



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTINA KATYA TORRES TEIXEIRA MENDES

O ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO OLHAR DE IDOSOS: representações sociais

JOÃO PESSOA-PB

2009

CRISTINA KATYA TORRES TEIXEIRA MENDES

**O ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO OLHAR DE IDOSOS: representações sociais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva

JOÃO PESSOA-PB

2009

M538a Mendes, Cristina Katya Torres Teixeira.

O atendimento em Unidades de Saúde da Família no olhar de idosos: representações sociais / Cristina Katya Teixeira Mendes - João Pessoa, 2009.

90f.

Orientadora: Antonia Oliveira Silva

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Atenção à saúde – idoso. 3. Políticas Públicas – atendimento ao idoso. 4. Representações Sociais.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

CRISTINA KATYA TORRES TEIXEIRA MENDES

**O ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NO OLHAR DE IDOSOS: representações sociais**

Aprovada em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva
Orientadora

Profa. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (UFRN)
Membro

Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UESB)
Membro

Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá (UFPB)
Membro

Dedico este trabalho a minha mãe grande responsável pelo que sou hoje, graças aos ensinamentos passados e o apoio dado na minha busca pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dra. Antonia Oliveira Silva, pela oportunidade concedida, pelo conhecimento transmitido, pelo muito que me ensinou neste tempo de convivência, pela amizade, parceria segura e construtiva, enfim pela confiança em mim depositada.

Às Professoras Doutoras Maria Socorro Alves Feitosa da Costa, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira e Lenilde Duarte de Sá pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação do projeto deste trabalho.

À Fábria Barbosa de Andrade, Olívia Galvão de Oliveira, Luípa Michele Silva companheiras do Mestrado, por dividir comigo os desafios da pesquisa científica e da pós-graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade da Paraíba pela qualidade da minha formação na minha pós-graduação, a todos os colegas, professores e funcionários, pelos momentos de convivência.

Ao REUNI, pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento desta pesquisa e pelo grande incentivo à docência.

Aos idosos usuários da Unidade de Saúde da Família Rangel II, à gestão e a Coordenação da Equipe de Saúde da Família pela forma acolhedora com que me receberam e participaram no trabalho de pesquisa.

Aos meus amigos eternos e amigos de graduação, passe o tempo que passar, a distância que houver, sei que torcem pelas minhas conquistas assim como torço pelas deles.

Aos meus avós Vô Pereira (in memória) e Vó Maria pelo aprendizado e amor repassado constantemente.

A todos os meus tios e tias, primos e primas, familiares que participaram sempre da minha vida, de minhas conquistas.

Aos meus irmãos Kleyber, Keylha, Zenóbia e seus cônjuges pelo convívio harmonioso e pelo apoio constante.

Aos meus sobrinhos Rafael, Júlia e Alice pelos singelos sorrisos para alívios de minhas inquietudes.

Ao meu marido Alfredo, por toda paciência, pelo companheirismo, dedicação cumplicidade, preocupação, pelo seu amor e por estar sempre ao meu lado.

À minha mãe pelo seu grande amor e pelo exemplo que é para minha vida, obrigada pelo estímulo ao estudo e ao apoio para a realização deste Mestrado, te amo muito.

À Deus! A Nossa Senhora Sagrado Coração de Maria por me cobrir com seu lindo e poderoso manto azul! Ao meu Anjo da Guarda, que está sempre comigo!

MUITO OBRIGADA!

“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo. Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo. Não viva de fotografias amareladas... Continue, quando todos esperam que desistas. Não deixe que enferruje o ferro que existe em você. Faça com que em vez de pena, tenham respeito por você. Quando não conseguir correr através dos anos, trote. Quando não conseguir trotar, caminhe. Quando não conseguir caminhar, use uma bengala. Mas nunca se detenha”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

MENDES, C.K.T.T. **O atendimento em unidades de saúde da família no olhar de idosos: representações sociais.** 2009. 90f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: O envelhecimento se configura uma problemática de relevância atual e uma preocupação das Políticas Públicas do Idoso. Ao se estudar essa problemática do ponto de vista de como é pensada a saúde pelos usuários dos serviços; sua utilização como um bem público com ênfase nas representações sociais é importante para se conhecer o atendimento oferecido aos idosos no serviço público, em particular, em Unidade de Saúde da Família (USF). **Objetivos do Estudo:** apreender representações sociais sobre envelhecimento construídas por idosos atendidos nas USF; conhecer o atendimento oferecido aos idosos em USF a partir das representações sociais e verificar se o atendimento oferecido aos idosos atende as suas expectativas. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo exploratório em uma abordagem quanti-qualitativa desenvolvido com setenta idosos (n = 70) que aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão. Para coleta de dados utilizou-se uma entrevista semi-estruturada e o Teste da Associação Livre de Palavras com os seguintes estímulos: «envelhecimento» e «atendimento ao idoso». Os dados obtidos das entrevistas foram organizados em bancos de dados e processados pelos *softwares* Alceste 4.8 e Evoc, após análise de conteúdo temática categorial. **Resultados:** Para os idosos o *envelhecimento* é representado associando-o a: *velho, velhice, idoso e envelhecimento*, correspondendo a 23,44% das palavras evocadas. Esta foi considerada uma categoria bastante forte formada por 7 palavras diferentes, com 34 ocorrências. Observa-se nas falas dos idosos uma ênfase a pessoa idosa como um *portador de uma diminuição da capacidade funcional*, representado por *cansaço, dificuldade de andar e se movimentar*, mostrando assim a importância da atividade física para a prevenção e promoção da saúde. Por um lado, o atendimento é representado pelo idoso por *ruim e devagar* em que o idoso deveria se *conformar*, por outro, *envelhecer ou ficar velho é natural*, que é confirmado com o aparecimento dos *cabelos brancos*. **Considerações finais:** Identificou-se representações sociais sobre envelhecimento construídas por idosos atendidos nas USF associando-o a presença de *doenças*; o atendimento oferecido aos idosos em USF é para os idosos satisfatório e atende em parte as suas expectativas.

Palavras chave: Envelhecimento; Atendimento ao idoso; Representações sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

MENDES, C.K.T.T. **The attendance in family health in the eyes of the elderly: social representations.** 2009. 90f. Thesis (Masters). Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: The aging problem is a set of current relevance and concern of Public Policy for the Elderly. When In studying this problem from the point of view as is thought by health service users and their use as a public good with an emphasis on social representations is important to know the care provided to older people in public service, particularly in Unit Family Health. **Study Objectives:** apprehend the social representations of aging constructed by elderly patients at USF; know the care provided to elderly at USF from the social representations and whether the care provided to older people meet their expectations. **Methodology:** This was an exploratory study in a quantitative and qualitative approach developed seventy elderly (n = 70) who agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. To collect data we used a semi-structured interview and the Test of Free Association of Words with the following stimuli: 'aging' and 'care for the elderly. " Data from the interviews were organized in databases and processed by software Alceste Evoc 4.8 and, after analysis of thematic content. **Results:** For the elderly, aging is represented by associating it with: old, old age, elderly and aging, accounting for 23.44% of the words evoked. This was considered a very strong category consists of 7 different words, with 34 occurrences. It can be seen in the speeches of the elderly emphasis elderly person as a person with a reduced functional capacity, represented by fatigue, difficulty walking and moving, thus showing the importance of physical activity for prevention and health promotion. On the one hand, the service is represented by the elderly poor and slow in the elderly should conform, on the other, or getting old age is natural, which is confirmed by the appearance of white hair. **Conclusion:** We identified social representations of aging constructed by elderly patients in USF's involvement in the presence of disease, the care provided to elderly at USF is suitable for the elderly and partially serves your needs.

Key-words: Aging; Care for the elderly; Social representations; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CID – Código Internacional de Doenças

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

PASI – Programa de Atenção à Saúde do Idoso

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de envelhecimento - Brasil – 1991-2050.....	27
Gráfico 2: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados – 1990/1999.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre «envelhecimento».....	57
Quadro 2: Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre «atendimento ao idoso».....	60
Quadro 3: Dendograma da Classificação Descendente Hierárquica.....	60
Quadro 4: Distribuição das classes/categorias semânticas.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sócio-demográficas da amostra de idosos ($n=70$).....	50
Tabela 2: Rendimento familiar e fonte de renda ($n=70$).....	51
Tabela 3: Tempo de Tratamento na USF Rangel II ($n=70$).....	52
Tabela 4: Distribuição das patologias relatadas pelos idosos ($n = 70$).....	52
Tabela 5: Evocações para o termo indutor «envelhecimento».....	55
Tabela 6: Evocações para o termo indutor «envelhecimento».....	55
Tabela 7: Evocações para o termo indutor «atendimento ao idoso».....	59
Tabela 8: Evocações para o termo indutor «atendimento ao idoso».....	59
Tabela 9: Palavras associadas significativamente à classe 1.....	63
Tabela 10: Palavras associadas significativamente à classe 2.....	64
Tabela 11: Palavras associadas significativamente à classe 3.....	66
Tabela 12: Palavras associadas significativamente à classe 4.....	68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
CAPÍTULO I CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	18
CAPÍTULO II ABORDAGEM TEÓRICA GERAL.....	26
2.1 Contextualização Sócio-Histórico e Política sobre Envelhecimento.....	27
2.2 Serviços de Saúde e Atendimento.....	34
2.3 Representações Sociais no Campo da Saúde.....	37
CAPÍTULO III PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Tipo de Estudo.....	44
3.2 Cenário do Estudo.....	44
3.3 Sujeitos do Estudo.....	44
3.4 Instrumentos Utilizados para Coleta de Dados.....	45
3.5 Análise dos Dados.....	45
CAPÍTULO IV RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	49
4.1 Os Sujeitos do Estudo.....	51
4.1.1 O perfil dos idosos.....	50
4.1.2 Situação de saúde dos idosos estudados.....	52
4.2 As Representações Sociais sobre Envelhecimento e o Atendimento em Saúde.....	54
4.2.1 Dados analisados pelo Evoc - o núcleo central das representações sobre envelhecimento e atendimento ao idoso	54
4.2.2 Os dados apreendidos a partir do Alceste.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	83
ANEXOS	88

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. O envelhecimento populacional brasileiro resultante da redução da fecundidade e do aumento da longevidade causará, a curto prazo, conseqüências importantes sobre a quantidade e a natureza das demandas sociais, principalmente aquelas relacionadas aos setores da saúde e da previdência social, isso exige preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Esse planejamento envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados à definição e implementação de ações de Saúde específicas (POLARO, 2001; VERAS, 2006).

No Brasil o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa visam à integração das políticas, a gestão em rede de modo que se efetive ação do governo de forma intersetorial e integrada, a promoção de um estado de saúde do idoso com o máximo de expectativa de vida ativa, buscando para tal a manutenção e a melhoria da capacidade funcional, a promoção da saúde, a realização de atividades e aumento da autonomia dos sujeitos (TAHAN, 2009).

Na sociedade atual, estudos sobre representações sociais, revelam a idéia de idoso associado a aspectos negativos, como figura decadente, necessitado e dependente. Estas concepções contribuíram enquanto fenômeno psicossocial, com os processos de formação de condutas, orientações das comunicações sociais e estruturação da identidade do idoso, assim como nas práticas sociais a ele dirigidas. O envelhecer é, portanto, marcado por diversas experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo (ALMEIDA; CUNHA, 2003; ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007).

Em face destes aspectos, tornam-se urgente uma mudança nas representações, pensamentos e nos valores que possam propiciar o reconhecimento, entre as pessoas de modo geral e, sobretudo, na população idosa.

A presente pesquisa procurou enfatizar o pensamento dos idosos sobre o atendimento recebido em Unidade de Saúde da Família a partir de suas representações sociais sobre *envelhecimento e atendimento ao idoso*.

É nesta direção que se insere o presente estudo, estruturado nos seguintes capítulos da seguinte forma: no capítulo I - *construção do objeto de estudo*,

apresenta-se a temática, problemática, justificativa do estudo, questões de estudo e os objetivos; o capítulo II refere-se à *abordagem teórica geral*, em que se trata das bases teóricas que fundamentam a pesquisa, contextualizando os aspectos sócio-histórico e políticos do envelhecimento, o atendimento oferecido aos idosos em uma Unidade de Saúde da Família e o aporte teórico das representações sociais; no capítulo III - *percurso metodológico* é descrita a metodologia empregada no estudo e o capítulo IV – refere-se aos *resultados e comentários* sobre as representações sociais apreendidas dos idosos acerca do envelhecimento e o atendimento oferecido aos idosos em Unidade de Saúde da Família, e por fim, as *considerações finais* com reflexões centradas nos objetivos da pesquisa.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 Delimitação do Objeto de Estudo

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude do envelhecimento da população mundial e este rápido processo de envelhecimento constitui um dos problemas que preocupa os governos, local, estadual e federal. Avaliar os aspectos que envolvem o envelhecimento tem se tornado muito significativo para implementação das Políticas Públicas para os Idosos, no que se referem às ações, assistências, programas e serviços oferecidos a este público.

O mundo vivencia uma mudança demográfica que vem preocupando tanto os governantes quanto os demais setores de saúde, educação e social, decorrente de fatores como: melhor qualidade de vida, transição demográfica ocasionada pela mudança na pirâmide populacional, melhor atendimento em saúde e aumento na expectativa de vida, entre outros.

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (LIMA-COSTA *et al.*, 2003; RAMOS, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade juntamente com a alta prevalência de doenças crônicas e incapacidades físicas entre os idosos e o tipo de assistência prestada aos mesmos, configurando uma preocupação da Política Pública do Idoso,

Sabe-se que no Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2006).

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso

das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política atenta para o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda

incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), (BRASIL, 2006).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A PNSPI tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

O surgimento de Política voltada para saúde da pessoa idosa deve-se ao fato que o SUS brasileiro é tradicionalmente organizado para atender à saúde materno-infantil e não para os idosos. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (FIRMO *et al.*, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (LIMA-COSTA *et al.*, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Assim a saúde é um dos setores que tem se deparado com questões que envolvem o envelhecimento e pleiteia respostas às crescentes demandas por serviços cada vez mais complexos e especializados para idosos; como também é necessário o atendimento a questões mais amplas, como o desenvolvimento de atividades que promovam a saúde, de modo que atenda o contexto não apenas biológico, mas também social. E nesse sentido, pode-se afirmar que têm sido dado passos importantes na busca da consolidação de uma assistência integral e ideal à saúde do idoso no Brasil.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível é o

foco central da PNSPI e pressupõem a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, onde define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde ou a Unidade de Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006b).

Por entender que o envelhecimento se configura um problema de relevância atual, em que durante minha formação acadêmica procurei abordar temas que de certa forma me levou a pensar a saúde em um contexto mais amplo, além do aspecto biológico, associado a outros fatores como: o psicológico e o econômico articulada às políticas públicas, considerando o contexto social. Além de envolvimento com idosos em atividades específicas enquanto estudante de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, estagiando em Unidades de Saúde da Família, foi com essa experiência que tive a oportunidade de vivenciar situações que me inquietaram acerca dos cuidados oferecidos aos idosos nestes serviços de saúde.

Assim sendo, ao vivenciar relações próximas, observando os idosos e os cuidados a eles dispersados em Unidades de Saúde da Família, nesses cenários de práticas onde a saúde é pensada e utilizada como um bem público. Esta realidade me motivou a estudar o envelhecimento do ponto de vista psicossocial, em que eu conhecesse aspectos subjetivos envolvidos no atendimento ao idoso tendo como aporte teórico as representações sociais, por ser capaz de fornecer pistas para se conhecer e avaliar o atendimento oferecido em Unidade de Saúde da Família.

Para promover a saúde, no âmbito da Gerontologia temos que desenvolver atividades de uma forma horizontalizada, interdisciplinar, com ênfase na comunicação, sempre junto ao idoso buscando atender suas necessidades individuais, isto é, a singularidade de ser idoso e o tipo de cuidado oferecido que muitas vezes é massificada e verticalizada. Este aspecto pode ser exemplificado pela estratégia de acolhimento atualmente em fase de implantação e consolidação, nos serviços para um atendimento singular ao usuário. Esta medida se constitui como uma possibilidade de colaborar com a respectiva comunidade onde o idoso está inserido, ajudando na identificação das necessidades local em relação à saúde ao mesmo tempo contribui no desenvolvimento de estratégias destinadas a promover saúde.

Nesta tentativa, verificamos que a comunicação constitui um alicerce à avaliação por ser considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições bio-psico-sociais. É mais do que uma simples troca de palavras trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações.

Para Debert (2003), a velhice pode ser concebida, por um lado, como um fato universal e natural, baseada fundamentalmente no ciclo biológico do ser humano (nascimento, crescimento e morte) e, por outro, como um fato social e histórico que envolve as várias formas de conceber e viver o envelhecimento. As representações sociais sobre a velhice, a posição social dos velhos e o tratamento dado pela sociedade adquirem significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos, diferenciados socialmente que, somados ao crescimento do número de idosos no mundo e, de forma mais específica no Brasil, justifica a importância de políticas públicas voltadas para esta população, assim como estudos que possam caracterizar suas necessidades.

Para tanto, a Teoria das Representações Sociais (TRS) vem corroborando nesta perspectiva por se prestar como uma ferramenta útil para avaliação. Ela é capaz de ampliar reflexões sobre ações que favorecem o bem-estar dos idosos, a partir de um processo que estimule pensar relações como: ser idoso/cuidados necessários, atendimento-ideal/envelhecimento e corpo/vida, na direção de integrar ações efetivas na dimensão individual e grupal direcionadas a uma melhor saúde para o idoso.

Sabe-se que a TRS consolidou-se no campo da saúde por buscar apreender o que pensam as pessoas sobre determinados objetos sociais e a importância destes pensamentos na comunicação e comportamentos das pessoas, em particular de profissionais de saúde e usuários. Este significativo diálogo entre as ciências da saúde e as ciências sociais, consagra uma concepção ampliada de saúde, na busca de construir práticas com orientação e base interdisciplinares, procurando articular uma perspectiva de integralidade e humanização das ações desenvolvidas na área da saúde.

Desta forma, a saúde tem se voltado a conhecer aspectos simbólicos que estão presentes diretamente no processo de saúde-doença das populações, com os estudos que vêm sendo desenvolvidos a partir do aporte Teórico das

Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978/2003), para responder as interações sócio-cognitivas e afetivas; responsáveis por comportamentos e tomada de posição dos usuários frente às práticas saudáveis de saúde tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Há poucos estudos publicados que relacionam a avaliação do atendimento oferecido aos idosos em Unidades de Saúde da Família e na perspectiva das Representações Sociais são pouco explorados. A temática sobre envelhecimento tem uma consistente produção científica, entretanto, acerca de avaliação de serviços não é tanto explorada. Teixeira, Schulze e Camargo (2002), pesquisaram o idoso saudável, onde eles apreenderam as “Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde”, mas não exploraram aspectos relacionados com a satisfação dos idosos nos serviços que eles recebem uma vez que as necessidades de saúde de um idoso não devem ser deduzidas somente a partir de pessoas doentes.

Vale ressaltar que o interesse deste estudo é pelo caráter extremamente ameaçador que a saúde e a doença têm para o indivíduo assim como o fato de ser uma temática importante a ser explorada não só para os que constroem teorias científicas, mas também para as pessoas leigas. Os idosos que se preferem chamar de atores sociais acabam construindo teorias de senso comum que, por um lado, servem para explicar o fenômeno do envelhecimento e por outro, além de guiarem os comportamentos e a comunicação são capazes de sustentarem suas práticas sociais em relação a como permanecer saudável na velhice.

Portanto este estudo trata-se de pesquisar de importância acadêmico-científica, social e cultural que gera conhecimento resultados, traduzir e difundir informações a partir das necessidades dos idosos contextualizadas socialmente. Este aspecto é destacado por Sá (2000) ao falar sobre a importância das representações sociais enquanto teorias do senso comum que são centradas na realidade social. Elas podem promover ações mais amplas e integrais, no que diz respeito do atendimento oferecido aos idosos na Unidade de Saúde da Família. Além de contribuir com informações importantes que ela pode gerar para a promoção do envelhecimento saudável, esta temática é relevante no contexto das políticas públicas de saúde da pessoa idosa em nível mundial, também assumida como diretriz da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil.

Diante de tais colocações questionam-se: quais as representações sociais que os idosos elaboram sobre o envelhecimento? O que pensam os idosos sobre o atendimento recebido em Unidade de Saúde da Família? O tipo de atendimento oferecido aos idosos atende as suas perspectivas?

Para responder a estes questionamentos o estudo contemplará os seguintes objetivos:

- a) Apreender representações sociais sobre envelhecimento construídas por idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF);
- b) Conhecer o atendimento oferecido aos idosos em Unidades de Saúde da Família (USF), a partir de suas representações sociais;
- c) Verificar se o atendimento oferecido aos idosos atende as suas expectativas.

Nessa perspectiva, considera-se a Teoria das Representações Sociais um referencial teórico capaz de fundamentar o objeto de estudo, oferecendo respostas aos achados e, conseqüentemente, permitindo obter uma avaliação de serviços de saúde oferecida aos idosos em Unidade de Saúde da Família.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM TEÓRICA GERAL

2.1 Contextualização Sócio-Histórica e Política sobre Envelhecimento

Ao entrarmos no século XXI vemos que no último século ocorreram transformações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde das populações em todo o mundo, e conseqüentemente, na sua estrutura demográfica.

A tendência mundial à diminuição da mortalidade, da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida têm levado ao envelhecimento da população. Assim o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios (PAPALEO NETTO; CARVALHO FILHO, 2006).

O crescimento demográfico da população idosa tem sido de grande interesse para estudiosos. A taxa de crescimento da população idosa tem sido maior que a taxa correspondendo total da população. As estimativas apontam que, de 1990 a 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população em sua totalidade (PAPALEO NETTO; FILHO, 2006).

Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população (Gráfico 1).

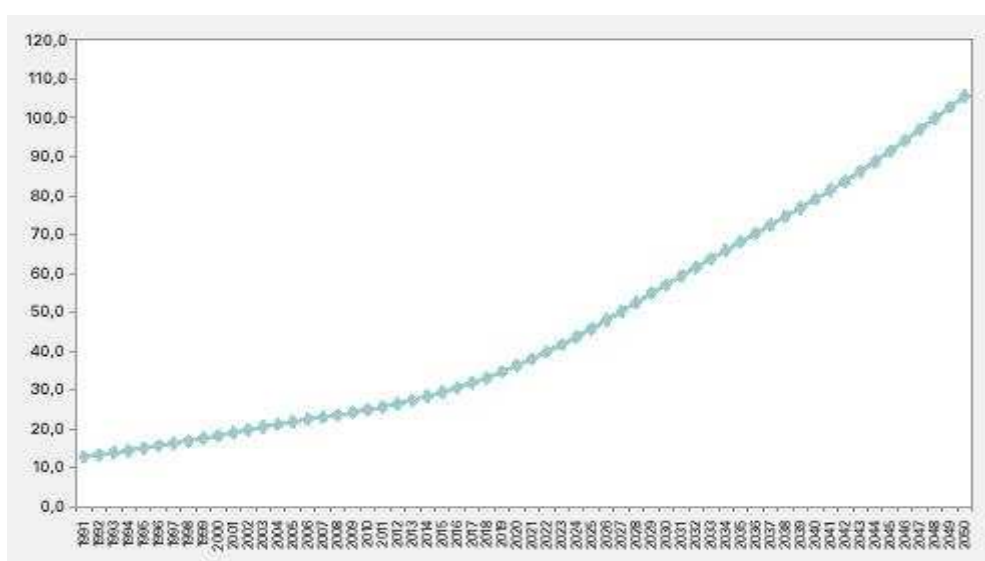


Gráfico 1: Índice de envelhecimento - Brasil – 1991-2050

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.

De modo geral, vem se observando um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos. Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total. Mas, a região latino-americana apresenta uma grande diversidade, com a proporção de idosos variando de 6,4% na Venezuela a 17,1% no Uruguai. As populações européias apresentam, caracteristicamente, proporções mais elevadas, com os idosos representando algo em torno de 1/5 da população de seus países, apresentado no Gráfico 2 (IBGE, 2000).

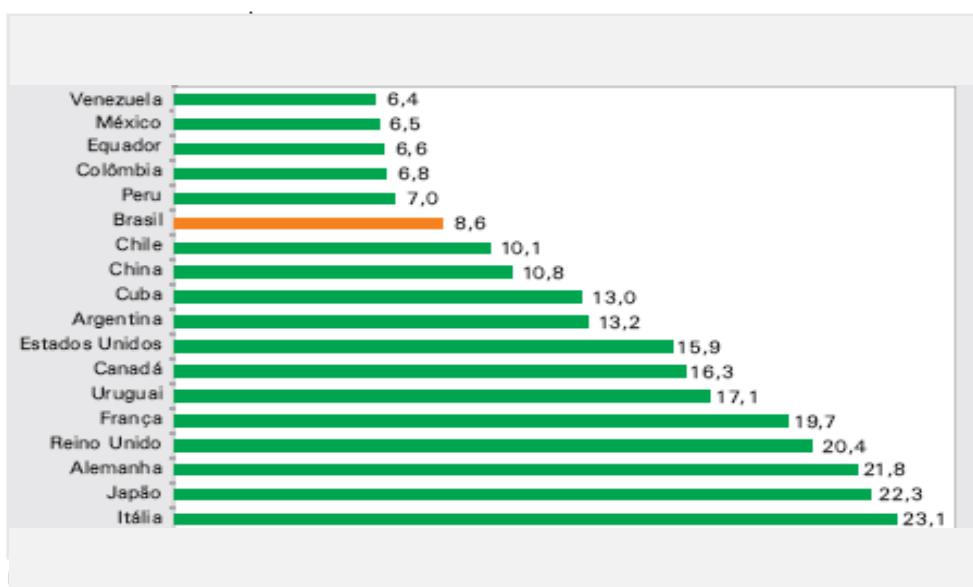


Gráfico 2: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados – 1990/1999

Fonte: Demographic yearbook 1999. New York: United Nations, 1999; IBGE, Censo Demográfico 2000.

Segundo dados da Organização Mundial de saúde, a Paraíba ocupa do 3º lugar no Brasil e é o primeiro Estado em número de idosos no Nordeste. Em João Pessoa, os idosos representam 7,36% da população, atingindo o equivalente a 40.446 pessoas (OMS, 2000). Já o IBGE (2000) segundo a Proporção da população residente de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais – 2000, a Paraíba está em 9ª posição.

A OMS define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões,

totalizando mais de 14 milhões em 2000. Segundo Peixoto (2003) este aumento no número de idosos em nosso país precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida, sobretudo, porque, suas conseqüências afetam os indivíduos, a economia e a sociedade

O conhecimento da dinâmica e das mudanças observadas no perfil populacional brasileiro, obtidos por intermédio desses dados, poderá ser incorporado ao planejamento das políticas públicas, auxiliar no desenvolvimento das ações concretas voltadas para essas pessoas, uma vez que elas apresentam situações especiais de necessidades sociais e da saúde.

O Envelhecer é um fenômeno natural da vida de um indivíduo, ou seja, é um processo geral, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais.

O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (NERI; CACHIONI, 1999).

A distinção entre velhice e doença e a possibilidade de diminuição da ocorrência de incapacidades em idosos, através da provisão de serviços de saúde e de bens e serviços essenciais para a qualidade de vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (CALDAS, 1998).

De acordo com o Documento:

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

Segundo Carvalho e Andrade (2000, p. 82), no plano individual envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.

Já o conceito de envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe e Kahn (1987), envolve baixo risco de doenças e de incapacidades, funcionamento físico e mental excelente e envolvimento ativo com a vida. Depende da capacidade de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais. Esta habilidade é o resultado da estrutura psicológica e de condições sociais construídas ao longo da vida.

No contexto das diversas limitações que o avançar da idade pode acarretar, sejam de ordem física, mental ou social, Neri (2001) menciona a teoria da atividade que aborda os aspectos funcionais do indivíduo e envolvem as modificações relacionadas às condições anatômicas, psicológicas e de saúde típicas da velhice, havendo, porém, a permanência das necessidades psicológicas e sociais. A representação negativa normalmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade.

Para Assis (2005), a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice.

Nas últimas três décadas, mudanças sociais levaram a velhice da esfera privada e familiar para a pública passando a fazer parte da agenda social dos governos, sendo os idosos indivíduos importantes para a formulação de políticas públicas.

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, alterações e doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde para que haja qualidade nestes serviços é necessário planejamento

Esse planejamento envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados até a definição e implementação de ações de Saúde específicas. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (VERAS, 2003).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Política de Saúde Pública em dezembro de 1999 divulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, fundamentada na Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 e na Lei 8.842. A referida lei

ênfatiza a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, define diretrizes para direcionar as a es no que se refere   saúde, determina a cada institui o sua responsabilidade viabilizando assim sua operacionaliza o, norteia o processo avaliativo para possível redimensionamento.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promo o do envelhecimento ativo e saudável;
- b) aten o integral, integrada   saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às a es intersetoriais, visando   integralidade da aten o;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da aten o   saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo   participa o e fortalecimento do controle social;
- f) forma o e educa o permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulga o e informa o sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promo o de coopera o nacional e internacional das experiências na aten o   saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

De acordo com a idéia de integralidade da aten o prevista como princípio do SUS e afirmada nas defini es globais da política nacional do idoso, a referido prevê a es em todos os níveis, tendo como alvo:

A preserva o e/ou melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a preven o de doenças, a recupera o da saúde daqueles que adoecem e a reabilita o daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas fun es na sociedade (GORDILHO *et al.*, 2000).

Estudos apresentados por (RAMOS, 2002), descreve que outro fato importante a ser considerado   que saúde para a popula o idosa não se restringe ao controle e   preven o de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa   a intera o entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa, objetivando assim a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

O tema qualidade de vida, nos últimos anos, tem sido tratado sob os mais distintos olhares, tanto na linguagem cotidiana como na academia. Na área da saúde o interesse por este tema é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004), entendendo que a saúde e doença são partes da complexidade de processos multifatoriais relacionados às condições econômicas, e socioculturais, entre outros.

Sabe-se que as políticas públicas são formuladas segundo as demandas sociais que no contexto atual apontam para incremento das doenças crônicas, maior utilização de serviços de saúde e maiores taxas de internações hospitalares entre os idosos quando comparados com outras faixas etárias, levando o Sistema Único de Saúde a redefinir suas prioridades.

Segundo Minayo (2004), ouvir os idosos e compreender melhor o processo de construção de uma identidade coletiva com maior expressão política, é uma interrogação a ser explorada. Em tempos de *Estatuto do Idoso*, mais que nunca, a participação poderá ser o caminho para minimizar os riscos se consagrar a velha e incômoda distância entre direitos que se consagram em leis, e sua expressão no cotidiano da população brasileira.

De acordo com o Estatuto do Idoso, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a

efetivação do direito à: vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito entre outros; dever de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade; manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes (BRASIL, 2006c).

É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos à saúde da pessoa idosa e atuar como parceiro de suporte social dos idosos, auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário, assim fortalecendo vínculos de co-responsabilidade.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa é ligada diretamente à Prefeitura de João Pessoa e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. A cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, tem uma superfície geográfica de 210,45 km² para uma população na ordem de 674.762 habitantes, indicada no IBGE (2007).

Além das ações e serviços de saúde oferecidos ao município, a SMS de João Pessoa é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS.

A Diretoria de Atenção à Saúde da SMS de João Pessoa tem por objetivos a formação e o desenvolvimento da rede de cuidados progressivos em saúde no SUS municipal. Assim, esse setor é a principal responsável pela ligação entre o sistema de saúde e a população local, através de competências instituídas para atender demandas e necessidades do usuário-cidadão pessoense e demais regiões, de forma integral e humanizada.

No município de João Pessoa a Saúde do Idoso é de responsabilidade da Coordenação da Atenção Básica, juntamente com a Saúde Bucal; Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Diabetes e Hipertensão; Tuberculose e Hanseníase.

A cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar.

Através dos serviços ofertados, a Diretoria de Atenção à Saúde propõe constituir práticas de proximidade, vínculo, acolhimento, responsabilização e

transparência com o usuário do SUS de João Pessoa, a partir de três espaços Fórum local, Equipes técnicas por Unidade de Atenção e de Apoio Central e Equipes de Ativação de Práticas.

Segundo dados do SIAB (2008), a soma dos indivíduos com mais de 60 anos dos Distritos Sanitários torna um total de 50.602 idosos cadastrados pelas Unidades de Saúde da Família. Assim observa-se que há um número elevado de idosos que utilizam o serviço público de saúde, sendo esses usuários um potencial, para avaliar a qualidade dos serviços que lhes são oferecidos.

O grau da satisfação ou insatisfação do usuário com um determinado serviço de saúde vai depender das relações interpessoais usuários/provedores, de aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos etc.), assim como, as representações do usuário sobre o processo saúde-doença (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A constituição brasileira e a Política Nacional do Idoso garantem a participação do idoso no processo avaliativo das políticas, planos, programas e projetos a serem implantados e em implementação. Um processo avaliativo que leva em consideração a opinião do próprio idoso estaria embasado no preceito teórico de avaliação de serviço, nas diretrizes da Política Nacional do Idoso e acima de tudo assegurando o direito social do idoso – o direito de cidadania (POLARO, 2001).

2.2 Serviços de Saúde, Atendimento e Cuidado

A avaliação é uma atividade muito antiga e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Ela consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000).

Segundo Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) a avaliação compreende a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar valor (ou mérito), qualidade, utilidade, efetividade ou importância de um objeto de avaliação em relação a esses critérios. Ou seja, o objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do que quer que seja avaliado.

Avaliação centrada no consumidor (usuário) é predominantemente uma avaliação somativa. Isto é qualquer avaliação realizada para fornecer julgamentos de valor ou mérito do programa em relação a critérios importantes para que as

pessoas que tomam decisões para determinar adoção, continuidade, aplicação ou o encerramento do programa (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Na saúde novos indicadores emergem entre eles o de avaliar a qualidade da assistência ou cuidado. Muito embora este termo seja freqüentemente empregado, vale ressaltar que os julgamentos sobre qualidade não se referem ao cuidado em si, mas sobre as pessoas na qual este cuidado é dispensado e diz respeito ao cenário ou sistema em que o cuidado é proposto (POLARO, 2001).

O primeiro passo a fazer quando se quer avaliar a qualidade é selecionar um indicador, e esta escolha pode se dar sobre o profissional ou pode basear-se no paciente (usuário) ou no sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988). Quando o enfoque é direcionado ao indivíduo ganha importância às relações que se estabelecem entre provedores e usuários, bem como as características de ordem técnica referente ao cuidado em si (SILVA; FORMIGLI, 1994).

É uma realidade no cotidiano das equipes de Unidades de Atenção Básica e/ou Unidades de Saúde da Família desenvolver grupos temáticos em suas programação e grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupo considera que os idosos estão incluídos nos grupos hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa, além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Unidades de Atenção Básica e/ou Unidades de Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva (BRASIL, 2006).

Assim faz-se necessário avaliar os serviços prestados aos idosos em Unidades de Saúde da Família, pois a qualidade determinada através da satisfação do usuário baseia-se na opinião que este faz quanto a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado, e torna-se uma das formas de se avaliar os resultados da assistência prestada.

O termo “Qualidade em Serviços” é produto de uma evolução natural da preocupação com a qualidade ao longo dos tempos. O conceito de qualidade, inicialmente associado à definição de conformidade às especificações, evolui posteriormente para a visão de Satisfação do Cliente. Assim, a qualidade praticada e oferecida na prestação de Serviços de Saúde surge ao longo do processo da

prestação, na interação entre um cliente (usuário) e um funcionário da linha de frente da organização de Saúde. Nesse momento, há uma comparação, por parte do cliente, entre sua expectativa de qualidade – produto da sua cultura, classe social e econômica e outros fatores – com a qualidade efetivamente praticada. Tal qualidade é intrínseca a todas as condições de atendimento durante o processo de prestação. Ainda que o resultado técnico seja bom, o atendimento pode não atender às expectativas (DANTAS, 1992).

A satisfação do usuário mesmo sendo difícil de ser aferida, por se tratar de mensuração de opiniões, que podem ser influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes, ela pode contribuir para a melhoria da qualidade de um serviço. Muitas vezes, os conflitos e qualidades observados pelos usuários passam despercebidos aos funcionários e a outras pessoas com necessidades diversas das do usuário (OLIVEIRA, 1992).

Pesquisas baseadas na percepção dos usuários sobre as práticas de saúde passaram a ser feitas, a partir da satisfação do usuário e da aceitabilidade do cuidado pelo usuário se faz necessárias para estabelecer medidas concretas que visem minimizar os efeitos aos impactos da progressão acelerada do envelhecimento populacional. Principalmente para verificar se os Serviços de Saúde estão oferecendo ações de acordo com a necessidade demonstrada pelo Envelhecimento como é preconizado pela a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

No Brasil ainda são escassos os estudos e as publicações sobre avaliação da qualidade de serviços de saúde através do idoso, Polaro (2001) finalizou seus estudos nesta linha com a seguinte conclusão que embora no setor saúde a avaliação da qualidade seja realizada através de diferentes enfoques, em seu estudo foi utilizado a satisfação do usuário idoso como o indicador desta qualidade, através de atributos já utilizados por outros autores, o que difere desta pesquisa.

2.3 Representações Sociais no Campo da Saúde

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem se consolidado em várias áreas do conhecimento, em particular, na saúde, mostrando-se como uma ferramenta importante para a análise de diferentes fenômenos de saúde. A sua grande utilidade dizem respeito às análises sobre políticas sociais e de saúde para o

planejamento de intervenções de âmbito social, em particular no campo da saúde (TURA; MOREIRA, 2005).

Moscovici (1978) define as representações como formas de conhecimentos que são construídas e compartilhadas por um grupo social. Elas são responsáveis pela comunicação intra e inter grupo, pelos comportamentos, valores, imagens e tomada de posição dos sujeitos frente ao objeto representado. O autor posicionou as representações sociais no campo dos sistemas cognitivos usuais, como um modo de conhecimento ou um saber prático do senso comum, que convive com outros saberes, como o científico, produzidos por *experts*.

Assim a representação social é entendida como, uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 1978).

Estas são formas de pensar e explicar a realidade e assuntos sociais que interessam as pessoas, tendo como base as conversas cotidianas, que os grupos da sociedade constroem constantemente. Elas são produzidas pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar. Nem todo assunto se torna um objeto de representação social para os grupos e, para todos os fenômenos de caráter conflituoso capazes de se converterem-se em problemas de pesquisa científica transformando-se em objetos de pesquisa.

Moscovici (1981, p 181) define a representação social da seguinte forma:

[...] por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.

Entendendo o conceito de representações sociais Tura (2005, p. 14), define as representações sociais afirmando que elas:

são, pois, saberes utilizados pelas pessoas em sua vida cotidiana e comportam visões compartilhadas pelos grupos, que determinam condutas desejáveis ou admitidas num campo de comunicações povoado de idéias e valores.

A base de formação das representações apontadas por Moscovici (1978), ocorre mediante dois processos: a **objetivação** e **ancoragem** para explicar, respectivamente, as condições de emergência da concretude e da atribuição de significação dos objetos sociais construídos pelos sujeitos que buscam a sintonia de suas práticas e comunicações na orquestração da sociedade (MOREIRA, 2001).

Para Moscovici, a *objetivação* é a relação do sujeito-objeto representado. A mesma "*cria uma realidade autônoma dos valores*", uma vez que, separado do sujeito, o objeto torna-se afastado do desejo daquele, adquirindo um caráter de exterioridade ao sujeito. Fundamentalmente, a objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico/visível o abstrato, enfim, transformar em objeto o que é representado (MOREIRA, 2001) é "*uma operação imageante e estruturante*".

No processo de objetivação o objeto percebido e o conceito tornam-se "*intercambiáveis*": as palavras são acopladas às coisas, o abstrato é tornado concreto, o conceito é transformado em uma imagem ou em um núcleo figurativo:

[...] objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar-se com relação às mesmas. É, também, transplantar para o nível da observação o que não fora senão inferência ou símbolo (MOSCOVICI, 1976, p. 21).

A *ancoragem* enquanto processo, é o que dá sentido ao objeto que se apresenta para ser compreendido. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrando-se a grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. O sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade, constitui em trazer o que é estranho ao território conhecido da nossa bagagem nocional, ancorar aí o novo, o desconhecido, significa retirar da sua navegação às cegas pelas águas do não-familiar (ARRUDA, 2002).

Assim a TRS mostra que, as representações sociais na verdade operam uma transformação do sujeito e do objeto na medida em que ambos são modificados no processo de elaborar o objeto. Para Arruda (2002), o sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, repertório este que por sua vez, também se modifica ao receber mais um habitante. A representação, portanto, não é cópia da realidade, nem uma instância intermediária que transporta o

objeto para perto/dentro do nosso espaço cognitivo. Ela é um processo que torna conceito e percepção equivalentes, uma vez que se geram mutuamente, como no caso do inconsciente agitado ou do complexo visível a olho nu.

A ligação entre a objetivação e a ancoragem permite compreender determinados comportamentos, pois o núcleo figurativo da representação depende da relação que o sujeito mantém com o objeto e da finalidade da situação. Assim, no interior de uma comunidade, de acordo com suas experiências e tradições, a veiculação das concepções acerca de objetos da realidade se torna tão intrínseca que todos os seus membros (sujeitos) são levados a se comportarem, diante de determinados objetos, segundo as representações atribuídas pelo grupo àquele objeto (COSTA; ALMEIDA, 1999).

Outra característica decorrente da relação entre ancoragem e objetivação, apontada nos estudos realizados por Jodelet (1989), é o fato de que ao materializar mentalmente um objeto, na forma de representação social, esse se cristaliza e é traduzido em operações de pensamento e ação na interação cotidiana com o mundo.

Este aspecto é relevante para que as RS sejam utilizadas nos estudos em saúde por considerar o fato das representações sociais terem origem nas condições sócioestruturais e dinâmicas de um grupo. Este aspecto não impede que os indivíduos dêem a essas representações um toque singular, uma vez que cada um está sujeito a experiências particulares. Embora faça parte de um mesmo grupo social, o que, por sua vez, possibilita percepções e apreensões diferenciadas de um objeto, em relação a outros indivíduos de seu grupo. (COSTA; ALMEIDA, 1999).

Logo, em se tratando do envelhecimento e dos serviços oferecidos aos idosos todas as representações construídas nos seus grupos de pertencas são compartilhadas tanto por eles quanto pelos profissionais de saúde, determinando comportamentos e práticas relevantes no âmbito da saúde.

A decisão de valorizar o estudo das representações sociais como um conhecimento a ser valorizado nas áreas da saúde baseia-se na crença de que essa valorização representa um avanço, significa efetuar um corte epistemológico que contribui para o enriquecimento e aprofundamento dos paradigmas das ciências psicossociais. É nesta perspectiva que se pode conhecer o pensamento diversificado sobre a atenção à saúde do idoso, uma vez que esta se encontra

inscrito num contexto social ativo/dinâmico, envolvido os serviços de saúde prestados aos idosos.

No aspecto interacional a partir da relação do indivíduo com o mundo e com as coisas que o cercam, pressupõe-se por meio da linguagem, a geração de valores e explicações em que o indivíduo mantém, assim, constantemente atualizadas em que as formas de relações entre os homens (a ideologia, são mediatizadas a partir de representação social e da sua relação entre falar e fazer, a mediação do pensamento) e o desenvolvimento da consciência social (LANE, 1989).

Para Jodelet (2001) as representações sociais são fenômenos sempre ativados e em (re) construção na vida social. O estudo de tais fenômenos possibilita a apreensão de diversos elementos que foram estudados isoladamente, com isto tais elementos são organizados como um saber que se refere a um estado da realidade. O conjunto desses componentes em processo configura uma totalidade significativa que, em relação com a ação, constitui a capacidade da pesquisa científica que busca analisá-la e descrevê-la.

Toda representação social é um processo pelo qual se estabelece a relação entre conteúdo (informações), imagens opiniões, atitudes, relacionado com um objeto a partir do sujeito (indivíduo), família, grupo, classe em relação com outro(s) sujeito. Na saúde este processo é importante por definir práticas e guiar as comunicações neste campo de atuação.

Ayres (2007), também corrobora com esta teoria em seu estudo da “Concepção Hermenêutica da Saúde”, em que enfatiza a valorização da perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado, o que implica assumir que a objetividade, inerente a qualquer ação de saúde. Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros. Assim como pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro. Esta idéia pode ser visualizada na figura a seguir.

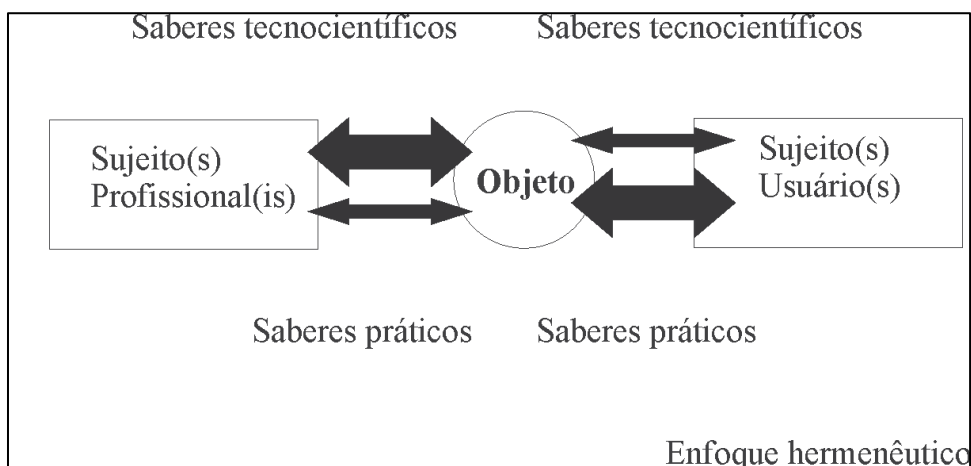


Figura 1: Práticas e instrumentais
Fonte: Ayres, 2007

Portanto Teoria das Representações Sociais permite o contato com imagens e conteúdos que expressassem, de certa forma, as necessidades de saúde sentidas pelos idosos revelando assim os principais valores e conceitos que os mesmos possuem sobre os cuidados de saúde que lhe são oferecidos nas Unidades de Saúde da Família. Assim se faz necessário conhecer como é percebido e representado o serviço oferecido para que se possa colaborar no planejamento de programas de saúde capaz de atender as expectativas dos usuários de modo singular.

Na apreensão das representações sociais sobre o envelhecimento e o atendimento dos idosos associada à estrutura serão utilizados tanto a grande teoria quanto a teoria complementar desenvolvida por Abric (2000) - a Teoria do Núcleo Central (TNC).

Esta, denominada de teoria complementar (TURA, 2005) foi desenvolvida em 1996 por Abric (2000) visando complementar a *teoria das representações sociais*, desenvolveu a teoria do *núcleo central*. A mesma estabelece que as representações sociais se organizam em torno de um núcleo estruturante composto por um ou mais elementos, que dão significado à representação. Assim, o núcleo central também é denominado núcleo estruturante, possuindo duas funções fundamentais: **uma função geradora**: elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos característicos da representação; é por meio deste que os outros elementos adquirem sentido e valor e **uma função organizadora** definida de

núcleo central, responsável pela natureza dos elos, ligando entre si os elementos da representação.

Portanto, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação. Pode-se dizer que o núcleo central é o elemento mais estável da representação, aquele que consegue manter sua continuidade em contextos variáveis e evolutivos. Na representação, ele é o elemento mais resistente à mudança. Por essa razão, qualquer modificação do núcleo central vai determinar na modificação completa da representação (RODRIGUES, *et al.*, 2008).

De acordo com a teoria das representações sociais, é a partir da identificação do núcleo central que se torna possível o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem estar organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. Somente a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação.

De acordo com Abric (2000) toda representação social é organizada em torno de um núcleo central – que unifica e dá sentido ao seu conteúdo – e de alguns elementos periféricos, responsáveis pela interface entre a realidade e o sistema central da representação. Partimos, pois, aqui, da teoria do Núcleo Central e das orientações metodológicas sugeridas pelo autor, a fim de compreendermos a organização interna da representação social do *envelhecimento* e do *atendimento ao idoso*.

No primeiro momento, foi possível acessar os mais diversos conteúdos semânticos. Em seguida, através de classificação baseada em sinônimos ou proximidade semântica das palavras, fizemos a primeira aproximação ao *corpus*, possibilitando a representação gráfica dos resultados por meio de tabelas de freqüências. Seguiu-se então a classificação em unidades de significação, e, por conseguinte, a categorização, dando visibilidade à estrutura interna existente no *corpus* em análise.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo exploratório, em uma abordagem quanti-qualitativa, realizado a partir das falas dos idosos priorizando os aspectos subjetivos sobre o atendimento oferecido. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões subjetivas acerca da avaliação, que de forma complementar, oferece diferentes eixos para julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando os serviços (MINAYO, 2000).

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Rangel II integrante do Distrito Sanitário II, localizado no bairro do Rangel no Município de João Pessoa - Paraíba, Brasil.

Esta USF foi indicada pela gestão municipal da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, localizada na área urbana e com equipe completa.

3.3 Sujeitos do Estudo

Participou do estudo setenta idosos ($n=70$) atendidos na Unidade de Saúde da Família Rangel II, de ambos os sexos que aceitaram participar do estudo, que obedeceram aos critérios estabelecidos para a inclusão na pesquisa:

- ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ser usuário da USF Rangel II;
- estar consciente, orientado no tempo e no espaço, sem déficits cognitivos ou de linguagem.

3.3.1 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu a Resolução 196/96 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996) e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-Brasil, 2000). A participação dos idosos ($n=70$) foi voluntária e por ocasião das entrevistas os sujeitos preencheram e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), para participar do estudo.

3.4 Instrumentos Utilizados para Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizado o método multi-método a partir de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B), com uso do gravador, subsidiada em três etapas:

- a) Primeira etapa: trata dos **dados sócio-demográficos**: contemplou os seguintes dados sócio-demográficos: sexo, idade, estado civil, religião, grau de escolaridade, procedência, situação de moradia, ocupação, tempo de tratamento na USF, tipo de patologia.
- b) Segunda etapa: contempla o **Teste da Associação Livre de Palavras**, com as palavras-indutoras: «*envelhecimento*», faz-me pensar em...; «*atendimento ao idoso*», faz-me pensar em... .
- c) Terceira parte: compreende as questões centradas na Teoria das Representações Sociais, como:
 1. Fale sobre o atendimento oferecido ao idoso aqui na USF.
 2. O que é ser idoso para o sr(a)?
 3. O que significa o atendimento oferecido ao idoso aqui na USF?
 4. O que significa o envelhecimento para o sr(a)?
 5. Fale sobre sua experiência como usuário nas USF.
 6. O sr(a) recebe algum tipo de atendimento preferencial?
 7. Como tem sido o atendimento aqui?

3.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos das entrevistas foram organizados em três bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento, utilizando os *softwares*: SPSS 17.0, EVOC 2000 e Alceste 4.8, após serem submetidos ao primeiro tratamento com o uso da técnica de análise de conteúdo temática categorial (BARDIN, 2006), seguindo as etapas de: 1) *Pré-análise*: leitura flutuante; escolha dos documentos: constituição do *corpus* constituído por 70 entrevistas; preparação de material; escolha do tipo de análise: para este estudo selecionou-se a análise de conteúdo temática categorial; seleção de unidades de contextos: parágrafos; seleção de unidades de registros: temas; recortes; processo categorial a *posteriori*: envolvendo categorias simbólicas; decodificação e *Texting* da técnica selecionada; 2) *Exploração do Material*: administração da técnica sobre o *corpus*, ou seja, número

de entrevistas a serem analisadas e 3) *Tratamento dos Resultados*: dimensão estatística; síntese e seleção dos resultados-validação, abordando *inferência* e *interpretação*, segundo o referencial teórico das representações sociais.

Após esta primeira análise dos dados foram submetidos aos seguintes *softwares*:

3.5.1 O Software SPSS 17.0

Os dados apreendidos da primeira parte da entrevista foram submetidos ao *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) compreendido como um pacote estatístico aplicativo (programa de computador) do tipo científico, para as ciências sociais.

Após construir o banco de dados no *software* Excel 2003 as informações foram transferidas para o SPSS 17.0 for Windows. Foi feita uma análise exploratória dos dados e a verificação de erros e inconsistências de preenchimento de questionário e digitação. Além da análise descritiva dos dados onde se calculou as médias, desvios-padrões e intervalos de confiança de 95% das variáveis contínuas. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas e em seguida foi realizado o levantamento do perfil sócio-demográfico dos idosos em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, apresentadas em tabelas de freqüências e gráficos.

3.5.3 O Software EVOC 2000

Os resultados apreendidos a partir do Teste da Associação Livre de Palavras foram organizados em um banco de dados a partir da construção de um dicionário de vocábulos contemplando cada estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se uma análise de conteúdo semântica para codificação e introdução no Excel para preparo do banco de dados e posteriormente submetê-lo ao *software* Evoc 2000.

Os dados obtidos dos 70 testes foram organizados a partir de um dicionário de palavras produzidas onde o *software* Evoc 2000. Este calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados.

O Evoc realiza cálculos estatísticos e constrói matrizes de co-ocorrências, que servem de base para dois tipos de análises: a construção de quatro “casas”, e a análise de amplitude. Assim como, permite ainda incluir variáveis de caracterização dos sujeitos e assim, analisar se as respostas variam entre os sujeitos formando

grupos. Podem ser considerados diversos tipos de variáveis, tais como idade, sexo, relação de trabalho, renda, dentre outras. Essas variáveis devem ser categorizadas, codificadas e incluídas no arquivo, no Excel conforme descrição realizada anteriormente, digitado em formato *Word* (TURA, 2005).

O Evoc é o *software* mais indicado para o tratamento dos dados coletados através de evocação livre de palavras, no estudo da estrutura das representações sociais. Esse recurso informático representa um grande auxílio na organização dos dados, particularmente na identificação de discrepâncias derivadas de da polissemia do material coletado e na realização dos cálculos das médias (simples e ponderadas) para construção dos quatro quadrantes, responsáveis pela configuração do núcleo central das representações sociais (TURA, 2005).

3.5.4 O Software Alceste 4.8

O Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*) realiza uma análise lexical contextual de um conjunto de segmentos de texto. Compreende um *software* de análise de dados textuais ou *textual estatístico*, que realiza um programa de análise quantitativa de dados textuais indicado para análise de dados nos estudos de representações sociais e outros aportes.

O Alceste foi introduzido no Brasil em 1998 (VELOZ; NASCIMENTO-SVHULZE; CAMARGO, 1999) onde este programa classifica de maneira semi-automática as palavras para o interior de um *corpus*. Para isso, Alceste segmenta o texto, estabelece as semelhanças entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras. Este método é chamado de classificação método descendente hierárquico (CDH), além de permitir uma análise lexográfica do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário.

O mesmo constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, que não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico (CAMARGO, 2005). Neste estudo, o programa foi utilizado para analisar as questões contempladas na terceira parte da entrevista.

O programa toma como base um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que serão definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. Um conjunto de UCIs constitui um corpus de análise. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes)

e constituição de um dicionário; Segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); Delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas; Análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas; Análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma) (CAMARGO, 2005). Os dados obtidos das questões corresponderam um *corpus* de 70 UCI's e 248UCE's com um aproveitamento de 74, 25 %, que são apresentados e comentados a seguir.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4.1 Os Sujeitos do Estudo

4.1.1 O perfil dos idosos

Os atores deste estudo são apresentados a seguir cuja caracterização é apresentada nos conteúdos contemplados na **Tabela 1**, abaixo:

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra de idosos ($n=70$)

Variável	Categorização	n	%
Sexo	Masculino	15	21,9
	Feminino	55	78,1
Faixa-etária	60 a 65 anos	26	37,3
	66 a 70 anos	15	21,42
	71 a 75 anos	11	15,7
	76 a 80 anos	09	12,8
	81 a 85 anos	06	8,5
	86 a 91 anos	03	4,28
Religião	Católica	44	62,8
	Evangélica	19	27,26
	Espírita	05	7,14
	Outra	02	2,80
Estado Civil	Casado	32	45,7
	Divorciado	9	12,8
	Viúvo	26	37,3
	Solteiro	3	4,2
Nível escolar	Sem escolaridade	25	35,7
	Ens. Fundamental Incomp.	37	52,8
	Ensino Médio Incompleto	2	2,8
	Ensino Médio Completo	5	7,14
	Superior	1	1,42
Procedência	Capital	11	15,7
	Interior do Estado	53	75,6
	Outros Estados	6	8,5
Situação de Moradia	Casa Própria	45	64,2
	Alugada	19	27,14
	Resid. casa de parentes	6	8,5

Fonte: Mendes, 2009.

A **tabela 1** descreve as características sócio-demográficas dos 70 idosos que se encontram com idades entre 60 e 91 anos ($M = 74$; $DP = 7,51$), atendidos pela Unidade de Saúde da Família Rangel II, na cidade de João Pessoa – PB. A maioria do sexo feminino (78,1%) e residente em casa própria (64,2%).

A prevalência do sexo feminino, também foi observada por Pacheco e Santos (2004) em seu estudo com idosos em unidades de PSF. Estes autores relatam que, no Brasil, há muito tempo o número de mulheres idosas tem sido superior ao de

homens. Para Carano (2006) este aumento é explicado pela mortalidade diferencial por sexo.

Este aspecto é comentado por Paschoal, Franco e Sales (2007) que ao analisar o estado marital da população idosa do Brasil, observou que mais de três quartos dos homens vivem em companhia de cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas. Ressaltam que para cada homem viúvo existem 3,6 viúvas. Dois fatores contribuem sobremaneira para tal desigualdade: a maior longevidade das mulheres e a tendência da união de homens com mulheres mais jovens.

Em relação ao estado civil a maioria dos idosos é casada ou vive com parceiros 45,7%, seguida da viuvez com 37,3%. Os idosos procedem de cidades do interior do Estado da Paraíba representando um total de 75,6%, tem renda familiar entre 1 à 2 salários mínimos (49,5%) e 52,8% são aposentados.

Quanto à escolaridade 35,7% informam não ser alfabetizado, 52,8% afirmam ter o ensino fundamental incompleto; 7,1% têm o ensino médio e 1,6% superior; 62,8% professam ser católicos, 27,26% evangélicos, 7,14% espíritas e 2,8% relataram não possuir religião.

Na **tabela 2** observa-se informações sobre o rendimento familiar onde mostra a principal fonte de renda dos idosos estudados. Verifica-se que os idosos possuem uma única fonte de renda, uma pensão ou aposentadoria.

Tabela 2: Rendimento familiar e fonte de renda ($n=70$)

Variável	Nível	n	%
Renda Familiar	<1 Salário Mínimo	26	37,3
	1 - 2 salários-mínimos	35	49,5
	1 - 3 Salários mínimos	9	13,2
Tipo de Trabalho	Aposentado	30	42,6
	Renda do Cônjuge/Companheiro	14	20,2
	Pensionista	19	27,28
	Pedreiro	6	8,5
	Professora	1	1,42

Fonte: Mendes, 2009.

Para a equipe e gestores esses dados são importantes, pois se verifica que na área da USF tem muitos idosos com baixa escolaridade e rendimento mensal mínimo, demonstrando as dificuldades que vivenciam estes idosos.

Na Unidade de Saúde da Família a maioria dos idosos frequenta a Unidade Rangel II há mais de 5 anos (30,5%), conforme atesta os dados da **Tabela 3**.

Tabela 3: Tempo de Tratamento na USF Rangel II (n=70)

Variável	Nível	n	%
Tempo de Tratamento na USF	0 -1 ano	9	13,3
	1 - 2 anos	14	18,7
	2 - 3 anos	12	17,3
	3 - 4 anos	14	20,2
	5 anos e mais	21	30,5

Fonte: Mendes, 2009.

Esta área adstrita da USF Rangel II tem como característica uma população fixa, ou seja, que frequentam a referida unidade em busca de assistência à saúde.

4.1.2 Situação de saúde dos idosos estudados

Na **tabela 4** destaca-se que 78,6% dos idosos relatam ser portador de uma patologia. De maneira geral, os participantes do estudo apresentam doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, o que parece consonante com os resultados verificados em outros estudos envolvendo idosos.

Tabela 4: Distribuição das patologias relatadas pelos idosos (n = 70)

Variável	Nível	n	%
Tipo de Doenças	Acidente Vascular Cerebral	4	5,7
	Hipertensão Arterial	29	41,42
	Diabetes	4	5,7
	Osteoporose	3	4,44
	Hipertensão/Diabetes	6	8,5
	Artrose	4	5,7
	Cardiopatía	5	7,14
	Nenhuma	15	21,4

Fonte: Mendes, 2009.

No estudo desenvolvido por Ramos (2003), foi detectado que 90% dos idosos apresentaram pelo menos uma patologia.

Uma descrição da situação de saúde da amostra pode ser observada na **Tabela 4**, apresentada acima, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 41,42% dos idosos, seguido da Hipertensão/Diabetes com 8,5% e da Cardiopatía com 7,14%.

Este dado corrobora para afirmar-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardio/vasculares, cérebro/vasculares e renal-crônica. A hipertensão não deve ser

considerada uma conseqüência normal do envelhecimento como é vista em muitas populações.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a HAS é responsável por menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% para o diagnóstico primário de indicação à diálise.

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária, constituindo um fator determinante de morbidade e mortalidade; embora quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.

De maneira geral, os participantes do estudo apresentam doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, o que parece consonante com os resultados verificados em outros estudos envolvendo idosos. Este aspecto foi evidenciado por Garcia *et al.*, (2005), ao afirmar que as patologias mais comuns são hipertensão arterial, diabetes, artroses, afecções respiratórias, acidente vascular encefálico, insônia, cardiopatias diversas, infecções urinárias, deficiências visuais, entre 50 outras.

O mesmo autor acrescenta que estas patologias coexistem, chegando a média aos 75 anos de idade com mais de seis condições crônicas. Reforçada pela diminuição ou perda da função de órgãos e sistemas biológicos, essas patologias podem gerar limitações e incapacidades funcionais, tornando o idoso dependente para realizar suas atividades.

Estes dados são importantes para se conhecer os sujeitos e associar as variáveis sócio-demográficas com as representações sociais sobre envelhecimento e atendimento ao idoso.

As representações sociais elaboradas pelos idosos são apresentadas e comentadas a seguir.

4.2 As Representações Sociais sobre Envelhecimento e Atendimento ao Idoso

4.2.1 Dados analisados pelo Evoc 2000 - Núcleo Central das Representações sobre Envelhecimento e Atendimento ao Idoso.

Os dados obtidos a partir dos estímulos indutores «envelhecimento» e «atendimento ao idoso» foram analisados por este programa após análise de conteúdo, responsáveis pela estrutura das representações sociais sobre envelhecimento e atendimento ao idoso.

Na sequência, foram evidenciados os elementos organizadores da representação através dos seguintes indicadores: *a frequência do item evocado, a média de frequência da evocação e a importância do item para o sujeito*. Assim, as palavras evocadas mais frequentemente e mais citadas pelos sujeitos, provavelmente, compõem os elementos centrais das representações desses sujeitos acerca do tema.

4.2.1.1 Núcleo Central: envelhecimento e doença para o estímulo envelhecimento

. Envelhecimento

As associações que emergiram para o termo indutor *envelhecimento* totalizaram 267 evocações. A análise dessas evocações, feita por meio da observação da frequência simples de cada uma delas, revelou 75 palavras diferentes, correspondendo uma média de cinco evocações por sujeito.

Observa-se ainda uma variação significativa das palavras evocadas colocando em evidência a polissemia em relação ao objeto, conforme observado na **Tabela 5**.

Tabela 5: Evocações para o termo indutor «envelhecimento»

Resultado do Teste da associação livre de palavras para o termo indutor Envelhecimento. João Pessoa (PB), 2009	
Número total de evocações	267
Número de palavras diferentes evocadas	75
Média de evocação por sujeito	5
Sujeitos que indicaram a palavra mais importante	70
Total de sujeitos	70

A **Tabela 6** apresenta a distribuição da ordem de classificação obtida a partir da significação das palavras evocadas pelos sujeitos, definindo assim, as categorias apresentadas abaixo.

Tabela 6: Evocações para o termo indutor «envelhecimento»

Distribuição das evocações segundo a ordem de classificação e ordem média de evocação sobre envelhecimento. João Pessoa (PB), 2009					
Categorias	1ª evoc.	2ª evoc.	3ª evoc.	Frequência	Ordem média de evocação
Envelhecimento	11	13	10	34	1,824
Doença	10	4	3	17	1,420
Esquecimento	2	5	8	15	2,467
Depressão	1	9	4	14	2,071
Tristeza	2	1	7	10	2,300
Passado	3	1	5	9	2,556
Cansaço	3	2	2	7	1,714
Juventude	3	3	1	7	1,571
Medo	1	1	4	6	2,667
Conformidade	2	1	2	5	2,800
Idade	2	2	1	5	1,60
Rejeição	1	1	2	4	2,500
Aceitar	1	1	2	4	2,000
Problemas	1	1	2	4	1,750
Morte	1	2	1	4	1,500
Total	44	47	54	145	30,756

Este achado foi organizado a partir da frequência de evocação foi calculada a partir do somatório das frequências com que a palavra foi evocada em cada posição; enquanto a ordem média de evocação foi obtida ponderando-se com o peso 1 a evocação feita em primeiro lugar, com peso 2 para a segunda evocação e, assim, com tantas ponderações quantas foram às associações solicitadas (VERGÉS, 1994). O somatório desses produtos dividido pelo somatório das frequências da palavra citada nas diversas posições correspondeu à ordem de evocação da palavra.

A média aritmética dos valores da ordem de evocação de cada palavra corresponde à ordem média de evocação. Procedendo à análise desses dois índices, de forma simultânea e combinada, foi possível revelar os elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação devido à sua saliência (SÁ, 2000).

A partir desse procedimento, os resultados obtidos foram distribuídos em uma figura de quatro quadrantes; o eixo horizontal se refere à ordem média de evocação

(com os valores menores para o lado esquerdo do eixo), e o eixo vertical à frequência de evocação (com os valores maiores dispostos na parte superior do eixo).

Assim, o quadrante superior esquerdo é composto pelas evocações de maior frequência e prontamente evocadas; o inferior direito, pelas evocações de menor frequência e as mais tardiamente evocadas.

Os elementos que participam do provável núcleo central das representações sociais situam-se no quadrante superior esquerdo (maior frequência e pronta evocação); já no quadrante inferior direito, estão os de menor frequência, que são denominados de “elementos periféricos”. Nos quadrantes: superior direito e inferior esquerdo, situam-se os elementos que se relacionam menos diretamente com o núcleo central (VERGÉS, 1994).

Estes elementos são importantes por constituir os conteúdos mais atualizados, capazes de oferecerem pistas sobre o atendimento no olhar dos idosos; enquanto os elementos do núcleo central correspondem à memória social do grupo.

Quadro 1: Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre «envelhecimento»

OME < 2 e F ≥ 8			OME ≥ 2 e F ≥ 8		
Doença	1,420	17	Depressão	2,071	14
Envelhecimento	1,824	34	Esquecimento	2,467	15
			Passado	2,556	9
			Tristeza	2,300	10
OME < 2 e 4 ≤ F < 7			OME ≥ 2 e 4 ≤ F < 7		
Cansaço	1,714	7	Aceitar	2,000	4
Idade	1,60	5	Conformidade	2,800	5
Juventude	1,571	7	Medo	2,667	6
Morte	1,500	4	Rejeição	2,500	4
Problemas	1,750	4			

Fonte: Adaptado de Vergès, *apud* Tura (2005).

Para *envelhecimento*, as evocações mais frequentes foram: **velho, velha, velhice, idoso, idosa, envelhecimento**, do total de 145 palavras evocadas representou 23,44% das palavras lembradas. Esta foi considerada uma categoria bastante forte, tendo englobado um total de apenas 7 palavras diferentes, em 34 ocorrências.

. Doença

Este elemento correspondendo a 11,72% das palavras lembradas com 17 ocorrências.

Assim **envelhecimento** e **doença** situam-se no quadrante superior esquerdo, ou seja, compreendem os elementos do provável núcleo central, por apresentarem uma maior saliência e, dessa forma, sobre envelhecimento. Estes elementos fazem parte da memória social grupal e são considerados os elementos mais rígidos.

Os elementos do quadrante inferior direito compreendem *elementos periféricos* da representação, que se relacionam menos correspondendo os conteúdos mais atualizados das representações sociais que podem ser trabalhados do ponto de vista de possíveis modificações.

Este aspecto é importante quando se tem o propósito de trabalhar com estratégias de intervenção, pois são estes elementos que apontam diagnósticos psicossociais sobre determinadas situações ou objetos capazes de interferir o modificar, ainda, tal representação.

Observa-se que os idosos associam o envelhecimento à doença corroborando a idéia de Pacheco, Santos (2004) e Garcia et. al., (2005) ao afirmarem que o envelhecimento tem sido associado a aspectos negativos como: doenças crônicas, dependência, fragilidades, incapacidades e morte, cuja representação pode estar sendo influenciada pela cultura e/ou referências pessoais.

A literatura apresenta distintos conceitos para o envelhecimento. Tais conceitos têm considerado diferentes aspectos do desenvolvimento humano, passando pelo campo biológico, social, psicológico e cultural. Contudo, ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que envolva os complicados caminhos que levam o indivíduo a envelhecer e como este processo de envelhecimento é vivenciado e representado pelos próprios idosos e pela sociedade em geral. (UCHÔA, 2003; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Em oposição, no quadrante inferior direito encontram-se os elementos periféricos representados por: **aceitar**, **conformidade**, **medo** e **rejeição** também confirmam o conteúdo avaliativo negativo associado à ausência de saúde e ao sentimento de conformismo dos idosos frente ao envelhecimento.

4.2.1.2 Núcleo Central: cuidado, doença e saúde para o estímulo atendimento ao idoso

. Cuidado

As associações para o termo indutor: atendimento ao idoso totalizaram 233 evocações. A análise dessas evocações, feita por meio da observação da frequência simples de cada uma delas, revelou 76 palavras diferentes, correspondendo a uma média de quatro evocações por sujeito.

Observa-se uma variação significativa das palavras evocadas conforme observado na **Tabela 7**.

Tabela 7: Evocações para o termo indutor «atendimento ao idoso»

Resultado do Teste da associação livre de palavras para o termo indutor atendimento ao idoso. João Pessoa (PB), 2009.	
Número total de evocações	233
Número de palavras diferentes evocadas	76
Média de evocação por sujeito	4
Sujeitos que indicaram a palavra mais importante	70
Total de sujeitos	70

A **Tabela 08** apresenta as ordens de classificação obtidas a partir da significação das palavras evocadas pelos sujeitos, compondo-se assim, as categorias: **assistência, cuidado, doença, saúde, USF, médico, rejeição, bom, nada e maltrato**.

Tabela 8: Evocações para o termo indutor «atendimento ao idoso»

Distribuição das evocações segundo a ordem de classificação e ordem média de evocação sobre atendimento ao idoso. João Pessoa (PB), 2009.					
Categorias	1ª evoc.	2ª evoc.	3ª evoc.	Frequência	Ordem média de evocação
Assistência	15	8	8	31	2,194
Cuidado	6	9	9	24	1,792
Doença	3	9	4	16	1,688
Saúde	1	10	4	15	1,333
USF	2	4	2	8	1,875
Médico	1	3	4	8	1,625
Rejeição	1	2	4	7	2,429
Bom	4	1	1	6	2,000
Nada	2	2	2	6	2,000
Maltrato	1	2	1	4	1,750
Total	36	50	3944	125	18,686

Os termos evocados, assim distribuídos, possibilitam os elementos sócio-cognitivos responsáveis pela estrutura das representações sociais sobre atendimento ao idoso.

Tomando a distribuição dos termos segundo os quadrantes, pode-se observar a organização dos conteúdos das representações responsáveis pelo provável núcleo central e elementos periféricos sobre atendimento ao idoso.

Considerando o conjunto das evocações pode-se visualizar a estrutura das representações sociais sobre o atendimento ao idoso, apresentados no quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre «atendimento ao idoso».

OME < 1,9 e F ≥ 11			OME ≥ 1,9 e F ≥ 11		
Cuidado	1,792	24	Assistência	2,194	31
Doença	1,688	16			
Saúde	1,333	15			
OME < 2 e 4 ≤ F <7			OME ≥ 2 e 4 ≤ F <7		
Maltratado	1,750	4	Bom	2,000	6
Médico	1,625	8	Nada	2,000	6
USF	1,875	8	Rejeição	2,429	7

Fonte: Adaptado de Vergés, *apud* Tura (2005).

Para o elemento sócio-cognitivo do núcleo central: *cuidado*, as evocações mais frequentes foram: **cuidado, dedicação, interesse**, correspondendo a 19,2% das palavras lembradas. Esta foi considerada uma evocação forte, correspondendo apenas três evocações diferentes, para 31 ocorrências.

. Doença

Corresponde 12,8% das evocações para o atendimento ao idoso, sendo um elemento significativo com 16 ocorrências.

. Saúde

Compreende 12% das evocações dos idosos para o atendimento para idoso com 15 ocorrências, em que para os idosos o *atendimento ao idoso* é representado por **cuidado, doença e saúde**.

Estudos realizados sobre representações do cuidado o mesmo é visto como um dos atributos indispensáveis para se investigar a satisfação do usuário, com ênfase para o cuidado à saúde (BOWING, 1997).

As mudanças benéficas na saúde dos usuários decorrentes do cuidado prestado contribuem para a satisfação do usuário (SILVA; FORMIGLI, 1994). Para Donabedian (1992) também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos. Assim, os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, servindo de indicador para a avaliação indireta da qualidade do serviço tanto da estrutura quanto do processo.

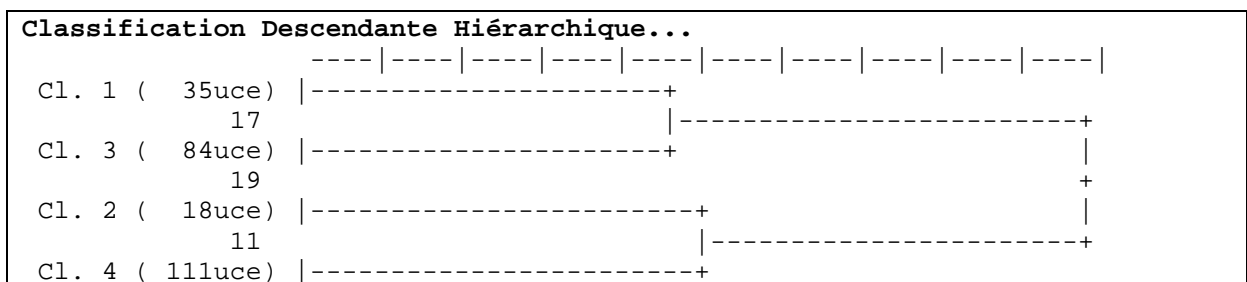
Já os elementos periféricos, descrevem o atendimento como **bom** em oposição ao sentido **nada** e ao sentimento de **rejeição**, vivenciados pelos idosos participantes do estudo. Ao mesmo tempo em que o serviço é representado por uma dimensão avaliativa eles sentem-se rejeitados.

4.2.2 Os dados apreendidos a partir do Alceste

Constituídos a partir de um *corpus* correspondente a 70 textos ou Unidades de Contextos Iniciais (UCI's) e 248 Unidade de Contexto Elementar (UCE's) que correspondem aos segmentos de textos dimensionados pelo programa com um aproveitamento de 74,25% dos dados interpretados.

O *corpus* (70 entrevistas) foi composto por 742 palavras diferentes, sendo descartadas pelo programa as palavras com frequência igual ou inferior a 4. Após a redução em suas raízes, obtiveram-se 267 palavras analisáveis, 25 palavras instrumentais e 85 palavras variáveis. As 267 palavras analisáveis ocorreram 6416 vezes, determinando assim, quatro classes semânticas, apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 3: Dendograma da Classificação Descendente Hierárquica



Fonte: MENDES, 2009.

No dendograma observa-se que o *corpus* foi sub-dividido em dois subgrupos, onde a primeira é formada pelas classes 1 e 3 e a segundo pelas classes 4 e 2, que por sua vez se interligam, com suas respectivas distribuições por UCE's.

Observa-se no quadro acima que a maior classe é a 4, contemplando 111 UCE, seguida da classe 3: 84 UCE; a classe 1: 35 UCE e a classe 3 com 17 UCE.

4.2.2.1 As classes e seus significados

Os dados apreendidos do Alceste acerca das representações sociais sobre envelhecimento e atendimento, são apresentados a partir das quatro classes/categorias simbólicas que foram definidas após a leitura dos conteúdos semânticos definidos em cada classe, conforme quadro a seguir.

Quadro 4: Distribuição das classes/categorias semânticas

Classes ou Categorias Semânticas	
Classe 1	Percepções de saúde
Classe 2	Opiniões sobre o atendimento na USF
Classe 3	Limitações físicas
Classe 4	Experiência de atendimento na USF

Fonte: Mendes, 2009.

As descrições das classes serão apresentadas a seguir contemplando os conteúdos mais significativos de cada uma.

4.2.2.1.1 Classe/Categoria 1 – Percepções de saúde segundo os idosos

A Classe 1 apresenta descreve claramente como os idosos percebem sua saúde, formada por 50 palavras analisáveis, correspondendo a 35 UCE's, com 14,11% de aproveitamento.

Esta classe organiza-se em torno de onze elementos, apresentados na tabela abaixo.

Tabela 9: Palavras associadas significativamente à classe 1

Palavras	Frequência	χ^2
Ando	8	32.63
Atendimento	27	13.11
Cansaço	6	14.01
Cansada	5	31.05
Dificuldade de andar	18	33.96
Movimentar	8	18.17
Preferencial	56	9.58
Recebo	19	71,59
Significa	7	26,85
Sinto	20	9.46
Tipo	21	92,09

Fonte: Mendes, 2009.

Observa-se na **tabela 9** destacam-se palavras que os idosos traduzem suas **percepções de saúde**, como: **cansaço, sinto dificuldade de andar, cansada**. É importante lembrar que estes elementos foram utilizados pelos idosos para responderem sobre envelhecimento e atendimento ao idoso; para compreender esta classe é necessário situar seus conteúdos mais significativos desta segundo as UCEs associadas a ela, exemplificadas a seguir.

[...] idoso é não ter saúde ao poucos, sem vida, não é mais como antigamente [...] Eu fico muito cansada quando ando muito [...]. O atendimento aqui é bom. Sinto dificuldade em movimentar principalmente quando me levanto e caminho muito [...].sinto cansaço nas pernas quando ando muito [...] sinto dores nas pernas e na coluna [...] Eu tenho deficiência por causa da osteoporose, sinto dores as vezes [...] Sinto dificuldade em movimentar me, estou muito cansada [...] Sinto dificuldade nos meus movimentos, por causa da idade, ando muito devagar [...].

Observa-se nas falas dos idosos uma ênfase para os aspectos relacionados com o idoso em que é percebido como portador de uma diminuição da capacidade funcional, retratadas nos elemento já mencionados, como: **cansaço, dificuldade de andar** e se **movimentar**, mostrando assim a importância da atividade física para a prevenção e promoção da saúde, com é preconizado na PNSPI (2006b).

É essencial elaboração de estratégias que coloquem o idoso como coadjuvante no processo de manutenção de sua capacidade funcional e no

processo de promoção de seu bem-estar, para que possa tornar realidade à prática de conceitos sobre envelhecimento ativo (FREIRE JR.; TAVARES, 2005).

As políticas públicas e modelos de promoção da saúde são fundamentais para prevenir os efeitos deletérios da incapacidade funcional e estas devem permitir que os idosos participem no controle de sua própria saúde, buscando o envelhecimento ativo e saudável (GALVÃO, 2008).

4.2.2.1.2 Classe/Categoria 2 – Opiniões sobre o atendimento na USF

Já na classe 2, se observa a opinião sobre o atendimento na USF Rangel II no olhar do idoso. A relação da frequência e *quiquadrado* foi extraída de uma amostra de 65 palavras, com 18 UCE'S, correspondendo 7,26% das respostas, conforme conteúdos a seguir.

Tabela 10: Palavras associadas significativamente à classe 2

Palavras	Frequência	χ^2
Atendimento	121	20,37
Cabelos Brancos	4	40.11
Conformar	2	11.03
Devagar	4	19.19
Deveria	5	40.11
Dia	6	32.24
Envelhecer	3	65.98
Ficar	4	14.9
Idoso	15	31.97
Natural	2	11.03
Ruim	4	16.60
Ser	13	17.57
Velho	4	19.19

Fonte: Mendes, 2009.

Nesta classe os idosos falam sobre o atendimento que lhe é oferecido e sobre o processo de envelhecimento. Por um lado o **atendimento** é expresso pelo idoso como **ruim**, **devagar** e que o idoso **deveria** se **conformar**; por outro, **envelhecer** ou **ficar velho** é **natural**, ocorrendo o aparecimento dos **cabelos brancos**.

A seguir são demonstrados alguns segmentos de falas onde se pode visualizar descrições sobre o atendimento oferecido que para alguns é considerado ruim e por outros bom, exemplificados por:

[...] envelhecimento para mim é aceitar que vamos embora um dia e só peço a Deus que eu envelheça cada vez mais com saúde [...] O atendimento aqui é bom porque sei que alguém vai me atender, mas nem sempre pela doutora [...] O atendimento é ruim por causa do dia,

só é um dia, se a gente não pegar ficha não é atendido [...] O atendimento aqui deveria ser melhor [...] O atendimento aqui é normal, mas acho ruim porque só nos atendem na quarta feira [...] O atendimento da unidade de saúde de família é muito bom [...] envelhecimento é chegar a um tempo onde perdemos as forças, perdemos o apetite e os cabelos ficam cada vez mais brancos [...] envelhecer é ficar velho cada vez mais [...] ser idoso saber que está chegando a idade de ficar bem velhinho, com cabelos brancos e andar devagar [...].

As insatisfações dos idosos são de cunho organizacional uma vez que parece ser definido um dia para atendê-los, e pode não ser um dia melhor. O ideal é que fizesse uma consulta ao usuário para definir o atendimento, assim como afirma Oliveira (1992) já identificou falhas na relação usuário-profissional. As insatisfações/reivindicações dos idosos entrevistados estão direcionadas por ser um único o atendimento oferecido a eles, e também não ser atendido pela médica. Este aspecto retrata a dinâmica do serviço uma vez que nem sempre é necessário o idoso ser atendido pelo médico, mas o mesmo não foi suficientemente informado sobre este procedimento.

Esta classe destaca a importância da escuta, no acolhimento dos usuários nas USF's, o que leva enfatiza a necessidade da consolidação da estratégia de acolhimento no atendimento voltado ao idoso de acordo com sua aceitação/disponibilidade.

4.2.2.1.3 Classe/Categoria 3 – Limitações físicas segundo os idosos da USF

Nesta classe os idosos relatam suas **limitações físicas** e a importância da assistência na USF, pois o processo do envelhecimento os faz sentir a necessidade da busca de melhoria da sua saúde. Esta classe é composta por 84 UCE's, correspondendo 33,8% das respostas, com 50 palavras analisáveis. As palavras associadas à classe segundo a frequência, e que quadro podem ser identificadas na tabela a abaixo.

Tabela 11: Palavras associadas significativamente à classe 3

Palavras	Frequência	χ^2
Alguma	10	13.77
Atividade	23	41.94
Branco	6	12.00
Coluna	14	21.96
Deficiência	26	52.71
Exercício	11	22.47
Fazer	16	29.58
Funcional	14	28.97
Gostaria	12	15.17
Grupo	19	32.82
Joelho	12	12.92
Movimento	38	37.30
Perna	18	14.55
Sinto	53	46.84
Sugestão	7	14.06
Tenho	30	15.55

Fonte: Mendes, 2009.

Os idosos descrevem limitações principalmente físicas relacionadas com alguma atividade/movimento que precisam fazer a exemplo de **exercício** para o **joelho, perna e coluna**, na melhoria da saúde.

Eles descrevem suas limitações e o que deveria ser feito para melhorar, apontando assim pistas para possíveis ações que podem ser incluídas nos dias de atendimento dos mesmos. Como ele dá alguma **sugestão** importante a ser incluída na assistência deles através de trabalhos em grupo e do desenvolvimento de atividades. Algumas destas observações são exemplificadas a seguir.

[...] saúde é vida gostaria de fazer alguma atividade que tirasse minhas dormências nas pernas [...] movimento para mim é vida [...]. eu sugeria exercícios de acompanhamento em grupo toda semana [...] eu gostaria de fazer alguma atividade, mas o que seria eu não sei dizer [...] O movimento muito importante, me dá mais alegria [...] eu sugeria atividades semanais em grupo. eu tenho deficiência funcional sim, eu sinto dores no joelho e nos pés e sinto muita dificuldade em andar [...] O movimento para mim muito importante se tivesse grupo de exercícios na unidade de saúde da família eu viria mais aqui [...] movimento é ter força e saúde para trabalhar [...] poderia fazer alguma atividade que evitasse as doenças dos ossos [...].

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção

Básica/Saúde da Família sobre o trabalho de grupo, como sugestão a ser implementado de forma mais reflexiva e efetiva.

A atividade física regular é segundo Andrews (2001), o fator que agrega o mais substantivo corpo de evidências na relação envelhecimento ativo e ser saudável. Seus benefícios incluem a redução da incidência e severidade de doenças crônicas e agravos, tais como: doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes mellitus, obesidade, câncer de cólon e de mama, fraturas e condições de saúde mental. Além disso, associa-se à preservação ou melhora da capacidade funcional, através de ganhos na capacidade aeróbia, força muscular, coordenação, flexibilidade e composição corporal (PATTERSON, C.; FEIGHTNER, J., 1997; LOURENÇO; MOTTA, 1998).

Deste modo é importante verificar como o idoso pensa sua assistência na USF uma vez que existem várias técnicas de atendimento em grupo como recurso terapêutico que podem ser utilizados, de acordo com as necessidades dos usuários e dos projetos terapêuticos construídos pela equipe, tais como: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, oficinas culturais, grupos terapêuticos, grupos operativos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate entre outros (BRASIL, 2006c).

4.2.2.1.3 Classe/Categoria 4 – Experiência de atendimento na USF

A classe 4, considerada a maior delas, trata do atendimento propriamente dito é formada por 111 UCE's representando 44,75% das respostas, com 97 palavras selecionadas, conforme conteúdos destacados na tabela a seguir.

Tabela 12: Palavras associadas significativamente à classe 4

Palavras	Frequência	χ^2
Aceitar	12	4.66
Aqui	80	32.38
Assistência	7	8.89
Atendida	14	18.31
Atendimento	121	20.78
Bem	72	20.78
Bom	33	6.64
Buscar	6	7.59
Médico	11	14.21
Remédio	11	8.81
Envelhecimento	37	41.10
Estou	11	3.98
Experiência	22	21.03
Família	72	16.81
Feliz	7	8.89
Gente	17	7.31
Idoso	38	5.98
Mim	34	3.94
Minha	22	12.85
Oferecido	10	9.92
Passar	12	12.55
Pessoa	16	17.8
Pouco	21	25.09
Sem	15	11.68
Ter	32	14.06
Unidade	64	17.25
Venho	30	27.65
Vir	12	10.07

Fonte: Mendes, 2009.

Nesta classe se destacam conteúdos mais significativos como: **aqui**, **atendimento**, **bem**, **envelhecimento**, **experiência**, **pouco**, e **venho**, definindo a experiência que o idoso tem com o serviço.

Este olhar reflete uma forma de avaliação do serviço pelo idoso frente com relação ao atendimento recebido que pode ser confirmado nos exemplos de falas apresentados a seguir.

[...] O atendimento oferecido aqui na unidade de saúde da família é bom [...] O atendimento aqui na unidade de saúde da família tem que ser melhor [...]. eu venho pouco aqui na unidade de saúde da família [...] o atendimento na unidade de saúde da família muito importante para nós [...] O atendimento aqui na unidade de saúde da família é bom, vim hoje só para tomar a vacina [...] eu só venho aqui na unidade de saúde da família para buscar remédio [...] O atendimento na unidade de saúde da família para mim é ter atenção à saúde quando eu vir aqui [...] para mim ser atendido na unidade de saúde da família significa ser bem recebida pela médica e receber remédio [...].O atendimento aqui é melhor que no hospital, porque é perto de casa [...] Só venho aqui na unidade de saúde da família quando estou doente [...].sou muito bem atendida aqui nesta unidade de saúde da família [...].

Nesta classe o idoso relata sua experiência frente ao serviço e considera **bom** embora considerem que o **atendimento tem que ser melhor** na opinião dos idosos. Observa certo distanciamento dos idosos com a USF, que falam de suas idas ao serviço. Nota-se pouca integração destes idosos com o serviço que precisa melhorar para que os usuários participem mais de ações educativas e de promoção da saúde para a pessoa idosa.

Nas falas dos idosos identifica-se conteúdos onde eles afirmam que vão a USF apenas em **busca de remédio**, demonstrando a ocorrência de visitas pontuais, pois prefere pagar um médico no “preço popular”, uma vez que o atendimento é mais rápido enquanto outros relatam que dificilmente vão a USF.

Nesta classe se observa claramente a associação de palavras entre a classe 4 e classe 2, onde por um lado, apesar dos idosos considerarem **bom** o **atendimento** oferecido; por outro, declaram **ruim** a forma como são atendidos e a assistência oferecida principalmente quando se percebe que a estratégia de acolhimento não é posta em prática.

Nos estudos de Polaro (2001), ele relata que há determinantes de insatisfação no tocante ao atendimento oferecido ao idoso em unidades de saúde da família destacadas na falta de medicamentos e nas dificuldades de relacionamento com profissional de saúde. Este último item não chega a comprometer a qualidade do atendimento, porém, indica a necessidade de capacitação dos profissionais para atenderem a pessoa idosa com treinamentos dos recursos humanos neste campo de trabalho.

A estratégia de acolhimento é hoje uma ferramenta indispensável para um atendimento capaz de minimizar outras deficiências mais difíceis de corrigir e que depende de insumo econômico. Percebe-se a não utilização desta estratégia para o idoso; este ainda não é visto de modo diferenciado no *acolhimento*, como é preconizado pelo Estatuto do Idoso. Faz-se necessário o cumprimento do mesmo, para que se possa pensar na melhoria do serviço, considerando que segundo a OMS o Brasil é o sexto país do mundo em número de idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou em um primeiro momento, apreender as representações sociais construídas por idosos para **envelhecimento** e **atendimento ao idoso**. Estas foram estruturadas tendo como provável *núcleo central* para o *envelhecimento: doença e envelhecimento* e os *elementos periféricos* definidos por: *velho, velha, velhice, idoso, idosa e envelhecimento*; para o *atendimento ao idoso* o provável *núcleo central* definido por: *cuidado, doença e saúde*, e como *elementos periféricos: bom, nada e rejeição*.

Nos conteúdos é possível identificar representações sociais em que os idosos têm uma concepção *natural* de envelhecimento. Para esses, *envelhecer* significa *ficar velho* é quando aparecem os *cabelos brancos*. Esta representação não condiz com a definição científica de envelhecer, pois os cabelos brancos é uma *representação hegemônica*, equivalente as representações coletivas ancorada em aspectos culturais onde ser idoso é ter os cabelos brancos.

As representações sociais sobre o atendimento ao idoso traduzem suas concepções expressas nos motivos que levam os idosos a procurarem este serviço, como: *cansaço, sinto dificuldade de andar e cansada*, prioritariamente formados por aspectos psicossociais negativos. Enquanto que o *atendimento* é representado por conteúdos negativos exemplificados como: *ruim, devagar* e que na sua visão o idoso deveria se conformar.

Conhecer o atendimento oferecido aos idosos em Unidades de Saúde da Família (USF), a partir de suas representações sociais é muito importante por se apreender como os idosos pensam este atendimento com possibilidades de colaborar com a implementação de políticas de saúde para pessoa idosa considerando a subjetividade e a realidade social na qual se insere estes idosos.

Os sujeitos do estudo frequentam pouco o serviço dando pistas de que o tipo de atendimento recebido ainda carece de maiores avanços e implementação de estratégias que atendam as reais necessidades dos idosos a exemplo da utilização da estratégia de acolhimento que ainda deixa a desejar uma vez que idosos expressam a necessidade do cumprimento de seus direitos, citando o atendimento *preferencial*, e ainda o definem como *devagar* e com *deficiência*.

A referida estratégia procura mudar o modo de atendimento aos idosos, a partir de uma escuta qualificada, realizada por profissionais da equipe de saúde, centrada na demanda espontânea, de maneira agendada ou de acordo com a rotina do serviço.

Esse atendimento é importante, pois identifica o risco ou vulnerabilidade nos âmbitos psicológico, social e biológicos do adoecer humano; capaz de orientar os usuários, priorizando suas necessidades e, dessa forma, encaminhá-los para resolução dos seus problemas.

Conhecer o olhar dos idosos sobre o atendimento oferecido na Unidade de Saúde da Família (USF), cenário do estudo oportuniza ao idoso o direito de avaliar a qualidade do atendimento/cuidado de saúde oferecido a eles e assim colabore para que o idoso reivindique o direito de exercer sua cidadania: exigindo melhores serviços de saúde e atendimento de suas necessidades de saúde sempre que necessário.

Estudos realizados que exploram a realidade dos sujeitos são importantes por produzir conhecimentos que contribuirão para implementação de políticas de saúde singular uma vez que apresenta uma realidade social na qual os atores sociais são construtores e construtores desta realidade. Este aspecto pode evidenciar que a satisfação do usuário é meta do processo de qualidade e que, portanto, suas expectativas e necessidades devem ser satisfeitas colaborando no redirecionamento de metas mais eficazes a serem cumpridas.

A principal avaliação que se apreendeu neste estudo diz respeito aos aspectos não atendidos como: a falta de atendimento das necessidades reais dos idosos, um distanciamento desses do serviço, pouco interação do usuário com o serviço e não utilização da estratégia de acolhimento. Este último aspecto é hoje uma das ferramentas mais importantes a ser utilizada nas USF.

A referida estratégia de acolhimento é considerada fundamental à reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo os princípios do Sistema Único de Saúde, em particular, no que concerne a universalidade, a busca da integralidade e a equidade.

A sua implementação na atenção à saúde do idoso, nas Unidades de Saúde da Família, no município de João Pessoa, PB, integra uma prática profissional de saúde necessária e urgente para atingir as metas estabelecidas na Agenda Municipal de Saúde, presente na carteira do usuário.

As representações sociais enquanto modalidades de conhecimentos que são construídas e compartilhadas por um grupo sociais (JODELET, 2000) permitem ainda que se apreenda este conhecimento responsável pela comunicação e pelos comportamentos dos sujeitos frente aos objetos representados, aqui neste estudo: o

envelhecimento e o atendimento ao idoso; elas têm uma função importante que é de apreensão do real e assim possibilita se avaliar para que se façam intervenções contextualizadas a partir da realidade social, apontando pistas importantes para se repensar as práticas.

Este estudo pode colaborar para se repensar uma intervenção em curto prazo cuja implementação seja capaz de valorizar estratégia de acolhimento como uma possibilidade de melhorar o atendimento. A referida estratégia procura mudar o modo de atendimento dos idosos, oferecendo uma escuta qualificada, realizada por profissionais da equipe de saúde, centrada na demanda espontânea, de maneira agendada ou de acordo com a rotina do serviço. Assim como para identificar risco ou vulnerabilidade nos âmbitos: psicológico, social e biológico do adoecer humano; orientando os usuários, priorizando suas necessidades e, dessa forma, encaminhá-los para resolução dos seus problemas.

Dentre outros aspectos evidenciados nesse estudo aponta-se possibilidades de adequação/redirecionamento de ações como: criação e desenvolvimento de atividades físicas, terapêuticas e a adequação de tecnologias assistivas para os idosos para a manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida. Tais ações devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional para o atendimento local e domiciliar dos idosos, pois os mesmos relatam que *se cansam muito indo a USF e perdem muito tempo para serem atendidos*; assim como a criação de oficinas voltadas para terapias ocupacionais que possam ocupá-los e gerar renda, por exemplo, oficina de arte mosaico, onde os produtos possam ser vendidos e parte da renda seja destinada à clientela condições de melhorias da renda familiar, outras oficinas com matérias advindas da própria comunidade, sugeridas a partir de suas reais necessidade, além de atividades sócio-culturais.

O incremento de equipes multiprofissionais para atuarem nestas ações inclui a participação dos profissionais: fisioterapeuta, educador físico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, médico e fonoaudiólogo entre outros, não excluindo a importância também de uma nas Unidades de Saúde da Família, estruturada.

Evidenciou-se nas entrevistas, como aspecto positivo o comportamento dos idosos para que sejam atendidas suas expectativas para que participem de atividades em grupo e de lazer. Essa necessidade decorre das baixas condições

sócio-econômicas que esses idosos possuem e a solidão vivenciada fruto do tempo ocioso e a situação de exclusão social a que estão submetidos.

Por um lado, os sentimentos de insatisfação como: *atendimento, ruim espera no atendimento, apenas um dia para atendimento aos idosos e dificuldades no relacionamento com profissional de saúde* são elementos a serem considerados no planejamento de programas. Apesar dessas dificuldades de relacionamento não comprometerem seriamente a qualidade do atendimento, indica a necessidade de rever os recursos humanos disponíveis para lidar com a população idosa. Embora haja uma insatisfação de alguns idosos expressa nas suas falas em que o atendimento é considerado como *ótimo*, os idosos afirmam que este é *gratuito e perto de casa*, ou seja, estão *satisfeitos* com o atendimento, apesar de nem todas as suas expectativas e necessidades serem atendidas.

Os resultados obtidos demonstram que as representações sociais sobre *envelhecimento* são permeadas de conteúdos negativos; no entanto, o envelhecer não associado à palavra «saúde» e sim o mesmo é representado como uma «doença» o que demonstra as dificuldades vivenciadas pelos idosos do estudo.

Para o atendimento ao idoso, são atribuídos os sentidos como: «cuidado», «doença» e «saúde», levando a constatar-se que os idosos ao pensarem o envelhecimento e o atendimento recebido, os associam a situações que favorecem o alcance de suas possibilidades, conforme as disponibilidades das ações que lhe são oferecidas na USF.

Por ser uma temática atual e escassa na academia os estudos advindos subsidiados no aporte teórico das representações sociais que procuram avaliar serviços de saúde têm relevância, acadêmica e social pelas contribuições aqui apontadas, mas ainda são escassos.

O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) pelo seu caráter multidisciplinar viabiliza a produção de conhecimento sobre a referida temática capaz, divulgando os resultados no âmbito local e nacional para maior visibilidade oportunizando a utilização deste referencial teórico-metodológico para futuros estudos, que venham contribuir junto as USF, fortalecendo o campo de prática e dando visibilidade ao papel social da universidade.

Para a USF, cenário deste estudo espera-se o conhecimento de uma realidade social onde esta se encontra inserida, essas informações sejam capazes de fomentar o repensar de um atendimento mais humanizado. Com práticas mais reais, horizontalizadas calcadas na realidade de seus usuários, em particular, a dos idosos atores dessa pesquisa e para a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional dos mesmos.

Para Caldas (2003), é reconhecida a importância de políticas públicas direcionadas aos idosos que não apenas interfiram em aspectos relacionados à saúde, mas que permitam o combate ao preconceito, exclusão, rejeição focando-se a valorização e a sua inserção social e estas, devem ser comprometidas, com a implementação. Sabe-se do esforço do governo na capacitação profissional para trabalharem com determinadas populações tem sido reconhecida. No entanto, é evidente, a necessidade de qualificação dos profissionais e próximos (cuidadores informais) para o atendimento idoso. Cabe também a fiscalização por parte dos órgãos representativos dos profissionais de todas as áreas, o desempenho das atividades para que seja humanizada e com ética.

Evidencia-se existência de perdas durante o processo do envelhecimento; porém, envelhecer de maneira *ativa e saudável* é uma condição desejada e necessária para todos. O estímulo para o seu alcance entre os idosos deve ser o objetivo primeiro, pois ele é sinônimo de *vida plena com qualidade*.

As ações no contexto do SUS, em particular, nas Unidades de Saúde da Família devem fazer parte dos planos de metas de cada serviço, capaz de promover um envelhecimento ativo e com qualidade independente da condição de saúde, social, econômica e cultural; não deve ser apenas ações pontuais, mas incorporadas a gestão de cuidados mais amplos inseridas nas políticas e priorizadas nas atividades dos profissionais de saúde.

Para tanto, é necessário avaliar o atendimento, ou melhor, o próprio serviço sistematicamente procurando oferecer aos idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família a possibilidade de opinarem sobre o que consideram prioritário para eles em termos de saúde; aos profissionais de saúde, além de capacitá-los. É importante que os mesmos comecem a conhecer mais de perto as reais necessidades dos idosos e entendam que é preciso mudar esta realidade, é possível, basta que as propostas de políticas públicas de saúde sejam mais assertivas e contextualizadas

socialmente. Essas não devem ser apenas ações verticalizadas onde o ideal e o real sejam inalcançados, pois precisa atender ao preceito maior do ser humano: o direito a vida e a saúde com qualidade.

Evidenciou-se que os sentimentos de **ser-idoso** no Brasil, para os entrevistados significa *um fim da vida*, onde envelhecer representa uma sentença: o *esquecimento* e a *morte* – essa última, se não física, mas a *morte social*, uma vida sem qualidade, no *esquecimento*, com *doenças* e muitos problemas.

Esta visão negativa do envelhecimento é geralmente associada às diferentes perdas vivenciadas pelos idosos, como: físicas, mentais, psicológicas, social e familiar. Precisa mudar essa visão biologistica para o novo paradigma de envelhecimento ativo com qualidade, em que o idoso tenha autonomia e independência; pois é sabido que essas representações sociais negativas são frutos das relações interpessoais dos idosos nos seus espaços mais íntimos, vivendo experiências de desrespeitos e situações de exclusão social.

Esta realidade apreendida foi sem dúvida, a mais importante motivação para realização deste estudo. O *ideal* foi pensado para que se contribuísse para a apreensão do *real*. O ideal sonhado na exploração dos resultados - a academia, responsável pela produção de conhecimento científico; o *real* representado pela prática e pela vivência diária – exposta na comunicação de massa e vivida na prática profissional, onde as duas situações deixam a sensação de que existe um enorme distanciamento entre o humano e o desumano, a saúde comprada e saúde ofertada, o SUS e serviços particulares; entretanto as duas situações caminham lado a lado uma tentando socializar a saúde com o fortalecimento de políticas públicas para populações específicas, a outra com a saúde oferecida a poucos: as duas compartilham um único cenário; o das práticas profissionais humanizadas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: Abric JC, editeur. **Pratiques sociales et représentation**. Paris: PUF; 2000. p. 59-82.

ANDREWS, G.R., 2001. **Promoting health and function in ageing population**. *BMJ*, 322(21):728-729.

ARRUDA, A. **Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, 2002.

ASSIS, M. de. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. Rio de Janeiro-RJ. 2004. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública-RJ, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde, **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 out 2009.

BARDIN, LAURENCE. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora 70.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. _____, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, 1994. **Política Nacional do Idoso**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília-DF, n 19, 2006.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. (páginas 511 a 539), in: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. 603 p.

CAMARANO, A A (org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**, Rio de Janeiro, IPEA, 2004, 604p.

CARVALHO, José A. Magno de; ANDRADE, Flávia C. Drummond. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: **Encuentro Latinoamericano Y Caribeño Sobre Las Personas de Edad**, 1999, Santiago. Anais... Santiago: CELADE, 2000. p. 81-102. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

CALDAS, CP. Anexos I. In: Caldas, CP. **A Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, p. 57-59, 1998.

CONTANDRIOPOULOS A. P *et al.* A Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z M de. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-47.

COSTA, W. A; ALMEIDA, A. M. O. **Teoria das representações sociais** : uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. *Revista de Educação Pública [Mt]*, Cuiabá: V. 8, N. 13, P. 250-280, Jan./Jun., 1999.

DANTAS, S. B.; CARVALHO, A. T. A. **Qualitividade**: excelência e competitividade pela qualidade em serviços. Rio de Janeiro: ANPEQ, UFF, IBM, 1992.

DONABEDIAN, A. **The Quality or Care**: how can it be assessed? *Jama*, 1988. v 260, n 12: p.23-30.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. & BARRETO, S. M., 2003. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): Factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, 19:815-825.

FREIRE Jr., R. C.; TAVARES, M. de F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 147-158, set/2004fev/2005.

GARCIA, M. A. A.; YAGI, G. H.; SOUZA, C. S. de; ODONI, A. P. de C.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 175-182, março-abril, 2006.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, 2000.

IBGE. **Estimativas:** Contagem da População 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/Result_Conta_Pop_2007.shtm>. Acesso: 10 ago. 2008.

IBGE. **Censo Demográfico:** contagem populacional estimada. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso 16 jul 2008.

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JODELET, Denise (Org.). Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Tradução.

LIMA-COSTA M. F. F. VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a.

LOURENÇO, R.A. e MOTTA, L.B., 1998. Prevenção de doenças e promoção da saúde na Terceira Idade. In: CALDAS, C.P. (org.) **Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar**. pp.95-105. Rio de Janeiro, Eduerj.

MACIEL, A. C. C. E GUERRA. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. R. O. **Rev. Brasileira. Fisioterapia**. V. 9, n. 1, p. 17-23, 2005.

MINAYO, M. C. de S; COIMBRA JR, C. E. A (org.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. **Caderno de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1127-1132, jul/ago, 2004.

MOSCOVICI, S. On social representations. In J. P. Forgas (Org.), **Social cognitions perspectives on everyday understanding** (pp. 181-209). New York: Academic Press, 1981.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Zahar: Rio de Janeiro, 1978.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. 2. ed. Paris, PUF, 1976, 506p.

NÉRI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

NÉRI, A.L.; CACHIONI, M., 1999. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.) **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papirus.

OLIVEIRA, C de. **Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na Obra de Donabedian**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ; 1992. Série: Estudos em Saúde Coletiva, n 20.

OMS (2000). **Global Forum for Health Research: The Report on Health Research**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2000/en/index.html>>. Acesso em: 25 mai. 2008.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idoso em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

PATTERSON, C. e FEIGHTNER, J., 1997. Promotion the health of senior citizens. **Canadian Medical Association**, 157(8):1107-1113.

PICKLES, B.; COMPTON, A.; COTT, C. *et al.* **Fisioterapia na Terceira Idade**. 1. ed. São Paulo-SP: Santos, 1998.

POLARO, S.H.I. **A Qualidade do Cuidado à Saúde do idoso**: segundo a satisfação do usuário. Belém - PA, 2001. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, UFPA, 2004.

RAMOS L. R. Epidemiologia do envelhecimento in: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, 2002, p. 72 - 78.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p: 793-798, mai-jun, 2003.

RIBEIRO, KSQ; LACERDA, D.A.L (Org.). **Fisioterapia na Comunidade, uma experiência na atenção básica**. 1ª edição. João Pessoa: UFPB, 2006.

ROWE, J. W. & KAHN, R. L. **Successful aging**. New York: Dell Trade Paperback, 1999.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2000.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes; 2000.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 20, n 5:, p 580-88, 2004.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. v 10, n 1, p 80-91; jan/mai 1994.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 19, n. 3, p. 705-715, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso: 23 jul. 2009.

VERGÉS, P. L'évocation de l'agent: une méthode pour definition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, 1992; (405):203-9.

_____. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, editeur. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p.233-253.

TAHAN, J. **Envelhecimento e Qualidade de Vida**: significado para idosos participantes de Grupo de Promoção da Saúde no contexto da Estratégia da Saúde da Família. [Dissertação]. Universidade de Ribeirão Preto. São Paulo, 2009.

TURA, L.F.R.; MOREIRA, A.S.P. (Org.) **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, v. 1, 2005.

TURA, L.F.R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: Jodelet D, Madeira M, organizadoras. **Aids e representações sociais: à busca dos sentidos**. Natal: EDUFRN; 1998. p. 121- 54.

WORTHEB, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas**. 2. ed. Editora Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento

Prezado senhor(a),

Você foi selecionado(a) para participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: representações sociais**. Esta pesquisa está sendo realizada por Cristina Katya Torres Teixeira Mendes, como parte de seu projeto de Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde, pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, que tem os objetivos de conhecer o atendimento oferecido aos idosos em Unidades de Saúde da Família (USF) partir de representações sociais; apreender representações sociais sobre envelhecimento construídas por idosos atendidos nas USF e verificar se o atendimento oferecido aos idosos atende as suas expectativas.

Com este estudo, se buscará traçar políticas e metas junto às autoridades governamentais, empresas privadas e entidades profissionais, objetivando adequar as condições e realidade social paraibana às necessidades e interesses da saúde do idoso, enquanto especialidade fundamental para a assistência à essa faixa-etária da população.

Sua participação consistirá em responder este questionário, que não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas. Todos os dados serão divulgados apenas agregados, guardando assim o absoluto **sigilo das informações**. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário, não tendo nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições promotoras e executoras da pesquisa.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada com ampla divulgação. Sua participação é de fundamental importância, pois, possibilitará as autoridades públicas uma avaliação das políticas formuladas para a área e eventuais redirecionamentos.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco (cristinakatya@bol.com.br) ou através dos telefones: XXX (83) 3245-6786; 8728-9299.

Cristina Katya Torres Teixeira Mendes

Pesquisadora

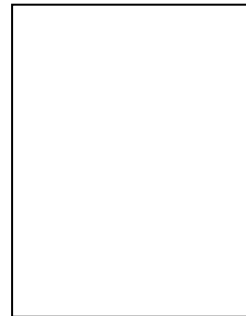
Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ CCS/ Universidade Federal da Paraíba

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

João Pessoa-PB, ____/____/____

Assinatura do entrevistado



Impressão Datiloscópica

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Parte 1

Sexo: Idade: Religião:Procedência:

Grau de escolaridade:

Tipo de Trabalho:

Renda familiar (em salário mínimo):

Situação de Moradia :

Tempo de Tratamento na USF:

Tipo de patologia:

Parte 2: Teste da Associação Livre de Palavras

Envelhecimento faz-me pensar em ...:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque com um X a palavra que o Sr(a) considera mais importante)

Atendimento ao Idoso faz-me pensar em ...:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque com um X a palavra que o Sr(a) considera mais importante)

Parte 3: Questões sobre atendimento e envelhecimento

1) Fale sobre o atendimento oferecido ao idoso aqui na USF.

2) O que é ser idoso para o sr(a)?

3) O que significa o atendimento oferecido ao idoso aqui na USF?

4) O que significa o envelhecimento para o sr(a)?

5) Fale sobre sua experiência como usuário nas USF.

6) O sr(a) recebe algum tipo de atendimento preferencial?

7) Como tem sido o atendimento aqui?

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17-12-08, o projeto de pesquisa intitulada “ATENDIMENTO DE SAÚDE PARA IDOSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”, da interessada Cristina Katya Torres Teixeira Mendes. Protocolo n°. 0598.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Elaine Marques D. de Souza
Elaine Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB