

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**AMANDA MARIA VILLAS BÔAS RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO  
(RE)VELADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**FEIRA DE SANTANA - BA**

**2017**

**AMANDA MARIA VILLAS BÔAS RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO  
(RE)VELADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Linha de pesquisa:** Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo

**FEIRA DE SANTANA-BA**

**2017**

### Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

R367r Ribeiro, Amanda Maria Villas Bôas  
Representações sociais da produção do cuidado ao idoso (re)veladas  
pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família / Amanda Maria  
Villas Bôas Ribeiro. - 2017.  
125 f.: il.

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de  
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Cuidado em saúde – Idosos. 2. Estratégia de Saúde da Família.  
I. Servo, Maria Lúcia Silva, orient. II. Universidade Estadual de Feira  
de Santana. III. Título.

CDU: 614

**AMANDA MARIA VILLAS BÔAS RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO  
(RE)VELADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Feira de Santana - BA, 29 de setembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo**

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS  
Orientadora

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sinara de Lima Souza**

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS  
Examinadora

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alba Benemerita Alves Vilela**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Examinadora

Às minhas queridas avós Maria Bispo dos Santos (*in  
memoriam*) e Cleonice Nascimento Ribeiro (*in  
memoriam*), que me ensinaram o significado do amor e do  
cuidado.

A todos idosos da UATI e dos diferentes espaços do SUS,  
que, além do imenso carinho e respeito mútuo,  
compartilhamos nossos desejos, medos, angústias, alegrias  
e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

**“Que darei eu ao Senhor por todos os benefícios que tens feito? (Sl 116:12)”**

À Deus, por estar ao meu lado em cada momento, em cada novo fôlego de vida, em cada manhã, em cada sonho, em cada gesto... Por seu amor, seu cuidado, por gerar em mim fé e sabedoria a cada nova circunstância cotidiana, por sua plenitude e graça potente em minha vida. Obrigada Senhor, por tudo que Tu és em minha vida.

Ao meu amado e abençoado esposo, Ivo Ribeiro Almeida, pelo companheirismo e apoio incondicional durante nossa trajetória de vida. Por acreditar em meu potencial, quando nem eu mesma apostava, por sua luz e força que me contagiam diariamente e me motivam a seguir em frente com muita paz e serenidade. Por seu amor, sua proteção, conselhos e sorrisos sempre nos momentos certos. Você é um presente de Deus em minha vida...

Aos meus queridos pais, Silvio Roberto Ribeiro e Márcia Suely Villas Bôas Ribeiro, pelos exemplos de força, dedicação e responsabilidade. Minha eterna gratidão pelo amor incondicional e incentivo que me impulsionaram a seguir e chegar onde estou. Por me ensinarem a buscar meus sonhos e valorizar todos os momentos de luta, alegria e vitórias. Sou grata a Deus por ter vocês em minha vida.

Às minhas famílias Ribeiro e Villas Bôas, pelo apoio e incentivo, por compreenderem meus momentos de distanciamento nos momentos necessários.

À minha ilustre e querida orientadora, Maria Lúcia Silva Servo, por ter sido luz em toda essa trajetória, e se tornar um exemplo de profissional competente e, sobretudo, de uma pessoa iluminada por Deus, sensível e dedicada. Obrigada por compartilhar sua imensa sabedoria e paz, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional. Levarei seus ensinamentos para sempre comigo na minha mente e meu coração.

Às professoras, Sinara de Lima Souza, Alba Benemérita Alves Vilela, Elaine Guedes Fontoura, Maria Lúcia Duarte Pereira e Maria Geralda Gomes de Aguiar, por aceitarem cordialmente o convite em participar dos processos de avaliação desta dissertação e contribuírem ricamente para o crescimento e concretização exitosa deste trabalho. Obrigada pela dedicação, comprometimento e contribuições valiosas nesse caminhar.

Ao corpo docente do Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana por possibilitar minha formação comprometida com o fortalecimento e consolidação do SUS, entendendo a pesquisa científica possibilita o conhecimento e transformação da realidade. Á Goreth e Jorge, pelo apoio, incentivo e força nesses dois anos, nos diversos momentos que precisei.

À minha querida turma de mestrado, que durante esses dois anos de convivência, demonstraram em palavras, gestos e atitudes que a união e força são cruciais no processo ensino-aprendizagem e vivência com grupo. Obrigada pelos diversos momentos juntos, nossa turma é inesquecível. Agradeço, sobretudo, às minhas queridas Candisse Alves , Livia Leal e Rafaela Braga, pelo compartilhamento de sorrisos, lágrimas, confidências, afetos e carinho construídos. Que Deus abençoe sempre nosso caminhar...

À minha amiga, Sheila Santa Barbara Cerqueira, por sua amizade, companheirismo, solidariedade e carinho mútuo conquistado ao longo desses sete anos de caminhar científico. Obrigada por me ouvir nos momentos difíceis e sorrir comigo nas alegrias, por compartilharmos sonhos e conquistas ... Obrigada por ser a amiga-irmã de todas as horas.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família pela disponibilidade em participar da pesquisa, pelos ricos relatos e entendermos que o avanço do SUS é feito por homens e mulheres que acreditam e buscam cotidianamente por isso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa durante o período de realização deste mestrado, a partir da qual pude me dedicar integralmente à minha pesquisa e formação científica.

À minha linda e querida UEFS, por me acolher de braços abertos da graduação ao mestrado, me proporcionando crescer e desenvolver minhas potencialidades para lutar por uma sociedade mais equânime, humanizada, um SUS de qualidade e para todos.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para concretização desse trabalho, obrigada.

À todos vocês, minha eterna gratidão.

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de *húmus* (terra).” (HEIDEGGER, 1995).



RIBEIRO, A.M.V.B. **Representações Sociais da produção do cuidado ao idoso (re)veladas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. 2017. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

## RESUMO

O processo de envelhecimento é um fenômeno progressivo e natural que implica modificações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo, repercutindo em múltiplas dimensões, inclusive no processo saúde-doença e modos de ver e estar no mundo. A Estratégia de Saúde da Família é o lócus privilegiado para a produção do cuidado integral em saúde, tendo em vista sua aproximação com a realidade social dos sujeitos e o vínculo com a comunidade. A produção do cuidado relaciona-se aos modos de saber e fazer no cotidiano em saúde, mantendo relações diretas com o processo de trabalho, perpassando pelas relações humanas, subjetividades, valores sociais e uma relação horizontal trabalhador-usuário. As representações sociais dos profissionais acerca da produção do cuidado ao idoso são reveladas através das tomadas de decisões e do seu fazer cotidiano em saúde, visto que os seus sentidos, valores sociais e culturais direcionam a sua prática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, do tipo estudo de caso único, com o objetivo de compreender as representações sociais da produção do cuidado em saúde do idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, tendo como marco teórico a Teoria das Representações Sociais de Moscovici. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, no qual foi avaliado e aprovado. Os participantes do estudo foram treze profissionais de saúde inseridos na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana-BA. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Os métodos utilizados para análise de dados foram análise de similitude, com auxílio do software IRAMUTEQ, e a técnica de análise de conteúdo de Bardin. As categorias apreendidas após análise e interpretação dos dados foram: “Ser idoso” na concepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família; Olhares sobre a produção do cuidado ao idoso: o sujeito como “objeto” da intervenção ou “centro” do cuidado em saúde?; Interface entre a família e a equipe de Saúde da Família: Possibilidades de (re)significar as práticas de cuidado à saúde do idoso. As representações sociais dos profissionais de saúde da ESF apreendidas neste estudo permitem afirmar que a produção do cuidado ao idoso está ancorada na perspectiva tecnicista de produção de procedimentos em detrimento do cuidado, que demanda a intersubjetividade e tecnologias relacionais. No intuito de transformar a produção do cuidado em algo familiar, os profissionais de saúde da ESF constroem conceitos e os manifestam em práticas baseadas no modelo biomédico hegemônico, que valoriza as tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves, desconsiderando a intersubjetividade dos sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Produção do cuidado, representação social, idosos.

RIBEIRO, A.M.V.B. **Social representations of the production of care for the elderly (re) veiled by the professionals of the Family Health Strategy.** 2017. 105f. Dissertation (Master in Collective Health) - Graduate Program in Collective Health, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

### **ABSTRACT**

The aging process is a progressive and natural phenomenon that implies biological, psychological and social changes in the individual, repercussions in multiple dimensions, including the health-disease process and ways of seeing and being in the world. The Family Health Strategy is the privileged locus for the production of integral health care, in view of its proximity to the social reality of the subjects and the bond with the community. The production of care is related to the ways of knowing and doing in daily health, maintaining direct relationships with the work process, permeating human relations, subjectivities, social values and the horizontal worker-user relationship. The social representations of the professionals about in the production of care to the elderly are revealed through decision-making and their daily practice in health, since their senses, social and cultural values direct their practice. This is a qualitative research, exploratory approach, a single case study, with the objective of understanding the social representations of the production of health care to the elderly in the perspective of the professionals of the Family Health Strategy, having as theoretical framework The Theory of Social Representations of Moscovici. The study was submitted to the Ethics Committee in Research involving Human beings, being evaluated and approved. The study participants were thirteen health professionals included in the Family Health Strategy in the City of Feira de Santana-BA. The technique of data collection was the semi-structured interview. The methods used for data analysis were similarity analysis, with the help of IRAMUTEQ software, and Bardin content analysis. The categories seized after data analysis and interpretation, were: "Being old" in the conception of professionals of the Family Health Strategy; Looks at the production of care for the elderly: the subject as the "object" of intervention or "center" of health care ?; Interface between a family and a family health team: Possibilities to (re) signify the health care practices of the elderly. The social representations of health professionals of the ESF seized in the study allow say that the production of care for the elderly is anchored in the technician perspective of treatment production in detriment of care, which requires intersubjectivity and relational technologies. In order to transform care production into something familiar, ESF health professionals construct concepts and manifest them in practices based on the hegemonic biomedical model, which values hard and light-hard technologies rather than light technologies, disregarding the intersubjectivity of subjects.

**KEY WORDS:** Care production, Social representation, old man.

RIBEIRO, A.M.V.B. **Representaciones sociales de la producción de cuidados a los ancianos (re) velados por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia.** 2017. 105f. Disertación (Maestría en Salud Colectiva) - Programa de Postgrado en Salud Colectiva, Universidad Estatal de FERIA de Santana, FERIA de Santana, 2017.

## RESUMEN

El proceso de envejecimiento es un fenómeno progresivo y natural que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales en el individuo, repercusiones en múltiples dimensiones, incluyendo el proceso salud-enfermedad y formas de ver y estar en el mundo. La Estrategia de Salud de la Familia es el locus privilegiado para la producción del cuidado integral en salud, en vista su aproximación con la realidad social de los sujetos y el vínculo con una comunidad. La producción del cuidado se relaciona con los modos de saber y hacer en el cotidiano en salud, manteniendo relaciones directas con el proceso de trabajo, pasando por las relaciones humanas, subjetividades, valores sociales y una relación horizontal trabajador-usuario. Las representaciones sociales de los profesionales acerca de la producción del cuidado al anciano son reveladas a través de las tomas de decisiones y de su hacer cotidiano en salud, ya que sus sentidos, valores sociales y culturales dirigen su práctica. Se trata de una investigación cualitativa, de abordaje exploratorio, del tipo estudio de caso único, con el objetivo de comprender las representaciones sociales de la producción del cuidado en salud del anciano en la óptica de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia, teniendo como marco teórico la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici. El estudio fue sometido a la consideración del Comité de Ética en Investigación involucrando Seres Humanos, en el cual fue evaluado y aprobado. Los participantes del estudio fueron trece profesionales de salud insertados en la Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Feira de Santana-BA. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Los métodos utilizados para análisis de datos fueron análisis de similitud, con ayuda del software IRAMUTEQ, y análisis de contenido de Bardin. Las categorías incautadas después del análisis e interpretación de los datos fueron: "Ser anciano" en la concepción de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia; Miradas sobre la producción del cuidado al anciano: el sujeto como "objeto" de la intervención o "centro" del cuidado en salud ?; Interfaz entre la familia y el equipo de Salud de la Familia: Posibilidades de (re) significar las prácticas de cuidado de la salud del anciano. Las representaciones sociales de los profesionales de salud de la ESF incautadas en este estudio permiten afirmar que la producción del cuidado al anciano está anclada en la perspectiva tecnicista de producción de procedimientos en detrimento del cuidado, que demanda la intersubjetividad y las tecnologías relacionales. Con el fin de transformar la producción del cuidado en algo familiar, los profesionales de la salud de la ESF construyen conceptos y los manifiestan en prácticas basadas en el modelo biomédico hegemónico, que valora las tecnologías duras y ligeras en detrimento de las tecnologías ligeras, desconsiderando la intersubjetividad los sujetos.

**PALABRAS CLAVES:** Producción del cuidado, Representación social, De edad avanzada.

## LISTA DE SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CREASI** – Centro de Referência em atenção à saúde do Idoso
- DM** – Diabetes Mellitus
- DCNT** – Doenças crônicas não transmissíveis
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- Eq.SF** – Equipe Saúde da Família
- HDPA** – Hospital Dom Pedro de Alcântara
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HEC** – Hospital Estadual da Criança
- HERL** – Hospital Especializado Lopes Rodrigues
- HGCA** – Hospital Geral Clériston Andrade
- HIPS** – Hospital Inácia Pinto dos Santos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI** – Instituições de Longa Permanência para idosos
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- NOB** – Norma Operacional Básica
- PET** – Programa de Educação pelo Trabalho
- PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica
- PSF** – Programa Saúde da Família
- PT** – Processo de Trabalho
- RS** – Representações Sociais
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SCIELO** – Scientific Electronic Library Online
- SUAS** – Sistema Único de Assistência Social
- SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TRS** – Teoria das Representações Sociais

**UATI** – Universidade Aberta da Terceira Idade

**UEFS** – Universidade Estadual de Feira de Santana

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> Componentes básicos do processo de trabalho da Equipe da Estratégia de Saúde da Família	37
<b>Quadro 2</b> Dimensões de análise da produção do cuidado	41
<b>Quadro 3</b> Caracterização dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2016	59
<b>Quadro 4</b> Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2016	68

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Estruturas de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS)	29
<b>Figura 2</b> O campo de estudos da representação social	50
<b>Figura 3</b> Mapa da cidade de Feira de Santana	54
<b>Figura 4</b> População Residente de 60 anos e mais por sexo no município de Feira de Santana, Bahia 1970-2010	55
<b>Figura 5</b> Índice de Envelhecimento da população residente em Feira de Santana, Bahia e Brasil, 1970-2010	55
<b>Figura 6</b> Software IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2	63
<b>Figura 7</b> Árvore máxima de Similitude produção do cuidado ao idoso, segundo as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, 2017	65
<b>Figura 8</b> Desenvolvimento de uma análise	67
<b>Figura 9</b> Fluxograma sintetizando a fase de análise dos dados	69
<b>Figura 10</b> Recorte da árvore de similitude com termo idoso em centralidade	74
<b>Figura 11</b> Recorte da árvore de similitude a partir do termo cuidado	79
<b>Figura 12</b> Fluxograma-resumo sobre a representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde	87
<b>Figura 13</b> Recorte da árvore de similitude a partir do termo família	93
<b>Figura 14</b> Fluxograma explicativo representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família	100
<b>Figura 15</b> Proposta de mudança da produção do cuidado ao idoso na ESF	105

## SUMÁRIO

<b>1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>16</b>
<b>2 ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS</b>	<b>26</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DIRECIONADAS AO IDOSO	27
2.2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
2.2.1 Processo de trabalho no âmbito da Estratégia saúde da Família	36
2.2.2 Produção do cuidado no contexto da Estratégia de Saúde da Família	40
2.3 COMPREENDENDO A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	47
<b>3 CAMINHOS PERCORRIDOS</b>	<b>52</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	53
3.2 CONTEXTO DA PESQUISA	54
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	60
3.5 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	61
3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS	62
3.6.1 Primeiro momento: Análise de Similitude	62
3.6.2 Segundo Momento: Análise de Conteúdo	66
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	70
<b>4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO REVELADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>71</b>
4.1 “SER IDOSO” NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF	74
4.2 OLHARES SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO: O SUJEITO COMO “OBJETO” DA INTERVENÇÃO OU “CENTRO” DO CUIDADO EM SAÚDE?	79
4.3 INTERFACE ENTRE A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES DE (RE)SIGNIFICAR AS PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO	92
<b>5 SÍNTESE</b>	<b>97</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>106</b>



<b>APÊNDICES</b>	<b>116</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	117
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
<b>ANEXOS</b>	<b>119</b>
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	120
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	121

## **1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

---

*Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre matéria e o espírito, o corpo e a mente [...]. (AYRES, 2009, p. 37)*

O processo de envelhecimento é um fenômeno progressivo e natural que implica modificações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo, repercutindo em múltiplas dimensões, inclusive no processo saúde-doença e modos de ver e estar no mundo.

A promoção da saúde do idoso tem sido amplamente discutida e refletida no âmbito científico e social, tendo em vista o processo de envelhecimento que a população brasileira e mundial experimenta ao longo dos anos, resultado do aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade infantil e nas idades mais avançadas.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que em 2013 a população relativa de idosos de 60 anos ou mais representava 13% da população total, sendo que este indicador foi mais elevado para a Região Sul (14,5%) e menos expressivo na Região Norte (8,8%). Projeções realizadas pela mesma instituição apontam que, em 2022, o índice de envelhecimento populacional seguirá sua trajetória crescente, atingindo razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens, com aproximadamente 30,7 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, e a esperança de vida ao nascer alcançará a média de 76,5 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2012b).

Ou seja, o cenário de transformações sociais e as demandas em saúde propõem novos desafios para a promoção de saúde, prevenção de agravos e qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores, em uma busca incessante para reorganizar os serviços e reorientar os trabalhadores com vistas à produção do cuidado, criação de redes intersetoriais de apoio e maior acessibilidade aos outros níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a configuração da rede de atenção à saúde, as relações estabelecidas entre usuários e profissionais e o fazer cotidiano em saúde devem fortalecer a produção do cuidado ao idoso, considerando-se as múltiplas dimensões do processo saúde-doença, suas subjetividades, contradições, inquietudes e particularidades.

A partir da construção teórica de autores como Franco, Merhy (2005) e Martines, Machado (2010), neste estudo entendo que a produção de cuidado ao usuário, e especificamente ao idoso está atrelada ao cotidiano do trabalho em saúde, referindo-se ao modo de fazer saúde, ou à tudo aquilo que está ligado às ações ou intervenções que auxiliam na geração, organização e (re) estabelecimento de autonomia, liberdade de escolha, relações humanas e o sentido da vida, caracterizando-se como um processo revolucionário à medida que se amplia em relação ao modo de produção de saúde, em suas práticas e subjetividades que dão formato ao mundo do trabalho e do cuidado.

Comungo com a concepção apresentada por Ayres (2000, p.120) em que o cuidado é percebido como um lugar privilegiado nas práticas de saúde, constituindo-se como

“espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde”.

Nesse sentido, o cuidado ao idoso não pode ser reduzido à produção de atos de saúde, deve ser compreendido como momentos de zelo e atenção, abrangendo atitudes de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (ser), e, ao avançar mais nessa teorização, podemos reconhecê-lo como um modo-de-ser essencial, assim, o cuidado encontra-se na linha da essência humana, faz parte da constituição do ser humano, desde o nascimento à morte, possuindo, então, uma dimensão ontológica<sup>1</sup> (BOFF, 1999).

Sob esta ótica, a produção do cuidado em saúde perpassa as relações humanas, subjetividades, valores sociais, diálogo, respeito e a relação horizontal trabalhador-usuário para sua configuração enquanto prática emancipatória e estimuladora do protagonismo dos sujeitos (SERVO, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup> é o lócus privilegiado para a produção do cuidado integral em saúde, tendo em vista sua aproximação com a realidade social dos sujeitos e o vínculo com a comunidade. Foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de reorganizar a Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2012), a partir da visão do processo saúde-doença, com ações e serviços constituintes de uma rede regionalizada e integrada para garantir integralidade da atenção à saúde (ASSIS et al., 2010), com foco no indivíduo e não na doença, buscando a modificação do modelo de atenção à saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aponta que é responsabilidade comum aos integrantes da Equipe Saúde da Família (EqSF) desenvolver práticas de cuidado integral, através do uso de tecnologias e instrumentos variados, que auxiliem a apropriação do campo subjetivo, marcando a capacidade de ouvir, de se aproximar do outro, enxergando-o em sua totalidade (BRASIL, 2012a; ASSIS et al., 2010).

Essas tecnologias são classificadas por Merhy (2005) a partir das dimensões materiais e não materiais, em tecnologias leves que se relacionam aos modos relacionais de agir, as tecnologias leve-duras que são os saberes clínicos e epidemiológicos, e as tecnologias duras que se referem às máquinas e equipamentos. Entretanto, para esse mesmo autor, um modelo de saúde que se centra nas necessidades de saúde do usuário utiliza-se de tecnologias

---

<sup>1</sup> A dimensão ontológica compreende aquilo que entra na definição essencial do ser humano e estrutura sua prática (BOFF, 1999).

<sup>2</sup> Neste estudo utilizar-se-á a terminologia Estratégia de Saúde da Família em substituição ao termo Programa de Saúde da Família salvo quando for citação de autores.

leves e leve-duras, invertendo a lógica de produção de saúde, centrada na doença e produção de procedimentos (SANTOS, 2015).

O processo de trabalho (PT) dos integrantes da EqSF oportuniza aos trabalhadores e usuários serem sujeitos ativos do processo de produção do cuidado, mas para isso, é essencial o vínculo, envolvimento, a co-participação (FARIA; ARAUJO, 2010), acolhimento, escuta qualificada e aproximação com a realidade.

Isso posto, acredito que esse processo ocorre dentro de um cenário dialético e contraditório, em que a produção do cuidado ao idoso é um momento importante que requer a investigação das representações sociais desses profissionais da ESF sobre a produção do cuidado na prática cotidiana, buscando compreendê-los e assim, intervir no sentido da reconstrução de uma nova prática não mais reiterativa.

Assim, torna-se instigante estudar a produção do cuidado ao idoso sob a ótica das representações sociais dos profissionais da ESF, numa perspectiva de um redimensionamento de visão reconhecendo a contradição, mudança e transformação, tendo a clareza que a representação social não reflete somente o lugar do indivíduo ou de classe na estrutura social, mas expressa principalmente o modo como o sujeito ou classe toma consciência e responde à estrutura social.

O estudo “A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal”, desenvolvido por Rodrigues, Lima e Roncalli (2008), apreendeu que o núcleo central das representações sociais dos profissionais sobre cuidado é composto pelos campos semânticos acolhimento, atenção e amor, apresentando uma visão aproximada do sentido do “cuidado”, apesar desse entendimento manter elementos eminentemente relacionados a aspectos biomédicos e técnicos-científicos. Por outro lado, é importante ressaltar que há um processo de ressignificação da produção do cuidado a partir da incorporação de novos elementos como acolhimento, humanização e responsabilidade.

O estudo sinaliza que o cuidado ainda não foi incorporado como elemento fundamental do PT no programa saúde da família (PSF), e que este é entendido de forma fragmentada, desconsiderando elementos fundamentais à produção do cuidado em saúde.

A pesquisa de Santos (2015), intitulada “Produção do cuidado ao idoso na Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do Semiárido Brasileiro”, revelou que os profissionais de saúde direcionam suas práticas às queixas apresentadas pelos usuários-idosos, sinalizando uma organização compatível com o modelo médico assistencial privatista, cuja prática é focada em materiais e procedimentos, resumindo-se a programas e protocolos. Deste modo, prejudica o desenvolvimento de dispositivos como vínculo, acolhimento e

responsabilização, e gera o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde e a falta de legitimação dos usuários em relação à USF.

Considero que as representações sociais dos profissionais da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso perpassam pela visão de mundo e concepções que têm sobre o que é ser idoso, e o que estes significam no contexto familiar, comunitário e no âmbito do sistema de saúde, perpassando as visões acerca das relações entre o processo de envelhecimento, as condutas assumidas nos cuidados e o sentido de finitude da vida. Sendo assim, as representações sociais dos profissionais da ESF acerca da produção do cuidado ao idoso são reveladas através das tomadas de decisões e do fazer cotidiano, visto que os sentidos, valores sociais e culturais direcionam a prática.

As representações sociais são entendidas por Moscovici (2005) como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana, compreendendo de que forma os indivíduos produzem sentido relacionado à sua prática, sustentando-se na comunicação e atitudes comportamentais, tendo como finalidade tornar familiar algo não-familiar. Assim, as representações sociais manifestam-se em condutas e por isso devem ser analisadas a partir das estruturas e comportamentos sociais (MINAYO, 2014).

A coletividade e os indivíduos são movidos em função das suas representações sociais e não necessariamente em função da realidade social (MOSCOVICI, 2005), desta forma, tais representações circulam nos discursos, carregadas pelas palavras, e materializam-se em condutas (JODELET, 1989).

Sendo assim, é importante o estudo das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família, haja vista que as mesmas produzem os sentidos e significados relacionados à prática dos profissionais, direcionando as condutas e ações em saúde.

A motivação e interesse em desenvolver este estudo emergiram da minha trajetória acadêmica e pessoal. Durante meu percurso na graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) tive a oportunidade de vivenciar e problematizar, o contexto da saúde do idoso a partir da minha experiência como professora da Oficina Saúde no envelhecer da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) na UEFS durante dois anos, 2012 e 2013.

Era planejado e realizado um encontro semanal com os idosos, a partir de uma metodologia construtivista propondo reflexão crítica dos envolvidos no processo de aprendizagem a partir de conhecimentos prévios e crenças, objetivando proporcionar práticas educativas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, oportunizando troca de

experiências e estímulo a hábitos saudáveis de vida e autocuidado, para manutenção da autonomia, independência e funcionalidade do idoso, favorecendo uma longevidade saudável e ativa (RIBEIRO; ARAUJO, 2012).

Nesse contexto, as ações que desenvolvi possibilitavam compartilhamento de saberes e problematização da realidade, constituindo o “pontapé” inicial em busca de uma visão mais ampla do processo de envelhecimento, e aprofundamento dos saberes e práticas relacionados à área em questão, me impulsionando à produção científica na área com publicações de artigos frutos dessas experiências (RIBEIRO; ARAUJO, 2012; ARAUJO et al, 2012; SANTOS et al., 2016) e participação em eventos com apresentação de trabalhos científicos, como o VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia, realizado na cidade de Fortaleza-Ceará em 2013, e o V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer, na cidade de Ilhéus- Bahia, em que pude discutir e trocar experiências e saberes relevantes na área temática.

Meu interesse foi se ampliando à medida que me aproximei e me inseri na ESF a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para saúde (PET-Saúde da Família) e do componente curricular estágio supervisionado I do curso de Enfermagem, nos quais percebia a presença cada vez maior dos idosos nos espaços de produção do cuidado, suscitando reflexões acerca da corresponsabilização e vínculo profissional-usuário para produção do cuidado integral e resolutivo ao idoso. Contudo, percebia que o “cuidado” na perspectiva da Atenção Básica (AB) ocorria com foco na patologia (mais acentuadamente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), em medicamentos, procedimentos e produtividade.

Minha trajetória pessoal está relacionada à experiência de cuidados com minha avó materna, que até a finitude de sua vida era dependente na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária em consequência de sequelas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e que, desse modo, enfrentávamos inúmeras dificuldades relacionadas ao seu cuidado, tendo em vista à fragilidade do vínculo entre a família e a EqSF, falta de articulação com a rede de apoio, e as limitações da equipe ao atendimento das necessidades em saúde, que possivelmente estejam ancoradas aos significados do processo de cuidar vinculado à idade cronológica e expectativa de sua reabilitação.

Por outro lado, a construção desta pesquisa justifica-se também pela escassa produção científica sobre a “produção do cuidado ao idoso” à luz da teoria das representações sociais, que pode ser identificada por meio de uma busca realizada nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Ao utilizarmos a expressão “representação social AND cuidado AND idoso”, nas citadas bases de dados, no período de cinco anos (2011 a 2015), em revistas nacionais e internacionais, refinarmos a busca, excluirmos as produções repetidas e revisões de literatura, encontramos oito artigos com eixo temático relacionado ao idoso, na perspectiva das representações sociais, com diversificadas metodologias.

A partir desta busca percebemos que o cenário de produções específicas em representações sociais relacionada à saúde do idoso apresenta baixo quantitativo, e relaciona-se a temáticas como: saúde mental (1), saúde e qualidade de vida (2), família (1), “ser” idoso (2), cuidar e cuidado (2).

O estudo “A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido”, desenvolvido por Medeiros e Foster (2014) buscou investigar as representações sociais de estudantes de medicina sobre a doença mental na velhice, revelando-a como consequência natural do processo de envelhecimento, e um objeto de estigma, exclusão e fardo social. Sinaliza, ainda, perspectivas polarizadas em relação ao cuidado em saúde mental de idosos no discurso dos participantes oscilando entre a promoção de alternativa à prática de hospitalização e medicalização do cuidado e a institucionalização do cuidado como necessária para lidar com aspectos limitantes da doença. Aponta alguns desafios no atendimento às necessidades dos idosos e no suporte da atenção primária, ressaltando sua importância nesse cuidado por possuir potencial de ultrapassar barreiras e ter um cuidado orientado na pessoa.

Os artigos relacionados à temática saúde e qualidade de vida (TURA et al, 2011; SILVA et al, 2012) buscaram, no geral, apreender as representações sociais da saúde e da qualidade de vida construídas por idosos.

A pesquisa de Tura et al. (2011) permitiu identificar como elemento central da representação social de saúde construída pelos idosos o termo “médicos”, com seu valor simbólico de organização do poder, se conectando aos termos “hospitais”, “posto de saúde”, “remédio”, “profissionais” e “dinheiro”, indicando as preocupações cotidianas dos idosos com sua assistência à saúde e a falta de estrutura assistencial. Assinala, ainda, uma atenção em saúde marcada pela fragmentação do cuidado, valorização do acesso à assistência e medicamentos, e ressalta a inexistência de um sistema integrado que proporcione a continuidade do cuidado.

Para Silva et al. (2012), as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida estão relacionadas aos princípios fundamentais do envelhecimento ativo: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação. Salientam, também, que as representações



sociais relacionam-se com três dimensões: conhecimento, imagens e atitudes frente ao objeto. Assim, as representações sociais de qualidade de vida dos idosos estão atreladas a um baixo nível de informação acerca do processo de envelhecimento, imagens negativas sobre esse processo e da sua qualidade de vida e um posicionamento desfavorável a sua própria situação por acreditarem que a qualidade de vida é apenas uma aspiração, um sonho. Deste modo, aponta a necessidade de políticas públicas que contemplem esses aspectos, e promova autonomia e melhoria da auto-estima desses idosos.

O estudo “Um certo jeito de ser velho: Representações sociais da velhice por familiares de idosos”, desenvolvido por Cruz e Ferreira (2011), apontou para a construção de representações sociais dos familiares de idosos sobre a velhice relacionados aos modos de pensar, agir e o comportamento frente as situações cotidianas, sofrendo grande influência de características psicológicas atribuídas ao idoso. Além disso, as representações sociais foram atreladas a perdas, abandono e morte, possuindo uma conotação negativa, contribuindo para perpetuação de mitos, estereótipos e preconceitos relacionados aos idosos, manifestando-se inclusive nas relações sociais e modos de cuidar familiar.

Ao apreender os sentidos atribuídos a “pessoa velha” por idosos, a pesquisa de Santos, Tura e Arruda (2013) apontou “experiência” como elemento estruturante e organizador das representações sociais, apresentando, também, uma presença marcante da dimensão psicossocial nos elementos periféricos. Ressaltaram a forma ora ativa, ora passiva com que identificaram a “pessoa velha”, atrelado a uma construção que, possivelmente, não quer se identificar ou não desejam se identificar, assim, essa “pessoa velha” representa o outro.

Na análise da estrutura representacional de idosos residentes em lares intergeracionais sobre a família, Silva et al (2015) observaram aspectos essencialmente positivos, apoiando-se em valores hegemônicos da sociedade, reproduzindo papéis tradicionalmente atribuídos à família, assim, os elementos centrais dessa representação social são constituídos por “base”, “união”, “tudo”, “companheirismo”. Esses autores destacaram, ainda, a dimensão de completude que a estrutura representacional dos idosos conferiu à família, apontando-a como unidade essencial do cuidado ao idoso e ao mesmo tempo apoio matricial.

Por outra perspectiva, o estudo de Souza, Rosa e Souza (2011), que buscou conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ato de ser cuidado em uma instituição asilar, indicou forte representação da palavra cuidado atrelada as necessidades humanas

básicas (alimentação, higiene, habitação), e o cuidado em saúde expresso pelo atendimento das necessidades advindas da alteração no processo saúde-doença.

Por sua vez, a pesquisa “Atendimento para idosos na Atenção Básica de saúde: Representações Sociais”, de Mendes et al. (2013), objetivou avaliar o atendimento prestado aos idosos na ESF, dando voz a esses sujeitos para compartilhar seus conhecimentos e visões. As representações sociais reveladas pelos idosos apontaram insatisfações como falta de atendimento das suas necessidades reais, distanciamento do serviço, pouca interação do usuário com o serviço, falta de comunicação idoso-profissional e não desenvolvimento da estratégia de acolhimento, por outro lado, sinalizaram satisfação com a gratuidade do atendimento e proximidade de sua residência. Nesse sentido, os autores pontuam a necessidade de repensar as práticas de saúde tendo em vista a efetivação e valorização do acolhimento.

Nesse contexto de produções científicas, percebemos a importância e inovação em realizar este estudo, dado ao caráter original e inovador na perspectiva da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, buscando acessar os saberes que orientam a produção do cuidado ao idoso, a partir da voz dos profissionais de saúde da ESF, para compreendermos, também, suas condutas e ações no fazer cotidiano em saúde.

Então, considerando que a atuação das EqSF é de grande relevância para um cuidado integral, emancipatório e articulado com a rede SUS, questiono: Como se revelam as representações sociais dos profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso ?

Para responder este questionamento, o estudo tem como objetivo compreender as representações sociais revelados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso. Para instrumentalizar esta investigação, adotarei como marco teórico a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2005).

A relevância deste estudo consiste na possibilidade de (re)pensar as representações sociais do fazer cotidiano dos profissionais da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso, compreendendo que as relações sociais, formação profissional e valores culturais influenciam seus conceitos e práticas. Isso parte da perspectiva de que as modificações no campo imaginário, das representações sociais, podem provocar mudanças substanciais no campo de atuação “da” e “na” realidade social, tendo em vista que as ações/condutas profissionais são cristalizações das representações dos mesmos.

Nesta perspectiva, este estudo irá contribuir para o redimensionamento, ressignificação da produção do cuidado ao idoso, gerando mudanças significativas no saber-

fazer saúde, posto que, segundo Costa (2006), inicia-se um processo de mudança no próprio sujeito, ao entrar em contato com suas representações sociais sobre determinado fenômeno.

Apresento como pressuposto teórico desse estudo que a produção do cuidado ao idoso é delineada conforme as diferentes representações sociais deste fenômeno, manifestada pelos profissionais da ESF, a partir das condutas, sentidos e significados e das relações estabelecidas no cotidiano. Tais representações sociais vinculam-se às diferentes concepções do ser idoso e seu papel social, ao acesso de tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias relacionais, tendo sua gênese no processo de medicalização social, valorização dos saberes biomédicos e construção imaginária do objeto produção do cuidado ao idoso.

## **2 ENCONTRO COM AS VOZES TEÓRICAS**

---

*Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer é o atributo e o ato de ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. (AYRES, 2009, p. 36)*

Neste item abordarei as considerações sobre o processo de envelhecimento e as políticas públicas brasileiras direcionadas ao idoso. Discutirei o processo de trabalho em saúde, a produção do cuidado ao idoso nesse âmbito, suas dimensões e tensões. Posteriormente, percorrerei alguns aspectos históricos e conceituais da Teoria das Representações Sociais. Assim, esse percurso teórico fundamenta e direciona a construção desta pesquisa.

## 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DIRECIONADAS AO IDOSO

Conceituar o envelhecimento parece uma tarefa simples e fácil, entretanto, é uma temática imensamente complexa e requer análise de suas múltiplas dimensões, entre elas a biológica, psicológica, existencial, cultural, sociológica, econômica e a política. Não é à toa que artistas, poetas, filósofos e cientistas, em seus olhares diferenciados, buscam incessantemente conceituar e refletir o processo de envelhecimento, levantando inúmeras controvérsias no meio científico, e ainda assim, inexistente um conceito único que contemple todos esses aspectos que o compõe.

Podemos compreender que envelhecer é um processo natural de crescimento do ser humano, que se inicia ao nascer e finaliza com a morte, dois momentos fundamentais para a vida, dando um sentido ao viver e aos cuidados decorrentes da mesma, enquanto que a velhice corresponde à última fase da vida. Assim, os conceitos de envelhecimento e velhice constituem um conjunto e estão intimamente relacionados. O envelhecimento é percebido como um processo contínuo, em que não há marcadores biofisiológicos de seu início, seguindo mais por fatores sociais, econômicos e legais, do que biológicos (FREITAS, 2011).

O processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, pois é experimentado de forma singular em cada indivíduo, influenciada por fatores genéticos, história e hábitos de vida, condições sociais, econômicas e aspectos culturais, sobretudo em sociedades como a brasileira, tão marcada por desigualdades regionais e sociais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; MANTOVANI, 2007).

Esse processo é marcado por uma série de modificações fisiológicas que desencadeiam diminuição da capacidade funcional, tornando o idoso mais susceptível ao surgimento de doenças e agravos em saúde, mas o envelhecimento não está intrinsecamente relacionado ao adoecimento, ideia que percorre todo o imaginário popular.

O processo natural de envelhecimento resulta do “somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, próprias do envelhecimento normal” (FREITAS, 2011, p.10), denominado no campo da gerontologia como senescência, enquanto que as modificações resultantes de doenças que frequentemente acometem a pessoa idosa caracterizam a senilidade, entretanto os limites entre esses dois estados são difíceis de mensurar (FREITAS, 2011).

Nesse contexto, não podemos considerar que todas as alterações ocorridas com a pessoa idosa são decorrentes do envelhecimento natural, pois pode impedir a detecção precoce e tratamento de algumas doenças, e por outro lado, não devemos considerar o envelhecimento natural como doença, com intervenções e tratamentos desnecessários, por sinais típicos da senescência (BRASIL, 2007), o que desencadeia a medicalização do envelhecimento.

Além disso, no processo de envelhecimento ocorrem mudanças psicossociais resultantes das progressivas transformações no papel social e cultural do idoso em diversos contextos, como trabalho, família e sociedade. Nesse sentido, não devemos considerar apenas os fatores biológicos do envelhecimento, mas os aspectos subjetivos e sociais participantes desse processo.

Diante de inúmeras mudanças, a velhice, por vezes, é associada a uma fase de perdas e declínio, marcada por estereótipos negativos, preconceitos e afastamento social (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999). Apesar disso, compartilho da ideia de Santos (2006, p.23) de que:

[...] o envelhecimento está inscrito no tempo, mas não na sua dependência, ou seja, para além da idade cronológica, o envelhecimento é também um processo histórico-social que se diferencia de um indivíduo para o outro em decorrência do acesso aos recursos econômico-sociais que influenciam a forma de envelhecer. Assim, a velhice é mais uma etapa da vida e não uma fase de deterioração e perdas como se costumava definir.

O envelhecimento populacional brasileiro e mundial têm gerado inúmeras discussões e iniciativas acerca da inserção social do idoso e seus direitos, ganhando destaque na agenda de organizações nacionais e internacionais para proposição de diretrizes e programas assistenciais e sociais visando atender às necessidades deste grupo (FERNANDES; SOARES, 2012).

No geral, uma rede de Atenção ao Idoso deve compor ações e serviços nos diversos níveis de complexidade, integrando a rede do SUS, objetivando a manutenção e recuperação da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa,

devendo estar integrada à rede de serviços sociais para responder às necessidades da população idosa (WATANABE et al., 2009).

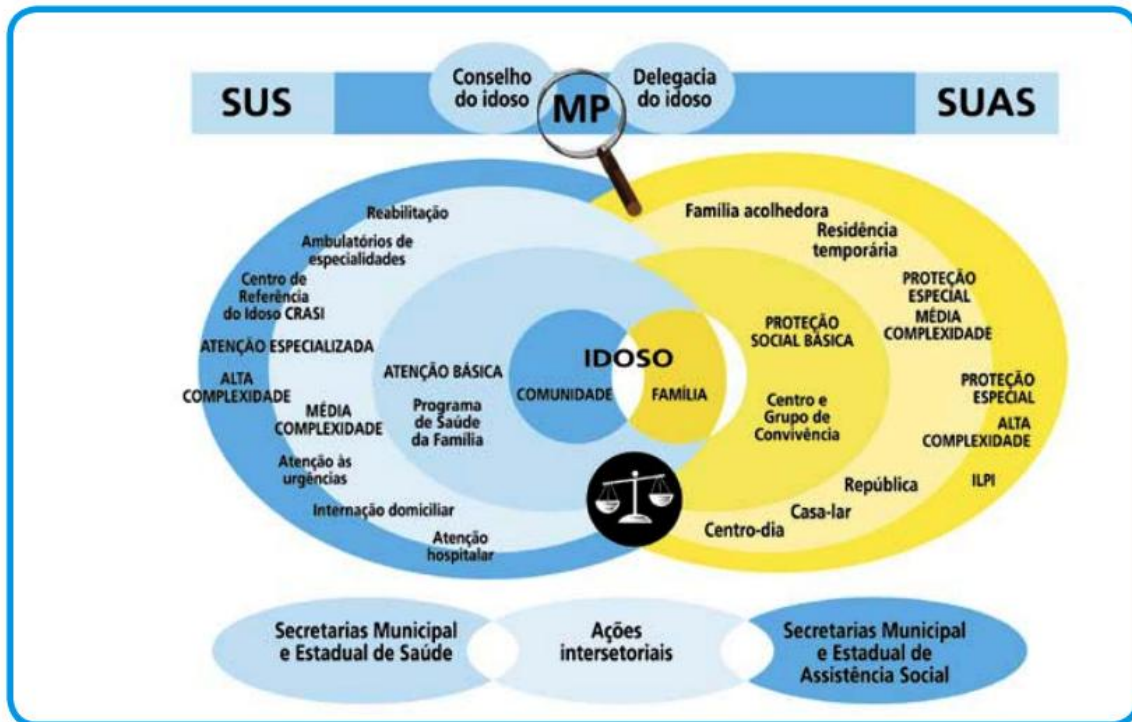


Figura 1: Estruturas de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS)  
 FONTE: FREITAS; MORAES (2008)

Como sugere Freitas e Moraes (2008) ilustrado na figura 1, a estrutura de uma Rede assistencial à pessoa Idosa deve integrar o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nesse sentido, essa rede integra ações intersetoriais, ações das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, e Secretarias Municipal e Estadual de Assistência Social. No âmbito do SUS, essa rede é composta por ações e serviços da Atenção Básica, por meio da ESF, e a média e alta complexidade através de unidades de atendimento ambulatorial especializados, serviços de internação domiciliar, Centro de Referência em atenção à saúde do Idoso (CREASI) e assistência hospitalar.

No âmbito do SUAS, a rede é composta por Centros de convivência de idosos, Centros-dia e Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI). O Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei nº 8.842/94, define os centros de convivência de idosos como locais destinados à permanência diurna do idoso para desenvolvimentos de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais e de educação para cidadania, e define os centros-dia como locais destinados à permanência diurna de idosos dependentes ou com deficiência física temporária que necessite de atendimento médico ou multiprofissional.

As ILPIs constituem as tradicionais instituições asilares, representando uma das modalidades de cuidado de longa duração dirigida tanto a idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto à aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias (CAMARANO; KANSO, 2010).

A partir de 1970, os programas sociais de enfrentamento ao processo de envelhecimento em países desenvolvidos começaram a ganhar expressão e notoriedade, objetivando a manutenção do papel social do idoso e a preservação de sua autonomia. Vale destacar que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as questões relacionadas ao envelhecimento somam-se a outros problemas sociais como a pobreza, exclusão social e níveis crescentes de desigualdades sociais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Para Camarano e Pasinato (2004), duas assembleias das Nações Unidas influenciaram significativamente a proposição de agendas de políticas públicas para a população idosa. A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em 1982 na cidade de Viena, na Áustria, e teve como resultado a publicação de um plano global de ação com objetivo de garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países, representando um avanço, pois até este momento o envelhecimento não tinha sido foco da atenção, e influenciando os debates sobre envelhecimento em países de todo o mundo.

Já a segunda assembleia Mundial para o envelhecimento realizada no ano de 2002 em Madrid resultou em dois importantes documentos, o Plano Internacional de Madrid sobre envelhecimento que pontua recomendações de um programa para enfrentar os desafios do envelhecimento, e a declaração política, estabelecendo compromissos dos governos nos aspectos culturais, econômicos e social (SANTOS, 2006).

No Brasil, a questão do idoso não obteve destaques nas constituições de 1946 e 1967, e apesar das iniciativas do governo Federal nos anos 70, como a criação de benefícios não contributivos aos idosos, somente na constituição cidadã de 1988 a temática teve atenção específica em alguns artigos, e em 1994 foi instituída uma política nacional direcionada a essa parcela populacional (SANTOS, 2006; FERNANDES; SOARES, 2012).

A atual Constituição Federal (BRASIL, 1988), a Constituição cidadã, influenciada pelo Plano Internacional de Ação para o envelhecimento e embalado pelo clima de redemocratização do país, passou a contemplar em alguns dos seus artigos a atenção específica ao idoso. Em seu artigo 229º, por exemplo, prevê que “os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, no artigo 230º



responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo amparo às pessoas idosas, “assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Além disso, em seu artigo 6º, no capítulo dos direitos sociais, é garantida a todos os cidadãos a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Outro grande avanço na atenção ao idoso no Brasil deu-se a partir da criação da lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, objetivando “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994), a partir da proposição de ações em diferentes âmbitos, como a saúde, promoção e assistência social, educação, justiça, cultura, esporte e lazer.

A referida lei estabelece entre suas diretrizes a participação do idoso na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvida, capacitação de recursos humanos na área da gerontologia, além do estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.

Através da portaria nº 1395/ GM, de 10 de dezembro de 1999, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, fundamentando as ações do setor saúde na atenção integral à saúde da população idosa. Mais tarde, essa portaria foi revogada pela portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

A aprovação do Estatuto do idoso, através da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, se constitui um avanço sócio-jurídico de alta relevância na defesa dos direitos da população idosa, trazendo à tona questões de diversas ordens. Sua finalidade é “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003), dispoendo sobre os direitos à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela sua asseguaração.

O Estatuto do Idoso, apesar de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, não traz consigo as formas de financiamento dessas ações propostas. Assim, conforme aponta Santos (2006), há um longo caminho entre o texto de base

legal e a realidade vivenciada pelos idosos e suas famílias, principalmente no que diz respeito à saúde, haja vista a incipiente efetivação dos princípios da integralidade e equidade.

Essa dificuldade na operacionalização do Estatuto do idoso está relacionada, principalmente, à insuficiência de recursos financeiros, humanos e institucionais para atender às demandas dos idosos por saúde, previdência e assistência social, educação, cultura, lazer e outros. Por outro lado, este estatuto foi instituído em um contexto neoliberal, que delega ao mercado a regulamentação da vida econômica, ficando os aspectos sociais cada vez mais subordinados aos interesses do capital (FREITAS, 2011).

Mais um avanço foi pretendido em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, o qual aprova o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde. Neste documento foi estabelecido três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em gestão e Pacto em defesa do SUS. A dimensão Pacto pela Vida representa um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários e pactuados entre as três esferas de governo, entre eles a atenção à saúde do idoso é contemplada como uma das prioridades que devem ser efetivadas pela rede SUS (MACHADO et al., 2009; BRASIL, 2006a).

A portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos, a partir de medidas coletivas e individuais em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

Nessa política são definidas algumas diretrizes norteadoras da ação no setor saúde, indicando também as responsabilidades para alcançar as propostas:

- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- ✓ Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- ✓ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- ✓ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- ✓ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- ✓ Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para Fernandes e Soares (2012), embora haja políticas, programas e diretrizes de atenção ao idoso a serem seguidas no Brasil, suas implementações ainda não foram feitas de forma completas. É necessário a população idosa, os gestores e a sociedade em geral discutir as necessidades dos idosos nas diversas regiões do país em relação à oferta dos serviços, sua organização e integração em rede, cabendo aos poderes públicos e sociedade a busca pela aplicação das políticas com respeito às diferenças regionais.

Podemos entender que a legislação avançou significativamente no campo da proteção social e promoção da saúde do idoso no Brasil. Apesar disso, há grandes inquietações e questionamentos quanto à efetividade da sua aplicação na prática, haja vista que garantias legais não provocam necessariamente a efetivação da política pública. Há uma maior necessidade de articulação intersetorial e intergovernamental para que os serviços e ações sejam realmente planejados e executados conforme as necessidades de saúde da população idosa (MAIA, 2010).

## 2.2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de uma mobilização conjunta de vários segmentos sociais em torno do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e em prol da construção de um sistema de saúde universal. Sua institucionalização ocorreu a partir da constituição de 1988, e posteriormente, foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A criação do SUS provocou mudanças significativas na atenção à saúde no Brasil, imprimindo uma nova perspectiva de saúde, como um direito dos indivíduos e responsabilidade do Estado, considerando os fatores biológicos, sociais, psicológicos, econômicos e culturais como influenciadores do processo saúde-doença.

O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos federais, estaduais e municipais, e regido por princípios doutrinários, como a universalidade, a equidade e a integralidade que buscam possibilitar mudanças no modelo de atenção à saúde, e organizacionais, como a descentralização, a hierarquização e a regionalização que visam organizar a rede de saúde (BRASIL, 2012a).

Os princípios da hierarquização e regionalização relacionam-se à organização das ações e serviços de saúde no sistema por níveis de complexidade, circunscritos à uma

determinada área geográfica e planejados a partir de critérios epidemiológicos, buscando articulação entre os serviços existentes e garantindo o acesso aos serviços segundo a necessidade do indivíduo (CUNHA; CUNHA ROSANI, 1998).

Neste contexto, a Atenção Básica, primeiro nível de complexidade, deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde e centro de comunicação com a rede de atenção à saúde, buscando promoção da saúde e redução de danos que comprometam sua qualidade de vida, orientando-se por princípios como universalidade, acessibilidade, equidade, coordenação do cuidado, humanização, responsabilização, vínculo e continuidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Uma das estratégias prioritárias do Ministério da Saúde para a (re) organização da Atenção Básica, segundo os preceitos do SUS, é o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2012a) instituído oficialmente em 1994 na tentativa de modificar o modelo assistencial de Atenção à Saúde com a incorporação de novas práticas, influenciar os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade, buscar o controle social, participação popular (ESCOREL et al., 2007), consolidar os princípios organizativos do SUS e facilitar o processo de regionalização pactuada entre os municípios (ANDRADE et al., 2014).

O PSF obteve um crescimento significativo, com aumento de 328 equipes de saúde da família em 1994 para 10.778 equipes no ano de 2001, registrando-se assistência a 36 milhões de brasileiros (MARQUES; MENDES, 2002). Essa grande expansão está ligada ao forte impulso dado pela Norma Operacional Básica (NOB) 96, a partir da proposição da Saúde da Família como estratégia e incentivos a descentralização da atenção à saúde (ANDRADE et al., 2014).

Em 1996, o PSF passa, então, a ser considerado pelo Ministério da Saúde não mais um Programa, mas a Estratégia de Saúde da Família <sup>3</sup> (ESF) (RODRIGUES, 2011), buscando-se diferenciá-lo dos demais programas do Ministério da Saúde. Entretanto, até hoje há controvérsias e questionamentos circundando esses termos. De um lado, ratifica-se sua condição enquanto programa por possuir metas, objetivos e passos definidos, com formulação e operacionalização normatizados. Por outro lado, defende-se a ideia de ser uma “estratégia” por “sinalizar um caminho possível para atingir os objetivos do SUS”, a partir da reorientação do modelo assistencial, com capacidade de influenciar o sistema de saúde (RIBEIRO, et al, 2004, p. 441).

---

<sup>3</sup> Nesse estudo adotaremos a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) em conformidade com o disposto na Política Nacional da Atenção Básica à saúde no Brasil (BRASIL, 2012).

A ESF busca a incorporação de novas práticas de saúde com possibilidade de promover saúde, prevenir agravos e doenças a partir de práticas e saberes alternativos, na tentativa de transformar o modelo de atenção à saúde (ASSIS et al., 2010b), invertendo a lógica de produção de saúde centrada na doença e baseada no modo de produção capitalista, como o vigente modelo de atenção à saúde privatista (SANTOS, 2015).

A produção do cuidado, o processo de trabalho usuário-centrado, e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculos, são elementos cruciais para reorganização dos serviços de atenção à saúde. Pois, como defendem Franco e Merhy (2005, p.122), “a simples implantação da ESF não significa a mudança do modelo tecno-assistencial, deve-se modificar os processos de trabalho, operando na forma de ‘tecnologias leves dependentes’ ”.

Para isso, é necessário que o agir em saúde seja pautado em tecnologias relacionais, novas maneiras de relacionamentos entre profissionais de saúde e a comunidade, através de ações humanizadoras, estabelecimento de vínculo e coparticipação no cuidado em saúde, estímulo a autonomia dos sujeitos, atendendo às reais necessidades da população e proporcionando cuidado integral, resolutivo e horizontal.

A partir da portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, é preconizada a existência de uma equipe de saúde multidisciplinar na ESF composta por, no mínimo, médico e enfermeiro, ambos generalistas ou especialistas em saúde da Família, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2012a), para prestar assistência integral à comunidade adscrita às USF, com resolubilidade, continuidade e qualidade, buscando a prevenção de agravos, promoção e reabilitação da saúde, co-responsabilização e autonomia nas relações usuários-trabalhadores.

Assim, o processo de trabalho dos integrantes da ESF deve-se possibilitar a produção do cuidado em ambientes diversificados como a Unidade de Saúde da Família (USF), o domicílio ou espaços comunitários, com abordagem multidisciplinar, a partir da escuta qualificada, garantindo atendimento humanizado, coparticipação, autonomia, com a possibilidade de intervir nos determinantes de saúde, estimular o exercício do controle social e compartilhar o processo decisório.

Para Santos (2015), existem relações diretas entre a produção do cuidado em saúde e o processo de trabalho, considerando suas finalidades, sujeitos, e a maneira de desenvolver as práticas em saúde, refletindo o comprometimento com a promoção de saúde dos indivíduos. A partir dessa compreensão, discutiremos nos itens seguintes o processo de trabalho e a produção do cuidado ao idoso no âmbito da ESF.

### 2.2.1 Processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família

O processo de trabalho no campo da saúde refere-se à dimensão microscópica do cotidiano de trabalho, inseridos na produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI, 2009), relacionando-se, então, à organização dos serviços de saúde.

Assim, refere-se ao modo pelo qual se realiza as atividades profissionais (FARIA, et al, 2009) gerando uma transformação no objeto, a partir da atividade humana, mediante o meio de trabalho e está diretamente relacionado aos seus componentes: agentes, objeto, instrumentos, finalidade e produtos (MARX, 1994). A síntese desses elementos encontram-se dispostos no Quadro 1.

De forma simplificada, o processo de trabalho é conceituado, então, como uma transformação de um *objeto* em um *produto* determinado, a partir da intervenção de *agentes*, utilizando-se de *instrumentos*, para atingir uma *finalidade* (SANNA, 2009).

Merhy (2005) pontua que o processo de trabalho combina o “trabalho vivo em ato” e produtos de outros trabalhos realizados anteriormente. Assim, para este autor, a produção da saúde se realiza no momento em que o trabalho é executado, determinando a produção do cuidado, a partir da interação de diversas tecnologias, configurando o modo de produzir o cuidado.

A finalidade de um trabalho encontra-se pautada na razão pelo qual é gerado, atribuindo significado à sua existência, sendo muitas vezes compartilhados por trabalhos diferentes, dando sentido ao trabalho em equipe (SANNA, 2009). Desse modo, a finalidade do trabalho, no campo da saúde, é a promoção da saúde, reabilitação e a cura, enquanto que o objeto do trabalho é a produção do cuidado individual ou coletivo, através de tecnologias configuradas a partir de dimensões materiais e não materiais (MERHY, 2006).

Para atingir a sua finalidade, então, os atos em saúde se conformam distintamente em atos individuais ou coletivos, com abordagens clínicas e sanitárias, conjugando saberes e práticas necessárias à sua construção e configurando os modelos de atenção à saúde, que, quando está direcionado às necessidades dos usuários, centra-se no uso de tecnologias leves, ou seja, nos modos relacionais de agir na produção do cuidado em saúde (MERHY, 2004, 2006).

Por sua vez, o produto resultante de um processo de trabalho podem ser bens tangíveis (que se pode apreciar com os órgãos do sentido) ou serviços, que possuem significado e são percebidos pelos efeitos que causam (SANNA, 2009).

Quadro 1: Componentes básicos do processo de trabalho da Equipe da Estratégia de Saúde da Família

<b>OBJETO</b>	Produção do cuidado individual ou coletivo;
<b>AGENTES</b>	Profissionais da equipe Saúde da Família e usuários;
<b>INSTRUMENTOS</b>	Conhecimentos, habilidades, atitudes, materiais, equipamentos e espaço físico;
<b>FINALIDADE</b>	Promoção e reabilitação da saúde;
<b>PRODUTOS</b>	Assistência de saúde aos indivíduos e sua família;

Fonte: Baseado em Merhy (2004, 2006), Pires (2000), Sanna (2009)

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, os diversos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar desenvolvem processos de trabalho que, nas suas especificidades, devem possuir como produto a assistência de saúde aos indivíduos e sua família (PIRES, 2000).

Entretanto, na ótica de Merhy (2004), pensar em processos de trabalho em saúde que consigam combinar a produção de atos cuidadores e a promoção e proteção da saúde e cura é um nó crítico fundamental do SUS a ser trabalhado pelos gestores e trabalhadores de saúde.

Em todo processo de trabalho há agentes que “executa as ações, estabelece objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos” (FARIA et al, 2009 , p. 23). Assim, os agentes do processo podem ser um indivíduo, uma equipe ou ainda uma instituição que tomando o seu objeto de trabalho, realiza intervenções capazes de modificá-lo, produzindo um serviço (SANNA, 2009).

O processo de trabalho em saúde relaciona-se ao processo de produção de serviços em geral, tendo em vista que o consumo do objeto ocorre ao mesmo tempo em que é produzido. Um das peculiaridades é que o usuário é ao mesmo tempo objeto e agente do processo de trabalho, o que requer seu envolvimento ativo na dinâmica de transformação do seu processo saúde-doença, com vistas à promoção e/ou reabilitação da saúde (FARIA et al, 2009). Contudo, o que vemos no cotidiano das práticas em saúde é um objeto de trabalho sustentado na lógica biomédica, reduzindo-se ao tratamento da doença e alívio de sintomas, comprometendo a produção do cuidado (SANTOS, 2015).

Faria et al (2009) ressaltam que, no processo de trabalho, os profissionais de saúde (agentes) sofrem intensa modificação durante o exercício de suas atividades e resultado de sua produção, posto que se baseiam nas relações interpessoais entre profissionais e usuário, constituindo um espaço privilegiado de construção e desconstrução da subjetividades desses sujeitos.

Assim, o profissional de saúde, no encontro com o usuário, opera em núcleos tecnológicos compostos pelos instrumentos de trabalho e o trabalho humano, que Merhy (2005) denomina de trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo em ato é resultado desse encontro em que se estabelece um espaço de relações e interseções onde o trabalhador utiliza seus instrumentos de trabalho, e o usuário também coloca seus conhecimentos, representações e necessidades de saúde a fim de alcançar a finalidade do processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, o trabalho vivo em ato possui duas dimensões fundamentais para caracterizar o trabalho como prática social e prática técnica, descritas por Merhy (2005, p. 281):

uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos.

Caminhando nessa direção, Sanna (2009) aponta que os instrumentos que compõe o processo de trabalho são empregados para alterar a natureza do objeto, e não se refere apenas aos equipamentos, materiais e o espaço físico, mas aos conhecimentos, atitudes, habilidades voltados a uma necessidade específica.

Nesse sentido, Merhy (2002), classifica esses instrumentos a partir de três tipos de tecnologias presentes nos processos de trabalho em saúde: os conhecimentos profissionais estruturados, como o saber da enfermeira e do médico, são as tecnologias leve-duras; os equipamentos, materiais e espaço físico, são tecnologias duras; e os modos relacionais de agir, que se referem às tecnologias leves. Assim, a idéia de tecnologia vincula-se, também ao “saber fazer” e a um “ir fazendo” que dão sentido ou “razão instrumental” ao produto do trabalho (MERHY; ONOCKO, 2006).

O trabalho em saúde, por essa ótica, não deve basear-se no trabalho morto, que é composto por tecnologias duras e leve-duras, mas centrado no trabalho vivo em ato, por meio



das tecnologias relacionais, e encontros das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo.

Santos (2015) apontou a existência de paradoxos no que tange à finalidade do processo de trabalho em saúde, e os instrumentos utilizados para o seu exercício. Os sujeitos de sua pesquisa revelaram como finalidade a prevenção de agravos em saúde, e ao mesmo tempo, citaram diversos artigos concretos (estetoscópio, caneta, carimbo, seringas, medicamentos, material de curativo) como instrumentos de trabalho. Nesse sentido, há um destaque maior do uso de instrumentos materiais em detrimento de instrumentos não-materiais como a escuta e atenção, demonstrando uma valorização dos procedimentos em prejuízo das ações de acolhimento, o que conota uma prática assistencial focada no modelo biomédico assistencialista, que supervaloriza as tecnologias duras.

No entanto, a autora salienta que é imprescindível a exploração de tecnologias leves e um olhar mais amplo em relação ao processo saúde-doença para conquistar efetivamente um cuidado em saúde a partir de uma prática resolutiva, satisfatória e eficaz.

A Equipe da Estratégia de Saúde da Família deve atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando seus saberes e práticas, tendo em vista que seus processos de trabalhos podem diferenciar em alguns aspectos, mas possuem finalidades e produto em comum, para isso, é fundamental uma visão integral e sentidos e significados desse processo segundo a lógica da produção do cuidado.

Todavia, a falta de um projeto de assistência nas USF faz com que cada trabalhador decida sobre a constituição do seu processo de trabalho e na sua conduta de intervenção, e desta forma, o trabalho deixa de ser orientado pelos princípios do SUS, e conseqüentemente, gera um distanciamento dos profissionais da finalidade de seu trabalho (SANTOS, 2015).

Corroborando com Lunardi et al (2010), acreditamos que o trabalho em saúde não pode ser uma simples reprodução de técnicas e procedimentos, fragmentado, impessoal, deve ser capaz de produzir acolhimento e vínculo entre os protagonistas do processo.

Entretanto, os resultados do estudo *O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR*, desenvolvido por Fertomani (2003), revelaram que o processo de trabalho nesse âmbito ainda está organizado pelos condicionantes do modelo biomédico hegemônico, e com ações centradas na doença e na figura do médico, contrapondo-se à de mudança do modelo assistencial, e à lógica da produção do cuidado integral e resolutivo.

Em convergência, o estudo de Santos (2015), sinalizou que as práticas em saúde do idoso são direcionadas ao saber médico, com um processo de trabalho aprisionado ao modelo medicalocêntrico e seu objeto de trabalho encontra-se sustentado na lógica biomédica, reduzindo-o ao tratamento de doenças e alívio de sintomas, limitando-se às consultas clínicas, execução de procedimentos, comprometendo a produção do cuidado ao idoso, ao reduzi-lo à categoria patológica.

Essa supervalorização da figura do médico nas práticas em saúde repercute nas relações entre usuários idosos e os profissionais à medida que se estabelecem a partir da perspectiva de poder, distanciamento e desigualdade, prejudicando o encontro dos sujeitos, e consequentemente, a produção do cuidado (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

A atenção a saúde do idoso mostra-se baseado no pensar e agir medicalizante, o que resulta na fragmentação do cuidado, com uma estrutura do processo de trabalho baseada em atos e procedimentos, limitando o desenvolvimento da autonomia e responsabilização pela produção do cuidado (SANTOS, 2015).

Para Lunardi et al (2010) essa cultura da fragmentação do cuidado impossibilita os trabalhadores de se perceberem como parte integrante da rede de produção do cuidado, influenciando, sobretudo, a forma como se relacionam consigo e com as pessoas, assumir responsabilidades e comprometimento com o cuidado, deixando de lado a finalidade de seu trabalho.

Torna-se, portanto, um desafio repensar os processos de trabalho em busca de uma produção do cuidado a partir de práticas interdisciplinares e que possibilitem o fortalecimento do vínculo, responsabilização e integralidade (RIOS, 2015), buscando, sobretudo, a valorização do idoso, suas subjetividades, singularidade e enquanto ser social, autônomo e corresponsável pelo cuidado em saúde.

### 2.2.2 Produção do cuidado no contexto da Estratégia de Saúde da Família

O cuidado perpassa as relações entre os indivíduos, os diversos espaços sociais e as diferentes faixas etárias, carregado por subjetividades, intencionalidades e significados, sendo inerente à condição humana. Para Santos (2015), o cuidado é essencial para manutenção e recuperação da vida, designando uma atitude de atenção do profissional em relação ao usuário, a partir de um espaço de escuta, responsabilização e vínculo, sendo crucial para responder as necessidades dos idosos nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a ESF deve possibilitar à pessoa idosa e sua rede de apoio um cuidado em saúde baseada na escuta qualificada, acolhimento, atenção humanizada, respeito às diversidades do envelhecer e subjetividade do indivíduo, (BRASIL, 2007) compromisso com a ação de acolher, resolver, responsabilizar e promover autonomia, posto que o agir deve ser pautado nas tecnologias leves, na perspectiva do trabalho vivo em ato (MERHY, 2005).

A produção do cuidado é um processo complexo que ocorre dialogicamente entre os diversos atores dos serviços de saúde (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013), e envolve algumas dimensões como o acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado, formação profissional do SUS e a resolubilidade (ASSIS et al, 2010), conforme o quadro 2.

Quadro 2 : Dimensões de análise da produção do cuidado

<b>Dimensões de análise</b>	<b>Definição</b>
Acesso aos serviços de saúde	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da população quanto à conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD, 2004).  Disponibilidade de recursos de saúde e capacidade da rede em produzir serviços que dêem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).
Acolhimento	Ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta). (SANTOS et al., 2007).
Vínculo	Estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).
Coordenação ou Responsabilização pela produção do cuidado	Pressupõe “[...] alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros

	serviços especializados” (STARFIELD, 2004, p. 63). Indica o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço (CAMPOS, 2003).
Formação profissional para o SUS	Significa compreender a atenção básica como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde. A formação profissional é considerada fundamental, articulada ao processo de educação permanente dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Busca-se a reorientação do modelo de atenção que exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.
Resolubilidade	Resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada”, seja nos outros níveis de complexidade do sistema.

Fonte: ASSIS et al. (2010)

A existência de serviços associada à ampliação da cobertura da atenção à saúde é importante, mas não implicam na garantia efetiva do acesso aos serviços de saúde (COSTA; AZEVEDO, 2010). O acesso aos serviços de saúde envolve uma visão compreensiva que, segundo abordagem teórica de Giovanella e Fleury (1995), comporta uma dimensão política, pois se vincula ao desenvolvimento da consciência sanitária e de organização popular, a dimensão econômica que se refere à relação oferta-demanda, a dimensão técnica relacionada à organização e planificação da rede de serviços, e a dimensão simbólica que adentra o mundo das subjetividades e dinâmica relacional tratando das representações sociais do sistema de saúde.

Além disso, Assis et al. (2010) acrescentam a dimensão geográfica do acesso ao referir-se à dinâmica de deslocamento do usuário ao serviço de saúde (variáveis tempo, distância e transporte) envolvendo desde a proximidade da USF à comunidade à disponibilidade de recursos de saúde e capacidade da rede de produzir respostas às necessidades de saúde da comunidade.

Na prática, essas respostas têm envolvido uma oferta de serviços organizados por meio de um “cardápio” de intervenções a serem realizadas pelos profissionais da rede nos

variados espaços, conformando modalidades tecnológicas e assistenciais distintas, em consonância com as necessidades de saúde da população, que precisa ser atendida (MERHY; ONOCKO, 2006).

Apesar da implantação da ESF ter contribuído para diminuição de iniquidades em saúde, observam-se algumas limitações no acesso aos serviços básicos de saúde como a baixa interação entre as equipes de unidades tradicionais e a equipe da ESF, e a desintegração entre ESF e os demais níveis de complexidade do sistema (ASSIS; JESUS, 2012).

Atrelado a isso, o acesso tem se caracterizado como um sistema segmentado, desarticulado, focalizado, seletivo, tecnologicamente atrasado, uma vez que restringe o atendimento a serviços ou programas organizados segundo a demanda programática, em que utilizam como critério a ordem de chegada, desconsiderando as peculiaridades de cada sujeito e, deste modo, com baixa resolubilidade, (ASSIS et al., 2010c).

A ESF deve permitir o acesso a ações e serviços de saúde integral à população, sobretudo a grupos mais vulneráveis, como os idosos (SANTOS, 2015), entretanto, estudos como de Louvison et al. (2008) e Paskulin, Valer e Vianna (2011) apontam desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde da população idosa, além de inadequação do modelo para atendimento das suas necessidades, recomendando-se repensar as políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa parcela da população, para facilitar seu acesso aos serviços e melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Ademais, comungo com as ideias de Assis et al (2010) que apontam o controle social como uma das formas de garantir a efetivação do acesso aos serviços de saúde, a partir da luta diária da população por melhorias dos serviços, como também pela reorganização do processo de trabalho.

Por sua vez, o acolhimento é concebido, também, como um potente dispositivo de reorganização da produção do cuidado no âmbito do SUS, tendo em vista as modificações possíveis no processo de trabalho a partir da valorização do trabalho em equipe, qualificação da relação trabalhador-usuário, e a potencialização de suas ações, que passam a ser responsáveis pelo cuidado (ASSIS et al, 2010a).

Para Tesser, Neto e Campos (2010), baseando-se no direito constitucional do acesso, o acolhimento propõe uma melhoria das relações dos serviços de saúde e usuários, a partir do encontro entre esses e os trabalhadores, mediado pela escuta, processamento de suas demandas e busca por resoluções, requerendo uma percepção do usuário a partir de suas necessidades, singularidade, autonomia no modo de viver a vida e vínculo com o serviço.

Para isso o acolhimento deve ultrapassar as noções de “triagem qualificada” ou “escuta interessada”, e pode ser incorporada em três âmbitos: na prática profissional, na ação

gerencial, buscando melhor atender o usuário, ampliando sua capacidade de identificar e resolver problemas. E, enquanto diretriz política, o acolhimento possibilita o desenvolvimento de capacidades para dar respostas às demandas apresentadas, disponibilizando de tecnologias adequadas (ASSIS et al, 2010a).

Contudo, o estudo de Brehmer e Verdi (2010) revelou contradições entre as percepções subjetivas e a descrição das experiências dos atores do processo de acolhimento diante da distância entre o discurso e os modos de acolher na prática. O acolhimento foi compreendido pelos profissionais de saúde e gestores como modo de escuta atenta, enquanto que os modos de acolher operados na prática revelaram-se restritos à atendimentos de urgência, indicando incongruências entre o discurso e a prática. Assim, os autores ressaltam que o cotidiano dos serviços da Atenção Básica demonstra um acolhimento fundamentado na recepção, triagem e encaminhamento, contrapondo-se ao processo de acolher ideal, necessário à mudança do modelo assistencial.

Ayres (2004) salienta que o acolhimento se dá em todas as possibilidades de contínua interação entre o usuário e os serviços em que se oportuniza a escuta do outro, devendo-se respeitar sua história de vida, inquietações e medos. O ato de acolher pressupõe uma prática além do contexto da porta de entrada do serviço, ressoando em toda a trajetória do usuário pelo sistema de saúde, implicando a responsabilização, então, o acolhimento pressupõe a existência de vínculo, responsabilização e compromisso (SANTOS, 2015).

Nesse cenário relacional, o vínculo, como definido por Santos et al. (2008, p.465):

pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

O vínculo permite, ainda, a horizontalização e democratização da atenção à saúde, constituindo-se a partir da criação de laços de compromissos e de corresponsabilização, instrumentos fundamentais para auxiliar no alcance dos objetivos da ESF, e para isso, deve estimular os indivíduos e grupos a participarem da resolução de seus problemas, auxiliando-os, assim, na sua autonomia, integralidade do cuidado e co-responsabilização. Então, essa compreensão ampliada de vínculo está estritamente relacionada com a capacidade do outro em usufruir de sua condição de sujeito ativo em decidir questões sobre sua vida (ASSIS et al, 2010).

Para Merhy (1997) a noção de vínculo implica a responsabilização da equipe pelo cuidado com o usuário, com possibilidades de estabelecer acompanhamento no projeto

terapêutico, perceber as singularidades do contexto e investindo na capacidade do sujeito em decidir, tornando-o autônomo nesse processo.

A dimensão da formação profissional para o SUS demarca um dos maiores entraves para modificação do modelo tecnoassistencial e no processo de trabalho, tendo em vista o comprometimento, a falta de motivação e envolvimento dos profissionais para tal (ASSIS et al, 2010).

A resolubilidade constitui uma das dimensões teóricas de análise da produção do cuidado em saúde, e pode ser conceituada como “resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na ‘porta de entrada’, seja nos outros níveis de complexidade do sistema”, envolvendo uma série de questões relacionadas à organização do serviço de saúde, a conduta dos profissionais, e a gestão dos serviços articulado com a relação da equipe de saúde e usuários (ASSIS et al., 2010, p.31).

Para Jorge et al (2014, p. 1063), a resolubilidade está relacionado a articulação entre os níveis de complexidade, componentes da rede de serviços do SUS, “pautando-se nas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares, na produção do cuidado como dispositivos que favorece o acesso e a continuidade do cuidado no território”.

As ações no âmbito da ESF são orientadas por um problema de saúde demandado pelo usuário, da mesma forma que funciona em outros níveis de atenção, em uma lógica procedimento - centrada e, desta forma, não há mudanças no modelo de atenção à saúde, apenas uma reprodução do modelo já posto, que não gera uma resolubilidade efetiva (ASSIS et al., 2010).

A baixa resolubilidade no contexto da ESF relaciona-se, também, com a hegemonia do cuidado centrado no ato prescritivo e produção de procedimentos em substituição a ações que valorizem os campos de saberes da vida. Nesse sentido, as práticas geram um ciclo vicioso e de dependência dos usuários aos serviços de saúde, gerando inúmeras necessidades de retorno à unidade. Entretanto, as práticas em saúde deveriam conduzir os indivíduos à autonomia, capacitando-os à andar na vida com seus próprios meios, ou seja, a resolubilidade tem como desafio produzir a autonomia dos sujeitos, e têm-se, hoje, essa dimensão como uma grande utopia a ser perseguida na prática dos serviços de saúde do SUS (ASSIS et al., 2010a).

O processo de produção de saúde no atual modelo possui algumas tensões, como descritas por Merhy (2004). A primeira delas refere-se à lógica de produção de atos de saúde como procedimentos, tendo assim, um modelo centrado em execução de procedimentos, sem

compromissos com a cura e promoção de saúde. Outro aspecto está relacionado à lógica da produção de atos de saúde por distintos trabalhadores com intervenções restritas e exclusivas à sua competência profissional específica, por núcleo de conhecimento, sem integração multiprofissional e unificação das ações em torno do usuário.

Assim, o que vemos na realidade do trabalho em saúde é o desenvolvimento de ações centradas em consultas individuais, procedimentos e atos prescritivos, executadas pelos profissionais segundo seu núcleo de saber, sem integração multiprofissional, revelando um caráter mais curativista, procedimento-centrado, contrário à compreensão de mudança no modelo assistencial. E como assinala Merhy (2006), a produção de saúde, atualmente, encontra-se na lógica da produção dos atos de saúde como procedimentos e a da produção de procedimentos enquanto cuidado, sem compromisso com a cura e promoção.

Nesse contexto, Servo (2011) destaca a possibilidade de diminuição da dimensão cuidadora da equipe e fortalecimento das competências específicas de cada profissional, valorizadas pelas especializações, como resultado do desenvolvimento de um trabalho sob a ótica do modelo médico-centrado, organizado para atuar sobre problemas específicos a partir do atendimento médico, e com saberes e ações de outros profissionais voltados a essa lógica.

Atrelado a esses aspectos, a comunidade procura a USF, fundamentalmente, visando um atendimento curativo, baseado na queixa e conduta, centrado em procedimentos e consultas. A busca por ações preventivas limita-se ao controle de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, a partir de procedimentos como aferição de pressão arterial, busca por medicamento, realização de exame de glicemia capilar, e imunização de doenças, a partir da vacinação, conforme revelou um estudo realizado por Ogata, Machado e Catoia (2009).

Há relações entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para o serviço de saúde feita pelos usuários em seu cotidiano, construindo a demanda imaginária por procedimentos. O usuário, nessa perspectiva, formula uma imagem e expectativa dos procedimentos serem geradores de cuidado e proteção, enquanto, na verdade, são recursos limitados, pois compõe apenas uma parte do processo produtivo da saúde, dependendo ainda de muitas outras ações na linha de cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Evidencia-se, também, que a organização e planejamento das ações e serviços de saúde no contexto da ESF é baseada na oferta e demanda de serviços, seguindo as linhas de cuidado a grupos específicos. As ações desenvolvidas, nesse âmbito, são programáticas, desconsiderando a ideia de ações territoriais e as necessidades de saúde da população, promovendo recortes populacionais com base nos ciclos de vida, o que contribui para



manutenção do modelo médico-centrado (ASSIS et al, 2010b). E nesse sentido, Santos (2015) alerta para a necessidade de implementar uma reorganização do processo de trabalho a partir da superação da estrutura saúde-doença-queixa-cuidado.

Corroborando com a autora, acredito que precisamos pensar e agir no sentido das mudanças favoráveis às práticas de saúde direcionadas pelos princípios do SUS e que propiciem uma produção do cuidado ao idoso, a partir de mudanças na micropolítica da atenção a essa parcela significativa da população, perpassando, também, pelo investimento em educação permanente e melhoria das condições de trabalho dos profissionais.

### 2.3 COMPREENDENDO CONCEITOS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo das representações sociais constitui um importante campo de investigação nas ciências humanas e sociais. Recentemente, apresenta uma ampliação em seu uso, estabelecendo interfaces com outras disciplinas aplicadas, como a enfermagem e a educação, encontrando-se em franca expansão no Brasil (SÁ, 1998).

A Teoria das Representações Sociais tem sua origem vinculada à antropologia, sociologia, e compõe a psicologia social. Foi desenvolvida a partir de estudos iniciados por Serge Moscovici, com influências dos trabalhos do sociólogo francês David Èmile Durkheim acerca das representações coletivas, e algumas contribuições da teoria da linguagem de Saussure, da teoria das representações infantis de Piaget e da teoria do desenvolvimento cultural de Vygotsky (OLIVEIRA; WERBA, 2003).

Seu conceito foi mencionado pela primeira vez, em 1961, quando foi publicada, na cidade de Paris, a tese de doutorado de Moscovici intitulada “La psycanalyse, son image et son public”. E assim, por mais de quatro décadas, esse psicólogo social e seus colegas avançaram, desenvolveram e defenderam a Teoria das Representações Sociais, preocupando-se em compreender como o conhecimento é produzido, e de que forma a inovação de origem científica contribui para as mudanças sociais e culturais, ou seja, interessou-se no “poder das ideias” de senso comum, compreendendo como o tripé grupos/atos/ideias constitui e transforma a sociedade (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) refere-se ao processo dinâmico de produção de saberes sociais, analisando sua construção e transformação no cotidiano (REIS; BELLINI, 2011). Pauta-se, então, na ideia de que as representações são elaboradas no decorrer do processo de comunicação e interação social (POLLI; KUHNEN, 2011),

considerando, simultaneamente, as dimensões cognitivas, sociais e psicológicas nesse processo de construção do conhecimento (VALA; CASTRO, 2013).

As representações sociais são fenômenos complexos ativados e operantes na vida social, constituídos de elementos cognitivos, informativos, ideológicos, normativos, valores e crenças, estruturando o saber sobre a realidade. Esse conceito, enquanto processo social, relaciona-se à comunicação e ao discurso na construção e elaboração de significados e objetos sociais. Desse modo, “circulam nos discursos carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens mediáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais” (JODELET, 1989, p. 31). Ao mesmo tempo, pode ser vista como estruturas individuais de conhecimento, símbolos e afetos entre indivíduos em um grupo ou sociedade (WAGNER, 2003).

As representações são sociais e importantes na vida dos indivíduos, pois guiam a maneira de nomear e definir os diferentes aspectos da realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los e até mesmo ao tomarmos uma posição ao seu respeito (JODELET, 1989).

Doise (2001), por sua vez, nos coloca que as representações sociais são sempre tomadas de posição simbólicas, organizadas de maneiras diferentes, e “de um modo geral, pode-se dizer que, em cada conjunto de relações sociais, princípios ou esquemas organizam as tomadas de posição simbólicas ligadas a inserções específicas nessas relações” (p.193).

Para Moscovici (2005), as representações sociais podem ser caracterizadas como um conhecimento compartilhado e construído socialmente, objetivando-se a construção de uma realidade comum a um grupo social, servindo como principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros.

Nesse processo, as representações são partilhadas pelas pessoas e influenciam comportamentos individuais e coletivos, exercendo papel importante na dinâmica das relações e práticas sociais (REIS, BELLINI, 2011).

Contudo, as representações sociais não são as mesmas para todos os indivíduos da sociedade, dependem do contexto sociocultural em que estão inseridos e do seu conhecimento prévio, orientando e organizando as condutas humanas e relações sociais. Por outro lado, as representações sociais são essencialmente acessadas a partir do conteúdo cognitivo, mas devem ser compreendidas a partir do seu contexto de produção, assim, o conceito de representações sociais enfatiza, ainda, a natureza do conhecimento, possibilitando a apreensão da realidade (SPINK, 1993).

Para Abric (1998), as representações sociais possuem quatro (4) funções: de saber, identitária, de orientação e justificadora. A função de saber permite a compreensão e

explicação da realidade, a partir da aquisição e integração de conhecimentos em um quadro de compreensível e coerente ao seu funcionamento cognitivo, facilitando a comunicação social. A função Identitária possibilita situar o indivíduo e os grupos no campo social, a partir da definição de sua identidade social e pessoal. Nesse sentido, a identidade terá o papel de controle social da coletividade, no processo de socialização. A terceira função das representações é guiar os comportamentos e práticas, definindo o que é lícito, tolerável e aceitável no contexto social em que o sujeito se encontra. E a função justificadora, relaciona-se à função anterior, pois permite justificar as tomadas de posição e comportamentos, a partir das representações sociais do fenômeno, no dado contexto.

O ato de representar implica um pensamento a partir do qual se relaciona o sujeito com um objeto, logo, sempre se refere a uma representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), estabelecendo relações de simbolização e interpretação, conferindo, dessa maneira, significações (JODELET, 1989), como sintetizado na Figura 1 . Ainda segundo essa autora, a representação pode ser caracterizada como um saber prático ligando o sujeito ao objeto, carregando marcas dos indivíduos e de suas atividades cotidianas.

Em outras palavras, as representações sociais são significações que um grupo de indivíduos atribui a um dado objeto, que pode ser um evento psíquico, material ou social, uma pessoa, uma ideia, uma teoria, um fenômeno natural, de caráter real, imaginário ou mítico (POLLI; KUHNNEN, 2011).

Nesse sentido, este estudo se propõe a apreender do cotidiano em saúde as significações que os sujeitos, profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, atribuem ao objeto “produção do cuidado ao idoso”, compreendendo-as a partir do seu contexto de produção, circulação e interação social, segundo as recomendações de Jodelet (1989, p. 41):

As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm.

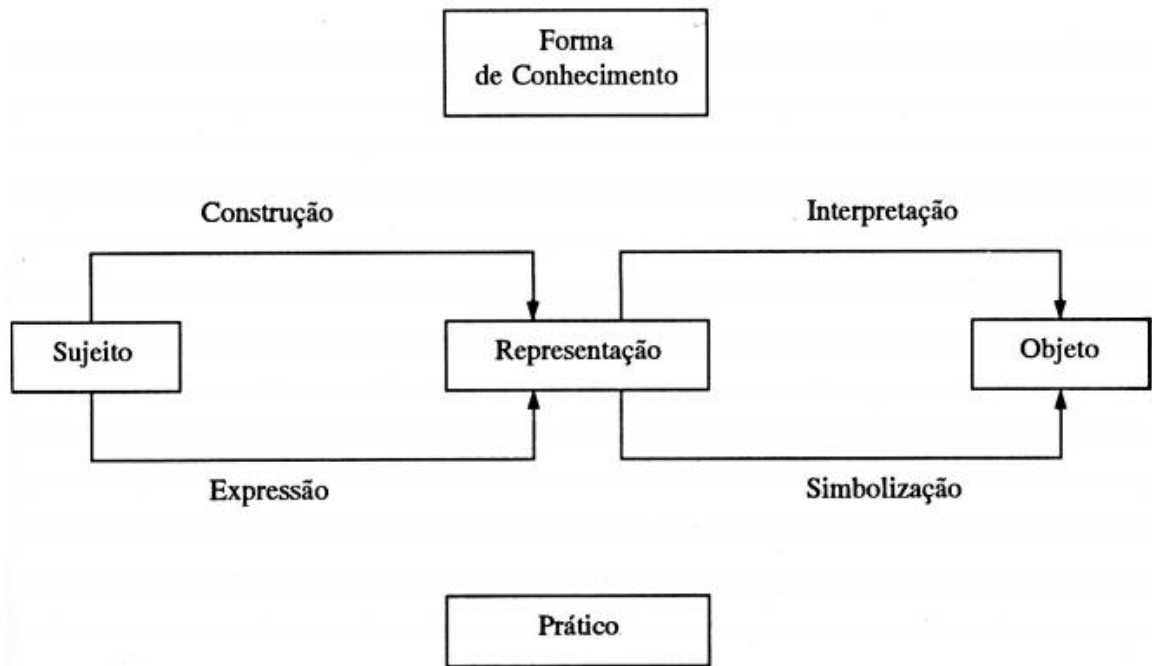


Figura 2: O campo de estudos da representação social  
 Fonte: Spink (1993) adaptado de Jodelet (1989)

Assim, as representações sociais da produção do cuidado ao idoso poderão ser apreendidas da realidade em estudo, a partir de processos cognitivos e sociais, inerentes ao fazer cotidiano em saúde, manifestos em ações, discursos e condutas dos sujeitos, ampliando as possibilidades de compreensão dos modos pelos quais seus saberes práticos influem na configuração da resolubilidade, e ao mesmo tempo, perceber quais os conceitos ancorados em suas representações.

Moscovici (2005, p. 46) salienta que “as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos”, abstraindo sentido do mundo e reproduzindo-o significativamente. Assinala ainda, que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar.

Além dessa finalidade e funções já citadas, as representações possuem funções social, afetiva e cognitiva. A primeira função está atrelada às orientações e comunicações do cotidiano. Quando os sujeitos sociais buscam entender e dar sentido ao mundo utilizam de emoções, sentimentos e paixões, trazendo à tona, assim, a função afetiva. E, a função cognitiva, relaciona-se às representações sociais a partir da familiarização com a novidade, ou seja, transformando o estranho em familiar, como sinalizado anteriormente (SPINK, 1993).

Para atingir essa familiaridade com o fenômeno, deve-se lançar mão de dois mecanismos cruciais da teoria das representações sociais, postulados por Moscovici, a

ancoragem e objetivação. De forma geral, esses dois conceitos são responsáveis pela interpretação e atribuição de significados ao objeto social, possuindo relações dialéticas entre eles (COSTA, 2007), e considerando a interdependência entre as atividades cognitivas e condições sociais, no processo de formação das representações sociais.

A ancoragem é considerada um processo social, haja vista que é feita na realidade social vivenciada, não dependendo apenas do processo cognitivo intra-individual. Trata-se de um processo de reconhecimento de objetos não familiares, tornando-os familiares, a partir da associação a pensamentos /existentes, ou seja, ancora-se o desconhecido em representações já existentes (SPINK, 1993). Para Doise (2001, p.190), a ancoragem “consiste na incorporação do estranho numa rede de categorias mais familiares”.

Esse processo permite o direcionamento e orientação dos comportamentos sociais, possibilitando, também, distintas formas de interação no ambiente coletivo, assimilando novas informações a um conjunto cognitivo já existente. Nessa perspectiva, a objetivação refere-se à transformação de uma ideia ou conceito abstrato em algo concreto, buscando, assim, a formação de uma imagem expressa do objeto representado para o grupo social ou pessoas (COSTA, 2007). Resumidamente, considera-se:

Objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível. [...]. Para começar, objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. Temos apenas de comparar Deus com um pai e o que era invisível, instantaneamente se torna visível em nossas mentes, como uma pessoa a quem nós podemos responder como tal (MOSCOVICI, 2005, p. 71-72).

Oliveira e Werba (2003) pontuam que o estudo das representações sociais permite conhecer o modo como um grupo social constrói os saberes que expressam sua identidade, além de possuir capacidade para descrever fenômenos sociais com poder mobilizador e explicativo.

Diante do exposto, estudar as representações sociais do fenômeno da produção do cuidado em saúde propiciará a compreensão da forma pela qual tais representações mobilizam e direcionam as ações com vista à produção do cuidado em saúde do idoso, as motivações e influências dos mesmos no comportamento dos profissionais. Como assinalam esses autores, a teoria das representações sociais possui um conceito abrangente e dinâmico e, desta forma, nos ajudará a entender as diversas dimensões da realidade estudada.

### **3 CAMINHOS PERCORRIDOS**

---

*Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca, e, por isso, tem a característica do acabado provisório e inacabado permanente. (MINAYO, 2007, p. 47)*

A pesquisa científica é um conceito abrangente, constituído por atitudes e práticas de constante busca de aproximação com a realidade (MINAYO, 2014), permitindo a obtenção de novos conhecimentos, a partir do emprego de procedimentos científicos, ou seja, a pesquisa refere-se ao processo sistemático de desenvolvimento do método científico (GIL, 2008).

A metodologia da pesquisa inclui, simultaneamente, o método, os instrumentos de operacionalização do conhecimento (técnicas), e a criatividade do pesquisador, possibilitando combinações entre teoria e dados, pensamentos e ações (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; MINAYO, 2014).

Assim, nesse item apresento os caminhos percorridos para concretização deste estudo, detalhando o tipo do estudo, o contexto da pesquisa, os participantes, as técnicas e instrumento de coleta de dados, a sistemática para coleta de dados, os métodos de análise de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para alcance do objetivo delineado, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, do tipo estudo de caso, uma vez que almejo compreender as representações sociais reveladas pelos profissionais da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso, adentrando o universo da subjetividade, ações, interações, significações, valores e relações humanas.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2011), se preocupa com uma realidade social que não pode ser quantificada e que busca responder a questões do conjunto de fenômenos humanos. Assim, o objeto da pesquisa qualitativa relaciona-se ao universo da produção humana, suas relações, representações e intencionalidade, permitindo compreender o fenômeno de forma ampliada e próxima da realidade em que se cristaliza, mostrando-se apropriado a esse estudo.

A pesquisa de abordagem exploratória tem como principal objetivo proporcionar maior aproximação e visão geral do fato pesquisado, quase sempre assumindo a forma de um estudo de caso (GIL, 2008), sendo utilizada com temáticas pouco conhecidas e exploradas.

O estudo de caso é uma investigação que analisa profundamente uma unidade, que pode ser um sujeito, um grupo, ou uma instituição, sendo que o objeto estudado é “considerado como uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situado” (SERVO, 2001, p. 97).

Segundo Yin (2015, p.21), um estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Para Ludke e André (2013) há alguns princípios ou características relacionadas ao estudo de caso, a saber: Visa à descoberta de novos elementos que podem emergir durante o estudo, mesmo que o investigador busque partir de pressupostos iniciais; Há ênfase na interpretação do contexto, ou seja, para apreender o objeto de estudo é necessário considerar o contexto em que se situa; Busca retratar a realidade de forma profunda e completa, compreendendo a complexidade natural das situações, procurando, também, representar os diferentes e por vezes conflitantes pontos de vista na situação.

Em convergência, Servo (2001) aponta que o valor de um estudo de caso está relacionado à possibilidade de aprofundamento da análise dos dados, inclusive conflitantes. Assim, compreendo que a partir dessa perspectiva é possível aprofundar a análise da produção do cuidado ao idoso, a partir da Teoria das Representações Sociais.

### 3.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Na pesquisa qualitativa, o trabalho de campo consiste no recorte empírico da construção teórica, que possibilita a aproximação do pesquisador à realidade estudada e interação com “atores” que compõem esse contexto (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; MINAYO, 2014). Assim, a cidade escolhida para a realização do estudo foi Feira de Santana – BA, tendo como recorte empírico as Unidades de Saúde da Família (USF).

Feira de Santana, segundo maior município do Estado da Bahia, está localizado a 108 km de Salvador e situado no polígono das secas, tendo sua origem no desenvolvimento do comércio de gado no final do século XVIII (Figura 3) (FEIRA DE SANTANA, 2010).



Figura 3: Mapa da cidade de Feira de Santana

Fonte: IBGE (2017)



De acordo com estimativas do IBGE (2017), o município possui atualmente uma população de 627.477 habitantes, distribuída em um território em torno de 1.338 km<sup>2</sup>. Alguns dados revelam que cerca de 82,8% da população reside na área urbana e 17,2 % na área rural. O número total de pessoas com 60 anos ou mais no município corresponde a 48.365 habitantes (Fig. 4), sendo 59,5% de mulheres idosas, o que converge com dados nacionais e regionais acerca da feminização do envelhecimento (FEIRA DE SANTANA, 2012).

A N O S	POPULAÇÃO IDOSA 60 ANOS E MAIS		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES
1970	8.482	3.767	4.715
1980	14.265	6.165	8.100
1991	22.450	9.706	12.744
2000	32.461	13.509	18.952
2010	48.365	19.567	28.798

Figura 4: População Residente de 60 anos e mais por sexo no município de Feira de Santana, Bahia 1970-2010

FONTE: FEIRA DE SANTANA (2012)

O município de Feira de Santana apresenta um índice de envelhecimento populacional de 22,95 %, o que significa que há aproximadamente 23 pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade no município (Fig. 4) (FEIRA DE SANTANA, 2012).

ANOS	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO		
	FEIRA DE SANTANA	BAHIA	BRASIL
1970	6,74	-	7,5
1980	7,74	9,46	10,49
1991	9,73	12,04	13,91
2000	14,14	-	19,76
2010	22,95	32,65	36,11

Figura 5: Índice de Envelhecimento da população residente em Feira de Santana, Bahia e Brasil, 1970-2010

FONTE: FEIRA DE SANTANA (2012)

No que diz respeito à saúde, o município de Feira de Santana encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, a partir da assinatura do termo de compromisso em 2009. E, a partir do Plano Diretor de Regionalização do Estado, aprovado pela resolução CIB 132/2007, Feira de Santana continuou sendo o pólo da macrorregião Centro-Leste, congregando cinco microrregiões, e é sede de uma microrregião composta por vinte municípios (FEIRA DE SANTANA, 2010).

A rede municipal de serviços de saúde de Feira de Santana encontra-se em gradativa ampliação dispondo de 105 (cento e cinco) Equipes de Saúde da Família (EqSF) com 87 (oitenta e sete) Unidades de Saúde da Família (USF), 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 06 (seis) Policlínicas localizadas estrategicamente para atender as demandas de média complexidade<sup>4</sup>, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende ao município e regiões circunvizinhas, prestando assistência imediata à população.

Em relação à cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o teto estabelecido pelo Ministério da Saúde para cobertura de 100% da população é de 284 equipes de saúde da Família e 1420 ACS. No entanto, há um quantitativo de ACS para cobertura estimada da população em 92%, enquanto que a quantidade de equipes garante cobertura de apenas 63% da população de Feira de Santana. O Município conta ainda com 17 equipes do NASF tipo 1<sup>5</sup>, e 35 equipes de saúde bucal da modalidade I<sup>6</sup> (DATASUS, 2017).

A rede de atenção à saúde da pessoa idosa em Feira de Santana dispõe de ações e serviços de média e alta complexidade, contando com a existência do centro de convivência Dona Zazinha Cerqueira, hierarquicamente pertencente à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Entretanto, o município não possui rede especializada ao atendimento das necessidades dessa parcela significativa da população, contando com o apoio do Centro de Referência Estadual de Atenção à saúde do Idoso (CREASI), localizado na cidade de Salvador, atendendo os idosos, com declínio funcional, que necessite de atenção especializada.

---

<sup>4</sup> Dados fornecidos pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, em julho de 2016.

<sup>5</sup> O NASF tipo 1 é composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco (BRASIL, 2009).

<sup>6</sup> A Equipe de Saúde Bucal modalidade I é composta por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em Feira de Santana existem três (3) ILPI, o Lar do Irmão Velho, o Dispensário Santana e a ILPI da Associação Feirense de Assistência Social (AFAS). Em virtude do quantitativo de idosos que necessitam desse tipo de residência essa quantidade de instituições é insuficiente para atendimento ao município<sup>7</sup>.

Na alta complexidade, o município conta com os serviços de três hospitais públicos estaduais, o Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Hospital Estadual da Criança (HEC), o Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HERL), um hospital municipal especializado, o Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS) também conhecido como Hospital da Mulher, e um hospital filantrópico de direito privado, que faz parte da rede complementar de saúde do SUS, o Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA).

Para Minayo (2014), é necessário que o pesquisador delimite o espaço da pesquisa e justifique sua escolha, a partir de critérios de escolha dos locais de investigação. Nesta perspectiva, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão para escolha das Unidades Saúde da Família (USF), recorte empírico da investigação:

- Estar localizado em um bairro de grande extensão territorial e populacional;
- Possuir equipe mínima completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agentes comunitários);
- USF possuir no mínimo seis (6) meses de implantação na área;
- Compor campos de prática/estágio curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Assim, a pesquisa foi realizada em cinco (5) Unidades de saúde da família do bairro Campo Limpo, pois preenchiam todos os critérios de inclusão delineados previamente. Este é o segundo bairro mais populoso do município de Feira de Santana, com 47.060 habitantes, composta em sua maioria por mulheres (52%), e 7,42 % da população do bairro corresponde a pessoas de 60 anos ou mais.

As Unidades de Saúde da Família selecionadas são lócus de ensino prático dos cursos de Enfermagem, Medicina e Farmácia da Universidade Estadual de Feira de Santana, além de compor o cenário de programas de extensão desenvolvidos pela universidade, como o PET-Saúde, possibilitando uma maior abertura da equipe à participação em pesquisas e projetos de intervenção que dela resultar.

---

<sup>7</sup> Dados fornecidos pela Enfermeira responsável pela área técnica em saúde do idoso na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana BA, em março de 2016.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os membros das Equipes de saúde de USF do bairro campo limpo do município de Feira de Santana, sendo considerados os seguintes: Enfermeiros, auxiliar/técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médicos.

Foram adotados como critérios de inclusão: Profissionais em pleno exercício profissional; Profissionais com mais de seis (6) meses de atuação na USF. E como critérios de exclusão: Profissionais que estivessem afastados do serviço por motivo de férias, licença médica e/ou maternidade durante o período da coleta de dados; Profissionais que tivessem menos de seis (6) meses de atuação na Unidade de Saúde da Família.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento, a abrangência e diversidade da compreensão do fenômeno investigado pelo grupo social, instituição ou organização, e assim, os participantes incluídos na pesquisa devem refletir as múltiplas dimensões do objeto em estudo (MINAYO, 2014), objetivando maximizar a oportunidade de compreender diferentes posições tomadas pelos membros do grupo social (BAUER; GASKELL, 2002).

Nesse sentido, na abordagem qualitativa não há preocupação com o quantitativo dos participantes, pois o universo da pesquisa não são os sujeitos em si, mas suas representações e conhecimentos (MINAYO, 2014). Assim, não foi estabelecida a quantidade de participantes do estudo previamente, as entrevistas foram cessadas quando as falas apresentadas pelos indivíduos atingiram uma regularidade de apresentação, atingindo a saturação de dados, sendo entrevistados 13 participantes.

O sigilo sobre o nome dos participantes foi preservado, sendo estes foram identificados com a abreviatura Ent. (Entrevistado), seguido do número indicativo à ordem da entrevista (Ent.1, Ent. 2 e assim por diante).

**Quadro 3** Caracterização dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2016.

Nº do entrev.	Sexo	Idade	Profissão/ Ocupação	Atuação na USF	Vínculo Empregatício	Outros vínculos Empregatícios
Ent.1	Feminino	45 anos	Agente Comunitário de Saúde	8 anos	Concursada	Não
Ent.2	Feminino	40 anos	Agente Comunitário de Saúde	8 anos	Concursada	Não
Ent.3	Feminino	63 anos	Agente Comunitário de Saúde	14 anos	Concursada	Não
Ent.4	Feminino	38 anos	Agente Comunitário de Saúde	12 anos	Concursada	Não
Ent.5	Feminino	36 anos	Enfermeira	3 anos	Cooperativa	Docência Hospital
Ent.6	Feminino	41 anos	Técnico de Enfermagem	6 anos	Cooperativa	Home Care
Ent.7	Feminino	41 anos	Enfermeira	15 anos	Cooperativa	Docência
Ent.8	Masculino	35 anos	Médico	3 anos	Programa mais Médicos	Hospital
Ent.9	Feminino	31 anos	Técnico de Enfermagem	3 anos	Cooperativa	Não
Ent.10	Feminino	40 anos	Enfermeira	3 anos e 6 meses	Cooperativa	Não
Ent.11	Masculino	65 anos	Médico	10 anos	Cooperativa	Clínica
Ent.12	Feminino	30 anos	Enfermeira	3 anos e 11 meses	Cooperativa	Não
Ent.13	Feminino	44 anos	Agente Comunitário de Saúde	18 anos	Concursada	Não

No quadro 3, apresentamos a caracterização dos participantes do estudo, totalizando 13 profissionais de saúde, sendo cinco (5) agentes comunitários de saúde, quatro (4) enfermeiras, duas (2) técnicas de enfermagem e dois (2) médicos. Quanto à idade, variou de trinta (30) a sessenta e cinco (65) anos, apenas dois participantes eram do sexo masculino. O Tempo de atuação na USF variou de três (3) a dezoito (18) anos, o vínculo empregatício em sua maioria era por meio de cooperativa, valendo destacar a presença de um profissional do Programa Mais Médicos.

### 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Partindo da percepção de Teixeira et al (2013), compreendemos que as pesquisas que envolvem o imaginário social e a Teoria das Representações Sociais, enquanto marco teórico de análise, permitem a utilização diversificada de técnicas de coleta de dados para possibilitar a apreensão de informações.

A entrevista, em seu sentido amplo de comunicação verbal e de coleta de informações sobre determinada temática, constitui uma das principais técnicas de coleta de dados usada em pesquisas qualitativas, desempenhando um importante papel científico (OLIVEIRA, 2009; MINAYO, 2014).

A pesquisa que se utiliza de entrevistas é considerada, por Bauer e Gaskell (2002), como um processo social em que as palavras são meios de trocas de ideias, significados e interação, assim, o entrevistador e entrevistado são produtores de conhecimento e buscam explorar e desenvolver variadas realidades e percepções. Nessa perspectiva, Silva e Ferreira (2012) destacam a importância da utilização da entrevista como técnica de coleta de dados em estudo que possuem como marco teórico as representações sociais, pois oportuniza ao pesquisador o acesso a um diálogo com os sujeitos sobre o fenômeno investigado, percorrendo o campo subjetivo, das ideias e significados, a partir da espontaneidade e interação dos sujeitos.

Assim, para alcançar o conteúdo manifesto e latente das representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso, utilizei a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados que possibilitou a imersão no universo dos sentidos e significados atribuídos pelos participantes ao objeto em estudo, acompanhada de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A) com temáticas que foram discutidas pelo entrevistado (MINAYO, 2014), permitindo ao pesquisador o direcionamento do diálogo para

o alcance dos objetivos propostos sem, contudo, cercear a liberdade e a espontaneidade dos entrevistados, possibilitando perceber os elementos das representações sociais verbalizados pelos entrevistados.

As entrevistas ocorreram em cinco (5) Unidades de saúde da Família selecionadas que atenderam aos critérios de seleção, no período de setembro a dezembro de 2016. O tempo de duração das entrevistas variou de dez (10) a vinte (20) minutos.

Houve dificuldades na realização das entrevistas, sobretudo na disponibilidade dos profissionais da ESF, havendo recusas, além de profissionais que não se enquadravam nos critérios de seleção, por ter menos de seis meses na unidade de saúde e estar de licença maternidade, por exemplo.

Todas unidades de saúde dispuseram de salas amplas e reservadas para realização das entrevistas, mantendo sigilo e privacidade dos participantes. Após a realização das entrevistas, foi iniciado o processo de transcrição das mesmas, para posterior análise.

### 3.5 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (ANEXO A) e da submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (ANEXO B).

A aproximação com o campo de estudo se deu após contato com os profissionais das EqSF, formalizando o convite para participarem do estudo. A participação dos mesmos foi condicionada à aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), após estarem cientes do tema, justificativa, objetivos, benefícios e riscos da mesma. Posteriormente, foi realizada a entrevista semi-estruturada, a partir do roteiro de entrevista (APÊNDICE A) previamente elaborado, em um ambiente tranquilo e com privacidade.

O instrumento de coleta de dados deve estar fundamentado à luz do marco teórico adotado no estudo, e assim possibilitar o alcance dos objetivos propostos. Nesse sentido, Silva e Ferreira (2012) sinalizam que ao construir um estudo acerca dos elementos essenciais à elaboração de um roteiro de entrevista semi-estruturado em pesquisas a partir da Teoria das Representações Sociais, recomendam que o instrumento aborde de perguntas que levantem os aspectos concretos do objeto, definidos e familiares até os mais abstratos e ambíguos.

Assim, as questões norteadoras foram: “Como você percebe o ‘ser idoso?’”, “Como você vê as necessidades dos idosos no contexto da ESF?”, “Qual seu entendimento sobre a produção do cuidado ao idoso?”, “Conte-me sobre suas experiências no cotidiano de trabalho em saúde para a produção do cuidado ao Idoso”,

Assim, após a coleta de dados, o material empírico produzido foi cuidadosamente preparado, iniciando pela transcrição das entrevistas na íntegra, em que as falas transcritas na íntegra compuseram um banco de dados para processamento.

### 3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Objetivando compreender as representações sociais revelados pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso por meio do conteúdo manifesto e latente presente nas falas, utilizo dois métodos de análise de dados: análise de similitude proposta por Pierre Ratinaud (2009) e análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que aconteceram em dois momentos, a saber: primeiro momento com a análise de similitude, e segundo momento com a análise de conteúdo.

#### 3.6.1 Primeiro Momento: Análise de similitude

A partir das falas transcritas iniciei o processo de leitura flutuante, e posteriormente a leitura exaustiva do material para construção do *corpus textual*. Nesse contexto, o corpus textual é entendido como um grupo de textos a respeito de uma determinada temática reunidos em um único arquivo de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Tais textos relacionam-se a uma produção de material verbal (escrito ou oral, com posterior transcrição), ou seja, material composto essencialmente pela linguagem, mostrando-se relevante em estudos sobre o conteúdo simbólico produzido por determinado fenômeno (JUSTO; CAMARGO, 2014), ou objeto, como nesta pesquisa.

Os materiais do corpus devem ter apenas um foco temático e homogeneidade linguística (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2013), assim, o material empírico foi separado em um corpus textual reunido em um arquivo de texto, a partir da seleção de falas que correspondia ao foco temático: representações sociais da produção do cuidado ao idoso para equipe de saúde da família.



O corpus textual foi processado pelo software de Análise Textual IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7, versão alpha 2, ilustrado na figura 6, que permite a realização de cinco (5) tipos de análises, tais como estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, nuvem de palavras, e por fim, a análise de similitude que elegemos para este estudo (CAMARGO; JUSTO, 2013).



Figura 6 Software IRAMUTEQ versão 0.7 alpha 2  
 FONTE: IRAMUEQ (2017)

Neste estudo, optei pela análise de similitude que se baseia na teoria dos grafos, e por ser utilizada comumente por pesquisadores na área de representações sociais. Esse tipo de análise possibilita

identificar as coocorrências entre os elementos e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual. Permite também identificar as partes comuns e as especificidades do vocabulário em função das variáveis descritivas identificadas na análise (MARCHAND; RATINAUD, 2012 apud JUSTO; CAMARGO, 2014, p. 49).

O software IRAMUTEQ foi inicialmente desenvolvido em língua francesa por Pierre Ratinaud (2009), mas já foi adaptado à diversas línguas inclusive a portuguesa, expandindo seu uso no Brasil a partir de 2013, dando destaque a área da saúde que tem se apropriado dessa ferramenta de forma ampla (KAMI et al., 2016). Apresenta acesso gratuito e

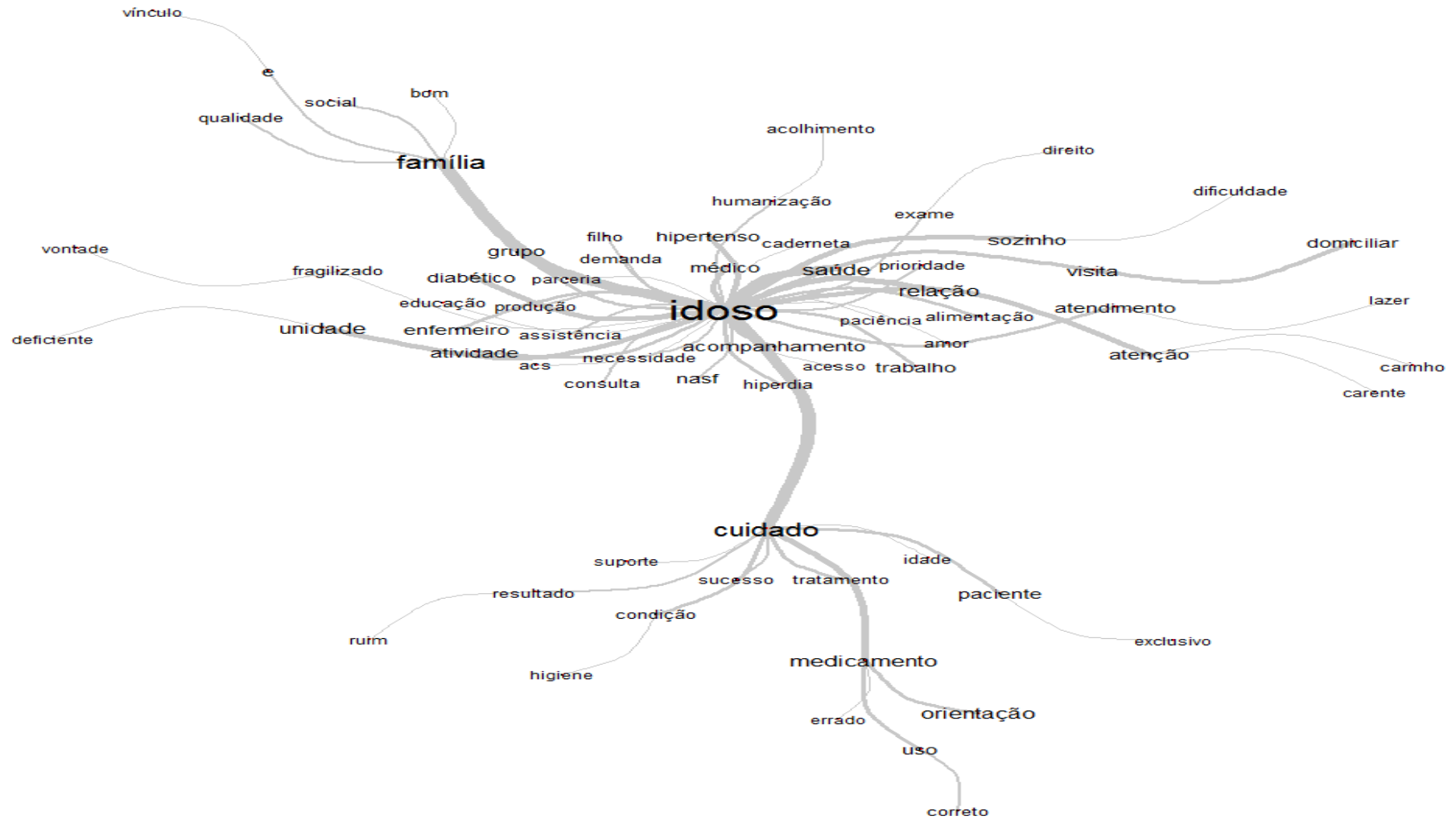
interface simples e facilmente compreendida, o que possibilita aos pesquisadores a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, possibilitando inúmeras contribuições ao campo de estudo das ciências humanas e sociais, sobretudo no campo das representações sociais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Assim, o software identifica a conexidade entre as palavras e constrói a árvore de similitude que representa a estrutura do corpus textual, sendo possível discernir a força de ligação entre as palavras a partir da espessura do grafo, e as palavras com maior número de conexão com outros elementos são aquelas de maior centralidade, (MOLINER, 1994), permitindo o estudo da organização dos elementos que compõem a representação investigada (PEREIRA, 2005), pois aponta o quanto as pessoas coincidem na forma de representar um objeto, a partir do princípio de similitude.

Por esse princípio, dois itens serão mais próximos em sua relação quanto maior for o número de sujeitos que os tratam da mesma maneira e que aceitem ou rejeitem os dois ao mesmo tempo. Assim, se entre um número X de palavras, algumas dentre elas são repetidamente escolhidas numa população, veremos que terão um índice de similitude alto; enquanto que, se forem escolhidas pouco frequentemente, seu índice de similitude será baixo. Em representação social, reconhece-se, numa representação, não apenas uma seleção de elementos constituintes, mas uma organização, um conjunto de relações entre elementos. Essas relações não são transitivas, mas de proximidade e simétricas. Ou seja, quanto mais os mesmos elementos são sempre afirmados para representar algo, maior a similitude entre eles e maior coesão na representação. (LIMA et al., 2009, p. 110)

Assim, através dessa análise é possível identificar a organização das representações sociais pelo princípio de similitude, quer dizer, o quanto as pessoas se assemelham na maneira de representar determinado objeto, pois quanto maior o número de sujeitos que represente um objeto da mesma forma, tratando-o a partir de elementos com proximidade, maior será seu índice de similitude (LIMA et al., 2009).

A partir da construção da árvore máxima de similitude, ilustrada na figura 7, procedi à categorização dos dados associando-o com a análise de conteúdo, para tratar os resultados obtidos e realizar a interpretação, conforme sintetizado na figura 7. Afinal, como pontua Justo e Camargo (2014, p.2) “por mais que os dados tenham sido processados [...] eles por si mesmo nada falam, necessitando da interpretação do pesquisador”, ou seja, como o software não é um método de análise de dados, apenas faz o processamento dos dados, a interpretação se torna responsabilidade essencial do pesquisador (KAMI et al., 2016) .



**Figura 7** Árvore máxima de Similitude para produção do cuidado ao idoso, segundo representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, 2017

### 3.6.2 Segundo Momento: Análise de conteúdo

O método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011) foi utilizado para analisar os dados coletados na entrevista semi-estruturada. Para Natt e Carrieri (2014), a teoria das Representações Sociais e a Técnica de Análise de Conteúdo são complementares, a partir da perspectiva do processo de comunicação como ponto comum, e são modos de interpretação da realidade, refletindo os comportamentos e práticas sociais dos participantes.

A Técnica de Análise de Conteúdo se refere a um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 42), centra sua intenção na inferência dos conhecimentos, e busca atingir uma profunda compreensão dos significados manifestos, relacionando as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, através das entrevistas transcritas pude iniciar uma leitura de primeiro plano das falas até atingir um nível profundo das informações, ultrapassando os conteúdos manifestos no material coletado e articulando-os a outras características como o contexto cultural, variáveis psicossociais e o processo de construção da mensagem (MINAYO, 2014).

Para isso, a Técnica de Análise de Conteúdo se organiza em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e a interpretação (BARDIN, 2011), conforme ilustrado na figura 8.

A fase da **pré-análise** refere-se à organização dos dados propriamente dita, assim, realizei a leitura flutuante e a constituição do *corpus* de análise. Na leitura flutuante, deixei-me invadir por impressões do conteúdo, a partir do contato direto, intenso e exaustivo com o material para análise. O *corpus*, segundo Bardin (2011), é o conjunto de documentos e materiais que são submetidos aos procedimentos analíticos na pesquisa, sendo assim, sua constituição está relacionado às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, consideradas de validade qualitativa:

*exaustividade*: que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro;  
*representatividade*: que ele contenha as características essenciais do universo pretendido;  
*homogeneidade*: que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratadas, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores;  
*pertinência*: que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho. (MINAYO, 2014, p. 316).

Assim, do ponto de vista qualitativo essas regras foram observadas, a saber: o roteiro contemplou os aspectos levando a exaustividade dos materiais possibilitando, assim, a análise; a representatividade se traduz a partir das características essenciais dos participantes do estudo; a homogeneidade se faz visível a partir de critérios pré-estabelecidos das temáticas tratadas, a técnica de coleta utilizada e os participantes do estudo. Por fim, a pertinência se fez presente a partir do material e técnica adotada para atingir o objetivo do estudo.

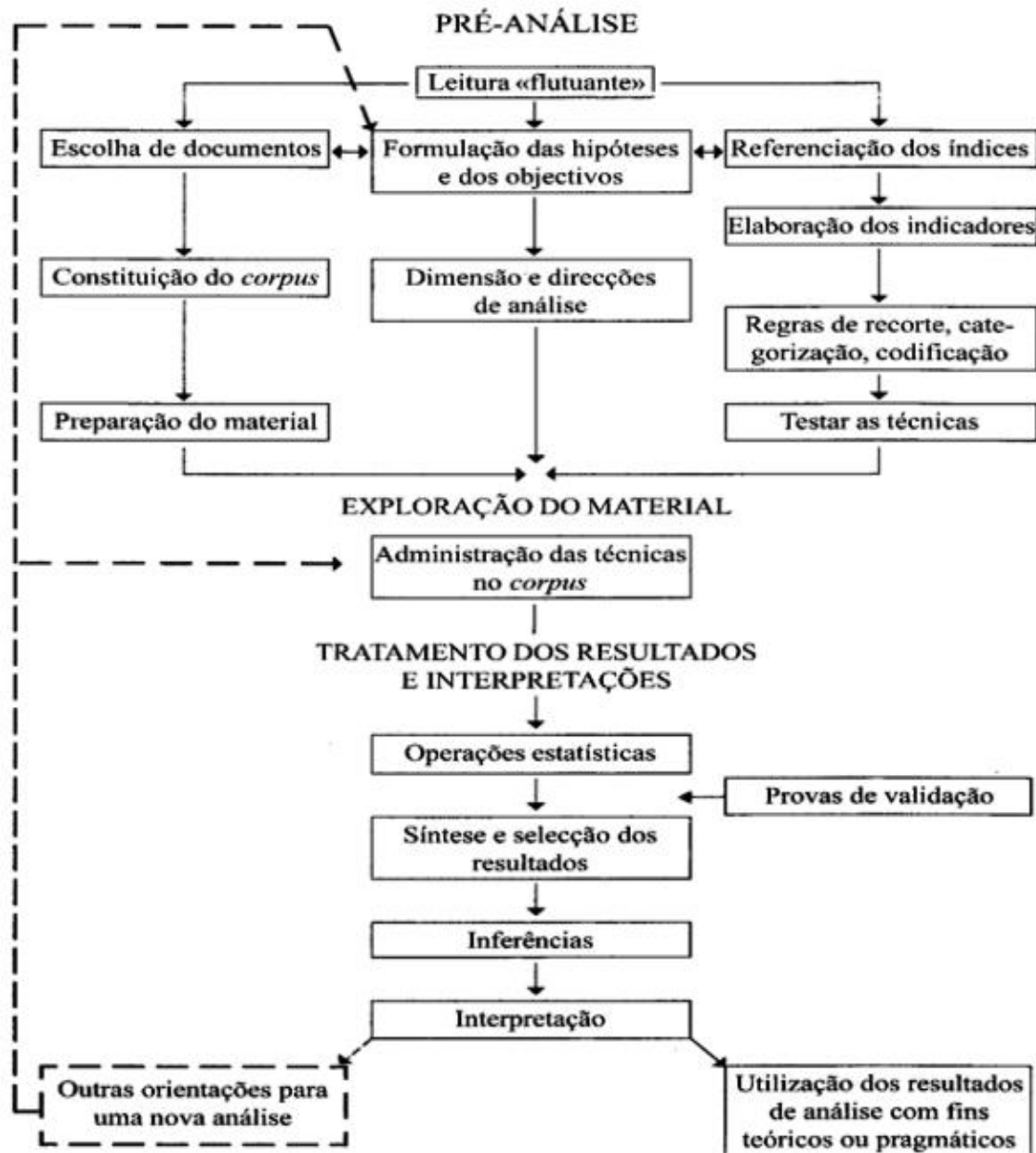


Figura 8: Desenvolvimento de uma análise de conteúdo  
Fonte: BARDIN (2011)

Após isso, iniciei a fase de **exploração do material** que consiste em operações de codificação em que os dados são transformados e agregados em unidades de registro, considerada como “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento do conteúdo, a considerar como unidade de base, visando à categorização”, podendo equivaler a recortes semânticos como tema, palavra ou frase (BARDIN, 2011, p. 104). As unidades de registro apreendidas foram: significado de ser idoso, produção do cuidado ao idoso, facilidades e dificuldades no desenvolvimento da produção do cuidado ao idoso.

**Quadro 4** Síntese das entrevistas dos trabalhadores de saúde da ESF entrevistados, Feira de Santana, 2016

Unidades de Registro	Ent. 1	...	Ent. 13	Síntese Horizontal
Significado de ser idoso				
Produção do cuidado				
Facilidades no desenvolvimento da produção do cuidado				
Dificuldades no desenvolvimento da produção do cuidado				
Síntese vertical				

Assim, foi possível ordenar os dados segundo as unidades de registro (quadro 4), para proceder à análise no sentido vertical, que corresponde à leitura e interpretação das falas de cada indivíduo separadamente, e também, a análise no sentido horizontal, que equivale à leitura e interpretação dos dados do grupo social participante da pesquisa.

Posteriormente, associei a análise de similitude à análise de conteúdo, buscando as similaridades entre a estrutura da árvore de similitude e as unidades de registro resultantes da análise de conteúdo para proceder à categorização.

Assim, na terceira fase, que equivale ao **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, propus inferências e interpretação, relacionando com o quadro teórico-científico existente (BARDIN, 2011).

Em síntese, conforme ilustrado na figura 9, após a coleta de dados procedi à transcrição das entrevistas e iniciei a leitura flutuante e exaustiva. Com isso, foi realizada

constituição dos corpus textuais para processamento no software IRAMUTEQ e construção da árvore de similitude (1º momento). No segundo momento iniciamos a constituição do corpus de análise e exploração dos materiais, para proceder à categorização. Assim, no momento da categorização, tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram considerados em conjunto os dados obtidos da árvore de similitude e da análise de conteúdo.



**Figura 9:** Fluxograma sintetizando a fase de análise dos dados

**FONTE:** Elaborado pela autora

A partir desse processo apresentado ao longo desse item, foi possível apreender o conteúdo latente e manifesto das representações sociais dos sujeitos, emergindo três categorias de análise: “Ser idoso” na concepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família; Olhares sobre a produção do cuidado ao idoso: o sujeito como “objeto” da intervenção ou “centro” do cuidado em saúde?; Interface entre a família e a equipe de Saúde da Família: Possibilidades de (re)significar as práticas de cuidado à saúde do idoso.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um trabalho de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo respeitou os princípios bioéticos da autonomia, não-maleficência, beneficência, e justiça, e as normas e diretrizes contidas na Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, considerando a dignidade humana e proteção devida aos participantes da pesquisa, visando assegurar direitos e deveres dos mesmos em todas as fases do estudo (BRASIL, 2012c).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, no qual foi avaliado e aprovado pelo protocolo 56706016.6.0000.0053, número do parecer 1.639.911. Sendo assim, o processo de coleta de dados foi iniciado somente após sua devida apreciação e aprovação.

Em respeito ao princípio da autonomia, os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, os possíveis riscos, benefícios e os procedimentos que seriam realizados, e assim, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Foi mantido e garantido o sigilo, a privacidade e a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer penalidade (BRASIL, 2012c). O TCLE informa a justificativa, objetivos, possíveis riscos e benefícios provenientes do estudo, procedimentos realizados na pesquisa, em linguagem clara e acessível.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas “*ipsis litteris*” para análise, sendo, posteriormente, guardadas em CD-R por um período de cinco (5) anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, após esse período serão destruídos.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao desconforto devido ao constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas, visto que foram abordadas as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao idoso, que está atrelado ao seu cotidiano de trabalho.

Esta pesquisa tem como benefícios proporcionar reflexões sobre a produção do cuidado ao idoso no contexto da ESF, articulado com a rede de serviços do SUS. Desta forma, respeitando os princípios da não-maleficência e beneficência, percebemos que os riscos desta pesquisa foram superados pelos benefícios haja vista que possibilitará avanços em direção a uma (re)construção e/ ou ressignificação do cuidado ao indivíduo idoso.



#### **4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO REVELADAS PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

*[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade. (Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU)*

As representações sociais sobre produção do cuidado ao idoso produzidas pelos profissionais atuantes na Equipe da Estratégia de Saúde da Família serão apresentadas, analisadas e discutidas nesse item, atendendo ao objetivo proposto por este estudo.

Apresentarei as representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso apreendidas a partir dos discursos dos profissionais da ESF e através da análise de similitude, que expressam a organização dos conteúdos da representação social, explorando as coocorrências e conexidade entre as palavras do texto oral.

As representações sociais dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao idoso produzem sentidos e significados vinculados à sua prática profissional, direcionando suas ações e condutas no saber-fazer cotidiano em saúde. Assim, podemos compreender que as representações sociais perpassam um conjunto de saberes construídos pelo grupo social - profissionais de saúde da ESF- representando um objeto – produção do cuidado ao idoso-, carregando suas marcas, história de vida, valores, crenças e formação profissional.

As representações sociais sobre a produção do cuidado orientam as atitudes e ações dos profissionais de saúde da ESF, justificando seus comportamentos. Assim, compreendemos que esses profissionais transformam o objeto - produção do cuidado - que causaria um estranhamento, ou não-familiaridade, por não saber como concretizá-lo, em algo familiar a partir de elementos de sua realidade.

Dito em outras palavras, em suas representações sociais os profissionais de saúde da ESF utilizam elementos de seu universo cotidiano para transformar a produção do cuidado ao idoso em algo familiar, próprio e concreto.

Então, o conhecimento acerca das representações sociais desse objeto para esses sujeitos possibilita acessar os saberes que orientam as práticas em saúde, auxiliando na compreensão das ações e condutas, podendo ainda transformar as práticas em saúde, a partir do encontro desses indivíduos com suas representações e subjetividade.

Na árvore máxima de similitude produzida a partir dos discursos dos entrevistados e processado pelo software IRAMUTEQ, observamos que a palavra “Idoso” possui maior centralidade e forte conexidade com as palavras “Cuidado” e “Família”, que aparecem estruturando a árvore em outros dois polos.

Nesse sentido, para apresentar e analisar os resultados encontrados, a árvore máxima gerada pela análise de similitude foi seccionada em três partes, levando em consideração a centralidade e conexidade das palavras “Idoso”, “Família” e “Cuidado”, para facilitar a apresentação e discussão dos conteúdos, gerando três categorias: “Ser idoso” na concepção dos profissionais da ESF; Olhares sobre a produção do cuidado ao idoso: o sujeito

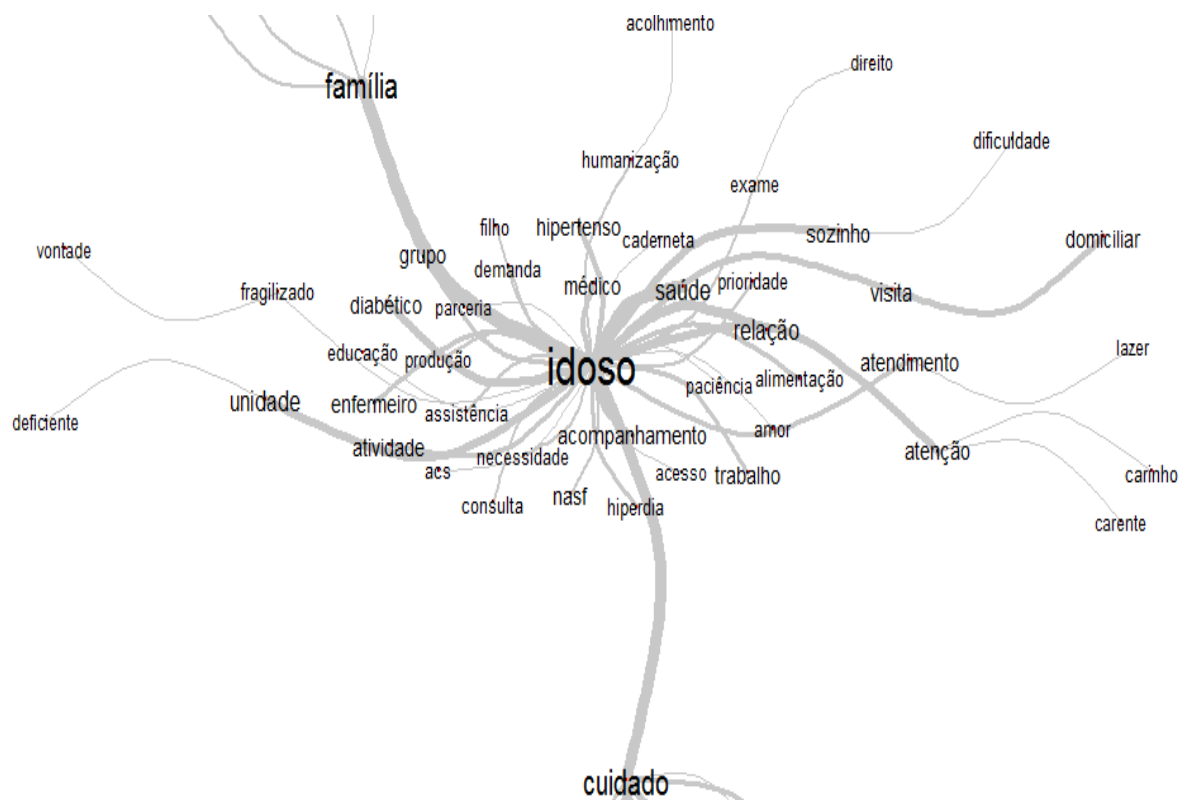
como “objeto” da intervenção ou “centro” do cuidado em saúde?; Interface entre a família e a equipe de saúde da Família: Possibilidades de (re)significar as práticas de cuidado à saúde do idoso.

Assim, nesse item discuto as representações originadas a partir da análise de conteúdo apreendidas nos relatos de equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre produção do cuidado ao idoso, correlacionando com a organização destes discursos apresentado pela análise de similitude, que também guiou a elaboração das subcategorias.

#### 4.1 “SER IDOSO” NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta categoria se delineou a partir da centralidade da palavra “Idoso” na estrutura organizacional das representações sociais sobre produção do cuidado, a partir da análise de similitude e do conteúdo dos discursos.

O termo idoso aparece com maior centralidade na árvore máxima de similitude, conforme ilustrado em seu recorte na figura 10, estabelecendo ligações com outras palavras de dimensões biológicas, subjetivas e normativas, por exemplo, assistência, necessidade, acompanhamento, humanização, acolhimento, paciência, atenção, carente, fragilizado, deficiente, filho.



**Figura 10** Recorte da árvore de similitude com termo idoso em centralidade

Para os participantes do estudo “ser idoso” significa alcançar a última fase da vida e acumular experiências diversas ao longo da vida, tornando o indivíduo experiente e dotado de sabedorias. Vejamos o fragmento de discurso, a seguir:

Ser idoso é passar pelas etapas da vida, chegar na última etapa “né”? a gente fala a última etapa, porque é a criança, é adolescente, é adulto, e é a fase idosa ,que

geralmente é aquela fase da expectativa, o que vai acontecer daqui pra frente? E ser idoso pra mim é um ser que deixa um grande bagagem de experiência, é a pessoa que ajudou o Brasil ir pra frente, é aquele sei que deu sua colaboração, sua participação, também pra quê hoje os jovens e adultos tivéssemos aqui. (Ent. 2)

O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, adolescência, e sofre influências biopsicossociais e da história do sujeito (FERREIRA et al., 2010). Na antropologia, compreende-se que a velhice compõe o ciclo de vida do ser humano, sendo assim, pertencente à última etapa antes da morte, tornando-os ligados aos determinantes culturais e biológicos do envelhecimento, e ao mesmo tempo, vinculados ao mundo em que vivem (MINAYO, 2011).

No imaginário do grupo social pesquisado perpassa uma concepção biologicista do significado do “ser idoso” na sociedade atual, correlacionado a existência da velhice ao aparecimento de doenças, e conseqüentemente, maiores necessidades de saúde e cuidado, além de diversas limitações em seu fazer cotidiano, implicando restrições em seu modo de andar a vida, autonomia e autocuidado.

Percebo o ser idoso como um indivíduo que tem as suas necessidades específicas, cuidados específicos, uma legislação específica, então é um paciente diferenciado em relação a outras faixas etárias, eu percebo dessa maneira. [...] O ser idoso... Já existem patologias são mais prevalentes no idoso, o idoso mais comumente sofre de sequelas de enfermidades, tem aquelas limitações que as vezes faz com que o idoso seja um paciente acamado, um paciente com limitações de locomoção, enfim...é um paciente que tem suas necessidades básicas e específicas relacionadas a faixa etária, então a maneira, minha como médico de encarar o idoso é diferente por exemplo, do adulto mais jovem, da criança, é um ser que precisa de um acompanhamento, de um histórico mais detalhado, de um diagnóstico mais preciso, eu encaro dessa maneira. (Ent. 11)

Essas representações sociais apreendidas sinalizam para a necessidade de ampliar os horizontes e encarar o envelhecimento como uma fase natural do ciclo de vida do ser humano, que assim como as outras fases é merecedora de cuidados e atenção específica segundo suas necessidades, considerando a heterogeneidade do envelhecimento, buscando novas formas de olhar, cuidar e inserir o idoso no contexto social, e entendendo-o como um sujeito com história de vida singular, vivências significativas, crenças e valores que marcam o seu modo de ser e estar no mundo.

Autores como Brunnet et al. (2013), Ferreira (2010), Santos e Santana (2005), Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) apontam a coexistência de diferentes imagens do envelhecimento na sociedade atual e que, ainda assim, prevalece a visão de uma fase marcada por perdas, declínio e limitações físicas, sendo, por vezes, a imagem do idoso

associada à aspectos negativos, mitos, estereótipos e preconceitos, cujas razões relacionam-se, também, à sociedade ocidental atual centrada na produtividade, dinamismo e rendimento.

Esta perspectiva é coerente com os resultados encontrados em nosso estudo cujas representações mostram que a imagem do idoso é percebida pelos profissionais de saúde enquanto um sujeito carregado de limitações, e associado a um processo de adoecimento crônico e dependência, ou seja, envelhecer para os profissionais trás consigo o ônus do aparecimento de diversificadas doenças, como se adoecer fosse intrínseco à condição de ser idoso, por conseguinte, essencial o acompanhamento e cuidado ainda mais específico para este público. Os fragmentos das falas a seguir dão visibilidade a tais representações:

Ser idoso tem uma certa **limitação por causa da idade**, e com o chegar da idade tem algumas **doenças também que é decorrente do idoso mesmo**. Como eu vejo o idoso... eu vejo que é uma pessoa que merece mais atenção mais carinho, porque eu acho o idoso um pouco carente[...] (Ent. 5, grifo nosso)

O idoso vai chegando... Ele já não tem mais a mesma audição, a mesma visão, já não tem mais aquela agilidade pra andar, entendeu? Geralmente eles tem essa doença que é a... o Alzheimer, vai esquecendo as coisas, são várias doenças que acometem o idoso, então eles precisam de cuidados todo especial...como criança [...] tem pessoas com 70 anos, às vezes, com 65 anos já tem uma certa dificuldade até de memória,"né"? Já não tem mais a mesma agilidade, já não anda sozinho, porque tem problemas de ossos de doenças que acometem por exemplo as articulações, problema de artrose, de artrite... propício a ser mais bem cuidado, ser olhado com mais atenção. (Ent. 3)

Tais concepções vinculam-se ao conjunto de crenças e significações da realidade social do sujeito (profissionais de saúde) que interpreta o objeto (idoso), influenciando sua subjetividade, suas práticas sociais e a construção de representações sociais. Nesse sentido, entendemos que estas percepções dos profissionais de saúde influem na consolidação de suas representações sociais acerca da produção do cuidado ao idoso.

Para Minayo (2011) igualar o envelhecimento a uma doença é um dos maiores mitos que precisamos vencer na atualidade, haja vista que esse fato leva em consideração apenas a dimensão biologicista e reflete a medicalização da velhice no mundo ocidental, sendo regulado por normas, sobretudo, para pensarmos de forma preventiva, ou até assumir suas disfunções e distúrbios. Ainda segundo a autora, independente do idoso possuir autonomia (ou não) ou alguma enfermidade nada pode substituir ou impedir a condição da existência do indivíduo.

Corroborando com os dados do nosso estudo, Ferreira et al. (2010) evidenciaram uma representação do envelhecimento ancorada em termos como velho, limitação, doença, inútil. Tal associação se deve, em parte, ao fato do envelhecimento suscitar uma série de

transformações anatomopatológicas que, por vezes, provocam doenças crônicas, fragilidade e dependência.

Congruente com essa visão, então, os profissionais de saúde da ESF compartilham uma imagem do idoso como uma pessoa vulnerável, frágil, e que por esse motivo precisa de mais assistência em saúde, ações educativas e acompanhamento. Quer dizer, na visão dos profissionais de saúde, a produção do cuidado deve-se, sobretudo, em virtude da vulnerabilidade e fragilidade dos sujeitos idosos.

Ser idoso é uma pessoa frágil entre aspas, uma pessoa que ao longo do tempo vai aparecendo as doenças né? Como diabetes, hipertensão, problemas de ossos, [...] pessoas que na realidade precisa de um atendimento mais complexo, ser mais assistidos, né? Eu acho isso. [...] Devido ao envelhecimento tem que vir ao médico sempre [...] porque adoce e precisa ser atendido, precisa de um acompanhamento, da família, da unidade, do agente comunitário pra tá orientando essas coisas. (Ent. 3)

[...] São pessoas mais vulneráveis que precisam de uma maior assistência, muitos são hipertensos, diabéticos, têm problemas de insônia pra dormir, de depressão, artrose, artrite... são pessoas que precisam não só do nosso atendimento de assistência, mas também das ações educativas. (Ent.7)

O termo vulnerabilidade no envelhecimento tem sido recorrentemente usado para se referir aos idosos com susceptibilidade de desenvolver incapacidades, limitações e deficiências no desenvolvimento de atividades e participação (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010). Por sua vez, a vulnerabilidade individual é o que uma pessoa pensa, faz, os lugares sociais que ocupa, e que o expõe a um agravo em saúde. Logo, as alterações biológicas do idoso, associadas à idade cronológica avançada, tornam o idoso mais susceptível à ação de doenças, incapacidades e probabilidade de morte (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Atrelado à vulnerabilidade e fragilidade, a construção da imagem do idoso para os profissionais de saúde da ESF está ligado à crença de que seu comportamento se assemelha ao de uma criança, denotando uma infantilização da vida na velhice e um modo de cuidar um tanto paternalista, sugerindo que a velhice é um retorno à infância. É o que observamos no depoimento a seguir:

Eu acho que o idoso seria o que? Seria uma criança [...] precisa realmente de cuidados especiais, um cuidado alimentar, cuidado físico, psicológico... Então olhando pra esse lado, eu acho que existe essa necessidade de um acompanhamento realmente psicológico, físico e mental para o idoso.[...] (Ent. 1)

A comparação entre infância e velhice, a infantilização do idoso, é uma prática recorrente, que fortalece a visão de dependência dos idosos, ignorando suas experiências, suas

histórias de vida, suas capacidades, e desrespeitando ainda mais a autonomia do sujeito, considerando-o incapaz de decidir o que é melhor para si, consistindo, de certa forma, uma agressão à dignidade do paciente (SANTOS, et al., 2016).

Tais percepções e saberes relacionados à velhice e o idoso impactam significativamente as práticas de cuidado em saúde, tendo em vista suas influências no estabelecimento das relações entre os profissionais e os sujeitos, e a intersubjetividade presentes em seus encontros.

A infantilização da velhice pressupõe atitudes paternalistas que vão de encontro ao cuidado ético, que compreende a pessoa e sua história de vida, valoriza a dignidade humana, autonomia e liberdade de escolha. Além disso, o cuidado ao idoso deve pautar-se na integralidade com vistas a promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação, nesse sentido, os profissionais precisam desconstruir suas práticas baseadas no modelo paternalista e tecnicismo que não favorecem o estabelecimento de relações terapêuticas, efetivas e interdisciplinar (LENARDT, 2010; SANTOS, 2016).

As representações sociais reveladas pelos profissionais da ESF sugerem também outra característica atribuída ao idoso como elemento intrínseco à sua condição existencial é a necessidade de atenção especial, atrelado ao processo natural de carência vivenciada pelos idosos, segundo a percepção dos profissionais. Coerente com essas ideias, para Brito (2014) as representações sociais da velhice estão ancoradas na crença de que se consegue atingir o auge do desenvolvimento nesta fase da vida, e partir daí inicia-se involução e regressão dos sujeitos, influenciando na adoção de comportamentos infantis e sentimentos de carência. Vejamos o discurso, a seguir:

O idoso é um paciente que necessita de uma atenção maior que devido à carência, devido à idade e até mesmo a falta de cuidado dos próprios parentes que não tem, que deixa o idoso sozinho solto em casa...pra mim o idoso é ... Eu tenho como uma criança, que ele precisa de cuidados mais alimentado do que a própria criança porque o idoso se sente só se sente abandonado. (Ent. 5)

Assim, nas representações sociais apreendidas pelos profissionais de saúde, o idoso carrega em si marcas próprias em virtude do envelhecimento, como a fragilidade, vulnerabilidade e adoecimento crônico, logo, são atribuídos a eles uma condição necessária de cuidado específico e especial, atenção e maior dedicação no cuidado, tal qual é destinado a uma criança. O fragmento de discurso a seguir traduz essa representação:

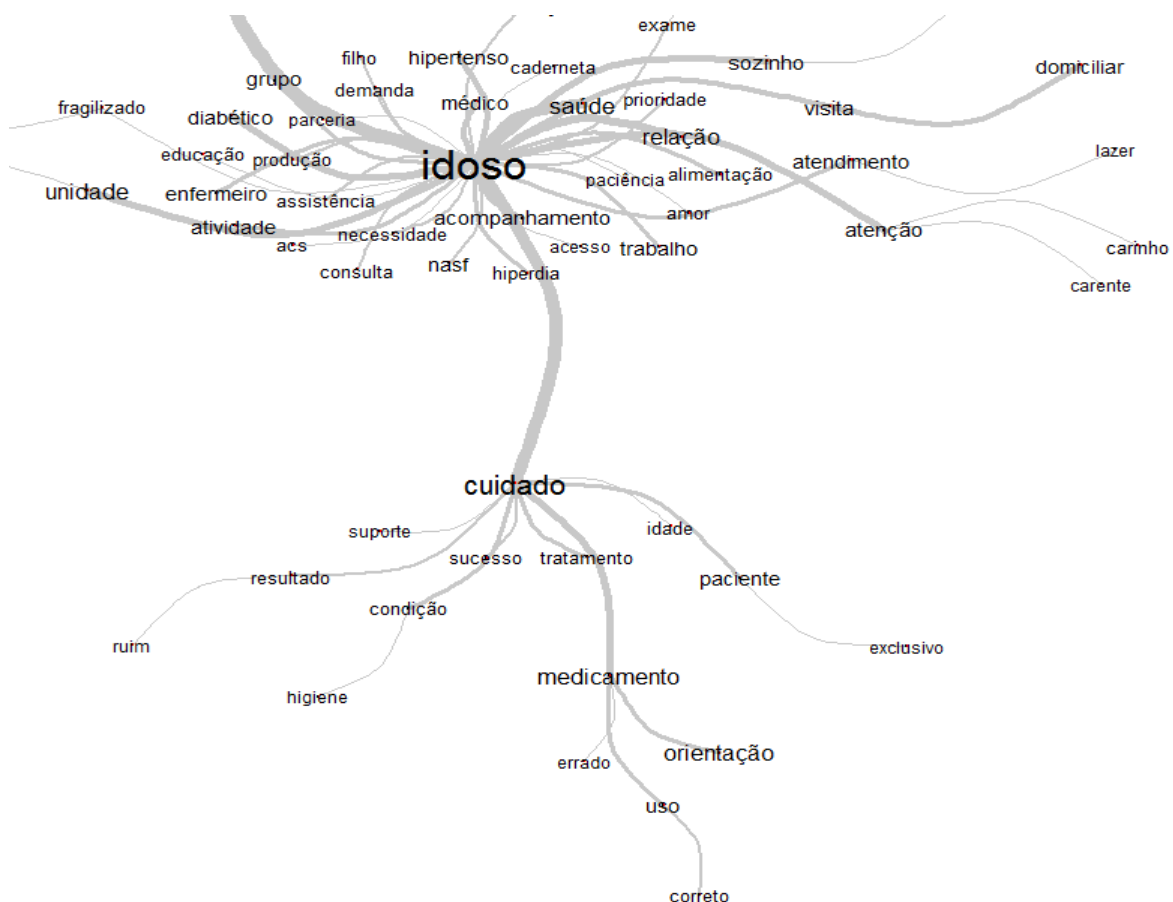


Ter atenção, dá atenção a ele, porque todo idoso precisa, nós nascemos, somos crianças, adultos e voltamos a ser criança novamente. Então, o idoso, eu penso dessa maneira, ele tem que ter um cuidado muito especial porque ele volta a ser criança. (Ent. 5)

Desse modo, a construção da imagem do idoso, seus sentidos e significados influem nos saberes, práticas e nas tomadas de posicionamento durante a produção do cuidado, auxiliando na formação e cristalização das representações sociais acerca deste objeto.

#### 4.2 OLHARES SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO: O SUJEITO COMO “OBJETO” DA INTERVENÇÃO OU “CENTRO” DO CUIDADO EM SAÚDE?

Essa categoria traduz as representações sociais apreendidas na análise de similitude e na análise de conteúdo, a partir da palavra “Cuidado” que estrutura a árvore de similitude em outro polo, apresentando alta conectividade com o termo “idoso” e ligando-se aos termos “medicamento”, “tratamento”, “sucesso”, “suporte”, “idade”.



**Figura 11:** Recorte da árvore de similitude a partir do termo cuidado

Esta configuração reporta a um cuidar ao idoso vinculado à prática médica-assistencial, em que o cuidado é objetivado em procedimentos, e o sucesso terapêutico do paciente é garantido por meio de tratamentos biologicistas e seguimento de normas e regras de conduta prescritivas, sem considerar o contexto do idoso.

Além disso, as representações sociais apreendidas demonstram que no imaginário dos profissionais de saúde da ESF a produção do cuidado ao idoso está relacionada ao atendimento de suas queixas, demandas, acompanhamento de doenças crônicas, orientações prescritivas sobre alimentação e uso de medicamentos, realização de práticas educativas e visitas domiciliares, acrescido de um cuidado baseado em protocolos e programas que segregam o indivíduo categorizando-o conforme sua patologia, desconsiderando sua singularidade, trajetória de vida e suas condições inerentes ao ser idoso. Os fragmentos de discursos a seguir retratam tais representações:

Eu faço visitas nas residências que têm idosos e a gente tem aquele cuidado de ver como é que está... Se é diabético, se é hipertenso, se tá tomando a medicação todos os dias, no mesmo horário, se tá comendo pouco sal, se tá comendo muitas verduras, muitas frutas, se toma insulina como é que toma, se toma todos os dias (Ent.3).

[...] o programa saúde do idoso que a gente trabalha, através de palestras na unidade, de visitas domiciliares, através de estímulo ao agente comunitário de saúde a participar de orientação de familiares, através de sala de espera, a gente tenta sempre tá conscientizando os familiares, o próprio paciente [...] a gente tenta orientar sempre a importância desses cuidados, do uso da medicação correta, no horário correto, a realização de exames, a realização do acompanhamento.... [...]. (Ent.8)

As representações sociais reveladas pelos profissionais de saúde da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso convergem com resultados do estudo de Santos (2015, p. 66), em que ficou evidente a sustentação do objeto de trabalho dos profissionais de saúde da ESF na lógica biomédica, “que reduz o objeto terapêutico ao tratamento de doenças e ao alívio de sintomas, [...] além de limitar a corresponsabilidade do idoso na produção da sua saúde e permitir a redução do idoso à categoria patológica”.

Assim, compreendemos, através dos discursos dos participantes da pesquisa, que o processo de trabalho dos profissionais da ESF na produção do cuidado do idoso está organizado a partir da priorização de ações programáticas em saúde, dividindo e enquadrando os sujeitos em normas e padrões pré-estabelecidos para atendimento pontual de suas queixas e acompanhamento de suas condições clínicas e patológicas, sobretudo no que diz respeito à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), prevalentes em idosos e priorizados pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, Tesser, Poli Neto e Campos (2010) apontam que a lógica epidemiológica no contexto da atenção básica introduz critérios para priorização de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, criando os chamados grupos prioritários, o que na prática se traduz em um direcionamento e rigidez de agendas dos profissionais de saúde da ESF na produção do cuidado ao idoso, conforme foi relatado pelos participantes deste estudo.

[...] a gente tem os programas que o Ministério da Saúde exige, que é o hiperdia que pertence ao Hipertenso e ao diabético, e com isso a gente tem essa avaliação do idoso de 3 em 3 meses regularmente, e que tem melhorado muito essa atenção, muitos pacientes estão aderindo. (Ent. 8)

[...] aqui nós temos o programa de hipertensão e diabetes, temos o idoso aqui participando da agenda médica diária [...] tem a demanda espontânea, tem a demanda agendada, e como eu já estou aqui há bastante tempo, eu praticamente já conheço a grande população de idosos que faz parte da minha zona de abrangência [...] (Ent. 11)

A pesquisa realizada por Motta, Aguiar e Caldas (2011) também sinaliza a priorização das ações programáticas em relação à abordagem dos problemas e necessidades de saúde dos idosos, sendo assim, as prioridades de acesso são mediadas por tais ações e tornam a atenção à saúde do idoso diluída na rede de saúde.

Concomitante a essas ações programáticas, as representações sociais revelam que as condutas dos profissionais de saúde da ESF na produção do cuidado ao idoso estão associadas à valorização do cuidado individual em forma de consultas individualizadas, sobretudo consultas médicas e de enfermagem, a partir de histórico clínico, exame físico e desvalorização da intersubjetividade dos sujeitos envolvidos. Há uma espécie de cardápio de serviços organizados em forma de agenda centrada, sobretudo, em consultas médicas, com número limitado de vagas, preenchidas por ordem de chegada, sem considerar as necessidades e prioridades dos indivíduos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). É o que apreendemos nas falas a seguir:

Na minha agenda, eu separo já as terças e as sextas para cuidar da saúde do idoso né? Então, terça-feira pela manhã a gente faz consultas de enfermagem, faz sala de espera [...] (Ent. 10)

Ainda nessa perspectiva, as representações sociais apreendidas de alguns dos profissionais de saúde da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso sinalizam que a solução para melhoria da produção do cuidado ao idoso é o estabelecimento de um dia na agenda dos profissionais de saúde exclusivamente para atendimento das queixas, demandas e acompanhamento dos idosos, de forma prioritária. Isso reforça o posicionamento de separação

dos sujeitos segundo grupos prioritários e secciona-os em patologias, como se fossem “maquinas” precisando de reparos específicos. Apreendemos que se trata de um limite potencial para a transformação das práticas de cuidado ao idoso.

Tais posicionamentos vinculam-se ao que Tesser (2010, p. 116) chama de “movimento de focalização da atenção na doença”, em que a doença é compreendida como entidade alheia ao sujeito e o foco do olhar do profissional, desconsiderando o adoecimento do sujeito e suas condições sociais, econômicas, emocionais, ambientais e espirituais. É o que visualizamos na fala, a seguir:

[...] O que precisa melhorar é ter uma prioridade de idoso no dia, tipo "hoje nós vamos atender só idosos", porque às vezes são marcados [...] deveria ter um dia só “pro” idoso pra que eles não misturassem junto com hipertenso, com outras patologias... Deveria ser um dia reservado só pra eles. (Ent. 1)

Assim, nosso estudo revela que os profissionais de saúde da ESF ancoram suas representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso na organização do seu processo de trabalho e dinâmica da rede assistencial em saúde que, muitas vezes, é caracterizada por ações e condutas centradas nas doenças, procedimentos e reabilitação.

As representações sociais dos profissionais da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso são, por vezes, objetivadas na produção de procedimentos, exames, consultas, acompanhamentos de rotina, em detrimento da produção subjetiva do cuidado que considere os múltiplos aspectos do processo de saúde-doença, e o modo de vida do sujeito que impacta diretamente suas relações de ser e estar no mundo.

Nessas representações apreendidas, corroboramos com o pensar de Matumoto et al (2005) quando afirmou que existem claras dificuldades de abstração do significado de cuidar, haja vista que esta se define em um espaço imaginário e virtual, diferentemente dos procedimentos, que são mensuráveis e utilizam de objetos concretos para sua objetivação. Nesse sentido, Servo (2011) reporta-se ao entendimento de produção de procedimento e produção do cuidado. Essa autora sinaliza que a produção de procedimentos, em virtude de sua concretude, é mais facilmente identificada pelos trabalhadores, podendo-se afirmar o quantitativo de procedimentos que realizaram (doses de vacinas, visitas domiciliares, consultas), em contrapartida, a produção do cuidado é simbólica, não palpável e não mensurável, sendo necessário reconhecer os aspectos subjetivos presentes no cuidar, como ouvir os ruídos, olhares e outros aspectos abstratos, implícitos e não manifestos.

Por sua vez, Tesser (2010) reforça que isso é o reflexo da atual cultura de medicalização baseada em uma dependência progressiva do consumo de bens e serviços em que fica claro, independente da concepção de saúde e doença do sujeito, uma abordagem medicalizada de qualquer um dos infinitos sintomas ou alterações do indivíduo sendo interpretado como doença, desdobrando-se em intervenções médicas, para acumulação econômica.

As representações sociais apreendidas dos profissionais da ESF sinalizam a uma produção do cuidado que se traduz em produção de procedimento, característica do modelo biomédico hegemônico que está centrado nas dimensões biologicistas do processo saúde-doença, desconsiderando os aspectos sociais, culturais, econômicos, e da subjetividade humana, e que tem como foco a explicação causal da doença, a cura, tratamento ou reabilitação do indivíduo, desencadeando, sobretudo, a fragmentação das ações em saúde, prejudicando o cuidado integral e resolutivo. É o que visualizamos na fala, a seguir:

Produção do cuidado... Que nós temos é assistência ao idoso, do ponto de vista, principalmente médico né? ...é o cuidado básico, preventivo, assistencial ... temos programa de hipertensão e diabetes, que são doenças mais prevalentes nessa faixa etária, acima de 60 anos, e outros cuidados [...] (Ent. 11).

Deste modo, as representações sociais reveladas pelos profissionais de saúde da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso expressam que o cuidado se cristaliza a partir da produção de atos de saúde procedimento-centrado ou profissional-centrado, sem produzir maiores graus de autonomia e vínculo com os usuários-idosos. Esse posicionamento dos profissionais de saúde da ESF compromete o uso de tecnologias leves e dispositivos como acolhimento, vínculo e responsabilização, prejudicando a dimensão cuidadora do trabalho em saúde (SANTOS, 2015).

Ademais, destacamos que o cuidado não deve ser feito como um trabalho rotineiro, tarefairo e destituído de subjetividade, muito menos como uma simples reprodução de técnicas, com fragmentação, impessoalidade e destituído de felicidade, solidariedade e afeto, deve ocorrer a partir de formas criativas e prazerosas de realizá-lo com responsabilidade e comprometimentos em diversas dimensões (pessoal, afetivo, social, moral e espiritual) (LUNARDI et al., 2010).

Segundo Franco e Merhy (2004), no modelo assistencial procedimento-centrado o principal compromisso da assistência à saúde é com a produção de procedimentos, e secundariamente existe o comprometimento com as necessidades de saúde do usuário, ou seja, a assistência em saúde se confunde com a produção de consultas e exames, reforçada

pela intensa medicalização social, assim, esse processo produtivo não impacta verdadeiramente na saúde dos idosos haja vista que não há ganho na autonomia na vida dos usuários. Ainda nessa perspectiva, compartilho das ideias de Servo (2011, p. 86) ao reportar que:

A produção de procedimentos vem conformando os modelos assistenciais, constituindo-se assim, na lógica predominante nos processos de produção das ações de saúde. [...] Os procedimentos cristalizam um modelo que é contraditório ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde que tem como eixo estruturante o cuidado e passam a ser a finalidade última do trabalho. Assim, os processos produtivos deixam de produzir cuidado para que as pessoas vivam melhor suas vidas direcionando suas ações para objetos - produção de procedimentos – esquecendo-se da finalidade de seu trabalho.

Corroborando com esse pensamento, Lunardi et al (2010) acreditam que os trabalhadores de saúde, imersos na cultura de fragmentação do cuidado, não conseguem se perceber enquanto sujeito integrante da rede de cuidados, o que influencia o modo de estabelecer relações, nos modos de agir e assumir responsabilidade e compromissos com a promoção da saúde e cuidado. Entretanto, é no encontro e interação entre os sujeitos (usuários e profissional de saúde) durante o processo de cuidado que está em jogo suas possibilidades de transformação, construção de autonomias, universo simbólico e práticas do processo saúde-doença (TESSER, 2010).

Isso posto, é necessária a busca por uma maior articulação da rede assistencial e visão mais integrada do cuidado por parte dos profissionais de saúde e gestores para ruptura com essa fragmentação do cuidado, com vista à integralidade, um maior estímulo à prática de autocuidado e autonomia dos sujeitos em processo de adoecimento, valorizando a intersubjetividade presente nos processos e fortalecendo a corresponsabilização pelo cuidado. Pois, como salienta Martines e Machado (2010), o cuidado está relacionado à forma de ações e intervenções que colaboram na geração, organização e reestabelecimento de autonomia, liberdade de escolha, relações humanas e o sentido da vida.

Assim, acredito que para mudança desse contexto é necessário re-significar a produção do cuidado ao idoso, a partir de mudanças no imaginário social, realidade cotidiana e modos de ver e estar no mundo, buscando a conformação de processos de trabalhos, e consequentemente, produção do cuidado centrado nos usuários.

Pois, conforme destacado por Merhy (2006, p.30) pensar processos de trabalho em saúde que combine a produção de atos cuidadores com cura, promoção e proteção à saúde é um dos nós críticos da saúde, não devendo perder de vista que o sentido final do trabalho em

saúde é “defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado”.

Compreendendo que as representações sociais são elaboradas e compartilhadas socialmente, resultado de um processo de comunicação e discurso social, a partir das experiências e conhecimentos dos sujeitos, ou seja, estas se referem ao que as pessoas do grupo social pensam e o modo como fazem (WAGNER, 1998). Nesse sentido, as RS da produção do cuidado ao idoso apreendidas nesse estudo são permeadas pelos sentidos e significados dados pelos profissionais de saúde às suas práticas e suas relações cotidianas, manifestadas a partir de suas condutas.

Além disso, o grupo social (profissionais de saúde) ao construírem suas representações sociais busca ancorá-las em seu próprio sistema de valores e normas, fruto de sua cultura, ideologia, lugar ocupado socialmente e subjetividades. Desse modo, nosso estudo revelou que as RS dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao idoso possuem estreitas relações com o significado de envelhecimento e saúde, as diferentes visões do ser idoso na sociedade, e o seu papel enquanto sujeito constituinte e influenciador do ambiente social, cheio de conflitos, contradições, encontros e desencontros.

Ainda nesta categoria, retomo a centralidade e caráter organizador do termo “idoso” na árvore de similitude (figura 11) e contexto explicitado pelas palavras, que remete a um olhar do idoso como objeto de intervenção dos profissionais de saúde da ESF, apresentando termos periféricos relacionados aos componentes e instrumentos do processo de trabalho da equipe, segundo o modelo biomédico que valoriza as tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias relacionais, e estabelece ligações com outras palavras de dimensões biológicas, subjetivas e normativas, por exemplo, assistência, necessidade, consulta, exame, demanda, médico, acompanhamento, humanização, acolhimento.

As representações sociais reveladas nos discursos dos profissionais de saúde da ESF revelam uma produção do cuidado ao idoso ancorada em elementos do modelo biomédico hegemônico, relacionado a um cuidar vinculado a execução de procedimentos, exames, consultas, orientações, em detrimento de um cuidar que lida com a dimensão existencial, social e subjetiva do indivíduo. É o que observamos, a seguir:

Em relação à saúde do idoso a gente faz as consultas, tem o dia da consulta com o hiperdia que é as quartas-feiras, o médico também atende... E assim, faço o exame céfalo-caudal no idoso, me preocupo em observar se ele é um paciente diabético, os pés daquele idoso se ele tem algum ferimento, me preocupo em dar um suporte nutricional, sempre encaminhado por nutricionista, me preocupo se ele precisa de exames laboratoriais, se ele nunca fez ou se fez e deu alguma alteração, me

preocupo com a medicação que aquele usuário faz, tanto de Hiperdia como de diabetes, entendeu? [...] (Ent. 5).

O modelo biomédico hegemônico está centrado nas dimensões biologicistas do processo saúde-doença, desconsiderando os aspectos sociais, culturais, econômicos, e da subjetividade humana, e tendo como foco a explicação causal da doença, sua cura, tratamento ou reabilitação do indivíduo, desencadeando, sobretudo, a fragmentação das ações em saúde, prejudicando o cuidado integral e resolutivo.

Nesse modelo de atenção, a doença é vista como defeito a ser corrigido, e o indivíduo em processo de adoecimento é tratado como objeto de intervenções, ou mero depositário das ações em saúde. Tal modelo possui processo de trabalho estruturado e centrado nos saberes e atos médicos, determinando uma produção de serviços de saúde em que os procedimentos centralizam o campo tecnológico e buscam responder as necessidades dos usuários (FRANCO; MERHY, 2006).

Para Lunardi et al. (2010), a partir do desenvolvimento e hegemonia do modo de produção capitalista, o cuidado foi progressivamente institucionalizado e transformado tecnologicamente, sustentando o trabalho em saúde vinculado à fisiopatologia dos problemas de saúde dos indivíduos para o diagnóstico e a terapêutica, objetivando uma restauração meramente biológica. Ainda segundo esses autores, esses fatos resultaram numa cultura de fragmentação do cuidado influenciando o modo como se estabelecem as relações entre os sujeitos do processo de cuidar, nas posturas diversificadas e diferentes modos de agir e assumir responsabilidade e comprometimento com a promoção de saúde e cuidado.

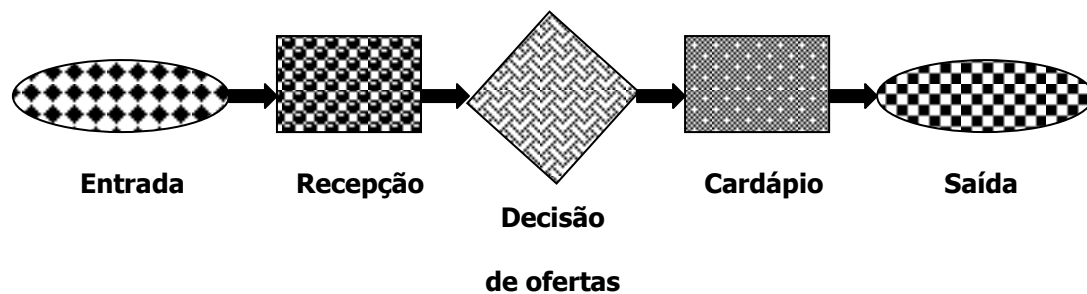
Além disso, a produção capitalista e a divisão de classes sociais refletem no modo de divisão social do trabalho, em que diferentes ações são executadas por distintos trabalhadores, gerando parcelamento das ações que é percebido como algo natural, incidindo sobre a produção do cuidado, perdendo-se de vista, no decorrer do processo, o objeto da atenção em saúde que é o usuário, e nessa perspectiva, incorporando o modelo hegemônico de produção de procedimentos, sob a lógica capitalista (SERVO, 2011)

Tal perspectiva é coerente com as RS apreendidas sobre a produção do cuidado ao idoso na ESF as quais, inserido no contexto capitalista, em que o saber biomédico é reducionista, generalista e mecanicista, retomam o lugar social do indivíduo idoso na estrutura de produção do cuidado enquanto um objeto de intervenção dos diversos profissionais de saúde, de acordo com seu núcleo de saber, configurando-se como um “depósito” das ações resultantes dos processos de trabalho fragmentados dos sujeitos integrantes da ESF.



Nesse sentido, Santos (2011) salienta que nas relações estabelecidas entre o médico (e podemos estender aos profissionais de saúde) e o usuário há o predomínio de uma relação hierárquica, em que o profissional detém o saber e o usuário é mero depositário destes, reproduzindo, assim, as práticas do modo capitalista e a dinâmica das classes sociais de dominação/subordinação, mantendo uma assistência individual, com foco na doença.

Partindo dessa perspectiva, Merhy et al. (1997) analisam os cenários dos serviços assistenciais e refletem os modos de organização do processo de trabalho em saúde, ao produzir um fluxograma analisador dos espaços percorridos pelos usuários, para sustentar a concepção velada de que os usuários-idosos são vistos como objetos de intervenção no âmbito dos serviços de saúde, assim como na ESF, revelada nesse estudo.



**Fig. 12:** Fluxograma-resumo sobre a representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde.

**FONTE:** Merhy (1997)

Nesse fluxograma analisador dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem o serviço de saúde, Merhy et al. (1997) pontuam que há uma espécie de “cardápio” de serviços (ou cardápio de intervenções, como prefiro denominar) organizados sob forma de agendas, sobretudo, médicas e de enfermagem, com horários, em sua maioria, rígidos e preenchidos por ordem de chegada, onde o usuário escolhe e percorre na tentativa de alcançar a resolutividade de seus problemas de saúde, a partir da produção de atos de saúde ou procedimentos que centralizam o campo tecnológicos que respondem as necessidades de saúde da população.

Nesta perspectiva de análise, os autores consideram que o trabalho se concretiza a partir de um conjunto de saberes e práticas que tem como finalidade realizar intervenções sobre um determinado problema de saúde, considerando-o como objeto da ação de saúde, sendo possível exercer um processo fragmentado, através de ações pontuais de cada profissional segundo seu núcleo específico de saber e intervenção profissional, sem haver a

integração dos núcleos que operam na produção dos atos de saúde, ou ampliação da caixa de ferramentas<sup>8</sup> dos profissionais envolvidos.

Contudo, concordo com Ayres (2009) ao afirmar que a atitude de cuidar precisa ser expandida e geradora de reflexões e intervenções em saúde, não pode simplesmente ser reduzida a pequenas e subordinadas tarefas fragmentadas das práticas em saúde.

É preciso ampliar a caixa de ferramentas dos profissionais de saúde a fim de auxiliá-los a operar com as tecnologias leves, tecnologias relacionais como vínculo, acolhimento e responsabilização, entendendo que o agir em saúde acontece no trabalho em ato, constituindo-se uma rede de relações de trabalho, poder, afeto, produzidas no cotidiano dos espaços, com múltiplos significados, lágrimas, sorrisos, satisfações e frustrações (SERVO, 2011).

Assim, entendo que as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF perpassam pela conformação e produção destes atos de saúde, considerando o sujeito como objeto de intervenção em saúde. Contudo, concordo com Ayres (2000, p. 120) ao assinalar que:

o cuidado ocupa lugar privilegiado nas práticas de saúde e se constitui em atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde.

Por isso, é crucial pensarmos em novos desenhos assistenciais, como nos alerta Rodrigues, Lima e Roncalli (2008), tendo como centro das ações o usuário, e para isso é fundamental a ressignificação dos processos de trabalho, ou seja, a produção do cuidado deve passar a ser baseada na busca pela autonomização do usuário, orientada por princípios como integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, humanização, participação social, intersetorialidade e criação de vínculos.

Reconhecendo as contradições presentes nas representações sociais apreendidas dos profissionais da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso, diante da diversidade do grupo social que a cristaliza, a centralidade do termo idoso, sob outra perspectiva, nos remete à reflexão acerca do sujeito-idoso enquanto centro dos cuidados em saúde, convergindo ao que denomina-se de cuidado centrado na pessoa.

---

<sup>8</sup> Merhy (2004) conceitua a caixa de ferramenta como um conjunto de saberes que o profissional de saúde dispõe para a produção de atos de saúde. Assim, quanto maior a caixa de ferramentas do profissional, maior sua possibilidade de compreender o problema de saúde enfrentado e a capacidade de enfrenta-lo de modo adequado para composição de seu processo de trabalho.

Considerar a pessoa/idoso como centro dos cuidados em saúde significa respeitar suas preferências, necessidade e autonomia, envolvendo-o nas tomadas de decisões em saúde, assim, profissional de saúde e usuário possuem papel igualmente importante no processo de decisão, ademais, significa partilhar informações de saúde sobre o processo saúde-doença em que o usuário se encontra (LARANJO, 2015), aumentando sua autonomia e capacidade de decidir sobre o rumo de sua vida.

O cuidado centrado na pessoa enfatiza a ideia de que o profissional não deve focar nas doenças, mas atender as necessidades do indivíduo de forma ampla, demandando, assim, acompanhamento em longo prazo e estabelecimento de vínculos de confiança do indivíduo com o profissional (STARFIELD, 2011).

Assim, considera-se que o cuidado centrado na pessoa tem potencialidade para modificação do modelo tradicional de saúde a partir do papel do usuário na decisão e escolha individual e autonomia de suas decisões (BRUMMEL-SMITH et al., 2016).

É necessário compreendermos a importância do desenvolvimento de atitudes e um espaço de encontro intersubjetivo para o cuidar nas práticas em saúde, sem reduzir a produção do cuidado à simples utilização de tecnologias em saúde (AYRES, 2009), pois, é crucial para a produção do cuidado ao idoso que se considere as dimensões subjetivas e singularidade do grupo social.

A construção das representações sociais está ligada à realidade dos grupos e categorias sociais, contribuindo para constituição das identidades sociais dos sujeitos (ABRIC, 1998; JODELET, 2001), assim, o lugar social ocupado pelo indivíduo, sua formação e crenças influem nas suas práticas sociais e formação de suas representações.

Reconhecendo a contradição, as possibilidades de mudança e compreendendo que as RS expressam também o modo como o sujeito ou classe toma consciência e responde à estrutura social, percebemos nesse estudo que profissionais, que são Agentes Comunitários de Saúde (ACS) incorporam aspectos de dimensões subjetivas às representações sociais da produção do cuidado ao idoso, como a atenção, a humanização, o ouvir e o vínculo, também expressos na árvore de similitude, podendo orientar as ações e condutas dos sujeitos implicados nesse processo.

Cuidar é atenção... Tá ali atento para as necessidades dele, como eu falei, que muitas vezes, ele tá... Tem o que comer, tem as necessidades deles, mas não tem um carinho, uma conversa, **o idoso não precisa só de comida, de alimento, ele precisa de atenção, de cuidado**, e tá ali atento a ele, tá observando as necessidades dele, que muitas vezes, ele se isola, fica ali sentado... A gente tem que ter um jeitinho de chegar, conversar e entrar no mundo dele. (Ent.6, grifo nosso)

Contudo, o cuidado é revelado a partir de uma atenção devida e direcionada às necessidades dos idosos, seja ela necessidade física (alimentação, medicamentos, etc) ou às questões de ordem psicossocial. Assim, corroborando com Rodrigues, Lima e Roncalli (2008), acreditamos que as representações sociais dos profissionais de saúde atribuem sentido à palavra atenção relacionando-a fortemente com a sua prática assistencial, ou seja, associando a atenção com a prática curativa, compreendendo-a como um conjunto de medidas terapêuticas e tecnológicas.

Por outro lado, comungamos com as ideias de Boff (1999, p.42), ao assinalar que o cuidado ultrapassa a dimensão assistencial, “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p.42).

O cuidado é uma dimensão da vida humana que se dá, sobretudo, no plano da intersubjetividade, contribuindo para uma vida decente (MATTOS, 2006), com liberdade, autonomia, felicidade e dignidade. Assim, não pode ser reduzido à realização de atos, procedimentos, consultas e orientações, para além disso, deve contribuir com a participação ativa da construção dos projetos de vida e felicidade dos indivíduos, conforme salienta Ayres (2009, p. 62):

Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, inseridos na ESF, ao cuidar dos idosos precisam conhecer quais os projetos existenciais que orientam suas vidas, para assim, contribuir ativamente na sua construção, durante o processo de cuidar do sujeito. Mas como saber de seus projetos de felicidade? Estabelecendo relações dialógicas, ouvindo o indivíduo, estando atento aos “ruídos” emitidos em diferentes espaços, estabelecendo vínculos e relações que valorizem a subjetividade presentes em seus encontros.

Ou seja, é possível cuidar a partir de uma atitude interativa envolvendo o relacionamento entre os profissionais de saúde e os idosos, compreendendo o acolhimento, a

escuta ativa e o respeito pelo seu sofrimento e suas histórias (LACERDA; VALLA, 2006), assim, a produção do cuidado ao idoso envolve a subjetividade, os sentidos, a audição, a fala, o olhar, o toque, o dito e não dito, carregando consigo simbolizações que auxiliam na construção dos momentos relacionais e assistenciais, tendo como finalidade última a promoção da saúde.

Compreendendo dessa forma, ouvir o outro, que tem relação imediata com a fala, possibilita conhecer quem escuta e quem está falando, como e sobre o que se fala e o que não se fala, pois são carregados de significados (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006), ocupando um lugar privilegiado no modo de operar a produção da saúde, por se constituir o que Merhy (2005) chama de tecnologias leves. Os fragmentos dos discursos possibilitam a ressignificação do modo de operar o cuidado, vejamos a seguir:

Produção de cuidado do idoso? Como cuidar do idoso? Da equipe? **Ouvir** o que eles têm pra falar, que às vezes a gente, muitos não ouvem, né? Tá ali, mas tá pensando outra coisa, e eles querem que a gente ouça eles, né? Tenha mais cuidado dessa maneira, ouvir, não é só a gente pegar e orientar como é que toma um medicamento, conversar com ele... Mas ele quer é ser ouvido pela gente, a gente prestar atenção que eles estão falando, no que estão sentindo [...] (Ent.4, negrito nosso)

Atrrelado a essas questões, foi sinalizado pelas representações sociais dos profissionais de saúde quanto à importância do vínculo com os idosos na construção cotidiana de práticas de saúde que valorizem o indivíduo, e efetivamente, produza cuidado.

[...] então isso já facilita bastante meu trabalho porque já existe um entrosamento com a família, já vem de um acompanhamento bem mais longo com o idoso entendeu? Já existe um vínculo maior, que extrapola o vínculo da relação médico-paciente, então tudo isso não deixa de favorecer no caso a relação médico-paciente e a maneira como nós cuidamos dessa população. (Ent.11)

O vínculo construído ao longo do processo torna os sujeitos envolvidos corresponsáveis pelo cuidado em saúde, e os aproxima, estreitando suas relações, auxiliando na compreensão da realidade vivenciada e suas subjetividades. No imaginário dos profissionais de saúde essa vinculação leva à criação e desenvolvimento do sentimento de pertença ao grupo social em que os idosos estão inseridos, sendo referenciado como um processo de “tornar-se membro da família”, como observado no discurso que se segue:

[...] a gente vai na casa, pra fazer a visita, o agente comunitário acaba se tornando um **membro da família** daquele idoso muitas vezes, ... queixas, coisas que as vezes eles nem falam com a família, mas se abre pra a gente porque a gente passa pra eles uma confiança que às vezes eles procuram em alguém da família e não acha, aí a gente acaba se sentindo como se fosse até um filho daquele idoso [...]. (Ent. 2, negrito nosso)

A conceituação de vínculo é polissemântica e encontra-se interligada aos conceitos de acolhimento, humanização, responsabilização e integralidade. Assis et al. (2010) assinalam que o vínculo é um potente dispositivo para estimular os usuários na participação da resolução de seus problemas, e ajudá-lo a adquirir autonomia, guardando, assim, estreita relação com a capacidade do indivíduo atuar nas decisões de sua vida na condição de sujeito ativo. Criar vínculos, na visão de Merhy (1997, p. 138) é “profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário”.

É necessário e possível construir vínculo profissional-usuário através da escuta, compreensão das singularidades dos sujeitos, inserção ativa dos profissionais na realidade e vida das famílias, reconhecendo suas necessidades, para emancipação do sujeito, promoção da saúde e cuidado integral (ILHA; et al., 2014). Uma vez que a prática do cuidado humanizado e integral requer conhecimentos e, sobretudo, o estabelecimento de uma relação com o usuário mostrando-lhe disponibilidade para ouvir, comunicação clara para melhor adaptação às situações e demonstração de respeito (SANTOS et al., 2016), na busca de um cuidado de qualidade, integral e que auxilie na construção e concretização dos projetos existenciais dos sujeitos.

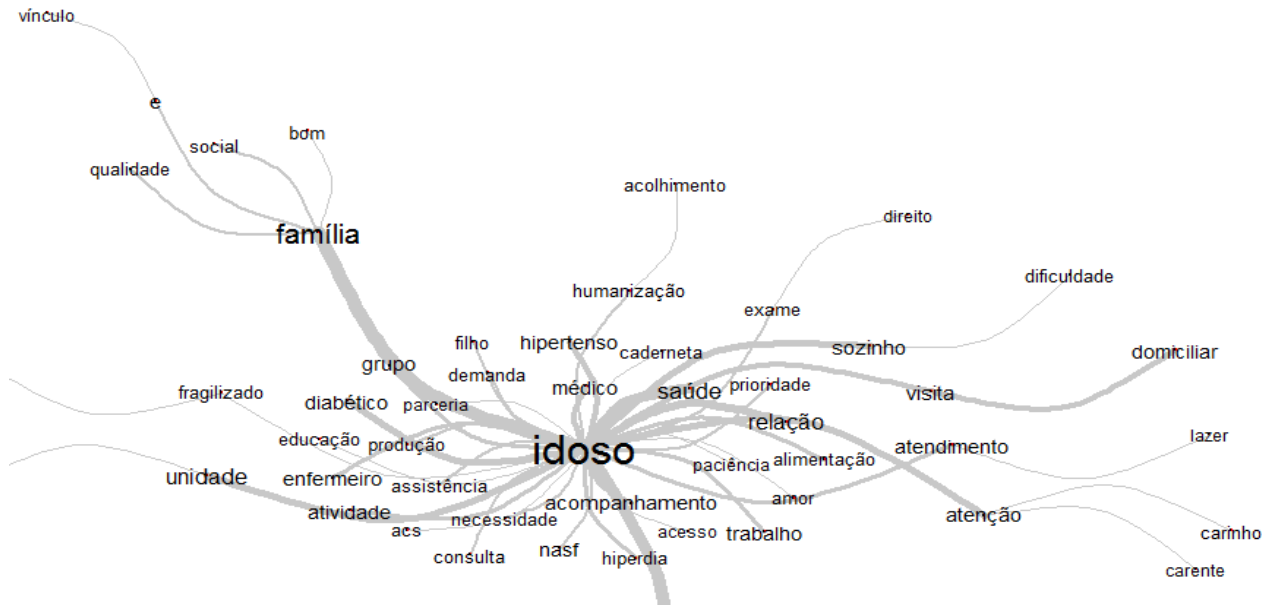
Desse modo, é necessário reconhecer, revelar e reafirmar os saberes construídos na prática social dos profissionais de saúde da ESF sobre produção do cuidado ao idoso, que auxiliam na construção dessas representações sociais, para assim, avançarmos na busca por incorporação de novos elementos nesse universo, e assim transformá-la, paulatinamente, na finalidade de gerar novos modos de produzir cuidado e saúde, tendo em vista que essas representações direcionam suas ações e condutas no saber-fazer cotidiano em saúde.

#### 4.3 INTERFACE ENTRE A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES DE (RE)SIGNIFICAR AS PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO

O termo “Família” compõe o terceiro polo da árvore de similitude, vinculando-se com forte conexidade ao termo central “idoso” e outros termos de menor conexidade como “qualidade”, “vínculo”, “bom” e “social”. A composição da palavra “família” estruturando um dos polos da árvore de similitude nos remete à sua significação e importância no contexto da produção do cuidado ao idoso, e relevância de sua relação com a equipe de saúde da

família com vistas à integralidade do cuidado, promoção de saúde e resolubilidade dos seus problemas.

No contexto atual, há múltiplas formas de organização familiar relacionada não somente às alterações nos papéis de gênero como também nas variedades de interações e composições familiares (FIGUEIREDO; MARTINS, 2009). Apesar de constituir a estrutura social mais antiga da humanidade, seus sentidos, significados, composição, e desenvolvimento social são diferenciados ao longo dos séculos de existência, alcançando a complexidade atual de estruturação e conceituações.



**Figura 13** : Recorte da árvore de similitude a partir do termo família

Assim, ao falarmos em família, para além dos laços consanguíneos, levamos em consideração aspectos como afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações, sendo uma instituição crucial para organização humana, a partir de uma construção social e influenciada pelo contexto histórico (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

A imagem da família nos reporta a proteção, cuidado, educação e preservação, combinando a função socializadora e social, compreendendo o sistema emocional das gerações, sendo responsáveis pelo apoio emocional e costumes relacionais (MUNHOZ; CENTA; LENARDT, 2004).

A família, historicamente, toma para si a responsabilidade pelos seus membros, desempenhando um papel fundamental no cuidado aos seus componentes, sobretudo, crianças e idosos, enfrentando os ciclos naturais de vida e suas conseqüências. Ao considerar a inter-

relação desse conceito no contexto do cuidado humanizado ao idoso, Silva, Santos e Souza (2014, p.21) consideram a família como:

Uma unidade dinâmica de cuidado e fonte de auxílio ao ser idoso. Os membros entre si possuem laços de consanguinidade ou emocionais, compartilham ou não o mesmo ambiente, mas estão sempre conectados visando contribuir para o bem estar e o estar melhor uns dos outros. Esta família pode ser/estar doente e necessita ser cuidada pelo enfermeiro para despertar suas potencialidades para tornar-se o melhor possível.

Nesse sentido, as representações sociais dos profissionais da ESF revelam que a família deve cumprir o papel social de cuidadora diária de seus membros, garantindo proteção, acolhendo seus medos, anseios, mantendo ambiente propício para preservação da saúde, prevenção de doenças e agravos. Existem famílias cujos membros costumam assumir papel importante como fonte de cuidados diários membros idosos, sendo necessário a articulação e bom relacionamento da família com a equipe de saúde da família. É o que observamos na fala a seguir:

Eu acho que família, tem a questão do cuidar mesmo, do cuidado diário não só hospitalar, mas o cuidado diário mesmo é o principal, eu vejo isso cuidado diário, higiene, alimentação, essas coisas... (Ent.1)

Este discurso remete ao momento que há um comprometimento da capacidade funcional do idoso, impedindo ou dificultando suas práticas de autocuidado, ficando evidente a sua necessidade de cuidado, aumentando as responsabilidades da família e do sistema de saúde como provedores de cuidados aos idosos, sendo que o cuidador familiar auxilia o idoso no exercício de suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e outras atividades cotidianas (AIRES; PAZ, 2008).

Além disso, a família é uma peça fundamental para o bem-estar das pessoas idosas, sendo assegurado ao idoso o convívio familiar respeitoso, com carinho e as melhores condições de vida que o idoso necessita, trazendo significância e magnitude ao processo de envelhecimento (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014).

As representações sociais apreendidas sinalizam que o lugar ocupado pela família na ótica dos profissionais de saúde da ESF é de apoiador, cuidador e parceiro das instituições de saúde para promoção da saúde, qualidade de vida e manutenção de graus de autonomia e independência dos idosos. Entretanto, a realidade vivida atualmente no Brasil, com aumento da população brasileira e redução do número de membros nas famílias, têm desenhado novos contornos e cenários ao cuidado e convívio familiar ao idoso.



Os discursos dos participantes deste estudo indicam que as representações sociais apontam para este cenário desafiador no âmbito da saúde pública, em que os idosos vivem, muitas vezes, uma situação de solidão, precariedade da assistência familiar e carência de cuidados.

A questão do cuidado ao idoso requer um suporte muito grande da família que, como eu disse anteriormente, tem deixado muito a desejar, principalmente, em quem tem poucas condições econômicas porque requer muitos cuidados que, às vezes, a família não tem condições de proporcionar, são cuidados que às vezes requer atenção em tempo integral é ... muito cuidado na hora de uso do medicamento, porque são horários restritos e as vezes o familiar não tem aquele tempo de ter essa dedicação exclusiva e integral ao paciente prejudicando muito o tratamento, levando a um resultado ruim. (Ent.8)

[...] eu tenho idosos na minha área que eles conversam muito, porque talvez a família deles não dê tanta atenção [...] eles começam a desabafar e começa a conversar [...] (Ent. 5)

[...] a carência total do idoso é ele não ter um acompanhante pra trazê-lo até a unidade, entendeu? Aqueles que não têm agente de saúde que são as áreas descobertas que ele fica desassistido né? Ele não tem uma assistência adequada, mesmo que a gente faça as visitas, mesmo que a gente acompanhe porque... Eu tenho idosos daqui que eles são... não tem familiar nenhum, nenhum tio, nenhum filho, pra tá tomando conta, sofre quedas, trauma, e ficam, na verdade, a “mercê” de profissionais que... a gente já tem a carga pra outros... Então, na verdade, eles necessitam de um acompanhamento melhor, a gente chama o CRAS, agente atua com serviço social, mas mesmo assim ainda vejo muito vago, porque a evasão do familiar é muito grande hoje, em relação ao autocuidado daquele idoso, em trazer pra unidade, em se preocupar em tá com os profissionais, né? [...]a maior dificuldade é a família [...] (Ent. 5)

A Família, na perspectiva das representações sociais dos profissionais de saúde da ESF, possui grande significado no conjunto de ações que visam à produção do cuidado ao idoso, auxiliando no alcance da qualidade e sucesso terapêutico a partir do vínculo e seguimento das orientações recomendadas. Por conseguinte, as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF revelaram sentimentos, pensamentos e ações vinculados à família que denota a responsabilização dos familiares pelo estado de saúde do idoso e sucesso ou insucesso na terapêutica adotada, conforme destacado no fragmento da fala, a seguir:

Todo paciente tem um acompanhamento de qualidade, aquela relação equipe-família médico-paciente de qualidade, o sucesso terapêutico chega a mais de 90 %, já aqueles que você nota que a própria família não tem o cuidado suficiente passa de 90% a chance do tratamento não ter sucesso... nossos cuidados aqui na unidade temos visitas domiciliares que comprovam isso que quando chegamos em domicílio notamos as condições de higiene, a condições física do local no quarto do paciente, os cuidados e, muitas vezes , têm famílias que pensam mais em benefícios que o idoso possui repassando poucas melhorias para eles como esses benefícios. Eu acredito que uma relação familiar de qualidade, com interesse da própria família já seria o principal ponto que leva a uma qualidade nesse atendimento...tem família que não quer trazer o idoso na unidade, quer só trocar a receita, e isso dificulta o trabalho

do profissional, precisamos ter contato, ...precisamos avaliar o paciente pessoalmente . [...] Quando a gente tem uma resposta da família em cuidar, um interesse maior de ver esse resultado de qualidade surgindo, esse resultado aparecer, a gente tem bastante sucesso, mas quando é uma família que, às vezes, não tem muito interesse de cuidar do seu parente idoso, as vezes perde muito, e como eu disse, a gente tem também bastante pacientes idosos que sofrem com essa falta de cuidados [...] (Ent. 8).

Assim, fica claro que as representações sociais reveladas pelos profissionais de saúde atrelam o sucesso da terapêutica adotada, ou da produção do cuidado ao idoso, a partir dos cuidados diários do cuidador familiar, com auxílio no uso de medicamentos, acompanhamento nas consultas, monitoramento das condições de saúde, como expresso na árvore de similitude a partir da ligação do termo “família” à palavra “qualidade”.

Desse modo, responsabilizam as famílias pelo cuidado direto aos idosos, porém, sabemos que na prática cotidiana do fazer em saúde, os profissionais e as famílias devem ser correponsáveis por esse cuidado, buscando, a partir do vínculo, relação de respeito e integração, a melhoria das condições de vida e saúde da pessoa idosa, sem isentar o outro de sua responsabilidade no processo de cuidar.

É importante buscar estratégias para incluir as famílias no ciclo vital que envolve o envelhecimento, ampliando a visão de suas demandas, considerando a sua estrutura, dinâmica e necessidade, pois as famílias dos idosos, para além de serem colocadas na posição de cuidadoras, também demandam atenção (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010), cuidado e reconhecimento enquanto partícipe do fenômeno envelhecimento, independente de suas aproximações e vínculos.

Vale destacar que, o vínculo apreendido nas representações sociais dos profissionais de saúde da ESF com a família e o idoso possibilita a produção do cuidado mais próxima à realidade cotidiana, e ações integradas para defesa da vida do usuário e conquista de maiores graus de autonomia e resolubilidade.

Deste modo, compreendemos tais representações sociais acerca da produção do cuidado ao idoso estão vinculados ao saberes do cotidiano em saúde, ações entre família, idoso e equipe, além de uma ancoragem aos elementos do modelo biomédico hegemônico, que podem ser re-significados, constituindo-se em potência para a transformação.

## 5 SÍNTESE

---

*A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (AYRES, 2009, p. 37)*

As representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso apreendidas no estudo a partir do olhar dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família permitiram refletir sobre os modos de saber e fazer o cotidiano em saúde, compreendendo de que forma as relações sociais, os valores culturais e os significados da velhice e ser idoso influenciam nos conceitos e práticas com vistas à produção do cuidado ao idoso.

Entendemos que, repensar o fazer cotidiano em saúde e o objeto das representações sociais, podem provocar mudanças substanciais na realidade social, a partir das transformações na relação dos sujeitos (profissionais de saúde) com o objeto (produção do cuidado).

A primeira categoria “ ‘Ser idoso’ na concepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família” foi delineada a partir da centralidade do termo idoso na árvore máxima de similitude, estabelecendo ligações com outras palavras de dimensões biológicas, subjetivas e normativas. No imaginário do grupo social pesquisado perpassa uma concepção biologicista do significado do “ser idoso” na sociedade atual, correlacionado a existência da velhice ao aparecimento de doenças, e conseqüentemente, maiores necessidades de saúde e cuidado, além de diversas limitações em seu fazer cotidiano, implicando restrições em seu modo de andar a vida, autonomia e autocuidado.

As representações sociais apreendidas mostram que a imagem do idoso é percebida pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família enquanto um sujeito carregado de limitações, e associado a um processo de adoecimento crônico e dependência, ou seja, envelhecer para os profissionais trás consigo o ônus do aparecimento de diversificadas doenças, como se adoecer fosse intrínseco à condição de ser idoso, por conseguinte, essencial o acompanhamento e cuidado ainda mais específico para este público.

Assim, essas representações sociais sinalizam para a necessidade de ampliar os horizontes e encarar o envelhecimento como uma fase natural do ciclo de vida do ser humano, que assim como as outras fases é merecedora de cuidados e atenção específica segundo suas necessidades, considerando a heterogeneidade do envelhecimento, buscando novas formas de olhar, cuidar e inserir o idoso no contexto social, e entendendo-o como um sujeito com história de vida singular, vivências significativas, crenças e valores que marcam o seu modo de ser e estar no mundo.

Em “olhares sobre a produção do cuidado ao idoso: o sujeito como “objeto” da intervenção ou “centro” do cuidado em saúde?”, as representações sociais apreendidas demonstram que no imaginário dos profissionais de saúde da ESF a produção do cuidado ao idoso está relacionada ao atendimento de suas queixas, demandas, acompanhamento de

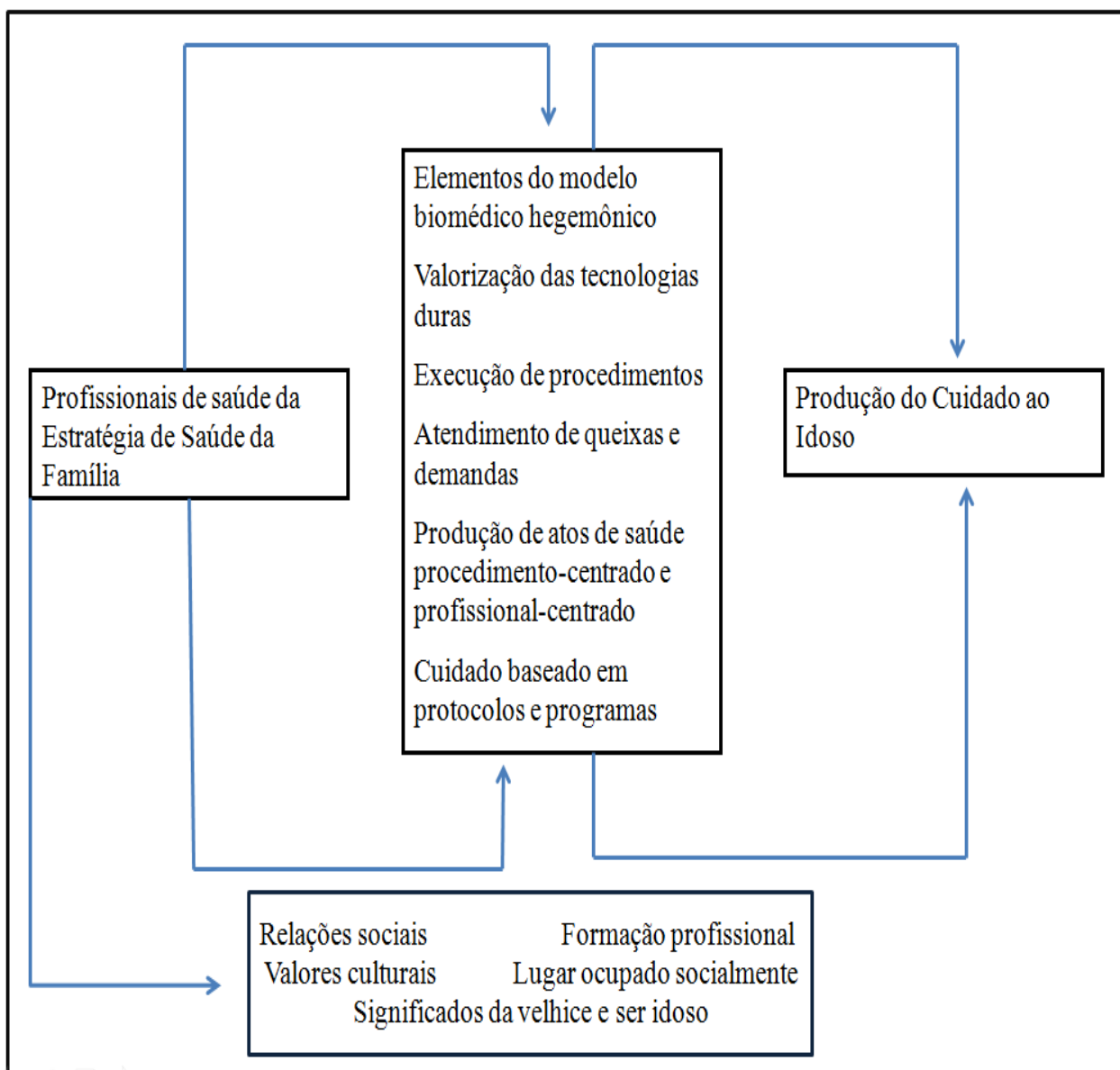
doenças crônicas, orientações prescritivas sobre alimentação e uso de medicamentos, realização de práticas educativas e visitas domiciliares, acrescido de um cuidado baseado em protocolos e programas que segregam o indivíduo, categorizando-o conforme sua patologia, desconsiderando sua singularidade, trajetória de vida e suas condições inerentes ao ser idoso. Além disso, as representações investigadas se cristalizam a partir da produção de atos de saúde procedimento-centrado ou profissional-centrado, sem produzir maiores graus de autonomia e vínculo com os usuários-idosos.

Ao construírem suas representações os profissionais de saúde buscam ancorá-las em seu próprio sistema de valores e normas, fruto de sua cultura, ideologia, lugar ocupado socialmente e subjetividades. Desse modo, foi revelado que tais representações possuem estreitas relações com o significado de envelhecimento e saúde, as diferentes visões do ser idoso na sociedade, e o seu papel enquanto sujeito constituinte e influenciador do ambiente social, cheio de conflitos, contradições, encontros e desencontros.

Foi revelado na categoria “Interface entre a família e a equipe de Saúde da Família: Possibilidades de (re)significar as práticas de cuidado à saúde do idoso” que, na ótica dos profissionais de saúde da ESF, a família possui grande significado no conjunto de ações que visam à produção do cuidado ao idoso, auxiliando no alcance da qualidade e sucesso terapêutico a partir do vínculo e seguimento das orientações recomendadas. Por conseguinte, as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF revelaram sentimentos, pensamentos e ações vinculados à família que denota a responsabilização dos familiares pelo estado de saúde do idoso e sucesso ou insucesso na terapêutica adotada.

Compreendemos tais representações sociais acerca da produção do cuidado ao idoso estão vinculados ao saberes do cotidiano em saúde, ações entre família, idoso e equipe, além de uma ancoragem aos elementos do modelo biomédico hegemônico, que podem ser resignificados, constituindo-se em potência para a transformação.

A figura 14, a seguir, sintetiza em um fluxograma explicativo as representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.



**Figura 14 :** Fluxograma explicativo representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

**FONTE:** Elaborado pela autora, adaptado de Spink (1993)

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

*Neste encontro as alternativas de cuidado ganham cores e contornos diversos. Assim, é válido enfatizar que todos se deixem encantar pela curiosidade de conhecer o mundo familiar e ter a oportunidade de (re)significar as práticas de cuidado à saúde (RESTA; MOTTA, 2005).*

Este estudo buscou compreender as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso.

Em síntese, as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF apreendidas neste estudo permitem afirmar que a produção do cuidado ao idoso está ancorada na perspectiva tecnicista de produção de procedimentos em detrimento do cuidado, que demanda a intersubjetividade e tecnologias relacionais.

Deste modo, no intuito de transformar a produção do cuidado em algo familiar, os profissionais de saúde da ESF constroem conceitos e os manifestam em práticas baseadas no modelo biomédico hegemônico, que valoriza as tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves, desconsiderando a intersubjetividade dos sujeitos.

As representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso estão atreladas às suas percepções sobre o significado do ser idoso e seu papel na sociedade atual, revelando uma imagem do idoso enquanto sujeito carregado de limitações, imerso em um processo de adoecimento crônico e dependência, resultando em uma figura vulnerável e frágil, que demanda cuidado, na ótica dos participantes do estudo. Tal imagem perpassa a subjetividade, práticas sociais dos profissionais de saúde, e a construção de suas representações, influenciando na objetivação da produção do cuidado.

A Família, na perspectiva das representações sociais dos profissionais de saúde da ESF, possui grande significado no conjunto de ações que visam à produção do cuidado ao idoso, auxiliando no alcance da qualidade e sucesso terapêutico a partir do vínculo e seguimento das orientações recomendadas. Por conseguinte, as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF revelaram sentimentos, pensamentos e ações vinculados à família que denota um grau de responsabilização dos familiares pelo estado de saúde do idoso e sucesso ou insucesso na terapêutica adotada.

Vale destacar que, o vínculo apreendido nas representações sociais dos profissionais de saúde da ESF com a família e o idoso possibilita a produção do cuidado mais próxima à realidade cotidiana, e ações integradas para defesa da vida do usuário e conquista de maiores graus de autonomia e resolubilidade.

Compreendemos tais representações sociais acerca da produção do cuidado ao idoso estão vinculados ao saberes do cotidiano em saúde, ações entre família, idoso e equipe, além de uma ancoragem aos elementos do modelo biomédico hegemônico, que podem ser re-significados, constituindo-se em potência para a transformação.



É crucial reconhecer, desvelar e reafirmar os saberes construídos na prática social dos profissionais de saúde sobre produção do cuidado ao idoso, que auxiliaram a construção dessas representações sociais, para assim, avançarmos na busca por incorporação de novos elementos nesse universo, e assim transformá-la, paulatinamente, na finalidade de gerar novos modos de produzir cuidado e saúde, tendo em vista essas representações direcionam suas ações e condutas no saber-fazer cotidiano em saúde.

Assim, investigar as representações sociais da produção do cuidado propiciou a compreensão da forma pela qual tais representações mobilizam e direcionam as ações com vistas à produção do cuidado ao idoso, as motivações, intencionalidades e significações dos mesmos no fazer cotidiano em saúde dos profissionais da ESF.

Faz-se necessário pensar em novas rotas a serem trilhadas no sentido de (re)pensar, re-significar e transformar o fazer cotidiano em saúde, a partir da compreensão de que as relações sociais, formação profissional, as condutas, os saberes, os fazeres e valores culturais influenciam os conceitos e práticas dos profissionais de saúde da ESF na produção do cuidado ao idoso, mas, que podem se constituírem em possibilidades para a transformação no pensar, sentir e agir haja vista que as modificações no campo imaginário, das representações sociais, podem provocar mudanças substanciais no campo de atuação “da” e “na” realidade social, pois as ações/condutas profissionais são cristalizações das representações dos mesmos.

Compreender as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF quanto à produção do cuidado ao idoso fizeram-me refletir acerca do cotidiano do fazer em saúde, levando-me a elaborar as seguintes propostas, que, se concretizadas, poderão iniciar um processo de modificação das representações sociais e, conseqüentemente, da produção do cuidado ao idoso:

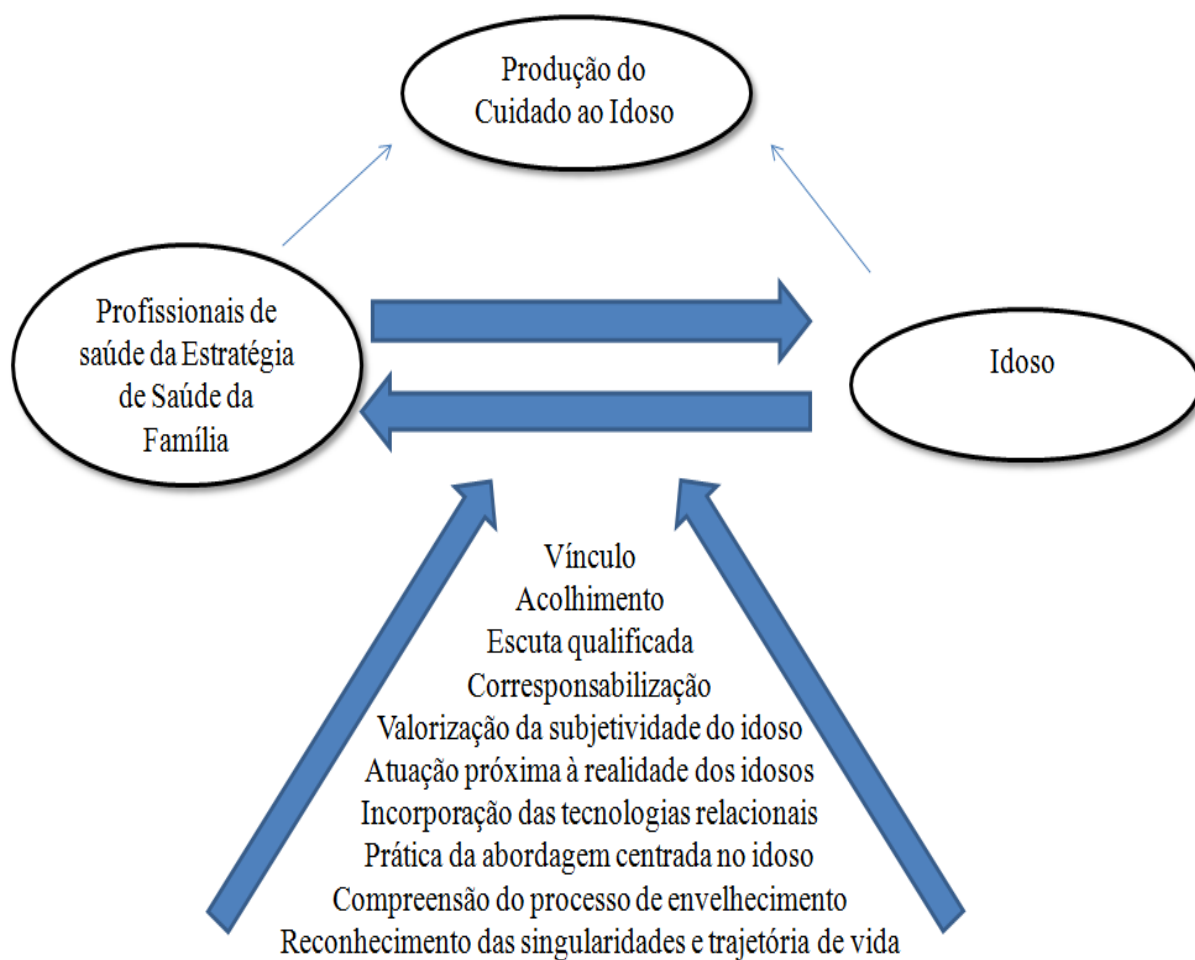
- a) Ampliar a compreensão do processo de envelhecimento, os determinantes sociais intervenientes nesse processo;
- b) Reconhecer as particularidades, limites e potencialidades dessa fase da vida;
- c) Buscar ampliação dos conhecimentos na área geriátrica e gerontológica, por meio de palestras, cursos e oficinas;
- d) Atuar de forma mais próxima à realidade dos idosos e das famílias, intensificando os cuidados no território adscrito pela USF;
- e) Utilizar instrumentos (como genograma, ecomapa e Mini-exame do estado mental) que auxiliem a compreensão ampliada do contexto familiar e

multidimensional do idoso, para intervenção mais significativa na vida e cotidiano dos idosos e suas famílias;

- f) Aproximar sua prática cotidiana da abordagem centrada na pessoa, compreendendo o idoso como centro dos cuidados em saúde, e não objeto de intervenção;
- g) Valorizar a potencialidade da equipe mínima integrada com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em produzir um cuidado multiprofissional;
- h) Desvincular a produção do cuidado à produção de procedimentos, consultas e orientações;
- i) Promover espaços de escuta qualificada, acolhimento e valorização da subjetividade do indivíduo idoso;
- j) Desvincular o cuidado da perspectiva de categorização dos sujeitos segundo patologia, programa e protocolo;
- k) Reconhecer as singularidades, trajetórias de vida e condições inerentes ao ser idoso, na produção do cuidado;
- l) Incorporar tecnologias relacionais denominadas como acolhimento, vínculo e corresponsabilização para fortalecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde.

Para atender às necessidades de capacitação dos atuais e futuros profissionais de saúde, com vistas à produção do cuidado integral, qualificado, com valorização das múltiplas dimensões do ser idoso, proponho:

- Disponibilizar aos profissionais da ESF do município de Feira de Santana uma oficina para discussão dos aspectos que permeiam a produção do cuidado ao idoso;
- Apresentar e disponibilizar os dados desse estudo ao Conselho Municipal de Saúde do município;
- Discutir os dados deste estudo em universidades estaduais e federais, congressos e revistas científicas;



**Figura 15:** Proposta de mudança da produção do cuidado ao idoso na ESF

**FONTE:** Elaborada pela autora

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB. p.27-37. 1998.
- ABRIC, J. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. p.155-172, 2001.
- ABRIC, J. Práticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán, 2001.
- AGUIAR, E.S.S. et al. Representações Sociais do cuidar de idosos para cuidadores: Revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro. v. 19, n.3, p. 485-90. jul/set 2011.
- AIRES, M.; PAZ, A.A.. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto alegre. v.29, n.1, p. 83-9, 2008.
- ALMEIDA, A.M.O. Abordagem Societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, set./dez. 2009
- ANDRADE, C.S. et al. **Acolhimento**: necessidade e desafio. Disponível em: <[http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento\\_-\\_necessidade\\_e\\_desafio\\_-\\_cristina\\_setenta\\_et\\_al.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento_-_necessidade_e_desafio_-_cristina_setenta_et_al.pdf)> . Acesso em: 11 out. 2015.
- ARAÚJO, P.O. et al. Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória. **Revista Kairós (online)**, v.15, n.4, p.169-183, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18998/14150> . Acesso em: 20 out. 2015.
- ASSIS, et al. Acesso ao PSF: garantia de resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, cap. 5, p.101-112, 2010c.
- ASSIS, et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, cap.1, p. 13-38, 2010a.
- ASSIS, et al. Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região Nordeste da Bahia: Encontros e desencontros. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, cap 2, p. 39-58, 2010b.
- ASSIS, et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa de saúde da família. In: ASSIS, M. M. A.; et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, cap.6, p.113-126, 2010d.
- ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 10, p. 189-199, 2007.

ASSIS, M.M.A. (orgs.) **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M.M.A. ; JESUS,W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

AYRES, J. R. de C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, n.6 p.117-120, 2000.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface Comunic., Saude, Educ.**v.14,n.35,p.797-810,out/dez, 2010.

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

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BEAUVOIR, S. de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos da Atenção Básica, n.19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB. **Informações de Cadastramento Familiar**, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFBA.def>>. Acesso em: 02 out. 2015.

BRASIL. **Resolução/ CONEP nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, DF, 2012c.

BREHMER, L.C.F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl.3, p. 3569-3578, 2010.

- BRITO, A.M.M. **O cuidado do idoso: representações e práticas sociais**. 248f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.
- BRUMMEL-SMITH, K. et al. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. **J Am Geriatr Soc**. v. 64, n.1, p.15-8, 2016.
- BRUNET, A.E. et al. Práticas Sociais e Significados do Envelhecimento para Mulheres Idosas. **Pensando Famílias**, v.17, n.1, p. 99-109, 2013.
- CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. cap. 8, p.253-92. In:CAMARANO, A.A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** IPEA, Rio de Janeiro, 2004. 604p.
- CAMARANO, A.A; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.
- CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COSTA, F. G. **A tomada de Consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção**. 529 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2006.
- COSTA, V. Representações sociais e semiótica: um território comum? **Caligrama**, São Paulo (online), v.3 n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/caligrama/article/view/67286/69896>. Acesso em: 30 set. 2015.
- CRUZ, R.C.; FERREIRA, M.A. Um certo jeito de Ser Velho: Representações Sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 20, n.1, p. 144-51. Jan-Mar, 2011.
- CUNHA J.P.P., CUNHA ROSANI R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, Cap. 2, p. 11-26, 1998.
- DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, Situação de saúde, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) Acesso em: 16/02/2017.
- DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. p.187-204, 2001.
- ESCOREL, S. et al.O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 2, n. 21, p.164-176, 2007.
- FARIA, H.X.; ARAUJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FARIA, H.P. de; et al. **Processo de Trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2009.
- FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Feira de Santana, 2010.
- FEIRA DE SANTANA. **Anuário Estatístico de Feira de Santana**. v.3, Feira de Santana: CDL, 2012.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n.6, p. 1494-1502, 2012.

FERTONANI, H.P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FERREIRA, O.G.L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, set./dez. 2010.

FIGUEIREDO, M.H.J.S.; MARTINS, M.M.P.S. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. n. 43, v. 3, p. 615-21, 2009.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 55-124.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 181-193, 2005.

FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1750p.

FREITAS, M.P.D.; MORAES, E.N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: BORGES, A.P.A.; COIMBRA, A.M.C. (orgs). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. p.291-304. 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Fiocruz, Rio de Janeiro. p.177-198. 1995.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

HORTA, A.L.M.; FERREIRA, D.C.O.; ZHAO, L.M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, jul-agos, p. 523-528, 2010.

IBGE. Panorama, Feira de Santana, População estimada de 2017, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/feira-de-santana/panorama> acesso em: 16/09/2017.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n. 3, p.556-562, Jul/Set, 2014.

JODELET, D.: Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves- Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. p. 17-44, 2001.

- JORGE, Maria Salete Bessa; et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, n. 6, p. 1062-8, 2014.
- JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. (2014). Estudos qualitativos e o uso de *softwares* para análises lexicais. In: Novikoff, C.; Santos, S. R. M. ;Mithidieri, O. B.(Orgs.) **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro** (2014: Duque de Caxias, RJ) (p. 37-54). Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO, Caderno digital disponível em: <https://lageres.wordpress.com/>
- LACERDA, A.; VALLA,V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta de aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, p.91-101, 2006.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- LENARDT, M.H.; et al.. As concepções do cuidado gerontológico de enfermagem frente às complicações pós-operatórias do idoso. **Cogitare Enferm**, v.15, n.3, p. 420-426, 2010.
- LIMA, L.L.; MOREIRA, T.M.M.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 66, n.4, p.514-22. jul-ago, 2013.
- LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.4, p.733-40, 2008.
- LUNARDI, V.L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/ saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**. v. 1, n.2, p.73-76. 2010.
- KAMI, M.T.M. et al.; Trabalho no consultório na rua: Uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, v.20, n. 3, p.1-6, Jul-Set, 2016.
- MAIA, S.M.P. **Avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão Municipal de Fortaleza-CE**. 141f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- MANTOVANI, E. P. O processo de envelhecimento e sua relação com a nutrição e a atividade física. In: BOCCALETTO, E. M. A.; VILARTA, R. Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolar municipais de Vinhedo/SP. Campinas: IPES Editorial, 2007. cap. 13. p. 165-172 Disponível em: [http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen\\_saudavel\\_ql\\_af/vinhedo/diagnostico\\_vinhedo\\_cap13.pdf](http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_af/vinhedo/diagnostico_vinhedo_cap13.pdf)
- MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad Saúde Pública**.v. 18, p.163-71, 2002. Suplemento.
- MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.
- MARX, K. **O capital**. 14a. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand; cap.5, p. 282-300, 1994.
- MATUMOTO, S. et al. Team supervision in the family health program: reflections concerning the challenge of producing care. **Interface** – comunic. saúde, educa., v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.



- MEDEIROS, B.; FOSTER, J. A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido. **Rev Esc Enferm. USP.** São Paulo, v. 48, Esp2, p.138-145, 2014.
- MENDES, C.K.T.T. et al. Atendimento para idosos na Atenção Básica de saúde: Representações sociais. **R. pesq.: cuid. fundam.** online. v.5, n.1,p.3443-52. jan./mar 2013.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, p. 108-137, 2004.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MERHY, E. et al. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** Hucitec, São Paulo, cap.1, p. 15-35, 2006.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
- MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
- MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R.(Orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2011.
- MINAYO, M.C. de S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T.E.C. **Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa.** São Paulo: Instituto de Saúde, p.7-15, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.
- MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: C. GUIMELLI (Ed.) **Structures et transformations des représentations sociales.** Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 199-232, 1994.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr, 2011.
- MUNHOZ, F.J.S.; CENTA, M.L.; LENARDT, M.H. A influência dos mitos na família: uma reflexão com vistas a um cuidado congruente no Programa Saúde da família. **Fam. Saúde Desenv.,** Curitiba, v.6, n.2, p.146-153, maio/ago. 2004.
- OGATA, M.N.; MACHADO, M.L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf. [online].** v.11, n.4, p.820-9, 2009. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2015.

OLIVEIRA, C.L. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. **Revista Travessias** [online], 2009.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, p. 91-102, 2003.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n.3, p.338-42, 2006.

PEDUZZI, M. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>> Acesso em: 16 out. 2015

PEREIRA, F.J.C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: Moreira ASP, et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária p. 25-60, 2005.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. de Enfer.** v.53, n.2, p.251-263, Brasília, 2000.

POLLI, G.M.; KUHNEN, A. Possibilidades de uso da teoria das representações para os estudos pessoa-ambiente. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2011.

REIS, S.L.A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum, Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RESTA, D.G.; MOTTA, M.G.C. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n. esp, p. 109-15, 2005.

RIBEIRO, A.M.V.B.; ARAUJO, P.O. Educação em saúde para autonomia e independência no envelhecer: um relato de experiência na UATI. **Revista focando a extensão**. v.2, n.4, p.29-36, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/extensao/article/view/761/730> . Acesso em: 20 out. 2015.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-46, 2004.

RIOS, M.O. **Produção do cuidado para a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família: Saberes, práticas e dilemas do cotidiano**. 115f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana: BA, 2015.

RODRIGUES, C.R.F. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z.N.(Org). **SUS: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafio**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.1, p.71-82, 2008.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SÁ, C.P. de. **Núcleo Central das representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2002

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.60, n.2, p. 221-224, 2007.

SANTOS, A. S. **Produção do Cuidado ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do Semiárido Brasileiro**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

SANTOS, A.M, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.

SANTOS, A.M. de O. S. dos S. **Representações Sociais de idosos sobre ações educativas desenvolvidas no Programa Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus-Bahia**. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, M. de F. de S.; ALMEIDA, Â. M. de O. Práticas sociais relativas ao idoso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 221-228, dez. 2002. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2002000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000300004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jul. 2017.

SANTOS, M.de C.B. et al. A importância dos cinco sentidos para a memória dos idosos: Um relato de experiência. **Revista Focando a Extensão**, v. 13, p. 161-173, 2016.

SANTOS, V.B.; TURRA, L.F.R.; ARRUDA, A.M.S. As Representações Sociais de “pessoa velha” construídas por Idosos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.138-147, 2013.

SANTOS, W.J.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.8, p. 3441-3450, 2014.

SANTOS, R.A.A.S., et al. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. **Rev Pesq Saúde**, v.17, n.3, p. 179-183, set-dez, 2016.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p.585-593, Campinas, 2008.

SERVO, M.L.S. **Supervisão em Enfermagem**: o (re)velado de uma práxis. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

SERVO, M.L.S. **Supervisão Social**: um dispositivo para a produção do cuidado em saúde. 2011.145f. Tese Promoção na Carreira para Pleno. Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2011.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, p.241-257, 2006.

- SILVA, D.M. **A família intergeracional na ótica de idosos**. 91f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde)- Universidade Estadual do sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2013.
- SILVA, D.M., et al. A estrutura da representação social de família para idosos residentes em lares intergeracionais. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro. v. 23,n.1, p.21-6. jan/fev, 2015.
- SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.867-77, out./dez. 2010.
- SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). v.33, n.1, p.109-15. Mar 2012.
- SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A; I. J. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2014.
- SOUZA, D.M.; ROSA, D.O.S.; D'SOUZA, M.M. Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**. São Paulo. v.14, n.3, p. 149-165. junho, 2011.
- SOUZA, R.F.; SKUBS, T. ; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n.3, p. 263-7, maio-jun, 2007.
- SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul/set, 1993.
- STARFIELD , B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? The Permanent Journal, **Portland**, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- TEIXEIRA, M.A. et al. Manuseio com massa de modelar: uma estratégia sensível de coleta de dados na pesquisa em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 22, n. 3, p. 857-63. Jul-Set, 2013
- TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.3. Rio de Janeiro. Nov. 2010.
- TESSER, C.D. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. Hucitec, São Paulo, 2010. 247 p.
- TURA, L.F.R. et al. Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro. v. 14, n.4, p. 743-752. 2011.
- VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. In: VALA, J; MONTEIRO, M.B. **Psicologia social**. 9. Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.
- VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.12, n.2, p. 479-501, 1999.
- WACHELKE, J.; WOLTER,R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.27, n. 4, p. 521-526. Out-Dez,2011.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 149-186, 2003.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P; OLIVEIRA, D.C.(org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. Rio de Janeiro, p. 1-21, 1998.

WATANABE, H.A.W. et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. Plano Estadual para Pessoa idosa. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

**Título do trabalho:** Representações sociais dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso

**Pesquisadora responsável:** Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro

**Pesquisadora-Orientadora:** Prof<sup>o</sup> Dra. Maria Lúcia Silva Servo

Entrevista (n <sup>o</sup> )	Nome atribuído ao entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				__/__/2016

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Sexo: M ( ) F ( ) Idade : \_\_\_\_\_ anos Formação/ Função: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na USF: \_\_\_\_\_

Pós-graduação/formação complementar: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_ Outros vínculos: \_\_\_\_\_

#### 2. SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO

2.1 Percepções sobre o ser idoso e suas necessidades no contexto da ESF

2.2 Entendimento sobre a produção do cuidado ao idoso

2.3 Experiência no cotidiano de trabalho em saúde para a produção do cuidado ao Idoso

2.4 Facilidades, dificuldades e perspectivas para produção do cuidado ao idoso.



## APÊNDICE B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO”, sob orientação da Prof. Dra. Maria Lúcia Silva Servo. O objetivo deste estudo é analisar as representações sociais da produção do cuidado em saúde do idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Assim, estamos convidando você a participar, de forma voluntária, deste estudo, que pretende contribuir na reflexão das práticas em saúde com vista à produção do cuidado em saúde aos idosos. Caso você concorde em participar, irá responder a algumas perguntas. A entrevista poderá ser feita agora ou agendada de acordo com o dia e horário de sua disponibilidade e realizada em uma sala da Unidade de Saúde, a fim de evitar seu deslocamento e despesas desnecessárias, e não atrapalhar as suas atividades. Sua privacidade e anonimato serão garantidos, pois no local estarão apenas você e a pesquisadora. Utilizaremos um aparelho gravador para a gravação da entrevista, caso você autorize, sendo posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. É possível que ocorra desconforto e constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas nas entrevistas individuais. Caso isso ocorra, você tem o direito de interromper a entrevista, com exclusão das gravações já realizadas, como também lhe é garantido o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer prejuízo para você, além de não sofrer qualquer penalidade, visto que respeitamos sua vontade e liberdade de expressão. Caso deseje participar serão mantidos o anonimato e o sigilo do seu nome. Os resultados serão utilizados na publicação desta pesquisa em forma de artigos científicos, em congressos, simpósios, sempre preservando o anonimato e sigilo de sua identidade em respeito à sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Uma cópia do estudo será encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, momento em que nos colocaremos à disposição para apresentar os resultados aos participantes da pesquisa, bem como a todos aqueles que se sentirem interessados pelo tema. Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora orientadora, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), por um período de cinco (5) anos, e posteriormente, serão destruídos. Caso venha sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nesta pesquisa, previsto ou não no TCLE, você tem o direito a indenização por parte dos pesquisadores. Caso você tenha gastos com esta pesquisa você será ressarcido. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento através do telefone e endereço abaixo. Este Projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da UEFS, portanto, se você se sentir de alguma forma prejudicado (a), poderá entrar em contato com o CEP/UEFS, a fim de que o mesmo possa tomar as providências cabíveis, através do telefone (75) 3161-8067, localizado na sala MA 17, Módulo I, Av. Transnordestina, S/N, Km 03, Campus Universitário, CEP: 44031-460, Feira de Santana-BA. Após ter sido informado(a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso concorde em participar deverá assinar, juntamente com a pesquisadora, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas (2) vias. Uma cópia deste documento ficará com você e a outra, com a pesquisadora.

Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo  
 Pesquisadora Orientadora  
 Universidade Estadual de Feira de Santana  
 Km 03 BR 116- Avenida Transnordestina  
 Feira de Santana-BA  
 Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
 Telefone: (75) 31618162  
 Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro.  
 Pesquisadora discente  
 Telefone: (75) 31618162  
 NUPISC

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante



# **ANEXOS**



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Seção de Capacitação Permanente**

**E-mail: edupermanentesms@gmail.com**  
**(75) 3612-6608/Ramal 6608**

**Feira de Santana, 03 de Junho de 2016.**

**DA: Seção de Capacitação Permanente SMS**

PARA: ATENÇÃO BÁSICA/ Divisão de Enfermagem

ATT: Dr<sup>a</sup> Valdenice Queiroz/Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Franqueira

C/C: USF CAMPO LIMPO I, II, III, IV, V, DISPENSARIO SANTANA, SANTA MONICA

C/C: Comitê de Ética em Pesquisa

**Tipo: Encaminhamento Pesquisa Acadêmica**

Informamos que se encontra autorizada a realização da pesquisa de campo com o tema: **"Representações sociais dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao idoso"**, da mestranda em Saúde Coletiva pela UEFS: Amanda Maria Villas Boas Ribeiro.

A pesquisa tem como objetivo analisar as representações sociais da produção do cuidado em saúde do idoso na ótica dos profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da família.

Ressalto que este projeto será submetido ao CEP – Comitê de ética em Pesquisa da UEFS, e após aprovação será iniciado a coleta de dados.

Atenciosamente,

*Ariella Costa Covas*  
Coord. da Seção de Capacitação Permanente

CNPJ 14 043 574/0001-51  
Secretaria Municipal de Saúde  
Feira de Santana/Bahia



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Representações Sociais dos profissionais de Saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a produção do cuidado ao Idoso

**Pesquisador:** Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56706016.6.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.639.911

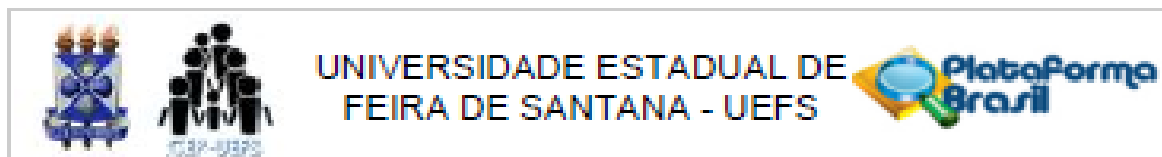
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana; que tem relação com área de atuação da pesquisadora e orientadora. Faz uma justificada coerente e traz referências adequadas a temática investigada. Traz uma delimitação do estudo bastante coerente, enriquecida pelo estado da arte do objeto de estudo.

Para Metodologia, será desenvolvida uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, com base na análise das representações sociais da produção do cuidado ao Idoso.

Para o primeiro momento da coleta de dados selecionarão Unidades Básica de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF) a partir dos seguintes critérios de inclusão: - Estar próximo a Instituições de Longa Permanência para Idosos; - Possuir equipe mínima completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agentes comunitários); Nesse sentido, o primeiro momento da coleta de dados, que corresponde ao Teste de associação livre de palavras, acontecerá em USF e UBS nos bairros do campo limpo, Jardim Acácia e Santa Mônica, segundo esses critérios elencados. Para o segundo e terceiro momento da coleta de dados selecionaremos Unidades Saúde da Família a partir dos seguintes critérios de inclusão: - Estar próximo a

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.039.261

Instituições de Longa Permanência para Idosos; - Possuir equipe mínima completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agentes comunitários); - Estar em funcionamento há mais de dois (2) anos; Assim, o segundo e terceiro momento da coleta de dados que corresponde à entrevista semi-estruturada e operacionalização dos grupos focais acontecerão em USF do bairro campo Ilmpo.

Os participantes deste estudo serão membros das Equipes de UBS e USF do município de Feira de Santana, sendo considerados os seguintes: Enfermeiros, auxiliar/técnico de enfermagem e médicos. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo se constituem em: profissionais de saúde que tenham no mínimo seis (6) meses de atuação na USF, independente do vínculo empregatício, assim como deixa claro os critérios de exclusão. (Projeto completo, pg. 41).

A análise de dados acontecerá da seguinte forma: Os dados obtidos no teste de associação livre de palavras serão organizados e processados a partir do software EVOOC (Conjunto de Programas para análise de evocações), versão 2003 e utilizarão o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) para analisar os dados coletados na entrevista semi-estruturada e grupos focais (Projeto completo, pg. 48-49). Apresenta cronograma com previsão de retorno dos dados aos participantes e orçamento com contrapartida da UEFS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Tem como objetivo Geral: "analisar as representações sociais da produção do cuidado em saúde do Idoso na ótica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família." (Projeto completo, pg. 07)

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

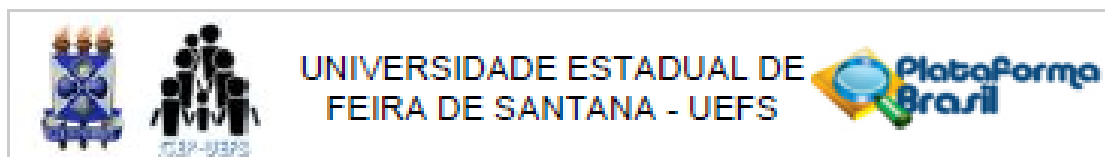
##### **Riscos:**

"Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões na realização dos grupos focais e constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas, visto que serão abordados as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao Idoso, que está atrelado ao seu cotidiano de trabalho."

##### **Benefícios:**

"Esta pesquisa tem como benefícios proporcionar reflexões sobre a produção do cuidado ao Idoso

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.639.911

no contexto da ESF, articulado com a rede de serviços do SUS, e possibilitar discussões e construção conjunta de estratégia de intervenção na área de atuação para alcance de avanços significativos no saber-fazer em saúde do Idoso\* (Projeto completo, pg. 52 e TCLE).

Ainda, complementa que "respeitando os princípios da não-maleficência e beneficência, percebemos que os riscos desta pesquisa poderão ser superados pelos benefícios haja vista que possibilitará avanços em direção a uma (re)construção e/ ou ressignificação do cuidado ao indivíduo Idoso" (Projeto completo, pg. 53).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa esta claro, coerente, tem viabilidade ética, apresenta rigor metodológico e todos os documentos necessários e exigidos pelo CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os documentos necessários e exigidos pelo CEP, conforme resolução 466/2012.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO, sem pendências.

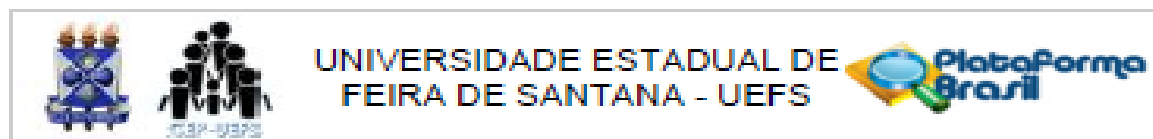
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_688611.pdf	03/06/2016 14:35:04		Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.038.911

Outros	autorizacaoSMS.pdf	03/06/2016 14:34:25	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2016 14:32:48	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	03/06/2016 14:22:37	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.pdf	02/06/2016 13:23:32	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostopdf.pdf	02/06/2016 12:38:26	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaoorientadora.pdf	02/06/2016 12:37:55	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaomanda.pdf	02/06/2016 11:28:53	Amanda Maria Villas Bóas Ribeiro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmandanovo.doc	18/07/2016 22:05:22	Pollyana Pereira Portela	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 18 de Julho de 2016

Assinado por:  
Pollyana Pereira Portela  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8087 E-mail: cep@uefs.br