



O ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COM IDOSOS

THE ATTENDANCE IN FAMILY HEALTH UNITS: A STUDY OF SOCIAL REPRESENTATIONS WITH ELDERLY PEOPLE

EL ATENDIMIENTO EN UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA: UN ESTUDIO DE REPRESENTACIONES SOCIALES CON ANCIANOS

Ivanilda Maria Freire¹, Matheus Figueiredo Nogueira², Irapuan Medeiros de Lucena³,
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves⁴

RESUMO

Objetivo: apreender as representações sociais construídas por idosos sobre o atendimento nas Unidades de Saúde da Família. **Método:** estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 102 idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família de Natal/RN e subsidiado pelo aporte da Teoria das Representações Sociais. Os dados foram obtidos por meio do Teste de Associação Livre de Palavras e entrevista semiestruturada e analisados com o auxílio do *software* EVOC. **Resultados:** verificou-se que os conteúdos e a estrutura representacional acerca do atendimento nas Unidades de Saúde da Família mostraram-se essencialmente negativas. **Conclusões:** a deficitária estrutura organizacional dos serviços, a precária estrutura física da unidade, dentre outros problemas mostrados neste trabalho, colaboram para a construção de representações negativas sobre o atendimento nas Unidades de Saúde da Família. **Descritores:** Representações Sociais; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Unidades de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations built by the elderly on care in the Family Health Units. **Method:** this is an exploratory study with a qualitative approach, carried out with 102 elderly people assisted in the Family Health Strategy of Natal - RN and subsidized by the contribution of Theory of Social Representations. The data were obtained through the Free Word Association Test and semi-structured interview and analyzed with the help of EVOC software. **Results:** it was verified that the contents and the representational structure regarding the care in the Family Health Units were essentially negative. **Conclusions:** the poor organizational structure of the services, the precarious physical structure of the unit, among other problems shown in this study, contribute to the construction of negative representations about care in the Family Health Units. **Descriptors:** Social Representations; Primary Health Care; Elderly; Family Health Units.

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales construidas por ancianos sobre el atendimento en las Unidades de Salud de la Familia. **Método:** estudio exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado con 102 ancianos asistidos en la Estrategia Salud de la Familia de Natal - RN y subsidiado por el aporte de la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron obtenidos por medio del Test de Asociación Libre de Palabras y entrevista semi-estructurada, y analizados con el auxilio del *software* EVOC. **Resultados:** se verificó que los contenidos y la estructura representacional acerca del atendimento en las Unidades de Salud de la Familia se mostraron esencialmente negativas. **Conclusiones:** la deficitaria estructura organizacional de los servicios, la precaria estructura física de la unidad, entre otros problemas mostrados en ese trabajo, colaboron para la construcción de representaciones negativas sobre el atendimento en las Unidades de Salud de la Familia. **Descritores:** Representaciones Sociales; Atención Primaria de Salud; Ancianos; Unidades de Salud Familiar.

^{1,3}Profissionais de Educação Física, Professores, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte/IFRN, Mestrando em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mails: ivanilda.freire@ifrn.edu.br; irapuan.medeiros@ifrn.edu.br; ²Enfermeiro, Professor Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité (PB), Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN) Brasil. E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com; ⁴Odontóloga, Professora Doutora (Pós-Doutora) em Odontologia Preventiva e Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN) Brasil. E-mail: socorrocf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tornou-se um problema social de significativa importância e proporciona grandes desafios para a sociedade. No cenário brasileiro, as projeções demográficas mostram uma população cada vez mais envelhecida; serão milhões de pessoas vivendo mais tempo. Entretanto, o fato de viver mais não garante a certeza de viver bem, com saúde e qualidade de vida. Embora se compreenda que envelhecer não seja sinônimo de adoecimento, a velhice demanda cuidados devido às mudanças graduais e inevitáveis que sucedem no corpo que envelhece.^{1,2}

É fato que essa temática vem ganhando visibilidade não somente no Brasil, mas em âmbito mundial, visto que o aumento da expectativa de vida traz grandes impactos para todas as dimensões da vida, ou seja, para a economia, política, família, sociedade e principalmente para a saúde. É certo que a pessoa na velhice apresente maior vulnerabilidade a adoecer, uma vez que em geral os idosos apresentam mais problemas crônicos de saúde do que o restante da população.³

A área da saúde vem pleiteando respostas para as demandas por ações e serviços crescentes da população idosa. A Organização das Nações Unidas - ONU, que atua como promotora das ações sobre o envelhecimento populacional, aprovou os princípios em favor dos idosos em torno de cinco eixos: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Nesse sentido, o conjunto de legislações e políticas em torno da velhice busca elaborar estratégias que favoreçam cuidados à saúde e o combate à exclusão social a que estão submetidos os idosos.⁴

Diversas áreas de conhecimento têm vislumbrado, através de estudos, estratégias que possibilitem o envelhecimento saudável e ativo. Destarte, estruturam-se as estratégias de Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI que objetivam, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, além de fortalecer o protagonismo das pessoas idosas no Brasil.⁵

Embora se defenda o protagonismo dos idosos no país, vê-se que não são os idosos os protagonistas na elaboração de políticas e leis, mas, sim, as organizações representativas da velhice. A legislação assegura assistência integral ao idoso, mas na prática os serviços e ações não atendem às

reais necessidades de qualidade de vida da população idosa, não promovem a autonomia e desconsideram a precariedade dos serviços de saúde.⁶ A análise sobre a atenção à saúde do idoso tem sido colocada na agenda de vários estudiosos, mostrando que apesar de os idosos utilizarem o serviço relatam dificuldades para um acesso adequado.^{7,8}

A PNSI define a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta preferencial de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade, formando a base da atenção à saúde e determinando o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Nesses termos, as ações desenvolvidas são fundamentais para a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários.⁵

Considerando a importância da APS para operacionalização dos serviços e ações na saúde, os estudos sobre a saúde do idoso na APS estão se multiplicando, principalmente pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais - TRS, pois conhecer as representações sociais do idoso a esse respeito é fundamental quando se pretende intervir nesse campo de atuação.

As Representações Sociais partem de um processo de elaboração cognitiva e simbólica que orienta comportamentos e ações. São conhecimentos e saberes construídos e compartilhados por um grupo social que busca compreender e explicar a realidade, tendo como referência o cotidiano que os grupos da sociedade constroem e reconstróem dinamicamente.⁹ Nas palavras do autor, representação social envolve “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 versão contemporânea de senso comum”.^{10:181}

Com a TRS, o conhecimento denominado de “senso comum” passa a ser valorizado. A partir desse conhecimento são geradas as representações sociais. Entende-se que se trata de um conhecimento que se desenvolve na troca de relações uns com os outros e com o mundo, e assim se dá a transmissão, preservação, renovação de saberes. É no existir, no viver e conviver que vamos incorporando diferentes aspectos organizacionais de nossas sociedades.¹⁰

Entende-se que a pesquisa com enfoque nas representações sociais permite o contato com imagens, opiniões e conteúdos que expressam as necessidades de saúde sentidos

pelos idosos, revelando os principais valores e conceitos que eles possuem sobre os cuidados de saúde que lhe são oferecidos nas Unidades de Saúde da Família (USF). Assim, faz-se necessário conhecer como é percebido e representado o serviço oferecido para que se possa colaborar no planejamento de programas de saúde capazes de atender às reais necessidades dos usuários.

Acredita-se que a TRS possibilita encontrar as representações de determinados objetos sociais, assim como permite compreender como indivíduos e grupos os apreendem e lhes dão sentido na complexidade dialética da atual sociedade. Posto isso, considera-se a TRS um referencial teórico capaz de fundamentar o objeto de estudo oferecendo respostas aos achados.

O objetivo deste estudo é apreender as representações sociais construídas por idosos sobre o atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF).

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << O atendimento em unidades de saúde da família: um estudo de representações sociais com idosos >> apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (nível Mestrado) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2015.

Estudo exploratório, de abordagem quantitativa, em que foram utilizados multimétodos, fundamentados tanto na Teoria das Representações Sociais de Moscovici^{9,10} quanto na teoria complementar desenvolvida por Abric^{11,12} - a Teoria do Núcleo Central. A escolha da Teoria das Representações Sociais como aporte teórico se deve ao fato da sua adequação para desvendar o pensamento da sociedade acerca de um dado fenômeno compartilhado no cotidiano da vida das pessoas, que no referido estudo trata-se de apreender o conhecimento socialmente construído e apropriado acerca do atendimento prestado na unidade de saúde.

A organização de uma RS apresenta a característica de ser organizada em torno de um núcleo central constituído de um ou mais elementos que exprimem o sentido e significado compartilhado por determinada população a respeito de determinada questão.¹² O núcleo central assume funções essenciais: geradora e organizadora. A função geradora constitui “[...] o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É aquilo por meio do qual esses elementos ganham sentido, uma

valência”.^{12:163} A função organizadora corresponde ao “[...] núcleo central que determina a natureza dos vínculos que unem entre si os elementos da representação. É, neste sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação”.^{12:163}

As RS apresentam duas características contraditórias: a primeira, a de que são, ao mesmo tempo, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; a segunda, de que são consensuais, mas também marcadas por diferenças individuais. Em torno do núcleo central, há um sistema periférico, o que faz uma representação social ser regida por um sistema duplo (central e periférico), em que cada parte tem uma função específica e complementar ao mesmo tempo.¹³

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão, situada no Distrito Sanitário Oeste, no bairro de Felipe Camarão, no município de Natal/RN. A população investigada foram os idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família da USF de Felipe Camarão e que estão distribuídos em quatro equipes, totalizando 975 (novecentos e setenta e cinco) idosos, sendo 399 (trezentos e noventa e nove) do sexo masculino e 576 (quinhentos e setenta e seis) do sexo feminino. Considerando um percentual mínimo de 92% de viabilidade para apreender as Representações Sociais dos idosos sobre o atendimento na USF, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A amostra aleatória simples foi composta por 102 participantes. Os critérios estabelecidos para a inclusão na pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; ser usuário da USF e morador de Felipe Camarão; ter o acompanhamento dos profissionais de saúde das USF; estar em condições físicas e mentais para responder às questões; e aceitar livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados, utilizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras - TALP com o estímulo indutor “atendimento ao idoso” e entrevista semiestruturada. O TALP é uma técnica que consiste em pedir aos sujeitos participantes que, estimulados por um termo indutor (geralmente o que designa o objeto da representação), enunciem as palavras que lhes vêm à mente (geralmente entre três e seis).¹⁴

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - CEP HUOL, sob o parecer nº 704.323 e CAAE nº 28216914.9.0000.5292, deu-se início

às atividades da coleta dos dados, no mês de março de 2014.

Os dados apreendidos referentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados foram submetidos ao *software Statistical Package for Social Science - SPSS*, versão 14.0, após a construção do banco de dados no *Microsoft EXCEL for Windows*. As evocações apreendidas por meio do TALP foram inicialmente digitadas em arquivo no formato *Microsoft EXCEL*, na sequência das evocações descritas pelos sujeitos participantes da pesquisa. No segundo momento, as palavras foram organizadas através de um processo de agrupamento por classificação semântica a fim de estabelecer categorias de análise. O processo de estabelecimento de categorias de análise foi realizado por mais três colaboradores externos.

Em seguida, os dados foram processados pelo *software EVOC 2003*, conjunto de programas que articulados realizam a análise estatística das evocações, a identificação dos possíveis elementos da representação social e seu sistema interno de organização, construído pelos núcleos central e periférico. A identificação da estrutura da representação foi efetuada a partir da utilização da técnica

de quadro de quatro casas, estabelecendo um esquema que possibilita a distribuição dos termos evocados em função dos dois critérios - a frequência e a ordem média das evocações das palavras. Os dados referentes às entrevistas serviram para subsidiar os dados levantados pelo TALP e assim fundamentar a discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da amostra de idosos deste estudo está apresentada a seguir na tabela abaixo:

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosos assistidos na USF Felipe Camarão. Natal (RN), Brasil, 2014 (n=102)

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	84	82,35
	Masculino	18	17,65
Faixa Etária	60 a 65 anos	30	29,41
	66 a 70 anos	22	21,56
	71 a 75 anos	17	16,66
	76 a 80 anos	24	23,52
	81 a 85 anos	8	7,84
	86 a 91 anos	1	0,98
Religião	Católica	83	81,37
	Deus	3	2,94
	Evangélica	15	14,70
	Sem Religião	1	0,98
Estado Civil	Casado	37	36,27
	Divorciado	11	10,78
	Outros	10	9,80
	Separada	2	1,96
	Solteiro	9	8,82
	Viúvo	33	32,36
Escolaridade	Ens. Fundamental Completo	1	0,98
	Ens. Fundamental Incompleto	59	55,88
	Ens. Médio	6	5,88
	Sem Escolaridade	36	35,29
Situação de Moradia	Alugada	21	20,58
	Casa Própria	65	63,72
	Cedida	5	4,90
	Outros	11	10,78
Renda Familiar	1/2 Salário	1	0,98
	1 Salário	68	66,66
	2 Salários	33	32,36
Tipo de Trabalho	Aposentado	79	77,45
	Doméstica	7	6,86
	Pensionista	15	14,70
	Reciclagem	1	0,98

Nota-se que o sexo predominante da pesquisa é o feminino, representando 82,35%

da amostra. Esses dados corroboram com outro estudo², que mostra um processo de

“feminilização na velhice”. Os dados apreendidos vêm demonstrando que a população feminina é mais representativa em relação à masculina, provavelmente se deve à menor exposição das mulheres a fatores de riscos, como álcool, violência no trânsito, participação no mundo do crime, bem como as atitudes em relação à atenção a saúde.¹⁵

O maior percentual se concentrou nas faixas etárias de 60 a 65 anos e 76 a 80 anos, representando, respectivamente, 29,41% e 23,52% da amostra. Os dados obtidos corroboram com resultados de outras pesquisas, que geralmente apresentam a média nacional, que é de 71,3 anos.

No que se refere à religião, 81% são católicos. Os idosos que praticam uma religião conseguem estabelecer mediante a fé uma relação mais positiva com a vida do que os que não praticam. Além disso, a possibilidade de maior interação com outras pessoas, as novas amizades, as trocas de experiências, o fato de terem uma ocupação, são fundamentais para a saúde dos idosos.¹⁶

O estado civil predominante é o casado (36%), porém os viúvos representam 33%. Parte significativa das mulheres são viúvas, representam 45%, enquanto os homens, apenas 11% dos entrevistados são viúvos. A viuvez é um dos fatores que compromete a saúde do idoso, pois a ausência de companheiro, geralmente, está associada a alterações emocionais, sentimentos de solidão, além da depressão. Nesse contexto, o idoso pode assumir uma situação de risco, tornando-se mais suscetível às morbidades.¹⁷

No que concerne à variável nível de escolaridade, 56% dos idosos pesquisados possuem ensino fundamental incompleto e 35% não possuem escolaridade, o que condiz com o resultado de estudo sobre o perfil educacional dos idosos, que mostram as dificuldades de acesso à educação em comparação com a atualidade, proporcionando, dessa forma, uma relevante incidência de idosos com baixos níveis de escolaridade.¹⁸ Mostra-se que uma melhor escolaridade possibilita melhores condições de vida e, conseqüentemente, impacto positivo na saúde, visto que quanto maior o grau de escolaridade, menor o acometimento de doenças.

Quanto à situação de moradia dos casos analisados, 64% possuem casa própria. Entretanto, o fato de possuírem residência própria não implica em dizer que as mesmas

estão em condições adequadas. Maior parte dos entrevistados mora com parentes, vive no contexto de condições sanitárias precárias, ausência de saneamento básico, pavimentação e coleta de lixo, além de dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As consequências dessa situação refletem na saúde e na qualidade de vida dessas pessoas.

Em se tratando da situação econômica, percebe-se que a principal fonte de renda é a aposentadoria, com 77% dos casos, em que estes ganham entre 1 (67%) e 2 salários mínimos (32%). Esse é um fator determinante que interfere na qualidade de vida dos idosos, uma vez que a baixa renda limita o acesso a bens de serviços e consumo, como alimentação e moradia adequada; compras de medicamentos; possibilidades de lazer etc. Essa situação tende a se agravar quando se constata que os idosos são provedores de suas famílias. Ao analisar a realidade dos idosos, identificou-se que três, em cada dez idosos brasileiros, são responsáveis por mais de 90% do total do rendimento mensal do domicílio com a aposentadoria.¹⁹ A função social do idoso envolve novas responsabilidades, principalmente no que se refere à contribuição para o orçamento familiar.²⁰ Um terceiro estudo, conduzido pelo IBGE²¹, corrobora tais afirmações admitindo que os idosos sejam imprescindíveis na economia familiar.

Os dados obtidos a partir do estímulo indutor “Atendimento ao idoso” foram analisados pelo programa EVOC, responsável pela estrutura das Representações Sociais, e estão expostos no Quadro 1. Tais resultados mostram que os idosos pesquisados evocaram um total de 496 palavras, dentre as quais, encontram-se 69 diferentes. Para determinação do núcleo central e sistema periférico, foram consideradas a frequência e a média ponderada de ocorrência dos termos produzidos. A frequência diz respeito ao número de vezes que a palavra foi evocada, e a média ponderada refere-se à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. A frequência (*F*) e a ordem média de evocação (*OME*) calculadas e informadas pelo software foram, respectivamente, 20 e 2,9.

Elemento Central					
F ≥ 20 e OME < 2,9			F ≥ 20 e OME ≥ 2,9		
	F	OME		F	OME
Desrespeito	20	2,700	Acesso	48	3,063
Péssimo	24	2,750	Atenção	48	3,104
			Médico	27	3,037
			Solução	29	3,414
F < 20 e OME < 2,9			F < 20 e OME ≥ 2,9		
	F	OME		F	OME
Conhecimento	17	2,882	Dinheiro	8	3,375
Gestão	10	2,700	Educação	5	3,200
Prioridade	16	2,250	Limitação	8	3,375
Remédio	14	2,857	Saúde	4	4,250
Satisfação	4	1,750			

Figura 1. Identificação dos elementos do núcleo central das representações sociais sobre atendimento ao idoso. Natal (RN), Brasil, 2014 (n=102).

Fonte: Teste de Associação Livre de Palavras.

De acordo com a Figura 1, no quadrante superior esquerdo, situam-se os elementos com frequência igual ou acima de 20 e ordem média de evocação abaixo da média, ou seja, menor que 2,9, pois as evocações foram lembradas rapidamente. Com essas características, encontramos os elementos desrespeito (F=20 e OME=2,70) e péssimo (F=24 e OME=2,75). Estes se destacam como elementos constituintes do provável núcleo central, que se configura como a representação social consensual dos participantes do estudo. São as ideias mais sedimentadas e cristalizadas sobre o atendimento ao idoso.

No quadrante superior direito, encontram-se os elementos com frequência superior à do núcleo central, porém foram evocados mais tardiamente, com a ordem média de evocações igual ou maior que 2,9. Existe, portanto, uma aproximação de sentido com o núcleo central: acesso (F=48 e OME=3,06), atenção (F=48 e OME=3,10), médico (F=27 e OME=3,03) e solução (F=29 e OME=3,41).

No quadrante inferior esquerdo aparecem os elementos com frequência menor que 20 e ordem média de evocações inferior a 2,9, constituindo a segunda periferia. Essas palavras foram prontamente citadas, mas com baixa frequência, dessa forma estão mais próximas dos elementos periféricos. Foram identificados os seguintes elementos: conhecimento (F=17 e OME=2,88), gestão (F=10 e OME=2,70), prioridade (F=16 e OME=2,25), remédio (F=14 e OME=2,85) e satisfação (F=4 e OME=1,75).

O quadrante inferior direito apresenta elementos com frequência inferior a 20. Foram lembrados por último, pois estão com a média acima ou igual à ordem média das evocações: 2,9. As palavras que apresentam tais características (menor frequência e lembradas tardiamente) situam-se em uma zona periférica em relação ao núcleo central. Com essa configuração, encontramos os

seguintes vocábulos: dinheiro (F=8 e OME=3,37), educação (F=5 e OME=3,20), limitação (F=8 e OME=3,37) e saúde (F=4 e OME=4,25).

É oportuno destacar que a organização de uma representação social apresenta a característica de ser organizada em torno de um núcleo central que pode ser constituído de um ou mais elementos que exprimem o sentido predominantemente compartilhado pela população investigada.¹²

Os dados mostrados pelo EVOC apresentam, com maior saliência, os elementos “péssimo” e “desrespeito”, sendo estes o núcleo central do atendimento ao idoso. Entretanto, o destaque revelado a esses dois elementos, em termos quantitativos, não lhes confere, isoladamente, a centralidade da representação. Embora a centralidade de um elemento seja atribuída a critérios quantitativos e qualitativos, o elemento se define mais pela sua dimensão qualitativa.¹²

As propriedades relativas às cognições centrais, nesse sentido, são: valor simbólico, poder associativo (dimensões qualitativas), saliência e forte conexidade na estrutura (dimensões quantitativas).²²

No plano simbólico, para que as representações sejam elaboradas, é preciso ter um conteúdo informativo (elemento central) que tenha significância e mantenha com o objeto da representação uma estreita relação, não podendo ser dissociado deste. O poder associativo refere-se à sua forte relação com os demais elementos da representação. Já a saliência é resultante das duas características anteriores.²³

No caso desta pesquisa, o atendimento ao idoso somente adquire significação quando relacionado ao valor simbólico de péssimo e desrespeito, sendo este o resultado das operações cognitivas presentes no processo de objetivação. O processo de objetivação “[...] consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível

o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado”.^{24:73}

Quanto ao resultado das operações no processo de ancoragem, em que se produz o sentido particular do objeto, este condiciona-se às referências culturais dos sujeitos. Para os idosos da pesquisa, associar atendimento ao idoso a desrespeito e péssimo é associá-lo aos aspectos socialmente construídos e a acontecimentos vivenciados no atendimento nas USF. O processo de ancoragem, dessa forma, “[...] consiste na integração cognitiva do objeto representado- sejam ideias, acontecimentos, pessoas, relações, entre outros - a um sistema de pensamento social preexistente [...]”.^{25:37}

Identificou-se nos discursos dos idosos sobre o atendimento na USF que eles não estão satisfeitos, pois as dificuldades já se apresentam antes mesmos da realização do atendimento. As principais reclamações são referentes aos itens que evidenciam horário limitado de atendimento, dificuldade para agendar consultas e exames e a caótica estrutura física da unidade. As representações sobre o atendimento mostram a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde para a garantia do acesso e integralidade dos cuidados.

Considerando ser a atenção integral à saúde da pessoa idosa umas das diretrizes da PNSI e as representações dos idosos pesquisados, observa-se que a atual organização da rede SUS está distante de consolidar na prática os direitos legais alcançados para as pessoas idosas. A unidade de saúde que deveria estar bem estruturada, por ser o provedor desse primeiro contato usuário-SUS, não consegue garantir o acesso que os idosos necessitam.

O acesso se constitui o requisito inicial para operacionalização da APS, sendo necessário o combate de quaisquer que sejam as barreiras geográficas, econômicas, organizacionais e culturais que comprometem a resolutividade no atendimento ao idoso.²⁶

Os dados comprovam a necessidade do trabalho articulado entre os diferentes níveis de atenção à saúde do idoso. A coordenação das ações é fator fundamental para a resolutividade dos problemas e satisfação dos usuários, como também para a efetivação da proposta da APS como porta preferencial de entrada para o SUS. O direito integral e universal à saúde conquistado pela sociedade não consegue ultrapassar o campo teórico e tornar-se uma realidade na prática. A APS, que deveria formar a base e encaminhar o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, não consegue se organizar e

atender de forma digna e humana os usuários, conformando-se em uma situação conflitante e preocupante.

Continuando a apresentação do conteúdo representacional em foco, serão aludidos os elementos que compõem a periferia. Nesse sentido, para compreender a relação existente entre o elemento central e os elementos periféricos, retoma-se a referência feita às funções geradora e organizadora do núcleo central. Na função geradora, o núcleo central define a significação dos elementos periféricos; na organizadora, estabelece a qualidade dos vínculos que existem entre os elementos da representação.¹²

Os elementos incluídos no quadrante superior direito apresentam alta frequência e evocação mais tardia, estão mais próximos do núcleo central e podem vir a fazer parte deste. Os elementos acesso, atenção, médico e solução possuem uma forte relação com os elementos do núcleo central. Para os idosos que participaram desta pesquisa, o acesso à marcação de consultas é um dos problemas vivenciados por eles, uma vez que a unidade oferece horário e número de fichas limitado para o atendimento. Outro fator de insatisfação é a dificuldade de marcar uma consulta para especialistas e para realização de exames.

Os idosos ressaltam a insatisfação quanto à estrutura física da unidade, que é bastante precária, sem adequação para a atenção que os idosos necessitam. Para desempenhar um atendimento satisfatório, a USF precisa de uma infraestrutura adequada. O Ministério da Saúde através do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde estabelece mecanismos de repasse de recursos financeiros para reforma e ampliação de USF, bem como ações que visam à informatização dos serviços e qualificação da atenção à saúde.²⁷

Apesar de políticas direcionadas a ações que contemplem condições adequadas no que se refere à infraestrutura, na USF Felipe Camarão, a sala de odontologia não funciona; os consultórios não estão adequados com as normas; os banheiros são unissex; há uma feira livre na entrada da unidade; não tem área de embarque/desembarque; e é desprovida dos recursos básicos de tecnologia da informação. É possível identificar uma série de irregularidades que interferem na qualidade de atendimento, comprometendo o processo de intervenção dos profissionais de saúde.

Eles apresentam satisfação no que se refere ao atendimento médico, mas indicam a necessidade de mais médicos para o

atendimento, pois quando seus médicos, por alguma razão, não comparecem à unidade, ficam sem atendimento. A insatisfação dos idosos na obtenção de resolutividade de suas demandas, a exemplo da demora em conseguir encaminhamentos especializados, e a espera pelo diagnóstico do seu problema e, conseqüentemente, pelo tratamento concorrem para a representação negativa do atendimento ao idoso.

As palavras incluídas no quadrante inferior direito são representativas do sistema periférico. Foram mostrados como elementos dinheiro, educação, limitação e saúde. O dinheiro pode estar relacionado à percepção que os idosos têm sobre a má gestão dos recursos financeiros do sistema de saúde e a corrupção que se alastrou na sociedade, em especial no sistema de saúde, desencadeando, assim, o processo de sucateamento dos serviços de saúde. Nesse contexto, os idosos mostram a necessidade de recursos financeiros e investimentos para estruturação dos serviços.

A palavra educação pode estar associada com a questão das relações humanas no atendimento, como o acolhimento e o cuidado. Nas justificativas dos idosos, a falta dessas ferramentas compromete significativamente o atendimento. Ao elemento limitação foram associados a suas limitações físicas e problemas de saúde, o que demanda um atendimento prioritário.

Referente ao elemento saúde, este foi associado ao bem-estar. Os idosos mostram que a saúde é o aspecto mais importante nas suas vidas, o que remete aos elementos do quadrante superior direito, ou seja, acesso, atenção, médico e solução, sendo esses elementos de fundamental importância para a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde dos idosos. Sendo os elementos periféricos mais flexíveis, evolutivos e sensíveis ao contexto imediato, é nele, portanto, que se devem concentrar as estratégias que visem interferir no núcleo das representações sociais do grupo pesquisado.

Os termos do quadrante inferior esquerdo correspondem aos elementos mais próximos do sistema periférico, sendo eles: conhecimento (informação, esclarecimentos, ensinar, saber, orientação, palestras, reunião), gestão (organização, sistema), prioridade (preferencial, preferência, especial), remédio e satisfação. As palavras conhecimento e gestão se associam aos elementos educação e atenção; prioridade com os termos limitação e acesso; enquanto que o termo satisfação, sendo este um elemento positivo sobre o atendimento ao

idoso, foi possível perceber que trata-se das representações dos idosos que frequentam com certa regularidade a USF e fazem parte do grupo de convivência desenvolvida semanalmente na USF, reunindo os idosos para a realização de atividades educativas, recreativas e ações de cidadania, tirando o foco do processo de adoecimento e fomentando a qualidade de vida.²⁸

CONCLUSÃO

Verificou-se que os conteúdos e a estrutura representacional acerca do atendimento nas USF mostraram-se essencialmente negativas, possivelmente fruto de uma realidade na qual se misturam a exclusão social, os baixos salários dos idosos que limita o acesso a bens de consumo (alimentação e moradia adequadas), as dificuldades no acesso aos serviços, a caótica estrutura física das USF, o sucateamento progressivo do sistema de saúde e a falta de implementações de ações e serviços que favoreçam práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido à população idosa.

Torna-se importante destacar a importância que essas representações podem ter na operacionalização dos cuidados em saúde, articulando-os com as dificuldades que se observam no cotidiano das instituições. Em nossos registros do diário de campo, resultado da observação direta nos serviços, foi possível perceber o envolvimento dos profissionais da unidade por resoluções para as demandas dos idosos, entretanto a deficitária estrutura organizacional dos serviços, a precária estrutura física da unidade, dentre outros problemas mostrados nesse trabalho, colaboram para a construção de representações negativas sobre o atendimento nas USF.

Nesse contexto, estrutura inadequada (organizações dos serviços, estrutura física) e a falta de insumos financeiros podem comprometer e acarretar mais agravos à saúde dos idosos. As USFs que deveriam ser o espaço de acolhimento se transformam em um espaço de revolta e angústias para os idosos por não conseguirem a atenção para a resolução dos seus problemas de saúde. O descaso com a saúde e qualidade de vida dessa população reforça o sentimento de isolamento e desamparo aprendidos nas falas do grupo-alvo desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população: uma contribuição demográfica. Texto para discussão nº 858 [Internet], 2002

[cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf.

2. Carvalho JAM, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na metade do século XXI. *Cad saúde pública* [Internet]. 2008 [cited 2015 Mar 23]; 24(3):597-605. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext.

3. Santos MIP, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Cien saúde colet* [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23]; 18(3):753-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300021&lng=pt.

4. Belo I. *Vejez y acción política: Surge um nuevo movimiento social?* [Tese]. Universidade de Barcelona, Espanha; 2002.

5. Ministério da Saúde (Brasil). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

6. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien saúde colet* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 23]; 19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>.

7. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 23]; 14(35). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>.

8. Mendes CKT, Moreira MASP, Bezerra VP, Sarmiento AMMF, Silva LC, Sá CMCP. Atendimento para Idosos na Atenção Básica de Saúde: representações sociais. *Cuid fundam online* [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23]; 5(1):3443-52. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2873/pdf_704.

9. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.

10. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes; 2004.

11. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia; 2000: 27-37.

12. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D (Org.).

As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001: 155-171.

13. Abric JC. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Paperson social representations*, Linz, Austria. 1993;2(2):75-8.

14. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MATV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira AP (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2005: 573-603.

15. Lima-Costa MFL, barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade Social e Saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad de saúde pública* [Internet]. 2003 [cited 2015 Mar 23]; 19(3):745-57. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15878.pdf>.

16. Santana AJ, Barbosa Filho JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Rev baiana de saúde pública* [Internet]. 2007 [cited 2015 Mar 23]; 31(1):134-46. Available from: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1400/1037>.

17. Álvaro CCM. Influência de fatores biopsicossociais sobre a mortalidade de idosos no município de Santa Cruz-RN - um estudo prospectivo [tese]. Natal: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN; 2008.

18. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Caderno Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2015 Mar 23]; 19(33):759-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300008.

19. Leal LN. Três em cada 10 idosos brasileiros garantem sustento da família. *O Estado de São Paulo*. 30 dez 2004.

20. Dias MF. A Importância da Previdência na Condição Socioeconômica do Idoso: Um instrumento de proteção familiar na sociedade moderna. IEPREV - Instituto de Estudos previdenciário [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23]; Available from: <http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/12188/t/a-importancia-da-previdencia-na-condicao-socioeconomica-do-idoso>.

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sint

[ese_de Indicadores Sociais 2012/SIS 2012.pdf](#)
f.

22. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

23. Alves-Mazzotti AJ. Representações da identidade docente: uma contribuição para a formulação de políticas. Ensaio: aval pol públ Educ [Internet]. 2007 [cited 2015 mar 23]; 15(57): 579-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v15n57/a08v5715.pdf>.

24. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In Moreira SP (Org). Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária; 2001:55-87.

25. Sá CP. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ (org). O conhecimento no cotidiano: as impressões sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.

26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

27. Ministério da saúde (BR). Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013. Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

28. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MSA, Gomes DF. Descrição da rede de atendimento ao idoso sob o enfoque da integralidade. J Nurs UFPE online [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 23];9(supl. 2):830-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5556/pdf_7259.

Submissão: 27/03/2015

Aceito: 25/02/2017

Publicado: 01/04/2017

Correspondência

Matheus Figueiredo Nogueira
Rua João Soares Padilha, 21, Ap. 903
Bairro Aeroclube
CEP: 58036-835 – João Pessoa (PB), Brasil