

A RELAÇÃO AUTONOMIA E INDEPENDENCIA NA ATENÇÃO À SAUDE DO IDOSO

Marlene Leandro dos Santos Peixoto

Maria Antoniêta Albuquerque de Souza

René G. Cordeiro Silva Junior

Universidade federal do Vale do São Francisco – UNIVASF Campus Petrolina, PE.

marlene.leandroenfermagem@hotmail.com

Universidade de Pernambuco – UPE Campus Petrolina, PE.

antonieta.albuquerque@upe.br

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

Rene.cordeiro@univasf.edu.br

RESUMO

Introdução. O cenário acelerado do envelhecimento e da longevidade da população humana tem-se apresentado mundialmente, exigindo maior diálogo entre as ciências e das políticas públicas sobre os problemas e as ações, atuais e futuras, voltadas à promoção e a manutenção da autonomia e da independência de pessoas com 60 anos e mais. No Brasil esse cenário é bem desafiante, pois se reveste de múltiplas e variadas necessidades, expressadas em algumas reivindicações e demandas, em meio à precariedade das condições de vida da maioria dessa categoria populacional. **Problema.** Para o Ministério da Saúde brasileiro a Política de Atenção Básica (AB) distingue-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo. Esta instituída como a principal porta de entrada aos serviços de saúde, com uma proposta de desenvolvimento de ações interdisciplinares por uma equipe multiprofissional. Inclusive, voltadas a promoção da autonomia e da independência de pessoas idosas. Se aceita que as “representações sociais” constituem fenômenos que dispõem sobre a forma de conhecimentos, socialmente elaboradas e partilhadas, que favorecem a construção de uma realidade comum a um conjunto social. O **objetivo** do estudo é analisar na perspectiva teórica das representações sociais (Análise de Conteúdo do Bardin), as comunicações sobre o que pensam e como agem pessoas idosas acerca da Atenção à Saúde do Idoso, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Metodologia.** O estudo foi desenvolvido com idosos residentes de zona urbana e de áreas de assentamentos rurais da cidade sertaneja Petrolina/PE. Os instrumentos de coleta de informações foram Entrevista em profundidade semiestruturada e quatro Grupos focais. Estes GF, constituídos por 31 idosos já entrevistados individualmente, que por sua vez foram escolhidos pela técnica “bola de neve” alcançado o “ponto de saturação” em 57 entrevistados. **Resultados** apontam para o sentido que algumas representações sociais de idosos sobre as ações dos profissionais da ESF se contrapõem a aspectos do que preconiza as políticas públicas de AB para o idoso. As representatividades se apresentam estranhas ao convívio social do idoso urbano e rural, sendo um local social procurado na ocasião da eminência da doença. Lugar representativo do atendimento crítico e dificultoso, dos exames demorados, entre muitos outros. **Conclusões.** As representações sociais constituiu-se instrumento teórico-metodológico importante para o conhecimento que permeia o senso comum, da forma como sujeitos sociais remodelam os cenários para o alcance de suas demandas. Esse conhecimento poderá subsidiar discussões no campo das políticas de AB para melhor atender a demandas de atores sociais idosos.

Descritores: Representação social; Envelhecimento; Saúde do idoso; Conhecimento interdisciplinar.

INTRODUÇÃO

O cenário que mundialmente se apresenta do envelhecimento e da longevidade da população humana tem exigido da ciência (Clock, 2014) diálogos com as políticas de saúde, sobre os problemas e as ações, atuais e futuras, voltadas à promoção e a manutenção da autonomia e da independência de pessoas com idades igual ou superior a 60 anos. Entre outros motivos essa preocupação associa-se, diretamente ou não, aos julgamentos da necessidade de redução das fragilidades físicas e sociais que acompanham a velhice (BRASIL, 2006).

No Brasil esse cenário desafiador se reveste de múltiplas e variadas necessidades, expressadas em algumas reivindicações e demandas, em meio à precariedade das condições de vida da maioria dessa categoria populacional. Carneiro (2013) lembra que essa situação parece ser invisível, no campo das decisões das políticas públicas e muitas vezes para o conjunto da sociedade brasileira. Não obstante essa visibilidade se mostre quando se alegue, regularmente, o custo, o peso atual e crescente da população idosa para a previdência social, para o sistema de saúde, para os mais jovens. Por isso faz-se pertinente à indagação: Como dar-se visibilidade aos sujeitos idosos? É possível com o auxílio da Teoria das Representações Sociais a categoria idoso (a) tornar familiar a representação da assistência à saúde na Atenção Básica (AB)?

A pesquisa e os estudos dos quais resulta este artigo¹ tiveram por objetivo descrever e analisar (Análise de Conteúdo do Bardin), as representações sociais sobre o que pensam e como agem pessoas idosas acerca da Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Quando tomadas como formas de se comunicar e se relacionar criadas no curso das conversações, conhecê-las torna-se útil nas (e para) as definições de ações voltadas ao atendimento das demandas dos atores sociais (MOSCOVICI, 2015).

Assim, aceitam-se que as “representações sociais” constitui fenômenos que dispõem sobre a forma de conhecimentos, socialmente elaboradas e partilhadas, que favorecem a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELLET, 2001), ou seja, segundo a autora, aquilo é vivenciado pelos indivíduos dentro de um cenário social os remete

¹ Pesquisa dissertação de mestrado pela Universidade Federal do Vale do São Francisco Campus Petrolina/PE, intitulada: Atenção à saúde de pessoas idosas na estratégia de saúde da família de zona urbana e áreas de assentamentos rurais: representação social de idosos com registro no CEP sob o CAEE: 47720215.20000.5196.

a um estado de experiência que contribui para construção da realidade. Essa é a base do caminho perseguido para o delineamento da questão da pesquisa: as políticas de AB vigentes destinadas às pessoas idosas apresentam-se como práticas de representações, reconhecidas por estes atores sociais no terreno da Estratégia de Saúde da Família?

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012) a Política de Atenção Básica (PNAB) distingue-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima dos ambientes de convívio diário das pessoas. Esta instituída como a principal porta de entrada dos serviços de saúde, tem como proposta o desenvolvimento de ações interdisciplinares por uma equipe multiprofissional, inclusive, voltadas a promoção da autonomia e a independência de pessoas idosas (BRASIL, 2012).

Loch-Neckel et al. (2009) destacam que em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar. Pois, a partir deste é possível alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde do indivíduo e coletividade. Assim, pressupõe-se que a compreensão sobre o que pensam as pessoas idosas acerca da atenção e cuidados a elas endereçados, pode contribuir para o desenvolvimento de um agir ativo de idosos ante as questões de saúde no cotidiano desses serviços.

Considerando que o recorte etário “idoso” é marcado por um ideário de “perdas” (BRASIL, 2006), observa-se a preocupação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) com a definição de ações que promovam e/ou minimizem esse efeito do envelhecimento. A instituição do Decreto-lei 5.296/2004, que dá prioridade de atendimento aos idosos, e da Lei 10.098/2000, que estabelece normas gerais para a promoção da acessibilidade², é uma antiga manifestação daquela preocupação. O Pacto pela Vida instituído pela portaria nº 399/2006, é outro Programa que teoricamente indica a preocupação dos gestores do SUS, com as necessidades de saúde da categoria idoso. Propõe o desenvolvimento de ações que visem dirimir os danos e as perdas acumuladas atribuídas à velhice (BRASIL, 2010).

É nesse entendimento que a discussão da ausência ou presença de autonomia e independência insere-se e dissemina-se no SUS evocando a necessidade da perspectiva interdisciplinar. E, assim tentar estabelecer políticas mais atentas às necessidades dos usuários na ESF - a princípio pautadas em conhecimentos e intervenções de áreas diversas. Porém, acredita-se que a ocorrência da dialogicidade interdisciplinar requer entendimentos de trabalhadores da AB/ESF sobre o que pensam e como agem os sujeitos idosos na comunidade

² Qualidade ou propriedade do que é móvel, do que pode se mover, facilidade para andar, saltar, etc. daquilo que se move, do que se consegue movimentar (LAROUSSE, 2007).

do bairro. Provavelmente esse movimento interativo - pessoa idosa/profissional de saúde, favoreça relações onde os atores sejam representados como sujeitos ativos, ou seja como agentes das ações a eles direcionadas na ESF (BRASIL, 2006). Tendo em vistas que a principal finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e das demais políticas voltadas a essa categoria é a recuperação e promoção da autonomia e a independência, o espaço para a ação de sujeitos atuantes faz-se imprescindível. Nesse sentido as ações na ESF devem considerar os aspectos intersubjetivos individuais (pessoais) e coletivos.

O que segue apresenta os caminhos metodológicos da investigação, para logo após expor resultados e conclusões, momento em que se sublinham aspectos das representações sociais do(a)s idos(a)os sobre as práticas desenvolvidas por profissionais da AB/ESF. Focalizando as positivities ou não na recuperação e/ ou promoção de suas autonomias e independências, e, indicando silenciamento/visibilidade dos propósitos do SUS, segundo as representações de idosos.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com idosos³ residentes em zona urbana (ZU⁴) e rural (ZR⁵) da cidade de Petrolina/PE. A investigação da zona urbana deu-se no bairro João de Deus com os idosos assistidos nas Equipes de Saúde da Família Álvaro Rocha e Josefa Bispo, contendo ambas as unidades duas equipes. Os idosos da zona urbana eram residentes nos Assentamentos Mandacaru e Água Viva, assistidos nas Unidade de Saúde do C1 e N4⁶ respectivamente.

Uma característica identificada comum as ESFs pesquisadas (urbana e rural) refere-se a desconhecimentos dos profissionais sobre a quantidade e as características básicas dos idosos habitantes em suas áreas adstritas - o que vai de encontro ao que preconizam as políticas do SUS. Pois, quando essas concebem o modelo inter setorial, interdisciplinar e multiprofissional reordenado para a ESF estabelece, também, a necessidade da inserção de vínculos com a comunidade (BRASIL, 2006). Isso permite apontar para a precariedade dos laços que marcam as interações entre usuários idosos e profissionais.

³ Considerado o idoso pessoa com 60 anos e mais, conforme determina o Estatuto do Idoso (2003)

⁴ Zona Urbana.

⁵ Zona Rural.

⁶ Projetos de irrigação – a Unidade leva o nome da localidade. Ambos os assentamentos, localizados na zona rural da cidade de Petrolina, próximos às áreas de projetos de irrigação.

O município sertanejo nordestino Petrolina, situa-se na [Mesorregião do São Francisco Pernambucano](#) e distam 742 km da capital do estado. Segundo dados do IBGE (2010), é o quinto maior município de Pernambuco e o segundo do interior pernambucano. Sua extensão territorial compreende 4.561,872 km², sendo 244,8 km² em perímetro urbano e 4.317,072 km² integrando a zona rural. A cidade conta com 20.313 idosos, destes 15.561 residem em áreas urbanas e 4.752 na zona rural (IBGE, 2010), o que correspondem 76,6% na zona urbana e 23,4% em zonas rurais. A população investigada foi composta por idosos (60 anos e mais), homens ou mulheres, residentes (moradores) nas localidades mencionadas há pelo menos um ano. A pesquisa não incluiu idosos acamados.

Os instrumentos de coleta utilizados foram a Entrevista em profundidade semiestruturada e o Grupo focal (GF), constituído por idosos entrevistados⁷. Os participantes foram escolhidos pela técnica “bola de neve”, partindo-se de dois sujeitos idosos com o sexo diferente e indicados arbitrariamente pelo profissional enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde (ACS). A partir desses critérios iniciou-se o movimento de “bola de neve”. Este instrumento constitui-se uma amostra não probabilística empregada em pesquisas sociais qualitativas, na qual os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes e assim continuamente, até o alcance do objetivo proposto, denominado de “ponto de saturação” (BALDIN E MUNHOZ, 2011). Este foi considerado o limite para o encerramento da eleição dos participantes. Assim é que Fontanella et al (2008), consideram a amostragem por saturação uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização.

O ponto de saturação para a entrevista chegou em 57 idoso(a)s. Compreendendo a pesquisa 88 participantes: 29 homens e 59 mulheres, porque 31 idosos compuseram quatro GFs sendo dois realizados no bairro João de Deus⁸, e um em cada área de assentamento rural⁹.

Como método de análise da enunciação, a Análise de Conteúdo de Bardin foi apropriada a esta investigação. Pois, ofereceu subsídios necessários à categorização do conteúdo das entrevistas individuais e coletivas e permitiu uma explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens. Esse método constitui-se como um conjunto de técnicas de

⁷ Foram considerados os critérios éticos de pesquisa com seres humanos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o seu Registro do parecer técnico 1. 296.484. Participaram do trabalho de campo os discentes na UNIVASF do curso de psicologia: Marcus César da Silva Leandro e Camila Mireli Calaça de Sá.

⁸ Com nove e sete idosos em cada

⁹ No GF do assentamento Água viva contou-se com a presença de 07 idosos e no assentamento Mandacaru 08.

análise sistemática das comunicações, com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens (BARDIN,1997) para uma análise na perspectiva teóricas das representações sociais.

As 88 entrevistas individuais e coletivas foram transcritas e após esta etapa realizada a leitura exaustiva para à interpretação dos conteúdos. Para a identificação das categorias de análise, a grelha de recorte das informações foi categorizada em planilha Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais que assistem a população adscrita do bairro João de Deus, estão distribuídos em quatro equipes, duas em cada unidade, localizadas na área central do bairro. Conquanto o município apresente o maior contingente de cobertura dos serviços da AB, 91,5% de ESF¹⁰ (DAB/ATENÇÃO BÁSICA, 2016), no João de Deus a relação quantidade de pessoas – número de equipe se mostra acima do preconizado para esse nível de atenção no país, correspondendo a 5.302 pessoas/ESF¹¹, quando o preconizado na política de AB é 3.000 a 4.000 pessoas. E, considerando o grau de vulnerabilidade¹² das famílias esse número decresce (BRASIL, 2012), o que indica insuficiência na cobertura de serviços de Atenção Básica no bairro.

A população dos assentamentos Mandacaru e Água Viva ressentem-se de áreas cobertas por ACS (Água Viva com 378 e Mandacaru com 93 pessoas descobertas). E, é respectivamente assistida por equipes das unidades do C1 e N4, localizadas aproximadamente seis a dez quilômetros do local de residência dos usuários daqueles assentamentos. Parecem indubitáveis as dificuldades associadas às particularidades do acesso ao serviço da AB aos idosos residentes nessas áreas adscritas urbana e rural.

A Tabela 1 dispõe sobre a representatividade do número de idosos habitantes das áreas participantes da pesquisa¹³. Nela destaca-se a menor prevalência dos idosos nas zonas urbanas (3,9) sendo o número médio da população idosa da área rural (5,8). E Figura 1 mostra a representatividade esses idosos segundo faixa etária e local de moradia. Observa-se uma

¹⁰ Considera-se critérios de cobertura da ESF um número de 4.000 pessoas por equipe, sendo em média recomendada 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição e para população coberta por ACS no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012).

¹¹ Considerando o Número de pessoas do bairro pelo número de equipes (23.515 pessoas/4 ESF)

¹² Susceptibilidade de sofrer riscos ou danos à saúde. Na política da atenção básica são considerados os conflitos familiares, as agressões e até mesmo a renovação de prescrições e pedidos de exames (BRASIL, 2012, CADERNO 28, AB).

¹³ O levantamento do número de idosos das áreas investigadas foi realizado pelo ACS e consolidado pelo profissional enfermeiro no período da coleta de dados.

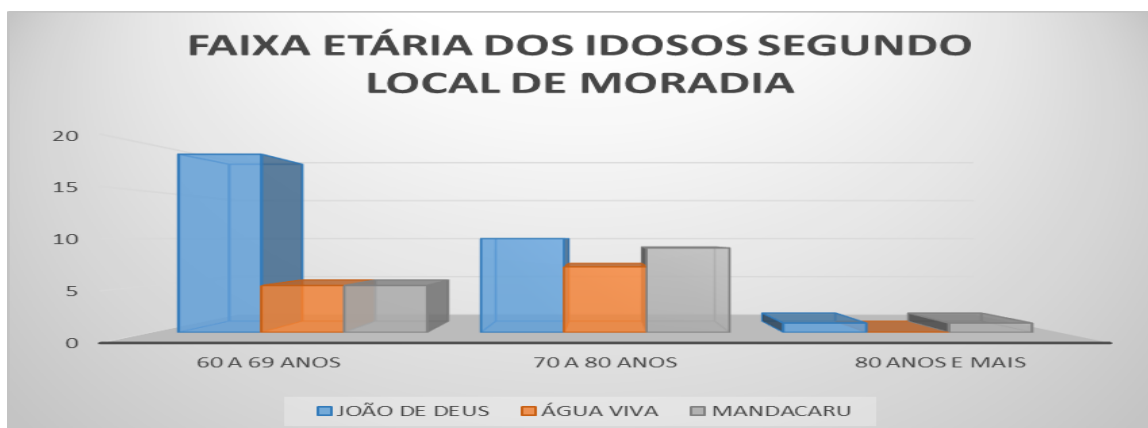
tendência à uniformidade de diferentes faixas etárias entre o urbano (João de Deus) e o assentamento Água Viva. Porém, prevalecem os septuagenários e octogenários no assentamento Mandacaru.

Tabela 1: População total de idosos das localidades investigadas

LOCALIDADE	Nº DE PESSOAS	NÚMERO DE IDOSOS	TOTAL GERAL PESSOAS	% IDOSOS
João de Deus	21.208	832	21.992	3,9%
Água Viva	898	52	950	5,5%
Mandacaru	793	51	844	6,1%
Total	22.899	887	23.786	3,7%

Fonte: Dados levantados na pesquisa.

Figura 1: Faixa etária dos idosos participantes da pesquisa



Fonte: Dados levantados na pesquisa.

O objeto de estudo da pesquisa são as representações sociais de idosos sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF para a promoção e a recuperação da autonomia e a independência desses usuários.

Das representatividades que emergiram do conteúdo das mensagens destacam-se: 1) atendimento dificultoso; 2) sistema de fichas; 3) lugar de atender a doença; 4) exames demorados 5) falta de escuta; 6) desrespeito; 7) lugar de pegar o remédio. Essas categorias se sobrepõem as representações dos idosos de zona rural com destaque as mais duas categorias: 1) distância do lugar do convívio diário; 2) lugar onde se vive a pior idade. As categorias serão discutidas conforme perspectiva teórica da representação social de Moscovici (2015). Buscando identificar a construção do sujeito sobre o objeto compreendendo os conteúdos que surgem como estranhos aos atores (Objetivação) e a transformação para aquilo que lhe é

próprio (Ancoragem). Essa leitura da realidade possibilita a reconstrução do real por meio da dialogicidade entre os indivíduos (ABRIC, 2000; JODELET, 2005).

As categorias de análise são discutidas segundo as zonas (urbana e rural), onde residem os idosos, fazendo um comparativo das representações dessas diferentes localidades.

O discurso da AB tem seu foco no propósito de desenvolver ações voltadas à promoção e a proteção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012). Mas, a representação que os idosos têm das ações dos profissionais desses serviços residem sobre o cuidado com a doença, uma atenção fragilizada, ancorada no sistema de fichas, sendo, portanto, insatisfatório por não atender à demanda desses atores sociais. *“Eu acho o atendimento um pouco crítico, porque deveria assim, no momento que a gente necessitasse não ter que madrugar pra pegar uma ficha e às vezes ainda não consegue, pra se consultar é pouca ficha pra muita gente”* (idosa 26, 68 anos, ZU). O postinho (ESF) representado como sistemas de fichas, torna difícil o acesso ao serviço: *“Lá no postinho é muito dificultoso fazer uma consulta é uma fila de muita gente..., vem hoje não tem ficha vem amanhã é difícil de conseguir”* (idosa 27, 66 anos, ZU).

Analisando o tema coletivamente os problemas se assemelham sendo explicitado no conteúdo das mensagens o atendimento dificultoso - *“lá no postinho é muito difícil, até parece que é combinado os problema é tudo parecido, Eu tenho uns exames de sangue lá em casa desde o ano passado e nada, nem lembro mais o mês”* (Idosa 17, 69 anos GF ZU).

Identifica-se modelo semelhante na zona rural, sendo este diferenciado pela intermediação do ACS. *“Lá no postinho é assim, é na base das fichas, se a pessoa chegar conseguir a ficha é atendido, se não volta sem atendimento e fica por isso mesmo. Quem está com dor pode esperar?”* (Idosa 01, 76 anos, ZR). Nesse sistema de ficha o ACS aparece como intermediador, ora reconhecido como um facilitador, pois, *“A informação que nós tem lá no postinho é que nós só é pra ir lá com a ordem da agente de saúde. Tem que ela escrever nem que seja num pedaço de papel e mandar se não, não é atendida”* (Idosa 4, 70 anos ZR), Ora como um inibidor do acesso ao serviço: *“Pra consultar tem que o ACS agendar, ai a gente precisando hoje tem que esperar pelo agendamento. Se for sem ele ter agendado não atende”* (idosa 6, 70 anos, ZR).

Quanto a representação da ESF como o local de atendimento na emergência da doença, o acesso facilitado constitui-se uma demanda necessária para os idosos. *“Lá no postinho tem a consulta dá remédio e às vezes faz exames, mas demora muito”* (Idoso 11, 72 anos ZR). A representação da doença como marca da velhice exige tomadas de decisão em favor dessa condição imposta ao idoso. *“Na cidade é melhor para o idoso morar, porque é*

mais perto dos hospitais tem um ali outro acolá, e no mato [zona rural], mesmo nos projetos que tem posto é difícil. Agora se tivesse uma boa assistência eu preferia morar lá no mato, porque é mais tranquilo a gente fica com menos preocupação sem barulho de bar” (Idosa 67 anos ZR).

No entanto, nas RS os indivíduos apresentam comportamentos diferentes a uma mesma realidade vivenciada, porque estas variam a depender da experiência desses atores (JODELET, 2001). *“Morar na roça é melhor, eu sei porque nós morava lá na cidade. Mas quando começou a aparecer os problemas ele (o marido), achou por bem sair de lá, ai ele se deu bem. Minhas meninas já tem dito mãe vamos pra rua mãe a gente arruma uma casa lá ou a Sra. Vai morar com a gente. O problema daqui é a solidão as vezes, mas tranquilidade cobre as dificuldades” (idosa 6, 70 anos, ZR).*

Assim, identificam-se no conteúdo das mensagens, situações similares com comportamentos e ações diferentes, é dessa forma que Jodelet (2001) afirma que as RS dependem das experiências vivenciadas pelos indivíduos.

A atenção à saúde na ESF sendo representada como local de atendimento a doença, a relação do idoso com a unidade está vinculada à presença de agravos e/ou doenças. *“Eu procuro pouco o postinho, graça a Deus não sou de muita doença não, só procuro mesmo o médico se tiver mesmo precisando. (Idosa 05, 77 anos ZR)”*. Essa representação se sobrepõe nos diferentes cenários. *“Lá o atendimento é muito dificultoso, porque é na base da ficha, ... mas eu não procuro muito o postinho não, quase não adoço” (idosa 21 66 ZU).*

Ao longo de um processo histórico é que são produzidos as Representações Sociais, as quais revelam o lugar e a condição social do indivíduo socialmente construído (JODELET, 2001). Sendo esta condição do idoso, portanto, fortemente influenciada pelo ideário “velhice/doença” representado no corpo por um modelo biomédico de assistência à saúde erguido historicamente (COSTA, 2009). Fato que leva ao idoso a representação de si como a [pior idade], ancorado no direito da [prioridade] *“O que eu vejo é falar muito em prioridade do idoso mais eu digo o contrário o idoso tem e a pior idade. Porque é mal atendido é em tudo” (Idoso 5, 74 anos ZR).* E, a aceitação de que o atendimento assim está bem *“pro idoso é assim mesmo, sem que pouca gente tem paciência a gente se conforma para não arranjar confusão eu fico em casa” (idosa 7, 79 anos, ZU).*

Quando discutido coletivamente (GF) a “pior idade” dá visibilidade a prioridade do idoso ancorada no cuidado do ACS como um mediador facilitador do acesso aos serviços básicos de saúde, e na carteira do idoso que amplia a acessibilidade a todo o país. *Eu sou um pouco idoso, já tenho 72 anos, mas não concordo com essa de “pior idade”, a gente tem*

prioridade pra ser atendido, porque a nossa agente de saúde sempre dá um jeito pra cuidar da gente, e temos a carteira também que dá a gente o direito de viajar pra qualquer lugar do Brasil” (Idoso 11, 72 anos, GF, ZR). Essa prioridade reconhecida pelo grupo está ancorada na amizade e na organização social sendo o sindicato o mediador facilitador. “O senhor fala isso porque esteve muito tempo dentro de sindicato, então assim, você conhece uma pessoa que lhe ajude naquilo tudo bem você consegue se não tiver uma peixada como eu não consegue nada” (Idoso 05, 74 anos GF ZR).

O grupo se empodera e considera que a participação social abre caminhos para conquista dos direitos, “Eu quero dizer como ele quando a pessoa se organiza como sociedade (sindicato), aquilo ali vai abrindo caminho, mas, quando a gente não tem força fica mais difícil lutar sozinho” (Idosa 15, 65 anos GF, ZR). É assim, que a presença da autonomia caracteriza-se pela capacidade individual de decisão e comando sobre suas ações e alcançadas socialmente pela dialogicidade entre os atores envolvidos (PITANO e GHIGGI, 2009; MOARES, 2012). No entanto, a articulação da busca dos direitos por meio da organização social (participação em sindicatos) é uma característica no idoso das áreas de assentamentos rurais.

Em meio a este cenário das RS os atores idosos por intermédio de seus conhecimentos e vivências identificam novas formas de modelagem, estas ancoradas na [amizade] e no [fazer valer o direito do idoso]. “Hoje só é atendido quem tem uma pechada (amizade) lá dentro, isso em todo canto, num banco, num hospital no transporte.” (Idoso 5, 74 anos, ZR). O que facilita o acesso ao serviço do postinho - “O exame demora, mas a consulta eu vou lá e agendo, se tiver a prioridade por causa da idade eles me colocam, mas é também por conhecimento, ela me conhece bem” (Idosa 4, 70 anos, ZR).

A amizade é, pois uma forma de “subjativação coletiva” que intermedeia as relações buscando atender aos objetivos individuais e coletivos (SOUZA; PEIXOTO; MACEDO, 2011). Aqui ela emergiu como ancoragem para remodelar o cenário do “mal atendimento” ou “atendimento dificultoso” na ESF. Assim é que para Moscovicci (2015) a amizade aparece como uma categoria substitutiva para a garantia dos serviços, desempenhando, portanto, um papel importante em estabilizar as relações sociais.

As representações fazem emergir também o [fazer valer o direito do idoso] como ancoragem frente à objetivação do [atendimento dificultoso]. “Eu acho que deve ser o tratamento em casa e no posto e em todo canto seja num banco no ônibus em qualquer lugar, é garantido o direito do idoso, mas é só no papel, a lei precisa sair do papel” (Idosa 16, 75 anos, ZU). Emergiu do conteúdo da mensagem a representação do acesso aos serviços como

um direito garantido por lei, assegurado na Constituição Federal (1988) como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Reconhecem o direito no “papal”, mas, não é objetivamente representativo na prática social dos idosos.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para o sentido que algumas representações sociais de idosos sobre as ações dos profissionais da ESF se contrapõem ao que preconiza as políticas públicas de Atenção Básica para a população idosa.

Essas representatividades se apresentam estranhas ao convívio social do idoso urbano e rural, sendo um local social procurado na ocasião da eminência da doença. Lugar representativo do atendimento crítico e dificultoso, dos exames demorados, entre muitos locais.

Independentemente do local de moradia há que ter-se em conta que: a amizade, à revelia da sua expressividade (coletiva) concorre significativamente para facilitar e garantir juridicamente os direitos dos idosos. Malfadado alguma ausência do seu exercício no cotidiano das práticas de idosos no campo da saúde. Para idosos residentes de zona rural a distância da ESF do local de convívio e habitação diários dos idosos têm suas expressivas no acesso dificultoso. O que segundo a recomendação da política da Atenção Básica à saúde esta deve ser instituída próximo aos locais de moradia dos usuários do sistema.

A representatividade da “pior idade”, ancorada na prioridade preconizada nas políticas públicas para os idosos, apontou para uma característica diferenciadora do idoso da área rural. Pois, sendo a participação em sindicatos considerada como o caminho para a conquista dos direitos, ancora-se na amizade dentro do processo que a institui.

Diante do exposto entende-se que a teoria das Representações Sociais constituiu-se um instrumento teórico-metodológico importante para o conhecimento que permeia o senso comum, da forma como sujeitos sociais remodelam os cenários para o alcance de suas demandas. Esse conhecimento poderá subsidiar discussões no campo das políticas de AB para melhor atender a demandas de atores sociais idosos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.); OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia, p. 27-38, abr. 2000.

CLOCK, D. Promoção da Acessibilidade do Idoso. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. In **Caderno de Publicações para Promoção da Acessibilidade do Idoso**. Santa Catarina: IFSC, nº 32. s/d.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997.

BRASIL, Ministério da Justiça. **LEI Nº 10.098**, de 19 de dezembro de 2000.

-----, Ministério da Justiça. **Decreto Nº 5.296**, de 2 de dezembro de 2004.

-----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

-----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

-----, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, LAF; et al. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**, [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neta Alonso da. **Atenção integral à saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiro e espanhol** – Tese doutorado – Escola de Enfermagem. USP. São Paulo, 2009.

JODELET Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

JODELET, Denise. **Loucura das representações sociais**. Prefácio de Serge Moscovici. Tradução Lucy Magalhães. Petrópolis. RJ: Vozes, 2005.

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Outubro. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de agosto de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800019>.

MENDES, CKTT; MOREIRA, MASP; BEZERRA, VP; *et al.* Atendimento para Idosos na Atenção Básica de Saúde: Representações Sociais. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. 2013. jan./mar. 5(1):3443-52.

MORAES, EM. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOSCOVICCI, Serge. **Representações Sociais: investigação em psicologia social.** Tradução Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. – Petrópolis, RJ: vozes, 2015.

PITANO, SC; GHIGGI, G. Autoridade e Liberdade na Práxis Educativa Paulo Freire e o Conceito de Autonomia **SABERES**, Natal – RN, v. 2, n.3, dez 2009.

SOUZA, M^a. Antonieta Albuquerque de; PEIXOTO, Marlene Leandro dos Santos; MACEDO, Aldiane Gomes de. Idosos mediadores do cuidado de si: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde. In PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.** Rio de Janeiro/Recife: CEPESC-IMS/UERJ-EDITORA DA UFPE-ABRASCO, 2011. p.161-176.