



Representações Sociais sobre a produção do Cuidado ao Idoso construídas por Profissionais de Saúde

Amanda Maria Villas Boas Ribeiro¹; Maria Lúcia Silva Servo²

Resumo: O objetivo do presente estudo foi compreender as representações sociais da produção do cuidado em saúde do idoso construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Métodos: Pesquisa qualitativa, de abordagem exploratória, ancorada na Teoria das Representações Sociais, realizados com treze profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana-BA. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Os métodos utilizados para análise de dados foram análise de similitude, com auxílio do software IRAMUTEQ, e análise de conteúdo de Bardin. Resultados: os profissionais de saúde da ESF ancoram suas representações sociais sobre a produção do cuidado ao idoso na organização do seu processo de trabalho e dinâmica da rede assistencial em saúde. Conclusão: As representações sociais dos profissionais revelam que a produção do cuidado ao idoso está ancorada na perspectiva tecnicista de produção de procedimentos em detrimento do cuidado que demanda a intersubjetividade e tecnologias relacionais.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Idoso.

Social Representations on the production of Elderly Care built by Health Professionals

Abstract: The objective of the present study was to understand the social representations of the production of health care of the elderly built by professionals of the Family Health Strategy. Methods: Qualitative research, with an exploratory approach, anchored in the Theory of Social Representations, carried out with thirteen professionals inserted in the Strategy of Family Health in the city of Feira de Santana-BA. The technique of data collection was the semi-structured interview. The methods used for data analysis were similitude analysis, with the aid of IRAMUTEQ software, and Bardin content analysis. Results: ESF health professionals anchor their social representations about the production of care for the elderly in the organization of their work process and dynamics of the health care network. Conclusion: The social representations of professionals reveal that the production of care for the elderly is anchored in the technicist perspective of the production of procedures to the detriment of care that requires intersubjectivity and relational technologies.

Keywords: Family Health, Primary Health Care, Elderly.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Bacharel em enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente da Faculdade Metropolitana de Camaçari. Amanda_marias@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem pela USP. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. luciasservo@yahoo.com.br

Introdução

A população brasileira e mundial experimenta um intenso processo de envelhecimento que população brasileira e mundial, resultado do aumento da expectativa de vida, e redução da mortalidade infantil e nas idades mais avançadas. Projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam que, em 2022, o índice de envelhecimento populacional seguirá sua trajetória crescente, atingindo razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens (BRASIL, 2012).

Assim, o cenário de transformações sociais e novas demandas em saúde propõe novos desafios no âmbito da saúde pública. Nesse sentido, a configuração da rede de saúde, as relações estabelecidas entre sujeitos e profissionais e o fazer cotidiano em saúde devem fortalecer a produção do cuidado ao idoso.

A partir da construção teórica de autores como Martines, Machado(2016) e Franco, Merhy (2005) neste estudo entende-se que a produção de cuidado ao usuário, e especificamente ao idoso, está atrelada ao cotidiano do trabalho em saúde, referindo-se ao modo de fazer saúde, ou à tudo aquilo que está ligado às ações ou intervenções que auxiliam na geração, organização e (re) estabelecimento de autonomia, liberdade de escolha, relações humanas e o sentido da vida, caracterizando-se como um processo revolucionário à medida que se amplia em relação ao modo de produção de saúde, em suas práticas e subjetividades que dão formato ao mundo do trabalho e do cuidado.

Neste estudo, o cuidado é percebido como um lugar privilegiado nas práticas de saúde, constituindo-se como “espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde” (AYRES,2000, p.142).

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

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

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o lócus privilegiado para a produção do cuidado integral em saúde, tendo em vista sua aproximação com a realidade social dos sujeitos e o vínculo com a comunidade (ASSIS et al., 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aponta que é responsabilidade comum aos integrantes da ESF desenvolver práticas de cuidado integral, através do uso de tecnologias e instrumentos variados, que auxiliem a apropriação do campo subjetivo, marcando a capacidade de ouvir, de se aproximar do outro, enxergando-o em sua totalidade (BRASIL, 2017;MERHY, 2005).

Essas tecnologias são classificadas a partir das dimensões materiais e não materiais, em tecnologias leves que se relacionam aos modos relacionais de agir, as tecnologias leve-duras que são os saberes clínicos e epidemiológicos, e as tecnologias duras que se referem às máquinas e equipamentos (MERHY, 2005). Entretanto, para esse mesmo autor, um modelo de saúde que se centra nas necessidades de saúde do usuário utiliza-se as tecnologias leves e leve-duras, invertendo a lógica de produção de saúde, centrada na doença e produção de procedimentos (SANTOS, 2015).

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

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

Assim, torna-se instigante estudar a produção do cuidado ao idoso sob a ótica dos profissionais da ESF, numa perspectiva de um redimensionamento de visão reconhecendo a contradição, mudança e transformação, tendo a clareza que a representação social não reflete

somente o lugar do indivíduo ou de classe na estrutura social, mas expressa principalmente o modo como o sujeito ou classe toma consciência e responde à estrutura social.

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

As representações sociais (RS) são entendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana, compreendendo de que forma os indivíduos produzem sentido relacionado à sua prática, sustentando-se na comunicação e atitudes comportamentais, tendo como finalidade tornar familiar algo não-familiar (MOSCOVICI, 2005). Assim, as representações sociais manifestam-se em condutas e por isso devem ser analisadas a partir das estruturas e comportamentos sociais ¹³.

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

Sendo assim, torna-se crucial investigar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família, haja vista que as mesmas produzem os sentidos e significados relacionados à prática dos profissionais, direcionando as condutas e ações em saúde.

Então, considerando que a atuação das equipes de saúde é crucial para um cuidado integral, emancipatório e articulado com a rede SUS, questiona-se: Como se revelam as representações sociais da produção do cuidado ao idoso pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família?

Para responder este questionamento, o estudo tem como objetivo compreender as representações sociais da produção do cuidado em saúde do idoso construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Para instrumentalizar esta investigação, utilizou-se como marco teórico a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2005).

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

Nesta perspectiva, este estudo pode contribuir em um avanço na produção do cuidado ao idoso, gerando mudanças significativas no saber-fazer saúde, posto que inicia-se um processo de mudança no próprio sujeito, ao entrar em contato com suas representações sociais sobre determinado fenômeno (COSTA, 2005).

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

Métodos

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

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

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

É necessário que o pesquisador delimite o espaço da pesquisa e justifique sua escolha, a partir de critérios de escolha dos locais de investigação. Nesta perspectiva, delimitou-se os seguintes critérios de inclusão para escolha das Unidades Saúde da Família, recorte empírico da investigação: Estar localizado em um bairro de grande extensão territorial e populacional; Possuir equipe mínima completa (enfermeiro, médico, auxiliar/ técnico de enfermagem, agentes comunitários); USF possuir no mínimo seis (6) meses de implantação na área; Compor campos de prática/estágio curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana.

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

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

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

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

Na abordagem qualitativa não há preocupação com o quantitativo dos participantes, pois o universo da pesquisa não são os sujeitos em si, mas suas representações e conhecimentos¹³. Assim, não foi estabelecida a quantidade de participantes do estudo previamente, as entrevistas foram cessadas quando as falas apresentadas pelos indivíduos atingiram uma regularidade de apresentação, atingindo a saturação de dados, sendo entrevistados 13 participantes, entre os meses de outubro e dezembro de 2016.

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

Após a coleta de dados, o material empírico produzido foi cuidadosamente preparado, iniciando pela transcrição das entrevistas, leitura flutuante e exaustiva até a constituição dos corpus textual. A análise dos dados ocorreram em dois momentos distintos, a saber: primeiro momento foi realizada a análise de similitude com auxílio do software de Análise Textual IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.7, versão alpha 2, e no segundo momento utilizado a análise de conteúdo(BARDIN, 2011).

Após a coleta de dados procedeu-se à transcrição das entrevistas, a leitura flutuante e exaustiva. Com isso, foi realizada constituição do corpus textual para processamento no software IRAMUTEQ e construção da árvore de similitude.

O software IRAMUTEQ identifica a conexidade entre as palavras e constrói a árvore de similitude que representa a estrutura do corpus textual, sendo possível discernir a força de ligação entre as palavras a partir da espessura do grafo, e as palavras com maior número de conexão com outros elementos são aquelas de maior centralidade (MOLLINER,1994).

A partir da construção da árvore máxima de similitude, procedeu-se à categorização dos dados associando-o com a análise de conteúdo, para tratar os resultados obtidos e realizar a interpretação.

Assim, no segundo momento (figural) procedeu-se com a Técnica de Análise de Conteúdo que se refere a um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”(BARDIN,2011, p.42), centra sua intenção na inferência dos conhecimentos, e busca atingir uma profunda compreensão dos significados manifestos, relacionando as

estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) (MINAYO, 2014).

Esta técnica organiza-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e a interpretação.

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

Assim, na terceira fase, que equivale ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram propostos inferências e interpretações, relacionadas com o quadro teórico-científico existente.

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

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

Resultados

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

As representações sociais sobre a produção do cuidado orientam as atitudes e ações dos profissionais de saúde da ESF, justificando seus comportamentos. Assim, compreendemos que

Figura 1 - Árvore máxima de Similitude para produção do cuidado ao idoso, segundo representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, 2017

Fonte: Elaborado pela autora, IRAMUTEQ, 2017.

O termo idoso aparece com maior centralidade na árvore máxima de similitude, conforme ilustrado em seu recorte na figura 1, estabelecendo ligações com outras palavras de dimensões biológicas, subjetivas e normativas, por exemplo, assistência, necessidade, acompanhamento, humanização, acolhimento, paciência, atenção, carente, fragilizado, deficiente, filho.

A palavra “Cuidado” que estrutura a árvore de similitude em outro polo, apresentando alta conexidade com o termo “idoso” e ligando-se aos termos “medicamento”, “tratamento”, “sucesso”, “suporte”, “idade”.

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

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

Discussão

A configuração da árvore de similitude, conforme apresentada na figura 1, reporta a um cuidar ao idoso vinculado à prática médica-assistencial, em que o cuidado é objetivado em procedimentos, e o sucesso terapêutico do paciente é garantido por meio de tratamentos biologicistas e seguimento de normas e regras de conduta prescritivas, sem considerar o contexto do idoso.

As representações sociais apreendidas demonstram que no imaginário dos profissionais de saúde da ESF a produção do cuidado ao idoso está relacionada ao atendimento de suas queixas, demandas, acompanhamento de doenças crônicas, orientações prescritivas sobre alimentação e uso de medicamentos, realização de práticas educativas e visitas domiciliares, acrescido de um cuidado baseado em protocolos e programas que segregam o indivíduo categorizando-o conforme sua patologia, desconsiderando sua singularidade, trajetória de vida e suas condições inerentes ao ser idoso. Os fragmentos de discursos a seguir retratam tais representações: *Eu faço visitas nas residências que têm idosos e a gente tem aquele cuidado de ver como é que está... Se é diabético, se é hipertenso, se tá tomando a medicação todos os dias, no mesmo horário, se tá comendo pouco sal, se tá comendo muitas verduras, muitas frutas, se toma insulina como é que toma, se toma todos os dias* (Ent.3). [...] *o programa saúde do idoso que a gente trabalha, através de palestras na unidade, de visitas domiciliares, através de estímulo ao agente comunitário de saúde a participar de orientação de familiares, através de sala de espera, a gente tenta sempre tá conscientizando os familiares, o próprio paciente [...] a gente tenta orientar sempre a importância desses cuidados, do uso da medicação correta, no horário correto, a realização de exames, a realização do acompanhamento.... [...].* (Ent.8)

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

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

Nesse sentido, a lógica epidemiológica no contexto da atenção básica introduz critérios para priorização de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, criando os chamados grupos prioritários, o que na prática se traduz em um direcionamento e rigidez de agendas dos profissionais de saúde da ESF na produção do cuidado ao idoso (TESSER;POLI NETO;CAMPOS, 2010), conforme foi relatado pelos participantes deste estudo. [...] *a gente tem*

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

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

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

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

Nessas representações apreendidas, corroboramos com o pensar de Matumoto et al ²¹ quando afirmou que existem claras dificuldades de abstração do significado de cuidar, haja vista que esta se define em um espaço imaginário e virtual, diferentemente dos procedimentos, que são mensuráveis e utilizam de objetos concretos para sua objetivação.

Nesse sentido, Servo (2011) reporta-se ao entendimento de produção de procedimento e produção do cuidado. Essa autora sinaliza que a produção de procedimentos, em virtude de sua concretude, é mais facilmente identificada pelos trabalhadores, podendo-se afirmar o quantitativo de procedimentos que realizaram (doses de vacinas, visitas domiciliares, consultas), em contrapartida, a produção do cuidado é simbólica, não palpável e não mensurável, sendo necessário reconhecer os aspectos subjetivos presentes no cuidar, como ouvir os ruídos, olhares e outros aspectos abstratos, implícitos e não manifestos.

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

As representações sociais reveladas pelos profissionais de saúde da ESF sobre a produção do cuidado ao idoso expressam que o cuidado se cristaliza a partir da produção de atos de saúde procedimento-centrado ou profissional-centrado, sem produzir maiores graus de autonomia e vínculo com os usuários-idosos. Esse posicionamento dos profissionais de saúde da ESF compromete o uso de tecnologias leves e dispositivos como acolhimento, vínculo e responsabilização, prejudicando a dimensão cuidadora do trabalho em saúde ¹⁰.

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

Segundo Franco e Merhy (2004), no modelo assistencial procedimento-centrado o principal compromisso da assistência à saúde é com a produção de procedimentos, e secundariamente existe o comprometimento com as necessidades de saúde do usuário, ou seja, a assistência em saúde se confunde com a produção de consultas e exames, reforçada pela intensa medicalização social, assim, esse processo produtivo não impacta verdadeiramente na saúde dos idosos haja vista que não há ganho na autonomia na vida dos usuários.

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

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

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

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

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

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

Conclusão

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

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

As representações sociais apreendidas demonstram que no imaginário dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família a produção do cuidado ao idoso está relacionada ao atendimento de suas queixas, demandas, acompanhamento de doenças crônicas, orientações prescritivas sobre alimentação e uso de medicamentos, realização de práticas educativas e visitas domiciliares, acrescido de um cuidado baseado em protocolos e programas que segregam o indivíduo, categorizando-o conforme sua patologia, desconsiderando sua singularidade, trajetória de vida e suas condições inerentes ao ser idoso. Além disso, as representações investigadas se cristalizam a partir da produção de atos de saúde procedimento-centrado ou profissional-centrado, sem produzir maiores graus de autonomia e vínculo com os usuários-idosos.

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

Referências

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução/ CONEP nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COSTA, F. G. **A tomada de Consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção**. 529 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2006.

FARIA, H.X.; ARAUJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

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

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

LUNARDI, V.L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/ saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**. v. 1, n.2, p.73-76. 2010.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.

MATUMOTO, S. et al. Team supervision in the family health program: reflections concerning the challenge of producing care. **Interface – comunic. saúde, educa.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. et al. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S.F; GOMES, R.(Orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: C. GUIMELLI (Ed.) **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 199-232, 1994.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

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

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

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.3. Rio de Janeiro. Nov. 2010.

TESSER, C.D. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. Hucitec, São Paulo, 2010. 247 p.

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

Como citar este artigo (Formato ABNT):

RIBEIRO, Amanda Maria Villas Boas; SERVO, Maria Lúcia Silva. Representações Sociais sobre a produção do Cuidado ao Idoso construídas por Profissionais de Saúde. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.45, p. 187- 203. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 04/04/2019

Aceito 10/04/2019