

# SAÚDE É PLENITUDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE PARA IDOSOS COMUNITÁRIOS

## **SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA**

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;

## **MIRELLA MARIA COSTA E SILVA**

Graduanda pelo Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, costamirellamaria@gmail.com;

## **NILZA MARIA CUNHA**

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, nilza.cunha@academico.ufpb.br;

## **ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL**

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, carloana@terra.com.br;

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar as representações sociais de idosos comunitários sobre saúde. Participaram 60 pessoas, sendo trinta com idades entre 60-70 anos e trinta acima de 70 anos. Utilizou-se como instrumentos para coleta questionário com dados sociográficos e entrevista, analisada pelo programa Alceste. Os resultados demonstraram que as representações de Saúde estão dispostas em três classes: saúde é plenitude; prescrição médica e cuidados domésticos de outrora. Estas informam o quanto saúde é algo controverso, que depende da vontade de Deus e dos recursos da medicina, embora possa estar ameaçada pelas doenças que acontecem na senescência. Conclui-se que os idosos representam a própria saúde como algo frágil e que merece cuidados, mesmo que se sintam protegidos de diversos males pelos cuidados realizados através da medicina popular.

**Palavras-chave:** Representações Sociais, Saúde, Idosos.

## INTRODUÇÃO

As questões referentes à saúde do idoso têm suscitado muitas discussões nos últimos anos, especialmente no que tange aos problemas evitáveis que podem culminar em maior morbimortalidade para a faixa etária. Os cuidados preventivos, dentre eles a imunização, contribuem para a melhoria da qualidade de vida e precaução de algumas doenças, responsáveis por milhares de óbitos em todo o mundo, especialmente nas pessoas acima de 60 anos de idade. Esta preocupação gerou mobilizações em muitos países que, pelo crescimento do número absoluto de seus idosos devido ao envelhecimento populacional, buscaram adequar políticas de saúde para promover um envelhecer saudável e ativo.

Em 2017, pessoas mais longevas superaram a marca dos 30,2 milhões, o que representa cerca de 15% da população brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, representando um ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012 (IBGE, 2017). Cabe destacar que um país é considerado estruturalmente envelhecido quando 7% de sua população é idosa, merecendo atenção especial.

O processo de envelhecimento é uma consequência natural; a incapacidade funcional associada a essa etapa do desenvolvimento do ser humano e suas perdas sociais configuram-se como grande preocupação para a saúde pública. Por isso, é necessário garantir que a população tenha um envelhecimento saudável e com acompanhamento adequado nos mais variados âmbitos (SIMÕES, 2016; FREITAS; PY, 2018).

A saúde, em especial a do idoso, é um tema recorrente em todas as culturas, sendo um objeto de forte impacto na vida das pessoas. Tanto ela como a sua ausência remete à vida e a morte, à força e à fragilidade do ser (ALMEIDA; SANTOS, 2011). Assim, a saúde e a doença na velhice compreendem muitos significados conflitantes, incluindo alterações do cotidiano que determinam e interferem nas relações sociais estabelecidas. Quanto mais saudável seja, mais e melhor viverá uma população, o que pode ser produto de políticas bem formuladas e implementadas, que tenham na promoção da saúde o seu foco.

Os idosos situam-se no grupo de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabelece que as políticas de saúde

voltadas para o envelhecimento devem considerar os determinantes que cercam as pessoas ao longo de toda a sua vida, superando as práticas tradicionais que levam em conta somente o tratamento clínico de doenças. A terceira idade parece estar associada aos problemas e riscos que atingem os idosos desde outrora, sendo que muitos deles ainda acontecem pelo fato de o envelhecimento torná-los mais vulneráveis a incapacidades, produzidas especialmente pelas condições do meio em que vivem muito mais do que pelo fato de estarem simplesmente velhos (VERAS; CALDAS, 2009).

O conhecimento produzido acerca do processo de envelhecer melhor permitiu, em grande número de casos, a reparação de danos sofridos, como também a realização de programas educativos com o intuito de evitar os males físicos e problemas de ajustamento nessa fase. Porém, é sabido que lançar a informação sobre o que as pessoas devem fazer não será válido se elas não puderem colocar em prática pela falta de recursos, sejam quais forem estes (FREIRE; RESENDE, 2001).

Portanto, planejar ações voltadas à saúde do idoso vai além do tratamento de doenças e da medicalização da saúde, requerendo dos profissionais, de uma maneira multiprofissional, a realização de atividades em que o idoso se sinta socialmente ativo em seu contexto e desenvolva sua autonomia, independência e participação, especialmente na atenção básica, que é o contato mais direto entre usuário-serviço de saúde. Aliado a isto, a reflexão sobre suas ações e práticas de cuidado ofertadas ao idoso garante ao usuário um atendimento digno e humanizado, compreendendo-o em sua totalidade (AMTHAUER; FALK, 2017).

É notável que a maioria dos problemas de saúde que afetam a população tem caráter prevenível, inclusive os relacionados às doenças não transmissíveis. Existe um entendimento geral de que cuidar dos idosos vai além da saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social e as atividades físicas e mentais são elementos importantes para a manutenção da capacidade funcional. Mas ainda existe grande dificuldade em perceber essas ações como parte integrante do cuidado. Também é fundamental que informações de qualidade sejam utilizadas, além de ações preventivas. Essa abordagem pode reduzir hospitalizações e outros procedimentos mais complexos e onerosos (VERAS; CORDEIRO, 2019).

A partir da compreensão de que as questões ligadas à saúde fazem parte do cotidiano dos idosos, visto todos os esforços canalizados para a prevenção das moléstias e de suas complicações, culminando na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida, faz-se necessário entender mais sobre o que perpassa o universo dos idosos no tocante ao assunto. Por este motivo, as representações que os envolvem são singulares, devendo ser compreendidas e trabalhadas no intuito de não perpetuar ideias dicotômicas, norteadas inclusive ações em saúde.

A noção de representações sociais (RS) ocupa um lugar particular na Psicologia Social. Durante algum tempo ela não foi reconhecida como um domínio específico em razão dos enfoques behavioristas que dominaram os estudos da percepção social. Assim, o entendimento de representação social designa, de forma geral, uma atividade mental através da qual se torna presente à mente, por meio de uma imagem e um significado, um objeto ou um acontecimento socialmente compartilhado. Isto significa dizer que a pessoa não está abstraída da realidade social, nem condenada a reproduzi-la. "Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito" (JOVCHELOVITCH, 2017, p.78).

O criador da Teoria das Representações Sociais (RS), o psicólogo Serge Moscovici (2004), em seu estudo que deu origem à mesma, tentou compreender mais profundamente de que forma a psicanálise era ressignificada pelos grupos populares, observando então, que as teorias existentes não explicavam a realidade em outras dimensões. Para o autor, as representações sociais podem ser entendidas como:

"um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, aos mitos e sistemas das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum" (MOSCOVICI, 2004, p. 181).

A Teoria das Representações Sociais permite acessar o modo pelo qual um sujeito simplifica a realidade complexa, transformando os fenômenos desconhecidos em familiares, sendo a finalidade de um estudo de RS selecionar e delimitar as dimensões do fenômeno-objeto.

Assim, a representação é de alguém (sujeito) que a elabora e a respeito de alguma coisa (objeto) que é elaborada.

Oliveira e Werba (2017) destacam três níveis de discussão e análise das RS: o Fenomenológico, o Teórico, e o Metateórico. No fenomenológico, trata-se dos objetos elementos da realidade social, saberes do senso comum, surgidos na relação interpessoal cotidiana, com o objetivo de compreender e controlar a realidade social. O nível Teórico abrange às definições e conceitos referentes às RS. O Metateórico caracteriza-se pelas discussões, debates, críticas e comparações da teoria com outras.

Pelo exposto, este estudo objetivou identificar as representações sociais (RS) de idosos acerca da saúde, avaliando diferenças destas entre os idosos mais jovens (60-70 anos) e os mais velhos (acima de 70 anos).

Com a realização desse estudo, espera-se que novos olhares e práticas sejam incentivadas e discutidas, cooperando com a excelência do atendimento ao usuário idoso e suas famílias. Além disso, é importante perceber soluções viáveis a um atendimento que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e permita a sua consolidação, envolvendo todos os seres deste processo (profissional de saúde, idosos e famílias), orientando os trabalhadores das equipes de saúde quanto à adoção de estratégias que possibilitem cuidar no sentido mais amplo da palavra, compreendendo o idoso em sua totalidade.

## METODOLOGIA

Este estudo é de abordagem qualitativa, realizado no município de Petrolina, Sertão Médio Pernambucano, Brasil. Quanto à sua natureza, foi descritivo, o que 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. Buscamos responder a questões particulares, não podendo quantificar o que foi encontrado, trabalhando com o universo de significados, crenças, valores e atitudes.

A amostra foi constituída por sessenta idosos que atendiam aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 60 anos (30 entre 60 e 70 anos e 30 acima de 70 anos de idade); cadastro em Unidade de Saúde, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência

em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

A coleta de dados foi realizada por questionário sociográfico e entrevista, que acontecia no ambiente domiciliar dos participantes, guiada por tópicos sobre a temática e gravada em aparelho de áudio com posterior transcrição.

O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/12 e garantindo o anonimato. A coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética (CAAE - 4478.0.000.441-10).

O material produzido deu origem ao *corpus*, tratado através do sistema de análise quantitativo de dados textuais, o programa ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, desenvolvido por Max Reinert. Trata-se de um programa informático de análise quantitativa dos dados textuais que se diferenciou dos demais ao possibilitar que recuperasse o contexto em que as palavras ocorriam. Assim, através da análise lexical do material textual, apresenta contextos caracterizados pelo vocabulário compartilhado pelos participantes, identificando o que é comum e associando o léxico e o contexto, traduzindo a mensagem (CAMARGO, 2005).

O relatório gerado pelo ALCESTE classificou 60 Unidades de Contexto Elementar (UCE), considerando relevante 77,44% do material. A literatura coloca que para garantir a estabilidade dos resultados, é aceitável a classificação de, pelo menos, 70% das unidades de texto. Desse modo, as ideias organizadas pelo programa foram agrupadas em 3 classes, por sua vez dispostas através do dendrograma (KRONBERGER; WOLFGANG, 2015).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média das idades situou-se em torno de 71 anos. Predominou o sexo feminino (71,7%), assim como pessoas que nunca estudaram (35%) ou que não concluíram o ensino fundamental (30%). Quanto à situação conjugal, 65% eram casados e 23,3% viúvos – e destes, 93% eram mulheres. O predomínio do sexo feminino é algo peculiar quando se trata de estudos com população idosa. Esta característica deve-se

a fatores como a maior longevidade feminina, um fenômeno que vem acontecendo em todo o mundo.

A maioria não trabalhava (75%), tendo como ocupação atividades ligadas ao cuidado do lar (50%), agricultura (21,7%) e comércio (10%). Apenas 23,3% não apresentavam doenças crônicas, sendo que dentre aqueles com diagnóstico para estas patologias, 37% não utilizava as medicações prescritas regularmente. As internações hospitalares por causas relacionadas ao envelhecimento foram relatadas por 40% dos participantes.

Vale ressaltar que 86,6% deles eram adeptos da vacina contra influenza oferecida pelo serviço de saúde aos idosos anualmente. Embora acima da média brasileira de vacinados, tal valor encontra-se em consonância com dados do município, no entanto ressalta-se a necessidade de as equipes de saúde investigarem motivos que levam muitos a não aderirem à vacina. Destarte, mitos podem ser desfeitos e a melhoria da cobertura alcançada, evitando as ainda altas taxas de infecções respiratórias como consequência da baixa imunidade.

O corpus das entrevistas, após processamento, foi dividido em 3 classes: *Saúde é plenitude*; *Prescrição médica* e *Cuidados domésticos de outrora*, com proximidade de 0,52. Estas duas últimas classes encontram-se com uma relação de proximidade entre si (0.50), caracterizando o sub-eixo *Cuidados com a saúde*. Tais dados podem ser claramente observados no Dendrograma (Figura 1).

## Representações sociais de saúde

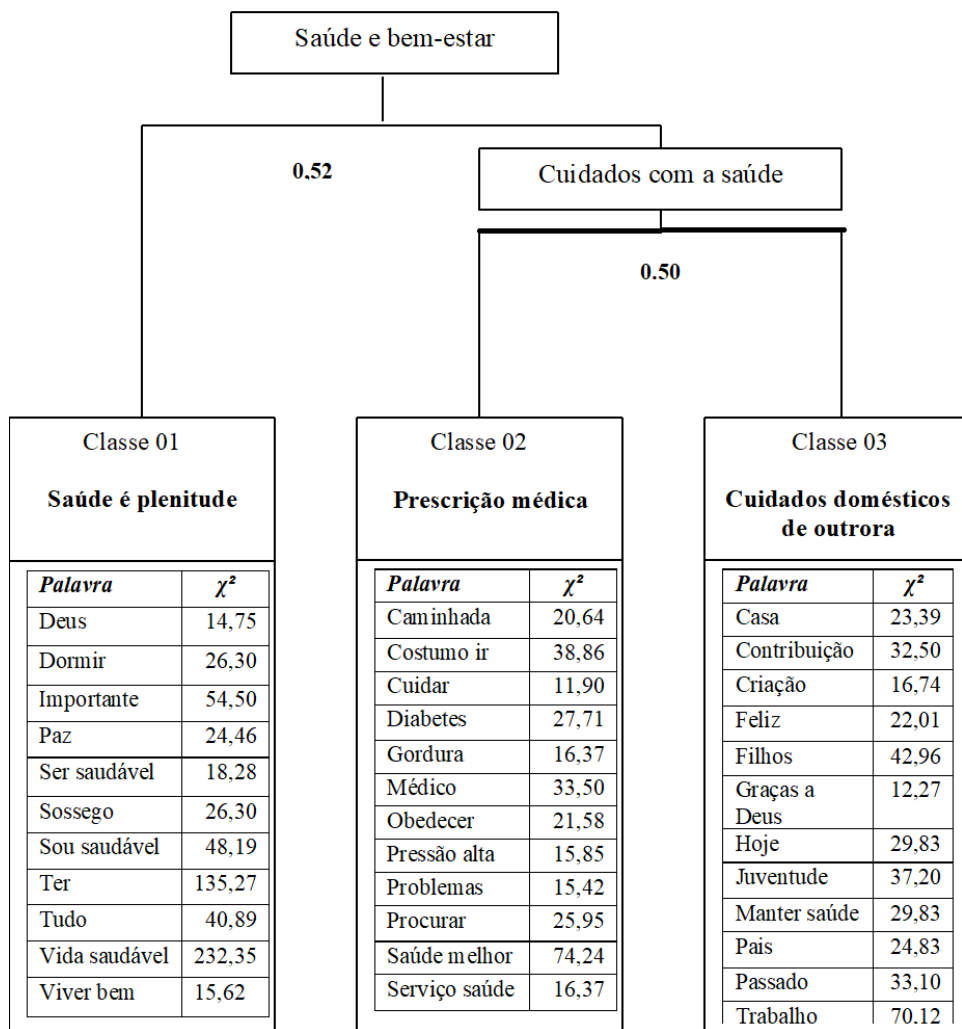
O eixo Saúde e bem estar demonstra o quanto à saúde é complexo para os participantes. Ao pensar em saúde, eles a atribuíam sob a responsabilidade de outrem, possibilitada por um ser superior; é também marcada pelas limitações e problemas que decorreram da idade, acarretando em patologias crônicas e ajustada pelo assistencialismo médico, que prescreve medicamentos de uso prolongado na tentativa de melhorar os desconfortos encontrados.

#eu me apegava #muito com deus quando estava #sofrendo, que já #sofri #muito, já #trabalhei #muito no cabo da enxada. #era isso que eu #cuidava! #mas #era #feliz, satisfeita, e #tinha felicidade.



#gracias\_a\_deus, eu me #sinto uma pessoa saudável, #gracias\_a\_deus. e com o sofrimento e com algumas coisas que eu senti. #naquela #época eu pensava que o mundo #era #meu, #mas #comecei a ver que #nao #era #assim, #gracias\_a\_deus.

**Figura 1:** Representações Sociais de Saúde por idosos comunitários.



**Fonte:** elaborado pelas autoras.

O envelhecimento promove íntima relação com a busca pela espiritualidade, tendo impacto desde o envelhecimento bem-sucedido até

os cuidados no fim da vida, sendo esta uma função importante na manutenção do bem-estar. Logo, as necessidades espirituais crescem à medida que se aproxima a finitude da vida (LUCCHETTI et al., 2011). Ter saúde e ser idoso parece aos participantes uma dádiva ofertada por Deus, sendo este o principal determinante da dicotomia saúde/doença ao envelhecer.

A influência da fé na saúde tem sido amplamente discutida. Muitos estudos investigam a temática, concluindo que o enfrentamento do processo saúde/doença é vivenciado de maneiras diversas quando se acredita numa força superior. Por este motivo, os profissionais de saúde devem avaliar as necessidades espirituais desse grupo específico, visando melhorar sua qualidade de vida, que funciona como um recurso terapêutico (LUCCHETTI et al., 2011; SANTOS; ABDALA, 2014).

A figura de um ser supremo, muitas vezes, permitia que o idoso vivesse bem, saudável, pleno, sendo a inatividade considerada por eles um castigo divino. Para eles, quando há ausência de saúde não se pode estar tranquilo, conforme exposto pela Classe 1 do Dendrograma: saúde é sinônimo de plenitude. As concepções da doença são geralmente associadas à disfunção do corpo - já envelhecido - com particular relação biomédica, reduzindo-as ao âmbito individual, motivada entre outras coisas pela longevidade, conforme exposto.

eu não sentia, não tinha nada, agora eu sinto e #já #fico #nervosa.

#pra #ter\_uma\_saúde\_melhor #tem que ter #regime, descanso, porque quando é novo #trabalho muito, caiu na #idade, #vai ter #um descanso se #puder.

#pra #ter\_uma\_saúde\_melhor é a gente se #manter firme, #tranquilo, sem pensar em besteira. A gente #procurar se #manter dentro #do padrão de #idoso, tomando seus remédios #controlados #direitinho.

Por estar, na maioria dos casos, a saúde comprometida, a doença teve peso significativo nas representações dos participantes. Esta abala a autonomia e independência do ser, necessitando que este se reinvente. Também se percebe que a busca pela saúde acontece muito mais quando o idoso se encontra enfermo e a unidade corporal abalada (TONELI; MÜLLER, 2011).

Dessa forma, o adoecimento é visto como comprometedor, pois além de ameaçar a saúde e o bem-estar, interrompe atividades

cotidianas, sendo o aparecimento da doença para os idosos um fato lamentável (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Porém, os problemas decorrentes do adoecer ao envelhecer mostram-se como possíveis de serem superados, de maneira que uma boa velhice possa ser usufruída (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011). Destarte, percebeu-se que a crença de que Deus cura os males e possibilita uma vida melhor, afastando o adoecimento, aliada à medicalização da saúde, traz à tona as representações sociais dos idosos de que a plenitude do ser decorre desses dois fatores.

Cabe acrescentar que as representações de saúde centradas no cuidado realizado pelo profissional médico, que prescreve medicações a fim de curar doenças ou impedir as complicações decorrentes delas e promovendo a melhoria da saúde, incluindo outros cuidados preventivos, foi algo bastante presente, podendo ser observado também na Classe 2 do Dendrograma. As duas categorias – médico e remédio – remetem a ideia de que buscavam os serviços de saúde para realização de check-ups quando da instalação de patologias, acreditando ser isto uma forma preventiva de manter a saúde, conforme exposto a seguir:

eu #costumo\_procurar\_o\_servico\_de\_saúde sempre.  
#qualquer coisinha que eu sinto já estou #indo lá, porque  
a gente #tem a obrigação de #procurar #os médicos, #pra  
#eles passarem remédios, #pra #poder a gente não #ficar  
muito doente.

de vez em #quando eu #dou uma visita #no #médico.  
#procuo pra arrumar mais saúde. #procuo o #médico,  
ele é #clínico, é #médico #geral. às\_vezes #vou de #seis\_  
em\_seis\_meses, às\_vezes menos, porque elas #só dão  
#remédio #no #posto\_de\_saúde se tiver #consulta. aí de  
vez em #quando eu #vou lá.

Um estudo encontrou resultados semelhantes, afirmando que o check-up periódico se relacionava como os principais cuidados necessários à saúde, recorrendo-se à consulta médica quando doente, e não como medida preventiva (BRITO; CAMARGO, 2011). Os idosos geralmente consideram normal ir ao médico ou tomar remédios, mas isto deve ser feito quando é realmente (CAMARGO et al., 2011), estando à objetivação da saúde personificada na figura do médico e do

medicamento como algo que evita os danos decorrentes de doenças instaladas.

Faz-se mister acrescentar que o Sistema Único de Saúde do Brasil, com sua filosofia de cuidados preventivos, é ainda muito jovem comparando-se à sociedade em geral, que se habituou a buscar o profissional médico – figura ainda difícil de encontrar para muitos do sertão nordestino – quando não havia mais outra possibilidade de tratamento. Estes elementos fornecem ainda subsídios que demonstram a confiança depositada pelos idosos no profissional de saúde e nas suas recomendações, que acabam sendo adotadas ou não de acordo com a situação vivida (DIAS et al., 2011).

conforme a #parte que eu tiver #sentindo eu #vou. não é #todo mês que eu #estou em #médico não. #quando eu #só tenho uma #coisinha #só, eu não #vou pra #médico. #agora #quando eu tô me #sentindo #mesmo que tô doente, aí eu acordo e #vou #no #médico #mesmo.

então #você #tem que estar sempre #fazendo o que o médico #manda. #os serviços\_de\_saúde que eu vou são variados, eu sempre procuro o #postinho\_de\_saúde #do bairro.

Observando os recortes, deve-se destacar que práticas saudáveis devem ocorrer durante todo o curso da vida, evitando o acúmulo de problemas que desencadearão doenças crônicas tão comuns na velhice, embora se reconheça a importância do médico e das tecnologias existentes, sendo que estes não devem ser encarados como infalíveis.

Como forma de melhorar a qualidade de vida e saúde, mantendo a autonomia e a tranquilidade, os exercícios físicos também foram citados. Nota-se que para os idosos, viver melhor pode ser possibilitado também pela atividade corporal. Alguns estudos revelaram que pessoas acima de 60 anos valorizam o exercício como prática para manutenção da saúde, já que este pode retardar declínios funcionais e suas limitações, além de promover contato social, contribuindo para diminuir a incidência de várias doenças. Assim, manter-se fisicamente ativo beneficiará diretamente a relação saúde/doença (DIAS et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2011).

#pra #ter\_uma\_saúde\_melhor #tem que #às\_vezes #fazer uma #caminhada, uma fisicazinha, é bom. de #qualquer #maneira eu não fico parada não.

#saúde e #ter #uma #boa #alimentação e praticar #esporte.

No entanto, embora as pessoas demonstrem conhecimento acerca da importância de exercitar-se, a maioria dos idosos brasileiros - cerca de 60 % - é considerada sedentária no que tange a esta prática, prejudicando-os em diversos aspectos (TRINDADE et al., 2011).

Aliada à concepção de que a saúde se relaciona com o movimento do corpo, encontramos a alusão ao trabalho como demonstrativo de estar bem. Sobretudo os homens, mas também as mulheres, referiram que o trabalho é fonte de saúde, pois permite além da convivência social, a comprovação de que ainda se está em atividade, sendo útil e auxiliando no sustento da casa, ancorando-se no valor social do trabalho. O adoecimento, ao contrário, compromete a capacidade funcional, impedindo-os de exercer suas funções trabalhistas, independentemente de quais sejam estas, e manterem-se ativos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2011; BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011).

#trabalhei #muito. até #hoje estou saudável, #gracias\_a\_deus. #trabalhando, #trabalhando pra #me\_manter\_saudável, pra #trabalhar pra #meus #filhos, #meus #netos.

#não #sou #muito de evitar trabalho, eu #sou restaurada no trabalho. eu trabalho em #casa. eu já #trabalhei, #tinha comércio, venho #trabalhando. #nunca parei. mesmo #assim, estou sem comércio, #mas #não paro. eu que #resolvo #minhas coisas na cidade, as coisas #dos outros, porque eu ajudo #alguém se precisar.

De acordo com outros estudos, o trabalho contribui para o cuidado com a saúde, pois além de possibilitar a dignidade, fornece recurso financeiro para a busca desse cuidado, e o adoecimento pode causar mais dor e sofrimento por incapacitar a pessoa para as suas atividades laborais (ALMEIDA; SANTOS, 2011; TRINDADE et al., 2011). Embora o trabalho seja condição central para a vida de muitos idosos por ter sido algo que aconteceu precocemente em suas vidas, nem toda atividade é salutar. Assim, necessita-se olhar com afinco as condições

de trabalho, a fim de garantir segurança e manutenção da integridade física para os mesmos (SÁ et al., 2011).

o médico me disse que eu trabalhar não me ofende não. não #trabalho no #pesado porque não aguento mais, #por #causa da #pressão que é #alta. quando eu #trabalho fico sentindo mal. eu #faço #alguma coisa menor.

fomos #criados #trabalhando. fomos #criados #trabalhando mesmo. #hoje eu estou colhendo tudo o que plantei. #quero #dizer que #hoje, tudo que eu estou #sofrendo, #quase aleijada #das pernas, #foi de tanto #trabalhar na #roça.

Assim, tem-se um estereótipo de saúde ameaçada, mas que com a ajuda da ciência, de determinados cuidados adquiridos desde outrora - como apontou a Classe 3 do Dendrograma - e da supremacia divina, previne-se o adoecimento e alavanca-se a vida. Saúde e bem estar, plenos, decorrem de práticas do idoso, distintas e complementares: o seguimento de ensinamentos e prescrições médicas somente não daria conta da necessidade de melhoria na saúde afetada, até mesmo pelas limitações de cada um.

Por isso mesmo, cuidados domésticos adquiridos muitas vezes desde a juventude, surgem como de grande valia para melhoria da situação de saúde. Observa-se, então, que o universo reificado caracterizado pelo conhecimento científico que auxilia os idosos quando da instalação de patologias que ameaçam a vida, de acordo com as representações sociais dos mesmos, constrói-se ao lado do universo consensual, adquirido através da cultura popular perpassada a partir dos familiares e coletividade, remetendo-os a juventude e ao seu passado.

Moscovici (2009, p. 25) discutiu esta questão partilhando que as representações sociais não são apenas difusas no senso comum e concernem todos os aspectos da vida de uma minoria, apoiando-se sobre a "autoridade da tradição" e sobre a ciência. Assim sendo, as representações dos idosos acerca da saúde ancoram-se nesta complementaridade de cuidar-se através de práticas domiciliares quando não há risco eminente e buscar o profissional médico para curativismo quando a situação parece ser mais complicada do que de costume, evitando-se a instalação de danos que possam ser duradouros ou permanentes.

O idoso tem particularidades conhecidas, já que possui mais doenças crônicas e fragilidades. Envelhecer, ainda que de forma saudável, envolve alguma perda funcional, o que denota que a atenção ao idoso deve ser ocorrer de maneira diferente daquela realizada para adultos jovens (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Conforme ocorrem alterações no perfil etário da população brasileira, notam-se implicações decorrentes do processo de envelhecimento, que se torna um desafio para o poder público, sociedade, setores da saúde e todos aqueles que possam promover saúde, segurança e melhoria na qualidade de vida (ALVES, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciaram que os idosos buscam cuidar-se através de medidas caseiras, uso de medicamentos e adesão a diversas condutas orientadas pelo profissional de saúde que os acompanham, não havendo constatação de diferenças nas representações por ser mais jovem ou mais velho. A não diferenciação dos resultados conforme subgrupo etário nos levou à opção de relatar e analisar os dados de forma conjunta. O fato de estar ou não saudável foi atribuído à responsabilidade de Deus, em sua grande maioria. A passagem para a velhice os remete a uma ideia do fim da vida, estando eles a esperar pelo chamado divino que marcaria a conclusão do ciclo vital.

Assim, representaram a saúde como algo preocupante, apoiando-se e confiando nos recursos da medicina para melhorar o quadro instalado. A saúde para os participantes, conforme se pode observar, é algo que em parte independe das condutas individuais, já que Deus determinaria o que cada um deve ter no que se refere às patologias de longa duração. Tanto é que os cuidados preventivos só foram valorizados a partir da chegada da velhice. Tem-se, então, uma saúde medicalizada e focada na doença pelos próprios idosos. O bem estar e a plenitude do ser decorrentes da saúde ligavam-se às práticas do idoso pelo cumprimento da prescrição médica e de alguns cuidados domésticos, regulados pelos saberes herdados de suas gerações anteriores. Observou-se que se eximiam de culpa pelo surgimento de doenças crônicas.

Observou-se, ainda, que os conhecimentos que dizem respeito ao universo consensual caminham ao lado do reificado, complementando-se. É necessário, a partir destes dados, intensificar medidas de educação em saúde tanto para os profissionais da área quanto para a própria comunidade, instruindo-os sobre a importância da promoção da saúde, que deve acontecer desde a mais tenra idade, evitando que a esta fase seja vista apenas como propiciadora de problemas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. Representações Sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.99-128.

ALVES, Karoline de Lima. **Violência e Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa: um estudo de representações sociais**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev Fund Care Online**, 9(1):99-105, 2017.

BIASUS, F.; DEMANTOVA, A.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas psicol.**, 19(1): 319-36, 2011.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas psicol.**, 19(1): 283-303, 2011.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005. p.511-539.



CAMARGO, B. V.; CAMPOS, P. H. F.; TORRES, T. L.; STUHLER, G. D.; MATÃO, M. E. L. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas psicol.**, 19(1):179-92, 2011.

DIAS, J. A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; SOUZA, L. C. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Esc. Anna Nery.**, 15(2):372-79, 2011.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A. L. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papyrus, 2001. P. 71-97.

FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2018.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, 44(2): 407-12, 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017**. Disponível em: <http://www.asdfree.com/search/label/pesquisa%20nacional%20por%20amostra%20de%20domicilios%20continua%20%28pnadc%29>

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p.63-85.

KRONBERGER, N.; WOLFGANG, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p.416-441.

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

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NASRI, F.; NACIF, S. A. P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, 14(1):159-67, 2011.

MOSCOVICI, S. Preconceito e Representações Sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus. 2009. p.17-34.

NASCIMENTO, A. R. A.; Trindade, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F.; PEREIRA, F. B.; SILVA, S. A. T. C.; CERELLO, A. C. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. **Saúde e Sociedade**, 20(1):182-94, 2011.

OLIVEIRA, D.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M. N. (Cols). **Psicologia social contemporânea**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p.104-117.

SÁ, C. M. S.; SOUZA, N. V. D. O.; CALDAS, C. P.; LISBOA, M. T. L.; TAVARES, K. F. A. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. **Cogitare Enferm.** 2011;16(3):536-42.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, 17(4):795-805, 2014.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. 4. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

TONELI, M. J. F.; MÜLLER, R. C. F. A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.79-97.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R.; CORTEZ, M. B.; CEOTTO, E. C. A saúde do homem: contribuições para o

cuidado. TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.201-213.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. A promoção da saúde de uma população que envelhece. In: Dallepiane, L. B. **Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva**. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 57-80.

VERAS, R. P.; CORDEIRO, R. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. **International Journal of Family Community Medicine**, v. 3, p. 210-214, 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.