

SAÚDE NA VELHICE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Joycielle de Lima Maciel¹
Isabella Martelleto Teixeira de Paula²
Gesualdo Gonçalves de Abrantes³
Jéssica de Alencar Ribeiro⁴
Susanne Pinheiro Costa e Silva⁵

RESUMO

O presente artigo aborda as representações sociais sobre saúde na velhice por profissionais da atenção básica no município de João Pessoa- PB. Como percurso metodológico, trata-se de uma pesquisa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A coleta obteve-se por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), organizada por análise de similitude através do software Iramuteq. A amostra alcançada foi de 101 profissionais integrantes da Atenção Básica em Saúde, inseridos em Unidades Básicas de Saúde do referido município. Evidenciou-se que as representações sociais são marcadas pelos termos Alimentação Saudável, Atividade Física, Cuidado, Lazer e Família, que foram os mais expressivos e indicam a estrutura do campo representacional dos fatores associados ao tema central, Saúde na Velhice. Conclui-se que ancoram-se na possibilidade de atuação da equipe para sanar as intercorrências, com apoio familiar para a realização das ações orientadas.

Palavras-chave: Saúde, Envelhecimento, Atenção Primária à Saúde, Profissionais da Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem crescendo cada vez mais em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, que está passando por um processo intenso de longevidade populacional, acarretando no planejamento de adaptações e alterações frente a este fenômeno (LEONE et.al., 2010). Com a velocidade

¹Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, joycimmaci@gmail.com;

²Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, bebelamartelleto@gmail.com;

³Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, gesualdomandragora@hotmail.com;

⁴Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, jessicaalencar8@gmail.com;

⁵Professor orientador: Doutora em Psicologia. Docente do Mestrado Profissional em Gerontologia e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, susanne.pc@gmail.com.

do processo de transição demográfica e epidemiológica nas últimas décadas, os países ao redor do mundo vivenciam questões particulares e importantes para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, que necessitam se adequar para promover serviços e ações que reflitam as necessidades desta nova realidade (VERAS, 2009).

De acordo com Veras e Oliveira (2018), um dos maiores feitos da humanidade foi à possibilidade de ampliação do tempo de vida, que traduz o envelhecimento da população. Tal feito ocorreu como produto da melhoria dos parâmetros de saúde das populações, ainda que isso não seja equânime nos diferentes países e contextos socioeconômicos.

Conforme Celade (2012), as mudanças nas condições de vida da população e os avanços da medicina no combate a enfermidades reduziram mortalidades precoces e promoveram um aumento dos anos de vida. Adentrando na atenção à saúde e considerando o cumprimento das Políticas de Saúde necessárias, o Brasil vem expandindo legislações direcionadas à população idosa, ressaltando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso (VALADARES; SOUZA, 2010).

Considerar-se-á idoso aquele indivíduo que, segundo o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, tenha 60 anos ou mais de idade (SILVA & DAL PRÁ, 2014). De acordo com o Art.15 de tal estatuto, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, através do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo e garantindo o acesso universal e igualitário, a manutenção e a melhoria, da capacidade funcional dos idosos, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção às doenças que mais acometem os idosos (BRASIL, 2003).

Tendo-se em vista que a população idosa apresenta demandas de saúde, muitas vezes, complexas, que exigem dos serviços uma capacidade de resposta adequada às suas necessidades tanto de prevenção quanto de controle de doenças, é importante atuar para a promoção do envelhecer ativo e saudável, visando a maior autonomia e bem-estar de idosos. Assim, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como base da coordenação do cuidado em rede para atendimento dessas e outras demandas (SCHENKER; COSTA, 2019).

Ao tratar da política de saúde, a atenção básica se apresenta na base dos serviços, para onde se dirige boa parte da população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi

instaurada no Brasil em 1994, visando a reorganização do modelo de assistência à saúde a partir da atenção primária, com aquiescência aos princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde afirma que a ESF deve:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2003, p. 10).

Surgida como Programa Saúde da Família (PSF), a ESF se constituiu como uma proposta para mudança do processo de trabalho na atenção básica no Brasil, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da população com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. O processo de trabalho se dá pelas equipes de saúde da família, que são compostas por: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogo, sendo esta considerada equipe mínima (BRASIL, 2007).

Como porta de entrada principal aos usuários, a equipe da atenção básica deve adotar práticas centradas no indivíduo, fazendo-se necessário desenvolver capacidades de acolhimento, responsabilização e resolutividade. Neste sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais. Dessa forma, o cuidado centrado no idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Como afirmam Silvestre & Costa Neto (2003), o profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais quanto coletivos, levando em consideração, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente. Cabe ao profissional, ainda, identificar doenças prevalentes na área de abrangência, construindo um diagnóstico situacional que detecte precocemente situações de vulnerabilidade familiar. Além disso, deve promover mais atenção à saúde do que a doença.

Sendo assim, é imprescindível que o profissional de saúde tenha uma visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade, promovendo uma prática

competente e humanizada pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (SILVESTRE & COSTA, 2003).

A partir dessas reflexões, destaca-se a necessidade de compreensão do olhar dos profissionais de saúde que trabalham na APS acerca do que tange ao envelhecimento, especialmente quando o assunto é saúde. Isso é possível através da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici. Esta se trata de estudar as representações que os indivíduos têm coletivamente sobre seus cotidianos (sociais e profissionais) e realidade; como esses conhecimentos se cruzam e a comunicação que se estabelece entre o indivíduo e os demais membros da sociedade, compreendendo como os grupos sociais entendem determinado objeto para, a partir disso, ter pistas de como melhorar esta compreensão e suas ações (MOSCOVICI, 2015).

Sendo assim, objetivou-se compreender as representações dos profissionais da Atenção Básica em Saúde sobre Saúde na velhice. Espera-se contribuir significativamente para a construção de um olhar atento às necessidades do idoso, por parte de profissionais de saúde, atuando de forma ética e humanizada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Quanto a sua natureza descritiva, de acordo com Lakatos e Marconi (2017) consiste em uma investigação cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos.

Participaram do estudo 101 profissionais integrantes da Atenção Básica em Saúde, especificamente de Unidades Básicas de Saúde do município de João Pessoa-PB. Os participantes deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: ter formação de nível técnico ou superior em cursos da área de saúde; exercer suas atividades laborais nas Unidades de Saúde selecionadas. Como critério ético, incluíram-se os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, documentando tal anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se, automaticamente, aqueles que não obedeceram aos critérios preestabelecidos.

Este estudo respeitou os aspectos éticos conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (CAAE 67103917.6.0000.5188).

Utilizou-se, inicialmente, um formulário contendo perguntas quanto às características sociodemográficas e profissionais. Posteriormente, aplicou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) com a expressão indutora “Saúde na Velhice”, solicitando que fossem escritas cinco palavras que lhe viessem à mente. O TALP faz parte das chamadas técnicas projetivas, orientado pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito torna-se consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação. Esta técnica surgiu no âmbito clínico no início do século XX, apenas a partir dos anos 80 passa a ser utilizada no contexto de pesquisas sociais, com ênfase nos estudos das Representações Sociais (COUTINHO; DO BÚ, 2017).

Organizaram-se os dados sociodemográficos em planilha, analisando-os pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20. Os dados gerados por meio do TALP formaram o *corpus*, analisado pelo *Software Iramuteq - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Trata-se de um programa informático que realiza diferentes tipos de análise de dados textuais. Utilizou-se, neste estudo, a análise de similitude, que agrega as palavras e as ordena graficamente em função da sua frequência, possibilitando a identificação das palavras-chave do *corpus*. Procedeu-se com Análise de Conteúdo de Bardin (2011) para a interpretação e discussão dos resultados gerados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo estudado foi formado por 101 participantes com idades entre 24 e 67 anos tendo uma média de 41,4 anos. Dentre os participantes, 85,1% eram do sexo feminino, com maioria apresentando ensino superior completo e cursos de pós-graduação (55,4%). O tempo médio de trabalho na Atenção básica foi de 10,5 anos.

Os dados provenientes do TALP a partir da expressão indutora “Saúde na velhice”, resultaram em 463 evocações, organizadas e padronizadas no que tange a sinônimos; formas singular e plural; masculino e feminino, sendo mantidos os termos de maior frequência, como sugere Pereira (2005).

Ao analisar as respostas dadas pelos entrevistados, observou-se que a saúde na velhice assumiu diversos significados, como será apresentado a seguir. Assim, a fig. 1 expõe os resultados por meio da árvore gerada pela análise de similitude, com a identificação das coocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre os termos “Alimentação Saudável”, “Atividade Física”, “Lazer”, “Família” e “Cuidado”, que foram os mais expressivos e indicam a estrutura do campo representacional dos fatores associados ao tema central, Saúde na Velhice para os participantes.

Observa-se que a palavra “Alimentação Saudável” ocupa um maior destaque, conectando-se com “lazer” e “Cuidado”, com destaque para a forte ligação com “Atividade Física” que, por sua vez, se liga à família. Destaca-se que as palavras com maior ênfase possuem conexão com todos os elementos da árvore, o que ratifica seu papel organizador das RS da Saúde na velhice.

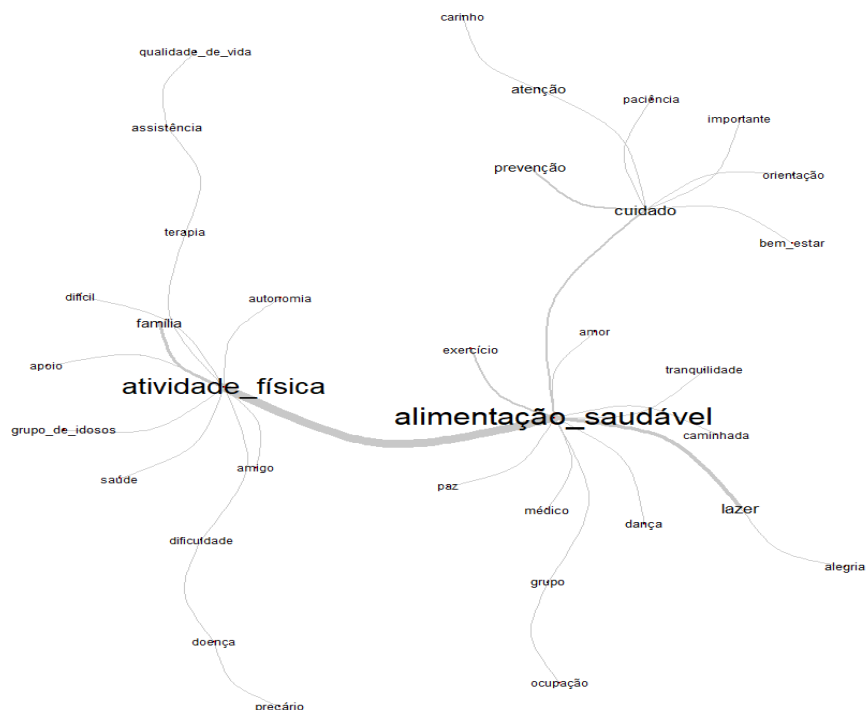


Figura 1- Árvore de elementos referentes à Saúde na velhice para profissionais da atenção básica.

Observando as representações construídas pelos profissionais da atenção básica acerca da saúde na velhice, percebe-se que estas traduzem o discurso técnico-científico

da manutenção do estado saudável através de medidas orientadas pela ciência. É interessante acrescentar que os elementos dispostos na fig. 1 parecem trazer a compreensão do olhar do profissional marcado pelas políticas de promoção da saúde tão incentivadas pelo contexto da APS, influenciando diretamente nas suas representações.

Presume-se que o alinhamento desses resultados com aquilo que é preconizado pelas políticas públicas de saúde resulte, também, da qualificação dos profissionais de saúde, sendo este um dos eixos para o fortalecimento da APS, conforme apontam Schenker & Costa (2019).

Sendo assim, para os mesmos, manter-se bem é possível através de medidas orientadas por estes que entrelaçam o cuidado com a saúde do idoso a uma dieta equilibrada, prática regular de exercícios físicos, atividades que possibilitem o lazer/prazer e o apoio familiar. Tais ideias manifestam o que também foi percebido em estudo realizado por Valer et al. (2015) com os próprios idosos, que revelou ser a educação em saúde uma importante ferramenta para a promoção do envelhecimento ativo.

Por conseguinte, as representações ancoram-se, primordialmente, em dois pontos: ter uma alimentação saudável e realizar atividades físicas. Manter uma alimentação equilibrada aliada ao exercício físico traduzem a possibilidade de se adotar comportamentos saudáveis ao longo da vida para a manutenção da saúde na velhice. O movimento do corpo é importante para satisfazer as necessidades globais dos indivíduos.

A prática de atividades físicas está ligada, intrinsecamente, ao apoio familiar, conforme demonstrado na fig. 1. É imprescindível que, na prestação de cuidados aos idosos, a família esteja devidamente orientada sobre a importância do estímulo para realização destas atividades, uma vez que frequentemente a mobilidade no envelhecimento pode ser prejudicada se não houver tal prática (GRATÃO et al., 2013).

Há evidências sobre os muitos desafios enfrentados pela família no cuidado ao idoso, o que pode gerar desgaste físico, emocional e grande sobrecarga de tarefas no seu cotidiano (SCHENKER; COSTA, 2019). Assim, o incentivo desta à prática de exercícios pelo idoso pode auxiliar na saúde dele, na melhoria da sua convivência social e também a própria família, que pode ter tais desafios minimizados.

Evidenciou-se, pelas RS construídas pelas participantes, que o cuidado está ligado diretamente à prevenção, orientação, atenção e paciência. Tira-se daí que a promoção do cuidado pelos profissionais para que na velhice se tenha saúde requer a sua base nos

atributos da APS, além da assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Mesmo assim, para que o modelo de atenção à saúde do idoso seja eficiente, Veras & Oliveira (2018) sugerem que este deve aplicar todos os níveis de cuidado, com fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Estes cuidados se iniciam na captação, acolhimento e no monitoramento do idoso, encerrando-se nos momentos finais da vida, apenas.

Além disso, outros cuidados ao longo da vida permitem que se chegue à velhice saudavelmente, proporcionado pela ciência através da assistência profissional em diversos aspectos, que incluem o olhar sobre a saúde mental para a manutenção do bem-estar. Com isso, os participantes demonstram a ancoragem no cuidado e no lazer como contribuição os serviços e ações ofertados pela APS para promover saúde do idoso.

Para tanto, uma das ferramentas de que se utilizam é a formação de grupos de convivência. Muitos idosos que participam destes fazem esta opção para estreitar o convívio social e as relações de amizade que estabelecem nos grupos. Estes, por sua vez, proporcionam também aos idosos, por meio de palestras que incluem temas como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, mudanças no estilo de vida, repercutindo na melhoria da sua saúde e contribuindo para a realização dos afazeres da vida diária (WICHMANN et al., 2013).

Diante disso, as representações revelam que o saber técnico é algo bastante presente e forte quando se pensa na saúde do idoso. Sentem que aliando o serviço de saúde à família podem contribuir para um nível melhor de qualidade de vida neste grupo etário que cresce a cada dia mais no Brasil e no mundo.

É necessário, portanto, ir além e identificar a possibilidade de fragilidades para atuação rápida e eficaz, em rede, com acompanhamento permanente através do monitoramento da sua saúde e não na doença. Somente assim idoso usufruirá d sua vida com qualidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises efetuadas com o material obtido na pesquisa permitiram apontar *Alimentação Saudável e Atividade Física* como os elementos centrais que estruturam e organizam a representação social de saúde na velhice construída pelo grupo estudado.

Concluimos que as Representações Sociais para o grupo investigado pautam-se no universo reificado, através dos cuidados profissionais. Para eles, isto possibilita a manutenção da vida e a melhoria da sua qualidade, auxiliando a vivenciar melhor a terceira idade, figurando os trabalhadores da atenção básica como importantes ferramentas de cuidado.

A realidade dos achados analisados à luz da TRS demonstrou que os profissionais representam a saúde na velhice como necessitada de atenção, sendo esta realizada através de medidas individuais possibilitadas pelo conhecimento científico e orientadas no serviço de saúde do qual fazem parte, ancorando-se na possibilidade de atuação da equipe para sanar as intercorrências.

Objetivaram a família como grande parceira no cuidado ao idoso para a manutenção do bem-estar, sendo o contato com esta facilitado pela inserção da equipe no território, mantendo relação de troca e proximidade.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. p.70.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção básica/MS**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p. (série E. Legislação de Saúde; Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

CELADE. **Proyecciones de población**. Casilla 179-D, Santiago de Chile, 2012.

COUTINHO, M. P. L.; DO BÚ, E. A Técnica De Associação Livre De Palavras Sobre O Prisma Do Software Tri-Deux-Mots (Version 5.2). **Revista Campo do Saber**, 2017; vol.3, n.1, p.219-227.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. S.; FIGUEIREDO, L. C.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; RODRIGUES, R. A. P. Dependência funcional de idosos e a

sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem**. 2013. vol.47, n.1, p.137-144.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Econ Soc** 2010; vol.19, n.1, p.59-77.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. 2009; vol.14 (Supl. 1), p.1463-1472.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2015.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária da UFPB, 2005. p. 25-60.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Cienc. saúde colet.**, 24(4):1369-1380, 2019.

SILVA, A.; DAL PRÁ, K. R. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória (ES), vol. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. 2003 mai/jun; vol. 19, n.3, p. 839-47.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. 2010; vol.15, n.6, p.2763-74.

VALER, B. B.; BIERHALS, C. C. B. K.; AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(4):809-819.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. 2009; vol.43, n.3, p.548-554.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6: 1929-1936. 2018.

WICHMANN, F. M. A.; COUTO, A. N.; AREOSA, S. V. C.; MONTAÑÉS, M. C. M.
Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras.
Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):821-832.