades decorrentes da forma como está organizada economicamente a sociedade. (LIBÂNEO, 1994 apud SANTOS, 2006. p. 20).

A tendência vigente na nossa sociedade diz respeito à valorização do raciocínio, do individualismo, da competitividade e da intelectualização como valores a serem potencializados e educados a fim de cada sujeito alcançar sua posição e papel na sociedade. Contrários a essa postura estão Paulo Freire (2004) e Pichon-Rivière (2009) quando defendem uma pedagogia que potencialize a autonomia do sujeito, a análise crítica da sociedade e, particularmente Pichon, a integração entre o PENSAR, o SENTIR e o FAZER. Utilizar-se da experiência vivida, do cotidiano, dos sentimentos e emoções para construir um conhecimento sobre a realidade e poder atuar sobre ela, transformando-a. É este o pensamento compartilhado entre Libâneo (1994), Freire (2004) e Pichon-Rivière (2009).

Também é alinhada a esse tipo de ideologia que Alves (2004/2005) acusa a necessidade de um modelo dialógico na educação em saúde, rompendo com a verticalidade do saber profissional em detrimento do saber empírico e popular dos usuários. Segundo a autora:

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. (ALVES, 2004/2005, p.48).

Neste sentido, o poder de decidir sobre a saúde é do próprio sujeito. Rompe-se, nessa proposta, com o modelo biologicista e biomédico na assistência que produz uma comunicação falha e com ruídos entre profissional de saúde e usuário. Esses obstáculos na comunicação, segundo Pichon (2009), podem ocorrer por problemas na codificação

e/ou decodificação da mensagem. No caso de uma relação assimétrica entre profissional de saúde e usuário, o tipo de linguagem utilizado pelo profissional não consegue ser compreendido pelo usuário, ou ainda, a forma como a mensagem é transmitida (pela imposição, ou prescrição) não consegue atingir o seu objetivo. Mais uma vez, a prática pedagógica liberal aparece entranhada em anos de estudo (desde o 1º grau até a graduação) e se traduz em práticas alienadas do contexto social e da própria ideologia do SUS.

O principal desafio da PNSPI é a sua concretização em práticas efetivas na promoção à saúde e atenção integral. Ou seja, o principal desafio é a apropriação, por parte dos recursos humanos que participam do SUS (desde gestores a profissionais da assistência), de um instrumento de intervenção que lhes possibilite sair da teoria da PNSPI. O grupo operativo proposto por Pichon-Rivière (2009) estabelece como metodologia a aprendizagem sobre o processo grupal, vivenciando o próprio processo grupal. É uma formação que envolve um aporte teórico, uma técnica, a construção de uma atitude psicológica e de uma distância ótima em relação ao fenômeno e a apropriação do método dialético que permite visualizar aspectos contraditórios que emergem em todos os processos grupais e no próprio cotidiano.

Pichon-Rivière concebe o ser humano como um ser de necessidades que só se satisfazem socialmente, em relações que o determinam como produtor e produzido pelo meio. Portanto, “nada hay em él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases” (QUIROGA, 2012, p.18). Ainda segundo este autor, todas as experiências vivenciadas pelos sujeitos passarão, inevitavelmente, por três aspectos que organizarão e darão significado a elas: o pensar, o sentir e o fazer. Quase sempre esses três aspectos não estarão integrados, o que culmina em experiências de vida traumáticas, bloqueadoras de novas aprendizagens e, portanto, produtoras de enfermidades. (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Pichon-Rivière ainda acrescenta que o grupo operativo está direcionado para a ruptura de papéis e condutas estereotipados, cristalizados. A estereotipia se configura como um obstáculo no processo de aprendizagem e comunicação, pois não permite ao sujeito a flexibilização e mudança. O grupo operativo, portanto, também estará

O grupo operativo e a promoção de saúde mental para idosos(as).

direcionado para o esclarecimento e superação desses obstáculos. Mas, como se constroem essas estereotipias? Ou, em outras palavras: como se produz doença?

Quiroga (2012) vem esclarecer a concepção de saúde mental para a psicologia social pichoniana: consiste em uma modalidade da relação do sujeito consigo mesmo e com suas condições concretas de existência. (QUIROGA, 2012, p.18 – tradução nossa). Portanto, existem dois polos nessa relação que irão produzir saúde ou doença: o sujeito e as condições concretas de existência. Por um lado, vale analisar o grau de interação do sujeito consigo e com os outros, a consciência de seus conflitos e das relações nas quais está inserido e é ator. Em suma, vale analisar a possibilidade de o sujeito reconhecer-se como produtor, em interação com a natureza e com outros sujeitos, da sua história. De outro lado, carece de investigação até que ponto a ordem social, institucional e familiar favorece a aprendizagem, as relações dialéticas de transformação, ou se, ao invés da aprendizagem, predominam as condições para a instalação dos estereótipos e da passividade, gerando ou criando abismos entre o sujeito e a realidade.

É em função desta análise dialética da relação do sujeito com suas condições concretas de existência que se chega ao conceito de saúde mental como uma construção coletiva. Conclui-se, para isso, que a saúde está em constante transformação, tanto no sentido de desenvolvimento, quanto para a instalação da doença em diversas práticas: o trabalho, a família, a justiça, a diversidade sexual, a juventude, etc. No acontecer cotidiano, a saúde se faz e desfaz socialmente. A saúde, portanto, está vinculada a um projeto coletivo dentro do qual cada um de nós desenvolve um projeto pessoal. É neste intuito que esta proposta está relacionada ao projeto de saúde coletiva preconizado pelo SUS. Todavia, deve estar com a sociedade o poder e a consciência de modificar este projeto de acordo com as necessidades e anseios coletivos. Por isso, o grupo operativo emerge como instrumento potencializador desta consciência para transformar. (QUIROGA, 2012).

No âmbito da saúde coletiva, se é oferecido a grupos de idosos a possibilidade de operar sobre a realidade, transformando-a juntamente com profissionais de saúde e outros atores sociais mobilizados para a construção coletiva da saúde, o impacto das ações de saúde passa a ter um caráter social e, portanto, ganha significado e se torna significativa para todos os envolvidos. Trata-se, nesse sentido, de ações de saúde que

façam sentido e que ganhem sentido no decorrer do processo grupal. Aqui se inserem propostas de valorização da cultura local, de territorialização, de empoderamento dos sujeitos e de modelo dialógico entre profissionais e usuários. Pode-se, então, integrar o pensar, o sentir e o fazer na saúde, modificando as tendências pedagógicas liberais e as práticas de saúde.

Bosi (1994) contribui para essa elaboração ao defender que a utilização da memória na evocação de lembranças e histórias de vida em âmbito grupal pode proporcionar aos idosos(as) a possibilidade de transformação e adaptação ativa à realidade.

A autora explicita a ideia de que a memória não é integral. O ato de lembrar é refazer – ou atualizar, como entende Pichon-Rivière –, o passado com imagens e pensamentos de hoje. Explicando essa ideia, Bosi comenta: “a lembrança é uma imagem construída pelos materiais que estão, agora, à nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual” (BOSI, 1994, p.55). Dessa forma, interliga-se a memória individual à memória grupal, e esta à memória coletiva de cada cultura. Não há como separar essas esferas, visto que a linguagem é a principal responsável pela socialização da memória.

A memória também representa um papel fundamental na construção da identidade do idoso e também colabora para a sua afirmação pessoal e social a partir da resignificação do seu papel na sociedade. Quando evocam suas lembranças, os idosos têm a oportunidade de visualizar melhor pontos de partida e chegadas ao que se refere às suas experiências de vida e podem, então, organizá-las no tempo, atribuindo-lhes um significado. Essa atribuição de significados é possível graças às emoções e os sentimentos vividos pelo idoso, que exercem a função de reorganizadores do seu trajeto de vida. Nesse sentido, portanto, a memória é presente a partir do momento em que ela serve de base para que se faça uma leitura atual da realidade e possibilite à pessoa desenvolver a autonomia necessária para uma participação mais efetiva e ampla de um envelhecer mais saudável e integrado ao meio social. (MIRA, TARDIN E PEDROZA, 2005; BRANDÃO, 1998; BOSI, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a uma leitura do cenário atual das ações de saúde voltadas a pessoas idosas frente às diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Mesmo considerando que os Planos de Saúde municipais e estaduais expostos não representam a totalidade dessa realidade no Brasil, e que existem equipes e programas que já avançaram mais na compreensão do PNASPI, os desafios práticos desta política ainda se destacam e muito ainda há para ser pesquisado.

Falar em envelhecimento ativo e saudável, promoção da saúde e integralidade na atenção remete aos padrões tradicionais de ensino, que contemplam apenas o aspecto intelectual no processo de aprendizagem. Parece coerente pensar-se que as tentativas falidas de pôr em prática esses conteúdos estão diretamente associadas a um sistema de ensino ultrapassado. Diante de uma sociedade pós-moderna – carente de identidades, ideologias e instituições sólidas –, é urgente a mudança de paradigma educacional a fim de uma construção coletiva de saúde (e também de educação, justiça e cidadania) que contemple o pensar, o sentir e o fazer em uma atitude mais flexível e ativa de cada um frente à realidade.

Trabalhar com o processo saúde/doença implica, radicalmente, a leitura e compreensão críticas do tipo de sociedade em que se está vivendo e o que/quem está regendo as formas de viver e se relacionar. Assim como é necessário desenvolver um pensamento dialético dos aspectos contraditórios da vida cotidiana, produtores de saúde ou enfermidade. O grupo operativo – ligado a estes propósitos –, ao trabalhar com a evocação de lembranças e temas pertinentes aos três eixos do envelhecimento ativo (saúde, segurança e participação social), pode ser o catalisador de um processo de desenvolvimento da autonomia e construção coletiva de saúde mental.

Por fim, comprometer-se à assistência a pessoas idosas toca em uma questão eminentemente individual, mas, ao mesmo tempo, coletiva: o próprio envelhecer, a finitude, os vínculos familiares e a representação interna acerca do tema, que são construídos a partir das relações sociais e das condições concretas de existência. Integrar o conhecimento científico e vivencial sobre o envelhecimento, os sentimentos e as ações parece ser um caminho, necessário, a ser construído.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em 08.09.2012.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida.** Plínio Dentzien (trad.). – Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BEAVOUIR, Simone. **A velhice.** Maria Helena Franco Monteiro (trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, E. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1994.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A Memória no Outono. In: **Psicol. USP**, 1998, vol.9, no.2, p.297-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200012&lng=en&nrm=iso&tIng=ptpt>. Acesso em 14.09.2012.

BRASIL. Comissão Diretora do Senado Federal. **Estatuto do Idoso**, 2003. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em 18.10. 2012.

_____. Ministério da saúde. **Portaria N° 2.528.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 15.10.2012

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Saúde. Protocolo de Atenção Integral à Pessoa Idosa**, 2005. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_idoso/protocolo_idoso_jan05.pdf>. Acesso em 13.09.2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa**, 1ª ed., 2008. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/34700_SAUDE_IDOSO_MIOLO.pdf>. Acesso em: 13.09.2012.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso – Envelhecimento Saudável** em Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.52.34.1cfd215bb83495c0982194cf15b5f683.pdf>. Acesso em: 13.09.2012.

FONTE, Isolda. **Diretrizes internacionais para o Envelhecimento e suas Conseqüências no Conceito de Velhice**, 2002. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.net>. Acesso em 18.10.2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. **Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Estado de Goiás**, 2007. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_851_POL%C3%8DTICAAESTADUALDEASAUDEADOAIDOSO.pdf>. Acesso em: 15.09.2012.

IBGE. **Pirâmide etária**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 09.10.2012

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diretrizes para Elaboração de Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (proposta)**, 2007. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cosems/mt/documentos/Microsoft_Word___Diretrizes_para_o_protocolo_proposta_At_Idoso.pdf>. Acesso em: 15.09.2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas_guia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em 16.09.2012.

MIRA, M. H. N.; TARDIN, R. M. M.; PEDROZA, E. M. **Alternativas de Atuação da Psicologia Escolar junto à Terceira Idade**. In: MARTÍNEZ, Albertina Mitjás (Org.). **Psicologia Escolar e compromisso social: novos discursos, novas práticas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. cap.9. p. 177-195.

O grupo operativo e a promoção de saúde mental para idosos(as).



PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: Giovanella L, organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves (trad.); Maria Stela Gonçalves (revisão da trad.). – 8ª ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. – (Coleção Textos de Psicologia)

PICHON-RIVIÈRE, E. ; QUIROGA, A. P. **Psicologia da Vida Cotidiana.** 1ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 1998.

QUIROGA, A.P. Participación social y salud mental. In: **La salud mental como construcción colectiva: aportes de la Psicología Social.** Beatriz Romero (org.). – 1ª ed. – Buenos Aires: Cinco, 2012.

SANTOS, A.M.O.S. **Representações Sociais de idosos sobre as ações educativas desenvolvidas no Programa Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus-Bahia.** Tese de Mestrado apresentada na Universidade Estadual de Feira de Santana – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2006. Disponível em: <http://www.uefs.br/scoletiva/arquivos/2006/ANTONIA_MARIA_DE_OLIVEIRA_SENA_DO_S_SANTOS.pdf>. Acesso em: 03.09.2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso.** Santos: SMS - Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/saude/idoso.pdf>

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization;** tradução Suzana Gontijo, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.atencaoprimary.to.gov.br/>. Acesso em: 15.10.2012.