

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFES-UNIVASF

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA

CUIDADOS EM SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS
E SUAS VIVÊNCIAS NA TERCEIRA IDADE

VITÓRIA/ES
2012

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA

CUIDADOS EM SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS
E SUAS VIVÊNCIAS NA TERCEIRA IDADE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro.

VITÓRIA/ES
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586c Silva, Susanne Pinheiro Costa e, 1982-
Cuidados em saúde : representações sociais de idosos e suas vivências na terceira idade / Susanne Pinheiro Costa e Silva. – 2012.
126 f. : il.

Orientador: Maria Cristina Smith Menandro.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Representações sociais. 2. Idosos. 3. Saúde - Cuidados. I. Menandro, Maria Cristina Smith, 1962-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Nome: Susanne Pinheiro Costa e Silva

Título: Cuidados em Saúde: Representações Sociais de idosos e suas vivências na terceira idade

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do Título de Doutora em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro

Instituição: UFES (Orientadora)

Assinatura: maria cristina smith menandro

Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos

Instituição: UFPE

Assinatura: Maria de Fátima de Souza Santos

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Instituição: UFRN

Assinatura: Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Profa. Dra. Zeide Araújo Trindade

Instituição: UFES

Assinatura: Zeide Araújo Trindade

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar

Instituição: UFES

Assinatura: Luziane Zacché Avellar

Dedicatória

*Aos meus pais **João Augusto** e **Suely**, pelo exemplo de coragem, inspiração e estímulo para prosseguir caminhando sempre;*

*A **Genilson**, companheiro de todas as horas, pela compreensão da ausência e pelo apoio;*

*Aos meus irmãos **Samir** e **Sinthya**, por compartilharem comigo todas as dificuldades e alegrias, ajudando sempre;*

*A **Mirella**, minha filha, minha razão, minha vida;*

*Ao **bebê** que chegará, por já fazer parte de mim, impulsionando-me ao fim deste trabalho para dar início a outro que está por vir.*

Para vocês!

Agradecimentos

A Deus, por ter preenchido minha vida com pessoas maravilhosas e por proporcionar-me a oportunidade de estar aqui, dando mais um passo vitorioso dentre tantos que já ocorreram;

Aos meus pais, por estimularem-me a estudar, o que possibilitou êxito em toda a vida acadêmica;

Ao meu esposo, por não permitir que eu fraquejasse e me perdesse pelo meio do caminho;

À minha filha, pelos sorrisos de incentivo e de amor;

Aos meus irmãos, que proporcionaram a concretização de muitas das minhas conquistas e através da ajuda e do cuidado prestados a mim e a minha filha, praticaram a real definição do que seja fraternidade;

À minha orientadora, pela confiança e paciência dedicadas para a consolidação da tese, estimulando sempre;

À minha avó, por ter me acolhido e ajudado a transpor obstáculos com suas preces constantes;

Aos meus tios(as), primos(as), sogro(a) e cunhados(as) pelo apoio e descontração nas horas possíveis;

Aos meus amigos, que tão orgulhosamente sonharam comigo a concretização deste momento, acolhendo a mim e a minha família em Petrolina-PE, lugar que aprendemos a amar;

A Daniel Espíndula, que pacientemente auxiliou-me com os instrumentos até então desconhecidos;

À FACEPE, pelo apoio financeiro que proporcionou os encontros orientados;

A PRPPG da UNIVASF, que tanto batalhou para que tivéssemos auxílio em todos os sentidos;

Aos docentes da Pós-graduação em Psicologia da UFES, pela oportunidade de aprimorar conhecimentos e obter novos através do Doutorado; por propiciarem o prazer das descobertas pelo ato de estudar, norteando sempre;

Aos colegas de trabalho do Colegiado de Enfermagem da UNIVASF, por apoiarem a necessidade de dedicação exclusiva para dar seguimento a esta tese;

Aos colegas do MINTER/DINTER, pela amizade dispensada;

Aos idealizadores e coordenadores do MINTER/DINTER, pela oportunidade do aprimoramento em nosso chão;

À Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina, pelo consentimento para coleta dos dados, possibilitando a realização deste estudo;

Aos idosos que participaram da pesquisa, por permitirem o compartilhamento de seus saberes e representações, desvelando o significado de suas vivências;

A todos que, apesar de importantes, não foram aqui mencionados;

Meus sinceros agradecimentos!

“O mundo vai se tornando estranho
À medida que envelhecemos.
Vida e morte vão perdendo seus contornos.
Não o momento intenso e isolado,
Sem antes nem depois,
Mas a vida toda queimando o tempo todo.
Não somente a vida inteira de um único homem,
Mas também a das velhas pedras
Que não podem ser decifradas”.

(T.S. Eliot)

RESUMO

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. CUIDADOS EM SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS E SUAS VIVÊNCIAS NA TERCEIRA IDADE. 2012. 123 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2012.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada, causando uma mudança significativa na pirâmide etária e no comportamento epidemiológico. Espera-se o aumento vertiginoso de doenças crônicas, algumas delas imunopreveníveis, como as infecções respiratórias. Nessa perspectiva, o comportamento do idoso frente aos cuidados com a sua saúde pode influenciar diretamente na sua qualidade de vida. O objetivo deste trabalho consistiu em analisar o fenômeno das representações sociais dos cuidados em saúde, especialmente os preventivos, para idosos domiciliados na cidade de Petrolina-PE. A pesquisa foi respaldada na Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central. Trabalhamos com os seguintes instrumentos para coleta de dados: formulário estruturado, com dados sociográficos; associação livre de palavras e entrevista semi-estruturada. Participaram 130 pessoas idosas, entrevistadas entre dezembro/2010 e março/2011. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes era portador de doenças crônicas, principalmente Hipertensão e Diabetes. Os idosos representam a sua própria saúde como problemática e necessitada de cuidados, sendo estes realizados através de medidas individuais ou por meio da ciência. Os cuidados em saúde são conhecidos pela maior parte dos participantes, em especial aqueles relacionados aos hábitos cotidianos, muito embora a maioria não os pratique. A busca por cuidados médicos, que acreditam ser preventiva, ocorre quando da instalação de patologias mais severas. Os idosos costumam adotar a prevenção contra a gripe através da vacina anual, principalmente os mais velhos. O núcleo central das representações traz elementos que explanam que seu conhecimento está pautado nos saberes coletivamente partilhados pela cultura do que seja cuidar em saúde, exercido em casa pela medicina alternativa, buscando auxílio profissional quando não se resolvem os problemas pelo autocuidado, acreditando que esta prática seja chamada de prevenção. Concluímos que as Representações Sociais dos cuidados em saúde para os grupos investigados ancoram-se no universo consensual, por meio de medidas gerais que costumam realizar cotidianamente aprendidas durante a vida; e no universo reificado, através dos cuidados médicos. Tudo isto possibilita a manutenção da vida e a melhoria da sua qualidade, auxiliando a vivenciar melhor a terceira idade. Percebemos ainda que as representações sociais aqui apresentadas modelam-se na complexidade das determinações econômicas, sociais e educacionais que imperam no país e, em especial, na região.

PALAVRAS-CHAVE: Representações Sociais, Idosos, Cuidados em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. HEALTH CARE: SOCIAL REPRESENTATIONS OF ELDERLY AND THEIR EXPERIENCES IN THIRD AGE. 2012. 123 f. Thesis (Doctorate in Psychology). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2012.

The growing of the elderly population is a worldwide phenomenon and, in Brazil, changes occurred radically and very fast, causing a significant change in the age pyramid and epidemiological behavior. It is hoped the increase of chronic diseases, some of them preventable diseases such as respiratory infections. From this perspective, the elderly behavior of their health care can directly influence their quality of life. The objective of this study was to analyze the phenomenon of social representations of health care, especially of preventative for seniors that living in the city of Petrolina-PE. The research was supported in the Theory of Social Representations, Theory of Central Nucleus and Content Analysis. Work with the following instruments for data collection: a structured form, with social and demographic dates'; free association of words and semi-structured interview. Participated 130 elders, interviewed between December/2010 and March/2011. The results showed that most participants were suffering from chronic diseases, especially hypertension and diabetes. The elderly represented their health as problematic and in need of care, which were accomplished through individual action or through science. The health care were known by most participants, especially those related to lifestyle habits, although not the most practiced. The pursuit for medical care, that they believed to be preventive, occurred when the installation of more severe diseases. The elderly used to take the prevention against the influenza from the annual vaccine, especially the older ones. The core of the representations was based on knowledge collectively shared by the culture of health care, that is exercised at home by alternative medicine, seeking professional help when not solve problems by self-care, believing that this practice is called prevention. We conclude that the social representations of health care for the groups investigated are anchored in consensual universe, by means of general measures that often make daily learned during life, and in the reified universe, through medical care. All this enables the maintenance of life and improving its quality, helping to better the experience senility. We also perceived that the social representation here presented, shape the complexity of the determinations economic, social and educational that prevail in the country and, in particular, in the region.

KEYWORDS: Social Representations, Elderly, Care in Health.

RESUMÉ

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e. SOINS DE SANTÉ: REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'EXPÉRIENCE ÂGÉES ET DE LEUR CHEZ LES ÂÎNÉS. 2012. 123 f. (Doctorat en psychologie). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2012.

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial, et au Brésil, des changements se produisent dans un radical et très rapide, ce qui provoque un changement important dans la pyramide des âges et le comportement épidémiologique. On espère que la forte augmentation des maladies chroniques, certains d'entre eux des maladies évitables telles que les infections respiratoires. Dans cette perspective, le comportement des personnes âgées en vue de leurs soins de santé peuvent influencer directement sur leur qualité de vie. L'objectif de cette étude était d'analyser le phénomène des représentations sociales des soins de santé préventifs, en particulier pour les personnes âgées vivant dans la ville de Petrolina-PE. La recherche a été soutenue dans la théorie des représentations et la théorie de noyau central. Travailler avec les instruments suivants pour la collecte des données: une forme structurée avec des données sociographiques; la libre association des mots et des entretiens semi-structurés. Les participants de 130 personnes âgées, les interviewés entre Décembre 2010 et Mars/2011. Les résultats ont montré que la plupart des participants souffraient de maladies chroniques, en particulier l'hypertension et le diabète. Les personnes âgées représentent leur propre santé comme problématique et a besoin de soins, qui ont été accomplis grâce à l'action individuelle ou grâce à la science. Les soins de santé sont connus par la plupart des participants, en particulier ceux liés aux habitudes de vie, même si la plupart ne pratiquent pas. La recherche de soins médicaux, qu'ils croient être préventive, se produit lorsque l'installation de maladies plus graves. Les personnes âgées prennent habituellement la prévention contre la grippe par le vaccin chaque année, en particulier les plus âgés. Les éléments de base de représentations qui expliquent apporte que leur connaissance est guidée par la connaissance partagée collectivement dans la culture des soins de santé qui est exercé à la maison par la médecine alternative, demander de l'aide professionnelle si vous n'avez pas à résoudre les problèmes par l'auto-soins, estimant que cette pratique qu'on appelle la prévention. Nous concluons que les représentations sociales des soins de santé pour les groupes étudiés sont ancrés dans l'univers consensuel, au moyen de mesures générales qui, souvent, prennent tous les jours apprises au cours de la vie, l'univers et réifiée par le biais des soins médicaux. Tout cela permet le maintien de la vie et l'amélioration de sa qualité, aider les personnes âgées à mieux vivre. Nous avons également perçu que le modèle de représentation sociale présentée ici est la complexité des activités déterminations économiques, sociales et éducatives qui prévalent dans le pays et, en particulier dans la région.

MOTS-CLÉS: représentations sociales, soins aux personnes âgées en matière de santé

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO.....	13
OBJETIVOS.....	18
ORGANIZAÇÃO DA TESE.....	20
ARTIGO I - Saúde e vacina na terceira idade: representações de idosos vacinados e não vacinados contra a gripe.....	24
ARTIGO II - As Representações Sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos.....	45
ARTIGO III - Me cuido em casa e vou ao médico, mas qualquer hora Deus me chama: Representações Sociais da saúde e da gripe para idosos.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS.....	112
ANEXOS.....	115
APÊNDICES.....	118

Lista de Quadros

QUADRO 1 - Demonstração geral dos artigos da tese

ARTIGO I

QUADRO 1 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *saúde* pelos *idosos vacinados*

QUADRO 2 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *saúde* pelos *idosos não vacinados*

QUADRO 3 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *vacina contra a gripe* pelos *idosos vacinados*

QUADRO 4 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *vacina contra a gripe* pelos *idosos não vacinados*

ARTIGO II

QUADRO 1 - Possíveis elementos centrais e periféricos das representações de *Saúde e Cuidados em Saúde* para *mulheres idosas*

QUADRO 2 - Possíveis elementos centrais e periféricos das representações de *Saúde e Cuidados em Saúde* para *homens idosos*

ARTIGO III

QUADRO 1 - Representações Sociais de *Saúde* por idosos pelo TALP

QUADRO 2 - Representações Sociais de *Gripe* por idosos pelo TALP

QUADRO 3 - Eixos Temáticos dos resultados do estímulo *saúde* (**negrito**) e *gripe* (*itálico*)

APRESENTAÇÃO

O desconhecimento sobre o processo do envelhecimento, durante muito tempo e em diferentes épocas, levou a ciência e o senso comum à elaboração de teorias que hoje são consideradas impossíveis de serem imaginadas, como a de que o coração diminuía após os 50 anos. É comum encontrarmos nos estudos sobre a terceira idade referências de que a mesma era uma etapa de preparação para o fim da vida, simplesmente. Somente no século XX, com o advento da Geriatria, Gerontologia e Gerontologia Social este sentido foi sendo paulatinamente modificado (SCHWANKE; PEREIRA; SCHNEIDER, 2009). Assim,

“o envelhecimento, enquanto constituinte do processo de desenvolvimento humano, caracteriza-se como um tempo de exposição a acontecimentos da vida e a transições, e também como um período de implementação de estratégias de confrontação e de resolução de desafios, a partir das oportunidades e do potencial adaptativo de cada idoso” (FERREIRA, C.L., et al., 2010, p. 167).

Isto significa dizer que a sociedade, com sua ciência e senso comum, deve compreender que esta etapa é, como as outras, permeada por novos desafios a serem vencidos e estimulados, sendo importante o apoio para que os idosos mantenham-se ativos e participantes em suas funções sociais, familiares e outras. Assim sendo, o processo de envelhecimento precisa deixar de ser visto como em decorrência de fenômenos puramente naturais e biológicos, mas sim como influenciado pela cultura, onde as pessoas reagem a partir de suas referências pessoais (FERREIRA, O.G.L. et al., 2010).

De tal modo, passou-se então a estimular o idoso a reaver sua condição de sujeito social. Para tanto, aquela antiga imagem de invalidez e dependência extrema está sendo substituída pela de vitalidade, autonomia e independência, dando lugar aos projetos que estimulam o mesmo a continuar com suas atividades, especialmente as laborais, com direitos e deveres (CORREA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010).

De acordo com Schwanke, Pereira e Schneider (2009), as ciências que se ocupam desta etapa da vida, apesar de centenárias, são extremamente atuais devido ao franco processo de envelhecimento populacional. Por este motivo, merecem atenção dos profissionais da saúde, gestores públicos e muitos outros,

incluindo a sociedade, para que assim os futuros idosos tenham um envelhecimento bem-sucedido, pleno de autonomia, independência e qualidade de vida.

Refletindo sobre o parágrafo anterior, observamos que a implementação de políticas que valorizem os idosos, criando oportunidades para que continuem a demonstrar habilidades e interajam socialmente é de fundamental importância, apreciando inclusive os aspectos referentes à saúde, especialmente no que alude à prevenção de doenças, que auxilia na velhice ativa e saudável.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. A velocidade do processo de transição demográfica vivido pelo país traz uma série de questões que são cruciais, principalmente devido às desigualdades sociais e fragilidade das instituições, que acabam sendo muito mais procuradas por idosos (VERAS, 2009).

Esta transição demográfica apresenta nítida relação com a epidemiologia. Com o aumento da população idosa, passa-se de um quadro de alta prevalência de morbimortalidade por doenças infecciosas – típico de população jovem – para o predomínio de doenças crônico-degenerativas, conhecidas por sua longa duração (VILARINO; LOPES, 2008). É necessário, então, investir na promoção da saúde desde a mais tenra idade, evitando o acúmulo de hábitos prejudiciais que coloquem em risco o processo de saúde, estimulando práticas benéficas de vida.

Por entender a terceira idade como uma etapa que representa a continuidade da vida, percebemos então que os serviços de saúde destinados ao cuidado de idosos centram suas atenções muito mais na cura de doenças do que mesmo na educação e prevenção destas, que promove saúde e bem-estar, permanecendo deste modo, a sua cristalização como uma época repleta de problemas e limitações.

Embora estudos demonstrem que o idoso brasileiro afirma que a sua saúde vai bem (DIAS et al., 2011), outros asseguram que esta generalização é enganosa (LOURENÇO et al., 2005), pois estes não constituem uma população homogênea em relação aos serviços ofertados, além de que as doenças crônicas só vem aumentando nos últimos anos. Dentre as estratégias utilizadas pelo governo para melhoria da saúde e qualidade de vida de idosos encontra-se a vacinação antigripal

ou Influenza, que foi incorporada ao calendário vacinal brasileiro em 1999 com o intuito de diminuir as altas taxas de internações hospitalares e morbimortalidade das pessoas com mais de 60 anos, que acabam por ser as mais acometidas e com maiores consequências para a vida e saúde motivadas pela doença.

Enquanto estudante de curso de graduação em Enfermagem, apreendemos que muitos idosos desconfiavam da nova tecnologia implantada na Atenção Básica: a vacina antigripal. Reclamavam da qualidade do imunobiológico, que trazia alguns eventos adversos indesejados naqueles que já haviam recebido a vacina; diziam que esta estratégia buscava diminuir a quantidade de idosos brasileiros devido à sobrecarga causada na previdência social. Por isso, as recusas eram muitas e atingir a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde parecia impossível. Observávamos, durante os estágios, o quanto eram carentes de informações; o quanto se esforçavam para entender o motivo da vacinação em massa, entre outras recomendações.

Alguns anos depois, no exercício da docência e acompanhando alunos nas atividades práticas em sala de vacinas, percebemos que embora tal imuno tenha sido institucionalizado já há mais de uma década, para muitos, este procedimento continuava sendo apontado como duvidoso, bem como a velhice, consubstanciada como um processo natural da ocorrência de patologias. Além disso, não havia preparação por parte dos profissionais e comunidade frequentadora das unidades de saúde para atuar no cuidado do idoso como um todo, trabalhando os seus mitos e anseios no decorrer do ano. Essa preocupação parecia ser foco de atenção principalmente quando as campanhas de vacina se aproximavam, e não ao longo do ano.

Diante desta realidade, tornou-se interesse para nós saber o significado dos cuidados em saúde por parte dos idosos, especialmente no que se referia a atenção às Infecções Respiratórias Agudas, com foco na gripe, devido a possibilidade de prevenção da mesma através da vacina Influenza. Entendemos a necessidade de englobar os aspectos peculiares e condições de saúde de cada um, que não pode deixar de levar em conta as concepções e representações do idoso.

Nessa perspectiva, o comportamento do idoso frente aos cuidados com a sua saúde pode influenciar diretamente na qualidade de vida do mesmo. As representações podem variar de acordo com o gênero, a idade e até mesmo na adesão ou não a determinados cuidados oferecido pelo serviço público, devendo-se levar em conta que o tema suscita muitas discussões, e que praticamente não existem estudos que o abordem. Sabe-se que a vacinação foi implementada para melhoria da saúde dos mesmos, o que nos levou a questionar:

- Quais as representações dos idosos acerca da sua própria saúde?
- O que eles pensam sobre a gripe?
- Que elementos foram incorporados às representações dos idosos no que tange aos cuidados com a saúde?
- Qual o sentido atribuído a vacinação antigripal?

Ao entendermos que as representações sociais influenciam as práticas de vida, decidimos respaldar o estudo na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, pois além da possibilidade de avaliação, podem compreender melhor a postura diante de contextos práticos e das realidades específicas dos idosos. Com a realização desta tese, esperamos contribuir para a identificação e a compreensão dos fatores que interferem no cuidado com a saúde, de modo a buscar soluções viáveis para um atendimento que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), permita a sua consolidação e se enquadre nas exigências do Programa de Atenção ao Idoso, entendendo-o como um programa destinado a um evento biológico e social, envolvendo, portanto, todos os seres deste processo (idoso, família e profissionais de saúde, entre outros). Espera-se, ainda, orientar quanto à adoção de práticas que possibilitem a educação em saúde para possível adesão do idoso a práticas saudáveis, sem que haja pressão devido a necessidade imediata pela instalação de patologias ou mesmo devido a demandas dos órgãos fomentadores das políticas de atenção à saúde.

OBJETIVOS

O objetivo geral que norteou o desenvolvimento desta tese consistiu em analisar o fenômeno das representações sociais dos cuidados em saúde, especialmente os preventivos, para idosos domiciliados na cidade de Petrolina-PE. Por entender que vários fatores estão envolvidos neste processo, como a adesão ou não a práticas preventivas, dentre elas a imunização antigripal; o gênero, já que alguns estudos defendem que as mulheres costumam preocupar-se mais com a sua saúde do que os homens, adotando em maior escala cuidados gerais; e a própria idade, visto que idosos mais jovens geralmente apresentam saúde melhor que a dos mais velhos, propusemo-nos a desenvolver estudos que respeitassem estes critérios, tendo cada um deles seus objetivos específicos, conforme demonstrado:

Das representações a partir do uso da vacina antigripal Influenza:

- Entender as representações sociais de saúde para idosos vacinados e não vacinados;
- Conhecer as representações sociais da vacina Influenza para os mesmos, apontando possíveis diferenças entre os grupos.

Das representações a partir do gênero masculino e/ou feminino:

- Identificar as representações sociais de saúde para homens e mulheres idosos;
- Investigar as representações sociais de cuidados em saúde para os mesmos, apontando possíveis diferenças entre os grupos.

Das representações a partir da idade:

- Analisar as representações sociais de idosos acerca da saúde;
- Conhecer as representações sociais de idosos acerca da gripe;
- Observar possíveis diferenças de acordo com a idade.

ORGANIZAÇÃO DA TESE

Os estudos que compõem esta tese encontram-se apresentados sob o formato de três artigos. O Quadro 1 sumariza as características específicas dos participantes de cada um dos estudos.

O artigo I, intitulado “**Saúde e vacina na terceira idade: representações de idosos vacinados e não vacinados contra a gripe**”, destacou que a adesão à vacinação é observada principalmente entre mulheres mais velhas e indica a importância de educar em saúde, discutindo modos de viver bem e a importância da prevenção em saúde para que hábitos saudáveis possam ser estimulados, dentre eles a vacinação para idosos, minimizando os altos índices de morbimortalidade evitáveis.

No artigo II, “**As Representações Sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos**”, observou-se que os participantes avaliam que a saúde necessita de cuidados, em especial os alimentares e exercícios físicos, embora não se percebam carentes de outros cuidados. As representações sociais de saúde e cuidados em saúde diferiram conforme o gênero dos participantes, indicando urgência em melhorar as ações educativas que visem a promoção da saúde, com estratégias que minimizem o impacto das ações curativistas nos idosos como um todo.

No artigo III, intitulado “**Me cuido em casa e vou ao médico, mas qualquer hora Deus me chama: Representações Sociais da saúde e da gripe para idosos**”, as representações de gripe revelaram que ela é entendida como uma doença corriqueira, com sintomas simples que remetem a cuidados domiciliares, não sendo necessário buscar o serviço de saúde, apenas em casos de agravamento, sendo a vacina influenza avaliada como importante ferramenta para combatê-la. Os idosos percebem sua saúde como algo frágil e que merece cuidados, sendo que a gripe não foi considerada como um perigo iminente, já que os mesmos acreditam-se protegidos pelos cuidados realizados através da medicina alternativa.

Por fim, encontram-se as considerações finais que sintetizam os estudos, apontando sugestões para a implementação de estratégias que possibilitem a melhoria da atenção ao idoso. Optamos por colocar as referências utilizadas em

cada estudo após o mesmo, facilitando o acesso a elas. Aquelas que constam na Apresentação e nas Considerações Finais estarão disponíveis ao final da tese, no item Referências, assim como os apêndices e anexos usados durante o processo de construção desta.

QUADRO 1: Demonstração geral dos artigos da tese.

	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	ANÁLISE DOS DADOS
ARTIGO I	Entender as representações sociais de saúde e imunização para idosos vacinados e não vacinados com a vacina Influenza	Trinta idosos, sendo quinze vacinados contra a gripe e quinze não vacinados	Questionário para caracterização e Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)	Baseada na frequência (<i>f</i>) e ordem média de evocações (OME) para identificação do Núcleo Central das Representações
ARTIGO II	Identificar as representações sociais de saúde e cuidados em saúde para homens e mulheres idosos	Quarenta pessoas, sendo vinte mulheres e vinte homens com idade igual ou superior a 60 anos	Questionário para caracterização, Teste de Associação Livre de Palavras e entrevista semi-estruturada	Baseada na frequência (<i>f</i>) e ordem média de evocações (OME) para identificação do Núcleo Central das Representações e na Análise de Conteúdo de Bardin
ARTIGO III	Conhecer as representações sociais de idosos mais jovens e mais velhos acerca da saúde e da gripe	Sessenta pessoas, sendo trinta com idades entre 60-70 anos e trinta acima de 70 anos	Questionário para caracterização, Teste de Associação Livre de Palavras e entrevista semi-estruturada	Software Evoc 2000 e programa informático Alceste

ARTIGO I:
SAÚDE E VACINA NA TERCEIRA IDADE: REPRESENTAÇÕES DE IDOSOS
VACINADOS E NÃO VACINADOS CONTRA A GRIPE

Resumo¹

O presente estudo teve como objetivo conhecer as representações sociais de saúde e imunização para idosos vacinados e não vacinados com a vacina Influenza. Adotamos como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, tendo cunho qualitativo. A pesquisa foi desenvolvida com trinta idosos, sendo quinze vacinados contra a gripe e quinze não vacinados. Realizou-se entrevista individual, utilizando questionário para caracterização e Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) como instrumentos de coleta. A análise foi realizada através da Teoria do Núcleo Central, pela ordem das evocações. Os dados do TALP revelaram diferenças entre as representações para os dois grupos. Os idosos vacinados representaram a saúde como sinônimo de bem-estar, possibilitando a manutenção das atividades cotidianas, e a imunização como algo que protege de diversos males. Já os não vacinados definiram saúde como algo que provém da vontade divina, isentando-se de responsabilidades para que ela se dê, e a vacina como algo que protege, mas que causa variadas reações, o que os desencoraja a utilizá-la. O estudo sinaliza a importância de educar em saúde e desmitificar o imaginário sobre saúde e vacinas, uma vez que hábitos saudáveis precisam ser cada dia mais estimulados, minimizando os altos índices de morbimortalidade evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Representações Sociais, Saúde, Vacina Influenza, Idosos

HEALTH AND VACCINE IN THIRD AGE: REPRESENTATIONS OF ELDERLY VACCINATED AND NON-VACCINATED AGAINST INFLUENZA

Given the difficulty in achieving the targets for the vaccination campaign against influenza, this study aimed to understand the social representations of health and immunization for the elderly vaccinated and not vaccinated with influenza vaccine. We adopted as methodological framework the Theory of Social Representations, of qualitative nature. The research was conducted with thirty elderly, being fifteen vaccinated against influenza and fifteen non-vaccinated. Were realized individual interviews, using a questionnaire for characterization and testing of Free Association of Words (TALP) as data collection instruments. The data of TALP reveal differences

¹ Artigo produzido em conformidade com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

between the representations for both groups. The vaccinated elderly accounted the health as synonymous of welfare, allowing the maintenance of daily activities and immunization as something that protects them from various evils. Already the non-vaccinated defined health as something that comes from the divine will, exempting itself from liability for her to give, and the vaccine as something that protects, but causes varied reactions, which discouraged them to use it. The study indicates the importance of health education for healthy habits can be encouraged, including vaccination for the elderly, reducing the high rates of preventable morbidity and mortality.

KEYWORDS: Social Representations, Health, Influenza Vaccine, Elderly

Introdução

Ao longo dos anos, muitas transformações concernentes à saúde da pessoa idosa tem ocorrido, grande parte motivadas pelo avanço tecnológico, que possibilitou a prevenção e recuperação de diversas doenças, como também pelo declínio das taxas de natalidade. Com efeito, percebeu-se aumentar vertiginosamente a expectativa de vida nos países em desenvolvimento principalmente, o que provocou a necessidade de se encontrar meios para a melhoria da qualidade de vida daqueles com sessenta anos ou mais.

No Brasil, embora ainda distante de países desenvolvidos, a expectativa de vida em 2010 encontrou-se em torno de 73,1 anos, três a mais que o descrito no ano 2000¹. O fenômeno do crescimento do número absoluto de idosos, bem como da sua longevidade iniciou-se no século XX, porém acentuou-se no século subsequente. Mesmo assim, é sabido que os países em desenvolvimento, que sofrem esse processo de maneira rápida e crescente, não estão preparados para esta transição, gerando preocupação e planejamento de estratégias por parte de organizações internacionais ao redor do mundo, buscando meios para ajudá-los a enfrentar este processo da melhor maneira².

No que tange à saúde coletiva, o envelhecimento populacional constitui-se como um grande desafio, especialmente pela vulnerabilidade social característica das

nações que o enfrentam com maior intensidade. Conjuntamente, a transição demográfica e epidemiológica da população traz consigo alterações significativas para a saúde, com aumento das doenças crônicas que atingem esta faixa etária e possuem peculiaridades³.

É notável uma maior procura dos idosos por serviços de saúde, bem como internações hospitalares, que geralmente são mais longas que aquelas de outras faixas etárias, traduzindo-se em maior carga de doenças, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde^{4,5}. Porém, sabe-se que envelhecer não é sinônimo de doença, tampouco de inaptidão para o desenvolvimento de tarefas. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prioriza que o envelhecimento deve ser ativo, e não apenas saudável, como dizia em outrora, reconhecendo que vários fatores merecem destaque, já que acabam por interferir na vida cotidiana, como é o caso da cultura, oportunidades, e tratamentos, entre outros⁶.

Isso significa dizer que a autonomia e independência de pessoas idosas devem ser estimuladas, havendo como consequência a melhoria da qualidade de vida destes. É de vital importância, portanto, ampliar a consciência sobre a saúde, hábitos de vida e o processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população idosa em suas lutas por cidadania e justiça social. Saúde e envelhecimento são indicativos de qualidade de vida, sendo que os seus significados diferem entre as pessoas^{6,7,8}.

Para que o envelhecimento ativo se dê, é importante que as questões de saúde também sejam consideradas. Muitas limitações decorrentes do envelhecimento são de ordens orgânicas e funcionais, que podem ser superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa⁷. Os aspectos da saúde e do viver bem entre os indivíduos idosos estão associados com os seus hábitos desde a infância até o fim da vida^{2,9}. É necessário, então, atuar no campo do saber individual e coletivo, focando estratégias que busquem debater os aspectos que influenciam no envelhecer bem desde o nascimento.

Os estudos sobre envelhecimento são bastante recentes, ocasionados pelo vertiginoso acontecimento nunca antes experimentado: o aumento da longevidade e da população idosa. Até bem pouco tempo, pensava-se que, ao envelhecer, a pessoa

cessava o seu desenvolvimento, adoecendo e afastando-se de suas atividades⁹. Hoje, com a superação desta crença, inúmeras ferramentas são utilizadas para retardar as problemáticas que possam acontecer com o avançar da idade, como o uso de imunobiológicos ou vacinas, fator de extrema acuidade na medicina preventiva².

Dentre as doenças que mais acometem os idosos destaca-se a gripe, patologia evitável através de imunização. Pessoas com sessenta anos ou mais, com doenças crônicas pré-existent, acabam sendo mais afetadas que aquelas de outras faixas etárias. Portanto, a vacinação anual de idosos é a medida mais eficaz para reduzir morbidade e mortalidade associadas à infecção por Influenza, e por este motivo diversas nações implementaram a estratégia, sendo um procedimento recomendado pela OMS. Na Europa, quase todos os países aconselham a utilização da vacina contra gripe, diversificando-se em ações para aumentar a cobertura. No entanto, a mesma é feita em clínicas particulares, o que dificulta a adesão devido ao custo¹⁰.

No Brasil, a vacina contra gripe foi implementada no ano de 1999 no Sistema Único de Saúde, com o intuito de proteger os grupos de maior risco para complicações do vírus da Influenza. Segundo o Ministério da Saúde¹¹, houve redução da morbimortalidade, do absenteísmo no trabalho e dos gastos com tratamento de infecções secundárias oriundas do vírus. Sabe-se também que a imunização é a medida mais eficaz para combatê-lo, diminuindo bruscamente a incidência e severidade da doença, embora a mesma tenha um curso benigno entre a maioria dos acometidos. Além disso, devido a falta de informação, muitos não associam as doenças subjacentes à gripe, e por este motivo muitas vezes esta não é vista como uma ameaça¹².

A campanha de vacinação contra a gripe ocorre de forma prolongada, em período anterior ao de maior circulação do vírus na população das diferentes regiões do Brasil. Para conferir proteção adequada, deve ser administrada a cada ano, pois sua composição também varia anualmente, em função da mutação contínua dos vírus circulantes¹¹.

Embora a sua eficácia tenha sido comprovada¹³, reduzindo a mortalidade por doenças respiratórias e trazendo benefícios para a saúde os idosos, muitos deles

ainda não acreditam no poder imunogênico da vacina contra influenza e recusam a sua administração. Levando-se em consideração que, embora os municípios tenham metas a cumprir, deve-se entender a individualidade de cada um, respeitando o direito de escolha, a educação em saúde pode atuar como forte aliada na adesão da comunidade idosa à vacina, pois muitos não aceitam por desconhecimento dos seus proveitos.

É necessário compreender também que as representações sociais a respeito do assunto influenciam inclusive na tomada de decisão dessas pessoas. Isto significa dizer que elas não estão abstraídas da realidade social, nem condenadas a reproduzi-la, mas interagem com esta. “Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito”¹⁴, como ocorre ainda pela incorporação da vacina ao cotidiano dos idosos.

Para isso, utilizam-se da objetivação e/ou da ancoragem, tornando concreto aquilo que é abstrato, o que permite a transformação de um conceito em uma imagem, familiarizando-se com o objeto, transformando-o em algo acessível na memória^{15,16}. Na velhice, ter saúde pode estar estritamente relacionado à autonomia e independência, e por este motivo o cuidado não pode ser focalizado apenas no controle de morbidades, principalmente ao entender que a população idosa é muito peculiar⁷.

internacionalmente a vacinação configura-se como um dos indicadores utilizados para o acompanhamento da situação de saúde, porém, nacionalmente, é algo ainda muito novo, cujas metas somente são atingidas após prorrogação de prazo, indicando o conflito entre permitir-se imunizar ou não, interferindo nas questões de saúde e nas próprias representações sobre a temática.

Nos últimos anos, estudos em Representações Sociais tem crescido de uma maneira significativa no campo da saúde. Credita-se a este referencial teórico-metodológico o desenvolvimento de pesquisas que vão além do modelo mecanicista, com mais flexibilidade e fidelidade à realidade. Por este motivo, construiu-se este trabalho com o objetivo de entender como se estruturam as representações sociais de saúde e imunização para idosos, enriquecendo o debate que se dá entre os grupos de pessoas que aderem e aquelas que não se permitem vacinar.

Métodos

Utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais¹⁵ e Teoria do Núcleo Central¹⁷, de abordagem qualitativa, situando-se no âmbito da pesquisa social¹⁸.

Universo

A pesquisa foi realizada no município de Petrolina, localizada no Sertão Médio Pernambucano. Este município apresentou no ano de 2010 uma população de 293.962 habitantes, um crescimento de quase 30% em relação aos dados divulgados no Censo 2.000. A população domiciliada em ambiente rural foi de 74.747 habitantes¹.

Sua economia baseia-se na fruticultura, com exportação de diversos produtos, tendo também a segunda produção vinícola do país. No que se refere às condições socioeconômicas, a taxa de pessoas com 60 anos ou mais sem instrução, no estado de Pernambuco, chega a 43,3%, considerada muito elevada. O município possui 58% de cobertura de Equipes de Saúde, sendo 59 equipes da Estratégia Saúde da Família.

Participantes

A amostra foi constituída por trinta idosos domiciliados no referido município e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado em Unidade de Saúde municipal, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência em participar do estudo. Para a realização desta pesquisa, foram selecionados quinze idosos com vacina contra a gripe atualizada e quinze idosos que recusavam a administração do imunobiológico. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

É importante destacar que no ano de 2010, 83,77% dos idosos da cidade de Petrolina foram imunizados, atingindo a meta mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 80%¹⁹.

Instrumentos e técnicas

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, com aplicação de formulário estruturado, versando sobre questões para caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos e de saúde. Utilizou-se também o Teste de Associação Livre de Palavras – TALP pela qual o entrevistado evocava cinco termos para cada um dos estímulos *Saúde* e *Vacina contra a Gripe*, justificando as duas primeiras evocações. O tempo médio de entrevista foi de 15 minutos. Todo o conteúdo foi gravado em aparelho MP3, com posterior transcrição.

Procedimentos

As entrevistas foram realizadas no ambiente domiciliar dos participantes. Estes eram indicados por profissionais de saúde trabalhadores da área adscrita a qual o idoso pertencia. Os ACS acompanhavam o entrevistador até o domicílio dos idosos selecionados para contato inicial, no qual os objetivos do estudo eram informados, formalizando-se o convite. A depender da disponibilidade do participante, a entrevista ocorria tão logo após a conversa inicial, ou seria agendado novo encontro para aplicação das técnicas de coleta de dados. Durante a sua execução, apenas o participante e o entrevistador permaneciam no ambiente. O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante será identificado pelo número do seu questionário, garantindo o anonimato. É válido destacar que a coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNIVASF (Protocolo CAAE - 4478.0.000.441-10).

Organização e tratamento dos dados

A análise foi feita no intuito de encontrar possíveis diferenças nas representações, colocando-se de um lado os participantes vacinados e do outro os não vacinados. Foram identificadas setenta e cinco palavras, por grupo, para cada um dos termos indutores provenientes do TALP. Após a análise, tomou-se por base a frequência (f) e a ordem média de evocações (OME) para identificação do Núcleo Central das Representações e sua representação no quadro de quatro casas^{17,20, 21}.

A interpretação dos termos evocados foi realizada pelo método da Análise de Conteúdo²². Em primeiro lugar, os dados foram organizados através da leitura flutuante, com posterior exploração do material e codificação, culminando com a formação do núcleo de compreensão dos resultados para o seu tratamento.

Resultados e Discussão

Caracterização dos grupos

No intuito de distinguir os participantes do estudo quanto a questões sociodemográficas e de saúde, iniciaremos descrevendo tais indicadores. A idade média dos idosos vacinados contra a gripe foi de 70,3 anos, em sua maioria do sexo feminino (86,6%) enquanto naqueles não vacinados a média de idades foi de 66,4 anos. Interessante notar que um estudo realizado em Porto Alegre¹² identificou que os idosos mais jovens, que geralmente são mais ativos e sem grandes problemas de saúde, atendem menos ao chamado para vacinação contra a gripe, assim como pessoas do sexo masculino. Dentre os não vacinados, dois haviam recebido a vacina há alguns anos, porém não mais a aceitaram após a primeira experiência, justificando que não necessitavam de tal cuidado.

Predominaram pessoas autodeclaradas pardas em ambos os grupos, como também com baixa escolaridade - nunca estudaram ou o fizeram até o ensino fundamental, nem sempre concluído, tendo uma diferença: dentre os vacinados, uma participante havia cursado ensino superior, sendo a única que ainda trabalhava, enquanto 33% dos não vacinados estava na ativa. Como ocupação, prevaleceram trabalhadores rurais e donas-de-casa, sendo a maioria aposentados e com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes, tendo já sido internados algumas vezes por motivos diversos, corroborando estudos que descrevem os principais usuários dos serviços de saúde^{4,5,7}.

Representações Sociais, Saúde e Vacinas

As evocações provenientes do TALP foram analisadas e categorizadas de modo a considerar a dimensão individual (frequência) e coletiva (ordem média de

evocações), sendo o núcleo central identificado^{23,24}. A classificação das categorias foi feita por estímulo indutor (saúde / vacina contra a gripe) e por grupo de participantes (idosos vacinados / não vacinados), distribuídos em quadros. Em cada um destes quadros, o cruzamento das linhas das médias indicadas o divide em quatro quadrantes²⁵.

No quadrante superior esquerdo encontram-se os elementos que provavelmente compõem o núcleo central das representações. No quadrante inferior direito, com elementos de menor frequência e evocação mais tardia, situam-se os elementos mais periféricos das representações. Os elementos dos quadrantes restantes, superior direito e inferior esquerdo, considerados evocações intermediárias, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que apesar de não integrarem o núcleo central, mantêm uma relação de proximidade com este^{20,21}.

Assim, o Quadro 1 distribui os elementos que foram categorizados de acordo com as evocações feitas pelos idosos vacinados para o termo *Saúde*. A categoria **viver bem** situou-se como núcleo central para este grupo. Para os mesmos, saúde é sinônimo de alegria e bem-estar, estando o idoso tranquilo, ativo e cercado de bons sentimentos, o que o permite viver bem. É notório que os idosos vacinados compreendem a saúde como algo que continua quando a velhice chega, sendo esta uma etapa da vida como outra. Importante se faz que, como as outras fases, seja bem vivida, possibilitando a continuidade das atividades já desenvolvidas, como o trabalho e lazer, feitos com alegria, prazer e bem estar.

A manutenção das atribuições remete ao idoso os aspectos positivos do envelhecer, como a independência e funcionalidade, o que possibilita autonomia e bem estar, e mesmo idosa, a pessoa deve continuar ativa como outrora²⁶. Viver bem significa dizer que o avançar da idade não tira das pessoas a determinação de ser feliz e buscar a realização dos seus desejos, assim como tornar-se idoso não constitui-se simplesmente como uma porta aberta à doença e incapacidades.

	O.M.E. < 3,22			O.M.E. ≥ 3,22		
Freq. ≥ 15	Viver bem	27	2,88	Cuidados	18	3,66
Freq. < 15	Equipe de saúde	7	2,42	Internação	11	4,27
	Remédios	12	2,91			

Quadro 1 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *saúde* pelos *idosos vacinados*

Todos os participantes foram convidados a justificarem os dois primeiros termos que evocaram. Dessa forma, a categoria **viver bem**, segundo aqueles que a citaram, era sinônimo de saúde porque *a idade não impede ninguém de fazer nada, (...) e velho é o mundo, pois sentem-se como adolescente da terceira idade, (...) e quem tem saúde tem alegria, (...) quem tem saúde tem tudo* (P6). *A pessoa estando com saúde está feliz, vive bem, não está com problemas* (P15). Note-se que viver bem significa ter saúde na velhice, não estando a vida cotidiana prejudicada em nada. Preocupa-os a fatalidade da ausência de saúde, o que impediria a continuidade das atividades corriqueiras.

Na periferia intermediária, situaram-se as categorias **equipe de saúde**, **remédios** e **cuidados**. Sabe-se que o público mais frequente de unidades de saúde é composto por pessoas acima de 60 anos^{4,5}. Desse modo, os mesmos acabam ligando saúde aos serviços prestados pela equipe, principalmente pela inserção da Estratégia Saúde da Família, que fortalece o vínculo com a população ao privilegiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A equipe é vista como co-responsável pela manutenção da saúde dos idosos, principalmente por realizar consultas periódicas de controle e continuidade de possíveis tratamentos²⁷.

Como já dissemos, a maioria dos idosos apresentava alguma doença crônica, sendo as principais Diabetes Mellitus e Hipertensão. Talvez por este motivo, muitos associaram à saúde a utilização de medicação. Sabe-se que, principalmente na terceira idade, a necessidade de intervenção medicamentosa é uma constante quando doenças crônicas se instalam, sendo grande parte dos idosos bastante dependentes de tal recurso⁷. O uso contínuo de medicações acaba por influenciar na qualidade de vida dos mesmos, que tornam-se praticamente dependentes disso para melhoria da saúde. De acordo com estudo realizado por Oliveira e Silva²⁸, a escolha

da clientela pelo termo remédio reforça a noção da medicalização da assistência, que acaba sendo curativista como antes, embora várias mudanças no Sistema Único de Saúde tenham realmente acontecido.

Relacionada à categoria remédios encontra-se **cuidados**, que são fundamentais para que a saúde do idoso ocorra na prática. Por cuidados entenda-se as obrigações do idoso para consigo mesmo, realizadas de forma autônoma, como higiene, prática de exercícios físicos e alimentação balanceada. Dessa forma, a saúde é algo tangível para o idoso vacinado, mas a idade traz consigo algumas particularidades para o viver bem, como uso de medicações, acompanhamento da equipe de saúde e diversos outros cuidados que refletem na manutenção de sua saúde. Caso haja algum atropelo nesses elementos, a saúde fica comprometida e a **internação** acontece, o que causa bastante descontentamento no idoso por comprometer a sua rotina, retirando dele a sua autonomia.

O Quadro 2 retrata a identificação dos possíveis elementos do núcleo central do termo *Saúde* para os idosos não vacinados. É interessante observar que esta centralidade foi composta unicamente pelo termo **Deus**, como se os mesmos atribuíssem à figura divina o encargo de serem saudáveis, sendo a saúde algo mítico e guiado pela fé. É possível que essa representação ancore-se no ideário da saúde como merecimento ou prêmio, e sua ausência poderia ser um castigo dado por Deus, o protetor da vida. Ressalta-se aqui a importância de valorizar, junto aos idosos, práticas que apreciem a percepção deles para o autogerenciamento do cuidado próprio com a saúde, favorecendo sua expectativa quanto ao futuro²⁹.

	O.M.E. < 2,97			O.M.E. ≥ 2,97		
Freq. ≥ 12,5	Deus	17	2,82	Remédios	17	3,17
Freq. < 12,5	Família	9	2,66	Alegria	12	3,08
	Hospital	8	2,87	Dor	12	3,25

Quadro 2 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *saúde* pelos *idosos não vacinados*

Os participantes não vacinados justificaram sua representação de saúde como ancorada da figura de Deus porque é de um ser supremo que as coisas surgem, inclusive o fato de ter doenças ou não. Segundo os mesmos, *todos tem que ter fé na providência, porque só existe Deus (P22), e é pela fé que se vive mais, e que vamos viver mais e não ficando doente, mas sim com saúde, como agora, andando, enxergando e confiando que Deus dá saúde até o fim da vida (P20), já que todos temos um ser superior que dá tudo (P24).*

As categorias **família**, **hospital** e **remédios** situaram-se na periferia intermediária. Um estudo realizado por Wachelke et al.⁸ demonstrou que a proximidade familiar é marcante quando se envelhece, especialmente quando este é marcado por desgaste e mudanças físicas, ou mesmo por preocupações com a saúde. Assim, é interessante percebermos que este sentido é complementado pelo desenho do hospital na mente dos participantes, principalmente porque sabe-se que o número de internações hospitalares tem aumentado vertiginosamente, mesmo com todas as atenções disponíveis atualmente³⁰.

Para este grupo, saúde, além de algo orientado por um ser superior, pauta-se nos problemas que podem ocorrer com a terceira idade e que são minimizados ou mesmo cuidados com a ajuda dos familiares próximos, como se houvesse uma maior união da unidade familiar quando se torna idoso e espera-se ficar com menos saúde. Mesmo que estes idosos sejam mais ativos que os vacinados, a saúde parece algo que os inquieta, não parecendo ser tratada como algo decorrente de uma preocupação ao longo da vida, mas sim da vontade de Deus. A saúde como algo positivo no envelhecimento situou-se apenas na periferia mais distante, com a categoria **alegria**, que vem acompanhada de **dor**. Como no estudo de Vilarino et al.¹², os idosos não vacinados se sentem mais saudáveis e ativos, porém são também mais sedentários, o que justifica o aparecimento da categoria dor, que acaba por acompanhá-los pelos problemas que daí decorrem.

No Quadro 3 encontramos as representações das pessoas vacinadas quanto ao termo indutor *Vacina contra a gripe*. Note-se que para eles, o termo remete à **prevenção** como núcleo central. É através da vacina Influenza, oferecida na campanha anual para os idosos brasileiros, que muitas doenças do aparelho respiratório são evitadas, sendo esta um cuidado que promove segurança. Ela surge

como estratégia utilizada pelos idosos para manter a saúde e o bem-estar, na tentativa de garantir um envelhecimento bem sucedido, como referem Silva, Lima e Galhardoni³¹.

	O.M.E. < 2,94			O.M.E. ≥ 2,94		
Freq. ≥ 18,75	Prevenção	19	2,78	Doenças superadas	23	3,65
Freq. < 18,75	Dor	16	2,87			
	Saúde	17	2,47			

Quadro 3 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *vacina contra a gripe* pelos idosos vacinados

A associação do estímulo vacina à prevenção provavelmente deu-se porque *ela [a vacina] é favorável à saúde, cortando muitos malefícios da doença, evitando muita coisa, (...) e não pode tomar depois de adoecer, tem que tomar antes (P7)*, o que mostra a importância de evitar a instalação de patologias pelo uso da mesma. A vacina aparece como *um elemento que ativa as defesas imunológicas, (...) e quem toma vacina sabe que adquire defesas (P4)*. Aqueles que aderem à campanha anual mostraram conhecer a importância de prevenir doenças através do uso do imunobiológico, fato importante para que os mesmos não desistam da ação nas campanhas subsequentes, embora o grau de conhecimento acerca do tema não tenha sido verificado.

Vários estudos^{10,12,32,33} relatam a eficácia da vacina contra Influenza para idosos. Existe no meio científico comprovação de que aqueles que participam das campanhas geralmente não apresentam episódios de gripe, estando menos vulneráveis ao adoecimento³². Também é importante considerar a diminuição do número de internações por Infecção Respiratória Aguda em idosos após o início do programa que instituiu o imuno^{12,33}, o que nos leva a crer que a prevenção está sendo efetiva e sentida por aqueles que buscam vacinar-se. Para eles, ocorre prevenção não só contra a gripe, mas também de infecções, internações hospitalares, incapacidades, e muitas outras coisas que tornam o idoso vulnerável quando doente, sendo esta precaução um caminho para manter autonomia e **saúde**, termo presente nas evocações intermediárias.

Embora os benefícios ocasionados pela vacina sejam levados em consideração, os participantes vacinados referiram que a mesma causa **dor** e desconforto, mas que apesar disso é importante vacinar-se porque várias **doenças** já foram erradicadas do nosso território como benefício desta ação. Tudo isto sugere que os idosos do grupo de vacinados representam a vacina de forma positiva, mesmo com o mal estar que pode ocasionar.

A apresentação dos elementos evocados pelos participantes não vacinados para o estímulo *Vacina contra a gripe* pode ser conferida no Quadro 4. O núcleo central compôs-se das categorias **reação** e **prevenção**. Essa centralidade nos revela a dicotomia existente entre os idosos que não aderiam à imunização, pois em primeiro lugar surgiu o ideário de que a vacina causa reações, muito embora demonstrassem conhecer a finalidade da vacina, que é prevenir doenças. O imuno, então, é visto como algo capaz de alcançar um objetivo, porém devido às consequências que podem decorrer dele, opta-se por não utilizá-lo.

	O.M.E. < 3,01			O.M.E. ≥ 3,01		
Freq. ≥ 15	Reação	21	2,95	Medo	18	3,2
	Prevenção	20	2,8			
Freq. < 15	Outros	3	6	Morte	10	3,1

Quadro 4 - Distribuição dos elementos evocados para o termo indutor *vacina contra a gripe* pelos idosos não vacinados

Os termos que compõem este núcleo central foram justificados pelos participantes como fatores que explicam a não vacinação *devido ao medo da reação, que causa desgosto (P16), e às vezes a pessoa tem outro problema e a vacina prejudica, acontece outras coisas, as reações (P20), tem mal estar quando toma, sente aquela coisa ruim (P23)*. E no intuito de evitar que tais reações aconteçam, mesmo sabendo que *a saúde é melhor que a [possibilidade de ter] doença (P25)*, e que *é a obrigação tomar, porque prevenir é o melhor remédio (P22)*, preferiram não prevenir-se contra a gripe e outras patologias associadas.

Alguns estudos^{32,34} citam que a o principal fator que impede idosos de participar das campanhas de vacinação é a ocorrência de reações adversas, já que

muitos deles afirmam ter sentido dores musculares e adquirido gripe como evento associado à vacina. Faz-se necessário entender que qualquer sinal ou sintoma grave ou inesperado que ocorra após a vacinação pode ser um evento adverso. Estes eventos estão associados à diretamente vacina e seus efeitos no organismo, como também por erro programático decorrente do preparo, manejo ou administração inadequada da vacina. Pode, inclusive, haver coincidência na associação temporal, surgindo sintomas que não decorrem da vacina³⁵.

Outro aspecto que necessita de atenção é que a vacina influenza, quando muito, apresenta reações benignas e locais, sendo responsável por pequeno número de notificações³⁶. Dessa forma, é imprescindível que o profissional oriente o usuário para a possibilidade de reações e quais sejam estas, evitando-se distorções que afastem a comunidade da vacinação sistemática e diminua a cobertura vacinal³⁷. Assim, o **medo da morte**, das reações e outros que possam surgir, que apareceram nas periferias, pode ser trabalhado educando em saúde toda a comunidade, especialmente aquela que se encaixa nas especificações para receber a vacina influenza.

A análise dos elementos de representação de saúde e gripe para o grupo de idosos não vacinados nos auxilia a entender o conjunto de elementos presentes na representação de vacina contra a gripe desse mesmo grupo, e quais deles parecem direcionar às práticas dos mesmos. Como o elemento central para saúde é Deus, esta é, então, concebida como algo que concedido ou não por motivos que nem sempre estão necessariamente relacionados aos comportamentos preventivos. Assim, na representação de vacina contra a gripe, apesar de presença do elemento Prevenção, parecem prevalecer a reação e o medo da morte, o que os permite não aderirem a campanhas de imunização para tal.

Conclusões

De maneira geral, os idosos que fizeram parte deste estudo foram bastante heterogêneos quando comparados os dois grupos. Aqueles que aderem à vacinação contra a gripe parecem ser mais velhos, em sua maioria mulheres e não mais

trabalham. Já os não vacinados são mais jovens, com maior proporção de homens que o grupo anterior e com mais pessoas inseridas no mercado de trabalho. Essas características dos grupos permitem inferir que os idosos não vacinados sentem-se mais saudáveis que os vacinados, o que, de certa forma, influencia suas representações e suas práticas sobre saúde e vacina.

Para os idosos que se vacinavam nas campanhas anuais, saúde teve como núcleo central a categoria viver bem, representada como algo que a velhice não destrói caso os hábitos de vida de cada um contribuam para tal. Atividades de lazer, independência e autonomia ligam-se a esta concepção, contrariando os pressupostos de que a senescência traz consigo a idéia de inutilidade que por muitos anos difundiu-se. Para que a saúde se dê, conta-se com o apoio de medicações, profissionais de saúde e alguns cuidados, como alimentação, exercícios, e muitos outros, mantendo a qualidade de vida. A vacina contra a gripe representou para eles a prevenção de muitas doenças que atingem um grande contingente de idosos, auxiliando na manutenção da saúde.

Entretanto, os idosos que não aderiam às campanhas parecem isentar-se da responsabilidade de atitudes que promovam saúde, representando-a como algo dado por Deus, que a distribui segundo a fé de cada um. A família figurou como importante no apoio à saúde, estando esta naturalmente comprometida quando da chegada da terceira idade. Embora declarem entender a vacina como propulsora de prevenção de doenças, as Reações parecem ter mais força como elemento na sua representação, e aliado ao Medo de que elas ocorram, optam por evitar o seu uso.

Diante da realidade encontrada, sugere-se que estratégias utilizadas para a captação de idosos com o intuito da adesão à vacina sejam intensificadas, discutindo modos de viver bem e a importância da prevenção em saúde, desmitificando o ideário de que a vacina antigripal provoque efeitos colaterais graves. O estímulo aos cuidados em saúde deve ocorrer desde o início da vida, contribuindo para a formação de consciência crítica e auxiliando na velhice saudável. Recomenda-se também que o debate sobre estas questões seja ampliado, motivado principalmente pelo grande contingente de idosos que já se tem e que tende a aumentar ainda mais. Discutir o assunto significa preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas com sessenta anos e mais.

Colaboradores

SPC Silva foi autora da concepção teórica, coleta e análise dos dados, bem como da redação do texto; MCS Menandro orientou todas as etapas do trabalho e colaborou na redação final.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE, pelo apoio e custeio de bolsa de doutorado. Aos respondentes, pela participação voluntária e contribuição para a ciência.

Referências

1. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 10 abril 2011.
2. STUCKELBERGER A, TELLIER S, VIKAT A. Succès et défi du vieillissement global de la population: un plan d'action unique entre Nations Unies, scientifiques et organisations non gouvernementales. **Rev Med Suisse** 2009; 5:S63-S67.
3. DALLEPIANE LB. **Envelhecimento Humano**: Campo de saberes e práticas em Saúde Coletiva. Ijuí: Unijuí; 2009.
4. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** 2009; 43(3):548-54.
5. DEL DUCCA GF, THUMÉ E, HALLAL PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saúde Publica** 2011; 45(1):113-20.
6. KEINERT TMM, ROSA TEC. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS, Bol Inst Saúde** 2009; 47:04-08.
7. MARTINS JJ, SCHNEIDER DG, COELHO FL, NASCIMENTO ERP, ALBUQUERQUE GL, ERDMANN AL, GAMA FO. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta paul. enferm.** 2009; 22(3):265-71.
8. WACHELKE JFR, CAMARGO BV, HAZAN JV, SOARES DR, OLIVEIRA LTP, REYNAUD PD. Princípios organizadores da representação social do

- envelhecimento: dados coletados via internet. **Estud Psicol (Natal)** 2008; 13(2):107-16.
9. MARTINS CRM, CAMARGO BV, BIASUS F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Univ Psychol** 2009; 8(3):831-47.
 10. KRAMARZ P, CIANCIO B, NICOLL A. Seasonal and pandemic influenza vaccines for the elderly and other risk groups: A review of available data. **Arch Med Wewnętrznej** 2009; 119(10):654-58.
 11. BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 12. VILARINO MAM, LOPES MJM, BUENO ALM, BRITO MRV. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. **Ciênc saúde coletiva** 2010; 15(6):2879-86.
 13. FRANCISCO PMSB, DONALISIO MRC, LATTORRE MRDO. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. **Rev Saúde Pública** 2005; 39(1):75-81.
 14. JOVCHELOVITCH S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI PA, JOVCHELOVITCH S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p.78.
 15. MOSCOVICI S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.
 16. TRINDADE ZA, SANTOS MFS, ALMEIDA AMO. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA AMO, SANTOS MFS, TRINDADE ZA. (Orgs.). **Teoria das Representações Sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik; 2011.
 17. ABRIC JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: GUIMELLI C. (Org). **Struture et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Nestlié; 1994. p.73-83.
 18. MINAYO MCS. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 19. BRASIL. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe 2010. Disponível em http://pni.datasus.gov.br/Consulta_Gripe_Mun_10.asp?UF=26&faixas=total
 20. SÁ CP. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

21. OLIVEIRA DC, MARQUES SC, GOMES AMT, TEIXEIRA MCTV. Análise das Evocações Livres: uma Técnica de Análise Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA ASP. (Org). **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 573-603.
22. BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Ed. 70; 2004.
23. ABRIC JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA ASP; OLIVEIRA DC. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 2000. p.27-38.
24. VERGÈS P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI C. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-49.
25. BERGAN C, BURSZTYN I, SANTOS COM, TURA LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm** 2009; 30(4):656-61.
26. FERREIRA OGL, MACIEL SC, SILVA AO, SÁ RCN, MOREIRA MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF** 2010; 15(3):357-64.
27. MARTINS P.C. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva** 2011; 16(3):1933-42.
28. OLIVEIRA DC, SILVA LL. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do Sistema Único de Saúde. **Rev Enferm UERJ** 2010; 18(1):14-18.
29. CLARCK DO, FRANKEL RM, MORGAN DL, RICKETTS G, BAIR MJ, NYLAND KA, Callahan CM The meaning and significance of self-manegement among socioeconomically vulnerable older adults. **J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci** 2008; 63B(5):5312-8.
30. VIRTUOSO JF, BALBÉ GP, MAZO GZ, PEREIRA MGS, SANTOS FS. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev Bras Geriatr Gerontol** 2010; 13(2):215-23.
31. SILVA HS, LIMA AMM, GALHARDONI R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface (Botucatu)** 2010; 14(35):867-77.
32. SANTOS ZMG, OLIVEIRA MLC Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas de idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009. **Epidmiol Serv Saúde**, 2010; 19(3):205-16.
33. GÓIS ALB, VERAS RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc saúde coletiva** 2010; 15(6):2859-69.

34. REIS PO, NOZAWA MR. Análise do programa de vacinação de idosos de Campinas, SP. **Ciênc saúde coletiva** 2007; 12(5):1353-61.
35. WALDMAN EA, LUHM KR, MONTEIRO SAMG, FREITAS FRM. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(1):173-84.
36. PIACENTINI S, MORENO LC. Eventos adversos pós-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). **Ciênc saúde coletiva** 2011; 16(2):531-36.
37. LUNA GLM, VIEIRA LJES, SOUZA PF, LIRA SVG, MOREIRA DP, PEREIRA AS. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciênc saúde coletiva** 2011; 16(2):513-21.

ARTIGO II:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DE SEUS CUIDADOS PARA
HOMENS E MULHERES IDOSOS

RESUMO¹

Este estudo de natureza qualitativa objetivou identificar as representações sociais de saúde e cuidados em saúde para homens e mulheres idosos. Participaram da pesquisa 40 pessoas, sendo vinte mulheres e vinte homens com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada com a utilização do Teste de Associação Livre de Palavras e de Entrevista semi-estruturada. Ambos os grupos apresentaram baixa escolaridade. As mulheres tinham diagnóstico de Hipertensão e/ou Diabetes em maior escala que os homens, o que pode ser explicado pela maior procura delas aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. As representações sociais de saúde e de cuidados em saúde para as mulheres permearam três núcleos de sentido: *A Saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos; A Saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis e Os Cuidados (orientados) em saúde*. Assim, a saúde é algo que deve ser monitorado por profissionais especializados, bem como por cuidados em saúde geralmente prescritos e orientados nas consultas. Já os homens representaram os termos em dois núcleos, *A saúde exige cuidados e A saúde é cuidada através de atividades*. Dessa forma, observa-se que eles avaliam que a saúde necessita de certos cuidados, em especial os alimentares e exercícios físicos, embora não se percebam necessitados de alguns outros cuidados. Conclui-se que as representações sociais de saúde e de cuidados em saúde diferiram entre os grupos, o que pode indicar que questões de gênero interferem na construção destas representações. Também é enfatizada a urgência em melhorar as ações educativas que visem à promoção da saúde, com estratégias que minimizem o impacto das ações curativistas nos idosos como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Representações sociais; Saúde; Cuidados em saúde; Idosos.

THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH AND SOCIAL CARE FOR ELDERLY MEN AND WOMEN

¹ Artigo produzido em conformidade com as normas da Revista Saúde e Sociedade.

This qualitative study aimed to identify the social representations of health and health care for elderly men and women. The participants were 40 people: twenty women and twenty men, with aged over 60 years, performed by the Test of Free Association of Words and semi-structured interview. Both groups had lower education. Women were diagnosed with hypertension and / or diabetes on a larger scale than men, which can be explained by the increased demand of them to health services. Social representations of health and health care for women permeated three cores of meaning: The Health impaired and conditioned to medical care; Health quiet as the effect of discipline and healthy habits and the care (targeted) health. Thus, health is something that should be monitored by professionals, as well as health care, generally oriented and prescribed in the consultations. Already the men represented the terms in two cores: the health care requires' and health is cared for through activities. Thus, it is clear that they assess the health needs some care, especially the food and exercise, although it does not feel in need of some extra care. We conclude that the social representations of health and health care differ between groups, demonstrating gender relations and urgency to improve the educational actions aimed at promoting health, with strategies that minimize the impact of actions healings in the elderly as a whole.

KEYWORDS: Social representations, Health, Health Care, Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Atualmente, chegar à velhice tornou-se uma realidade mesmo para as pessoas dos países mais pobres, não sendo visto apenas como um privilégio de poucos (Veras e col., 2008). No Brasil, as faixas etárias a partir de 60 anos são as que mais crescem em proporção, sendo este crescimento acelerado, um dos maiores do mundo.

O Censo Demográfico do IBGE (2010) mostrou que a esperança de vida ao nascer e a queda da fecundidade no país têm contribuído com o aumento da população de idosos, que em termos percentuais, ascenderam de 9,1% para 11,3% da população total e por este motivo estima-se que em 2025, o país terá a sexta população idosa do planeta. Além do aumento no número absoluto daqueles com 60

anos e mais, atestou-se que a expectativa de vida também cresceu e no ano de 2010, encontrou-se em torno de 73,1 anos, três a mais que o descrito em 2000.

A ampliação crescente do número de idosos associada às consequências que podem advir deste processo, como o aumento de doenças crônicas e internações hospitalares, mostram a necessidade de formulação e aprimoramento de políticas preventivas e de promoção da saúde. Assim, muitas estratégias tem sido desenvolvidas na tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (Mendonça e col., 2010; Veras e col, 2008). Há uma preocupação crescente de que é necessário promover um envelhecer saudável e ativo, principalmente pelo fato de que em pouco tempo o mundo terá grande parte de sua população formada por idosos.

Destarte, tem-se como grande desafio, especialmente para os países em desenvolvimento, traçar meios de garantir às pessoas na senescência os seus direitos de saúde e de viver bem, assim como educar os mais jovens e futuros idosos para chegarem à terceira idade com melhores condições do que se tem visto no presente. Como referem Moimaz e col. (2009), além de um trunfo para a humanidade, o envelhecimento traz uma provocação social de estruturação para atendimento das necessidades desse grupo, em todas as suas dimensões.

É válido destacar que importantes avanços no campo da saúde foram conquistados no Brasil, como a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o cuidado comunitário do idoso deve apoiar-se na família e na atenção básica (Tahan e Carvalho, 2010). Todavia, Veras e col. (2008) referem que o efeito prático de tais ações ainda não foi sentido.

O conhecimento reificado sobre o envelhecimento aponta o respeito à diversidade como uma de suas características fundamentais e que necessita ser considerado, pois nem todos vivenciam este processo da mesma maneira, uma vez que relaciona-se com uma identificação social peculiar (Fernandes e Garcia, 2010). Assim, a saúde também é algo que varia para cada um, de acordo com as experiências e condições ao longo da vida, especialmente para o grupo da terceira idade (Ferretti e col., 2011), influenciando seu modo de agir e pensar.

Sabe-se também que entre homens e mulheres há relações de valor desiguais, principalmente no que concerne ao corpo biológico e seus determinantes (Schraiber e col., 2010). Estudos que tratam de gênero permitem identificar situações de maior vulnerabilidade para pessoas idosas, que acabam por contribuir com um processo de “feminização da velhice”, que ocorre em função da maior longevidade feminina (Louvison e col., 2008). As idosas representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos, e a expectativa de vida feminina encontra-se em torno de 77 anos, maior que a de idosos, que é de 69,4 anos (IBGE, 2010).

Os homens, especialmente aqueles da terceira idade, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, e também morrem mais do que elas. Além disso, a presença deles nos serviços de atenção primária é menor, como referenciam Gomes, Nascimento e Araújo (2007). Um dos motivos que podem justificar tal particularidade é a pouca estruturação no atendimento e assistência quando se trata de demandas específicas do gênero masculino, que pode ampliar as suas dificuldades, bem como um menor empenho dos mesmos em manter hábitos de vida saudáveis e adesão a tratamentos nas situações de risco, o que reflete uma noção de invulnerabilidade, levando-os a buscar serviços emergências e de atenção especializada em maior proporção, e até mesmo a adoção de poucas práticas preventivas (Couto e col., 2010, Costa-Júnior e Maia, 2009, Bastos e col., 2011, Nascimento e Gianordoli-Nascimento, 2011).

Vale salientar também que o temor dos homens pela possibilidade do não reconhecimento de sua hombridade atua negativamente nas práticas de cuidados com a própria saúde (Nascimento e col., 2011). Já as mulheres utilizam mais os serviços preventivos, no entanto, apresentam mais doenças crônicas, que mostram-se menos severas (Costa-Júnior e Maia, 2009), o que pode ser explicado por esta busca contínua às unidades de saúde para os seus cuidados. A mulher, como cuidadora dos filhos, está mais ligada aos serviços de saúde e interagindo com os profissionais, e ao envelhecer, tende a identificar melhor suas necessidades e utilizar mais estes serviços (Louvison e col., 2008).

De tal modo, tomando-se o gênero como um processo social que constrói diferenças e hierarquias sexuais, delimitando o que concerne ao masculino e ao feminino (Botazzo, 2009), há de se entender que os valores e modos de viver a saúde

e a doença, entre outros, encontram-se como eventos bastante distintos para homens e mulheres. Nesse sentido, fica claro que as representações sociais de saúde e dos cuidados para com ela podem variar entre estes dois grupos, sendo objeto de interesse especial nesse estudo.

Representações Sociais são definidas como

(...) uma forma de pensamento social, cuja gênese, propriedades e funções devem ser relacionadas com os processos que afetam a vida e a comunicação sociais, com os mecanismos que concorrem para a definição da identidade e a especificidade dos sujeitos (...), assim como a (...) origem das relações que esses grupos mantêm entre si (Jodelet, 2005, p.50).

Enquanto produto de uma atividade mental, a representação social constitui-se num universo de opiniões, crenças e conhecimentos a respeito de um objeto com uma significação central. Logo, é a transformação social de uma realidade em algo de conhecimento também social, construída dentro de um processo relacional baseada na comunicação que remodela a realidade vivenciada por determinado grupo em seu contexto (Anadón e Machado, 2003).

De acordo com Moscovici (2009), as representações sociais não são apenas relativamente difusas no senso comum e concernem todos os aspectos da vida de uma minoria, como também se apóiam na autoridade da tradição, inclusive das diferenças entre homens e mulheres. Uma representação varia de acordo com as circunstâncias, e estrutura-se segundo o que podemos e o que devemos mostrar aos outros. Complementando este sentido, Trindade e Souza (2009) afirmam que nas representações de gênero, ainda resistem elementos vinculados aos modelos tradicionais de gênero, orientando práticas também tradicionais, a depender de como a masculinidade e a feminilidade são construídas socialmente e da apreensão singular destas construções.

Dessa forma, o modo como as questões de saúde e dos cuidados em saúde são tratados durante toda a vida interferem diferentemente no decorrer do tempo para os dois sexos, o que reforça a importância de entender o que perpassa o universo masculino e o feminino, especialmente no que se refere à temática aqui proposta, que acaba por interferir na longevidade e no modo de vida de cada um. Assim, este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais de saúde e de

cuidados em saúde para homens e mulheres idosos. Esta análise possibilitará acrescentar conhecimento a respeito deste grupo etário, o que permitirá contribuir para o planejamento de ações e estratégias que minimizem a problemática e melhorem a qualidade de vida desses atores sociais no processo de formulação de políticas de saúde para os dois gêneros em âmbito nacional.

MÉTODOS

Este estudo é parte integrante de uma tese de doutorado com abordagem qualitativa em saúde, a partir do qual foram evidenciadas representações sociais sobre a saúde e sobre os seus cuidados para homens e mulheres idosos.

A pesquisa foi realizada no município de Petrolina, localizada no Sertão Médio Pernambucano. Este município apresentou no ano de 2010 uma população de 293.962 habitantes, um crescimento de quase 30% em relação aos dados divulgados no Censo anterior. O município possui 58% de cobertura de Equipes de Saúde, sendo 59 equipes da Estratégia Saúde da Família.

A amostra foi constituída por quarenta idosos domiciliados no referido município, sendo vinte homens e vinte mulheres que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado em Unidade de Saúde municipal, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

A coleta de dados foi realizada por meio do Teste de Associação Livre de Palavras – TALP pela qual os entrevistados evocavam cinco termos para cada um dos estímulos *Saúde* e *Cuidados em saúde*, justificando as duas primeiras evocações. Foi realizada também a entrevista propriamente dita, guiada por tópicos que tratavam sobre a temática. Todo o conteúdo foi gravado em aparelho de áudio, com posterior transcrição.

As entrevistas foram realizadas no ambiente domiciliar dos participantes. Estes eram indicados por profissionais de saúde trabalhadores da área adscrita na

qual o idoso residia. Os ACS acompanhavam o entrevistador até o domicílio dos idosos selecionados para contato inicial, no qual os objetivos do estudo eram informados, formalizando-se o convite. A depender da disponibilidade do participante, a entrevista ocorria tão logo após a conversa inicial, ou seria agendado novo encontro para aplicação das técnicas de coleta de dados. Durante a sua execução, apenas o participante e o entrevistador permaneciam no ambiente. O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante será identificado por um número ordinal, garantindo o anonimato. É válido destacar que a coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNIVASF (Protocolo CAAE - 4478.0.000.441-10).

A análise foi realizada no intuito de encontrar possíveis diferenças nas representações, fazendo-se uma análise comparativa do material produzido pelos homens com aquele das mulheres. Foram identificadas cem palavras, por grupo, para cada um dos termos indutores provenientes do TALP. Após a análise, tomou-se por base a frequência (f) e a ordem média de evocações (OME) para identificação do Núcleo Central das Representações (SÁ, 2002).

Os discursos foram transcritos e analisados pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin (2004). Em primeiro lugar, os dados foram organizados através da leitura flutuante, com posterior exploração do material e codificação, culminando com a formação do núcleo de compreensão dos resultados para o seu tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

A média das idades das mulheres entrevistadas foi de 71,8 anos, enquanto os homens eram pouco mais velhos, com média de 73,7 anos. Ambos apresentavam baixa escolaridade (predomínio do ensino fundamental incompleto ou nunca estudaram) e todos costumavam tomar a vacina contra gripe ofertada anualmente aos idosos. No que se refere às condições socioeconômicas, a taxa de pessoas com 60

anos ou mais sem instrução, no estado de Pernambuco, chega a 43,3%, considerada muito elevada (IBGE, 2010).

Dentre as mulheres, 60% viviam sem a presença de companheiro, sendo 40% destas viúvas. Nenhuma delas trabalhava fora de casa. No grupo dos homens, todos possuíam companheira e 60% deles exerciam atividades trabalhistas. Noventa por cento das idosas apresentavam doenças crônicas (Hipertensão e/ou Diabetes), enquanto 40% dos homens referiram diagnóstico das patologias. É interessante observar que as mulheres mencionaram menos internações hospitalares (40%) que os homens (70%), sendo os internamentos do grupo masculino bem mais ligados às patologias crônicas referidas (50%) do que nas mulheres (10%).

Como destacam Góis e Veras (2010), é sabido que a morbidade hospitalar em idosos mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório, que podem ser controladas por programas preventivos da atenção primária. Fernandes e cols. (2009) identificaram em seu estudo o predomínio do sexo feminino (61,5%) em atendimento nos serviços de atenção primária, bem como destaque para o alto índice de agravos crônicos à saúde dos idosos (hipertensão e diabetes). Também foi descrito pelos autores o diferencial por sexo relativo ao estado conjugal. As mulheres, devido a sua maior longevidade, acabam ficando viúvas em maior proporção que os homens, e estes, por questões culturais, comumente casam-se com mulheres mais jovens que possam cuidar-lhes na velhice, como também recasam em maior proporção após a separação ou viuvez.

Representações sociais de Saúde e Cuidados em saúde para idosas

Neste agrupamento conheceremos as representações sobre a saúde e os cuidados em saúde para as mulheres idosas que participaram deste estudo. O material da entrevista semi-estruturada originou três núcleos de sentido: *A Saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos; A Saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis e Os Cuidados (orientados) em saúde*. As palavras evocadas no TALP permitiram a identificação de quatro categorias de análise para o termo *Saúde* e cinco categorias para *Cuidados em Saúde*, apresentadas no **Quadro 1**, estruturado com quatro quadrantes nos quais estão expostos a frequência de evocação de cada categoria e a média das ordens médias destas evocações (OME).

Dessa forma, a análise e discussão do material originado por estes instrumentos foram realizadas concomitantemente, através dos núcleos de sentido, permitindo a relação das respostas encontradas.

As categorias de palavras evocadas pelas mulheres idosas a partir dos estímulos indutores apresentados (**Quadro 1**) foram organizadas em um sistema de elementos centrais e periféricos. Os elementos contidos no quadrante superior esquerdo de cada um dos estímulos são aqueles mais frequentes e mais prontamente evocados, sendo classificados como núcleo central das representações. Aqueles que se encontram no quadrante inferior direito são menos frequentes e menos imediatos quando da apresentação do estímulo indutor, caracterizando-se como elementos periféricos mais distantes. Os demais quadrantes, superior direito e inferior esquerdo situam-se as categorias intermediárias, que mantêm relação direta com o núcleo central, mas não o compõem (Sá, 2002).

Saúde		Cuidados em Saúde	
OME < 2,97	OME ≥ 2,97	OME < 3,05	OME ≥ 3,05
Cuidados médicos (32) 2,87	Disciplina (28) 3,42	Cuidados médico-hospitalares (30) 2,8	Alimentação (20) 2,9
	F ≥ 25		F ≥ 20
	F < 25		F < 20
Tranquilidade (20) 2,9		Sono e repouso (18) 2,44	Exercícios físicos (16) 4,12
Hábitos saudáveis (20) 2,7		Higiene (16) 3	

Quadro 1: Possíveis elementos centrais e periféricos das representações de *Saúde* e *Cuidados em Saúde* para *mulheres idosas*

A Saúde prejudicada e condicionada a cuidados médicos

As representações sociais de saúde reveladas nas entrevistas demonstram que as idosas representam o termo como sendo principalmente a ausência de doenças e condições circunscritas, como acontecia anteriormente à velhice. Muitas delas, devido às limitações possuídas, descreveram saúde como algo que ficou no passado, pois as condições crônicas as impedem de ter uma vida normal e, conseqüentemente, com saúde.

Saúde é não sentir nada, não sentir dor, é dormir bem, que eu não durmo bem; é ser uma pessoa saudável, poder andar, comer tudo, e nada disso eu posso fazer (Sra. 11).

É tomar remédio e ficar boa; é não sentir nada, não ter doença nenhuma (Sra. 10).

Devido a este olhar baseado na cura de doenças, depreende-se que para as participantes, *Saúde* encontra-se centralizada na ideia de que *cuidados médicos* são necessários para que ela possa acontecer quando da chegada da terceira idade (**Quadro 1**). A categoria cuidados médicos também traz à tona a verbalização de que a velhice acarretou problemas de saúde, e que medidas específicas por parte de quem trabalha com a mesma passam a ser mais do que necessárias, o que indica que segundo suas representações, a saúde na terceira idade é problemática. O contato com profissionais de saúde ao longo de toda a vida trouxe à mulher idosa a mitificação de que se houver acompanhamento por especialistas, os problemas decorrentes do envelhecimento podem ser minimizados e a saúde monitorada, como justificado pelas mesmas:

O médico é importante, principalmente porque ele passa exames, que é importante também, passa o remédio... (Sra. 15).

Pra gente conservar a saúde, tem que sempre procurar o médico... (Sra. 20).

Como consequência dos avanços científicos e novas tecnologias disponíveis, que influenciaram no aumento da longevidade, as necessidades de certo monitoramento da saúde aparecem enraizadas nas representações das idosas. Neri (2001) chama atenção para o fato de a velhice ser considerada como patológica pelas pessoas, já que muitas áreas do conhecimento, dentre elas a biologia, explicaram esta etapa da vida como caracterizada pela ocorrência de doenças típicas, o que levou a uma interpretação reificada ser incorporada no universo consensual ou vice-versa. No entanto, a autora cita que as incapacidades funcionais não são consideradas fatores universais na velhice, o que demonstra que é possível a manutenção da saúde a partir de hábitos salútares no decorrer da vida.

Faz-se necessário destacar que embora interpretem a sua saúde atual como algo ruim e que inspira cuidados por parte de uma equipe multiprofissional, as entrevistadas referiram que a busca pelos serviços de saúde ocorre, principalmente, no momento do adoecimento. Segundo Fernandes e col. (2009), a dor, sendo

limitante e considerada um sério problema de saúde nos idosos, acaba diminuindo sua capacidade funcional e seu bem estar, e já que as atividades de vida diárias refletem a autonomia deles, os mesmos recorrem aos cuidados médicos na tentativa de permanecerem ativos.

Embora as mulheres sejam maioria nos serviços de atenção à saúde, no caso das idosas participantes deste estudo, esta procura só ocorre em último caso, sendo o acompanhamento preventivo pouco praticado, inclusive quando dizem respeito a achados significantes encontrados no momento de crise. Porém, foi notória a atribuição deste acontecimento ao despreparo do atendimento nas unidades de saúde.

Eu procuro quando estou doente. Quando não estou, não vou pra canto nenhum. Vou me consultar aí e fazer os exames que ele passar, porque é tudo difícil lá no postinho (Sra. 02).

Eu só procuro quando estou muito doente, quando estou atacada... Eu não gosto de médico, só vou porque é o jeito, porque eu nunca sou atendida (...), nunca resolvem, eu nunca consigo (Sra. 04).

Schraiber e col. (2010) relatam que os serviços de saúde mostram-se centrados em atendimentos individuais e que valorizam a assistência médica, com consultas rápidas para uma pronta resposta. Também ressaltam os inúmeros encaminhamentos, indicação de remédios e exames, com poucas práticas educativas e de comunicação. Isso pode acabar por interferir na assistência e na valorização de práticas que evitem a instalação ou o agravamento de doenças, especialmente neste grupo, composto por mulheres com baixa escolaridade e que possuem um conhecimento baseado no senso comum, que muito valoriza o saber médico, mas pouco o perpetra.

Convém salientar que o envelhecimento rápido da população e as extremas desigualdades do Brasil demonstram que haverá necessidade de uma maior demanda de profissionais capacitados para trabalhar com essa população, tão peculiar em suas necessidades (Lima e Bueno, 2009). É necessário adaptar-se a esta nova realidade que tende a crescer, para que assim as condições de vida e cuidados à saúde possam ser mais valorizadas e os pacientes idosos mais bem atendidos.

A Saúde tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis

Os núcleos intermediários *disciplina, tranquilidade e hábitos saudáveis* (**Quadro 1**) reafirmaram a noção de relação permanente deles com o núcleo central, embasando este, e demonstrando que para as participantes, a saúde deveria ser mantida por meio de atos e ações constantes, garantindo que na velhice problemas decorrentes de excessos não acontecessem.

É importante destacar que a terceira idade não acarreta propriamente doenças. Ela apenas faz eclodir mais facilmente aquilo que se encontra desfavorável pelos costumes de vida. Por isso mesmo, as idosas se referiram a necessidade da disciplina e dos hábitos saudáveis, que devem ser encarados com tranquilidade, resultando em saúde e longevidade. Demonstra-se, assim, a consciência de responsabilidade individual que cada uma delas deveria ter para uma velhice saudável a partir do que foi prescrito ou orientado, como pode ser percebido nos trechos adiante:

A pessoa tem que se orientar, tem que ter disciplina com as coisas passadas pelo médico. Quem tem disciplina, tem saúde e tranquilidade pra fazer tudo (Sra. 16).

Tem que se alimentar direito, porque sem alimentação boa, não pode sobreviver... E tem que ter higiene, porque senão provoca todos os tipos de doença (Sra. 02).

É comum a preocupação de mulheres com mais de 60 anos com temas que se referem à alimentação, principalmente pela influência desta no estado de saúde, como colocam Vilarino e Lopes (2008). Conforme as autoras, as pessoas têm responsabilidade no processo de ter ou não saúde, o que varia de acordo com comportamentos e hábitos de higiene. Apoiando estas afirmações, as participantes deste estudo acreditam que a saúde poderia ser resultado da obediência às orientações médicas de alimentação, repouso, higiene e outras, buscando somente na terceira idade disciplinar-se dos excessos e erros cometidos ao longo da vida. Assim, afirmaram que buscavam manter hábitos saudáveis quando orientados pelo médico, talvez pela falta de conhecimento sobre o assunto, visto a baixa escolaridade delas.

Eu não tenho uma vida mais saudável porque já estou doente, mas eu me trato, vou ao médico, tomo os remédios, faço a dieta direitinho que o doutor passou, mas Deus ainda não quis que eu ficasse boa (Sra 10).

Poderia ser melhor, mais saudável, mas eu tenho sim. Eu procuro estar sempre num ambiente limpo, eu passeio, não como nada que me ofenda, isso é o principal. Eu tento fazer as coisas que o médico passa (Sra. 08).

Nota-se, portanto, que a saúde parece estar intimamente ligada com a prescrição e medicalização, assim como com a abdição de alimentos que possam causar danos à saúde quando da velhice, transparecendo o modelo de atenção que ainda vigora em muitas localidades, centrado no curativismo. Mesmo assim, cabe ressaltar que estas mulheres, na ocasião do surgimento de doenças, ainda buscam mais facilmente os serviços e tentam também fazer das orientações uma prática, o que igualmente foi verificado por outros estudos (Louvison e col., 2008; Lima e Bueno, 2009).

É importante destacar que não há uma “receita médica” que possa afastar os malefícios com a chegada da velhice. É necessário disciplinar-se no decorrer da vida, e mesmo que o acompanhamento especializado traga inúmeros benefícios, por si só, não consegue evitar as consequências de toda uma existência. É preciso cuidar-se, e estas mulheres, embora com inúmeras dificuldades, tentam manter as orientações passadas pelos profissionais de saúde, ainda que aparentemente não tenham a noção da importância de prevenir doenças através do acompanhamento rotineiro, sendo mais valorizada a prática médico-curativista, que cura ou controla patologias já instaladas.

Os Cuidados (orientados) em saúde

No que tange aos *cuidados em saúde*, encontrou-se como núcleo central os *cuidados médico-hospitalares e alimentação (Quadro 1)*. Note-se que saúde e cuidados em saúde encontram-se intimamente relacionados, como se a primeira dependesse da segunda. Para as participantes, a saúde é algo que inspira cuidados, e por isso mesmo muitas vezes torna-se necessário buscar um profissional capacitado ou mesmo recursos especializados, como exames complexos e hospitalizações. Assim, tem-se que os cuidados em saúde deveriam, em primeiro lugar, guiar-se pelo saber médico-científico, incluindo os hábitos alimentares, podendo-se inferir que estas mulheres tentam, na medida do possível, seguir aquilo

que lhe foi orientado quando da busca pelo profissional, especialmente devido às patologias referidas, que restringem o consumo de muitos alimentos utilizados no cotidiano delas. Os recortes a seguir exemplificam esse achado:

É porque o médico é quem socorre, quem dá o remédio pra pessoa ficar boa, quem manda a gente pro hospital quando tá mais complicado a saúde, aí tem que fazer mesmo o que ele diz (Sra. 19).

A alimentação lhe nutre e lhe dá as necessidades físicas básicas para você ter saúde e poder viver, e tem que ter controle por causa das taxas (Sra. 11).

Percebe-se que a preocupação com os cuidados em saúde, mesmo para as mulheres, que geralmente ligam-se mais a estas questões, surgiu junto com os problemas que vieram com a velhice, como se esta fase as fizesse despertar para o assunto. Talvez este seja um dos pontos que fazem a terceira idade ser vista como contraproducente para muitos, como encontrado no estudo de Cunha e col. (2004). Segundo as autoras, os valores associados à velhice levam em consideração, muitas vezes, apenas o aspecto funcional do corpo humano, com associações negativas de limitações e perdas.

Após análise minuciosa dos relatos das entrevistadas, observa-se que cuidar da saúde para elas significa também adotar as cautelas sugeridas quando das consultas realizadas para tratamento de doenças que porventura estejam instaladas. Esses cuidados orientados permitiriam que vivessem melhor, com um pouco de qualidade de vida, visto as condições socioeconômicas das mesmas. Realizando os cuidados em saúde, as idosas acreditam também aumentarem a sua longevidade, como pode ser visto nos trechos seguintes:

Cuidar é alimentação, tomar remédio... O médico passou pra mim tudo isso, e eu cortei um bocado de coisa, pra ver se eu fico boa e vivo mais um bocado de tempo (Sra. 09).

Tem que se consultar todo ano, que é pra livrar de doença, dessas doenças que vivem no mundo, fazer tudo direitinho que ele diz a gente que é pra ver se eu tenho mais uns dias de vida (Sra. 15).

Os elementos intermediários e periféricos, categorizados como *sono e repouso*, *higiene e exercícios físicos*, parecem estar mais a cargo da responsabilidade individual de cada uma delas. É a forma mais próxima que encontraram de cuidarem e zelarem por sua saúde, e manterem-se ativas como antes, sendo eles também orientados pelo médico. Sono e repouso são avaliados como importantes por evitar a

fadiga e mesmo o aparecimento de doenças, já que são bastante prejudicados em muitos idosos, o que também os torna vulneráveis, interferindo inclusive na sua qualidade de vida.

Quando a pessoa descansa, tem como cuidar de si fisicamente, cuidar espiritualmente, psicologicamente... Porque é o todo da pessoa que envolve, e você só tem saúde se esse todo seu estiver bem (Sra. 01).

Higiene é uma coisa bastante necessária, a gente tem que ter em tudo, com a gente e com a casa e as coisas todas (Sra. 12).

É importante destacar que qualidade de vida não significa apenas ausência de doença, mas engloba uma visão mais ampla, que consiste em conforto, bem-estar, boas condições de vida e, principalmente, a manutenção das atividades laborais e de lazer. Como citado anteriormente, as participantes são, em sua grande maioria, responsáveis pelas tarefas do seu próprio lar, mantendo a higiene e organização do ambiente, tendo estado por toda a existência em função dos cuidados com os filhos e a casa, por isso a higiene ser tão representativa (Lima e Bueno, 2009).

No que concerne aos exercícios físicos, observa-se que estes estiveram na periferia mais distante, o que pode ser explicado pela pouca prática de atividades físicas pelas mulheres. Estes dados vão ao encontro de outros estudos, que observaram que as mulheres pouco se exercitam, preocupando-se mais com suas atividades costumeiras, como tarefas domésticas, costuras, leitura de livros, trabalhos voluntários, e outras (Ribeiro e col., 2009). Assim, a manutenção da qualidade de vida que fica implícita nestas categorias demonstra a interação das mesmas com o núcleo central: é através dos cuidados médico-hospitalares que o viver bem pode acontecer de fato.

A compreensão dos cuidados em saúde pelas mulheres que participaram deste estudo permitiu observar que estes parecem ser pouco praticados por muitos fatores, embora a escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis pareçam interferir na percepção dos muitos cuidados em saúde que precisam ser exercitados durante toda a vida. Ainda que relatassem realizá-los, eles pareceram pontuais, e somente postos em prática após o surgimento de patologias, que traziam restrições e muitas orientações médicas.

Representações sociais de *Saúde* e *Cuidados em saúde* para idosos

Nesta seção dialogaremos acerca das representações de saúde e os cuidados em saúde para os homens idosos participantes. Assim, as palavras evocadas no TALP permitiram a identificação de quatro categorias de análise para cada um dos termos *Saúde* e *Cuidados em Saúde*, apresentadas no **Quadro 2**. Estas categorias foram analisadas conjuntamente com os núcleos de sentido das entrevistas, *A saúde exige cuidados* e *A saúde é cuidada através de atividades*, como feito na análise anterior.

Saúde		Cuidados em Saúde	
OME < 3	OME ≥ 3	OME < 2,96	OME ≥ 2,96
Cuidados gerais (28) 2,85	Viver bem (28) 3,5	Cuidados alimentares (34) 2,94	Descanso (26) 3,07 Tratamento médico (26) 3,07
	F ≥ 25		F ≥ 25
	F < 25		F < 25
Equipe de Saúde (24) 2,25	Tratamento medicamentoso (20) 3,4	Vida ativa (14) 2,71	

Quadro 2: Possíveis elementos centrais e periféricos das representações de *Saúde* e *Cuidados em Saúde* para *homens idosos*

A saúde exige cuidados

O núcleo central identificado para o termo *Saúde* pelos homens idosos (**Quadro 2**) revelou que os mesmos construíram a ideia de que a saúde é algo que necessita ser mantida por cuidados gerais, em especial a alimentação e exercícios para o corpo. Essa categoria reflete a preocupação deles em manter hábitos saudáveis ligados ao consumo de alimentos menos calóricos e gordurosos. Além disso, evidencia uma realidade encontrada também por outros estudos (Lima e Bueno, 2009; Martins e col., 2009; Nascimento e col., 2011), que demonstraram que com o avançar da idade, os homens, que geralmente não se ligam às questões de saúde, passam a adotar práticas que tentem minimizar os efeitos de uma vida sem muitas regras no que concerne ao assunto.

De acordo com Lima e Bueno (2009), com o passar dos anos, envelhecer se revolve em preocupação, o que torna as pessoas mais vulneráveis aos transtornos de saúde, com conseqüente cuidado em vários aspectos. Assim como para os participantes do estudo de Nascimento e col. (2011), cuidar da saúde tem como foco principal melhorar a alimentação. É interessante notar que durante as entrevistas, percebeu-se esta preocupação nos relatos dos homens para a representação de saúde. Os mesmos significaram-na como algo que requer cuidados simples constantes após a terceira idade, dentre eles os alimentares, para evitar que doenças decorrentes “da idade” se instalem. Observa-se que o núcleo central encontrado a cuidados em saúde (**Quadro 2**) também se refere aos hábitos alimentares, sendo este o fator mais importante quando se fala em cuidar para eles.

Saúde é a pessoa procurar viver bem, sem exagerar, se alimentar bem e na hora certa (Sr. 18).

É tudo, é você se alimentar nos limites, evitando o que não deve. A gente tem que se alimentar menos e ter cuidado, que as alimentações estão todas erradas (Sr. 05).

Outro fator significativo é que a mortalidade de homens idosos relaciona-se diretamente com os fatores comportamentais ligados ao gênero, dentre eles os alimentares (Virtuoso e col., 2010). Somam-se a isso as restrições impostas pela Hipertensão e Diabetes, diagnosticadas em alguns participantes, as quais exigem que novos hábitos de saúde sejam incorporados ao dia-a-dia. Este parece ser um fator positivo do envelhecimento: novas atividades e hábitos são adicionados à rotina, auxiliando no cuidado com a saúde (Wachelke e col., 2008).

Os elementos *cuidados gerais e cuidados alimentares*, encontrados nos núcleos centrais tanto de Saúde como de Cuidados em Saúde, são apoiados pelos núcleos intermediários descritos no **Quadro 2**, retratando as diferenças das representações de homens e mulheres a respeito desses objetos sociais. Os idosos do sexo masculino incluíram também a saúde como algo que tinha relação direta com o bem-estar, sendo isto resultante não apenas da ausência de doenças, como visto nas representações das mulheres idosas, mas também da busca por uma velhice ativa e com boas condições de vida, que igualmente merece o *descanso* imposto pelo cansaço do dia-a-dia. Apoiando esta idéia, Pereira e col. (2011) defendem que o bem-estar ou qualidade de vida de cada pessoa vincula-se às perspectivas de um

envelhecer ativo, que ocorre diferentemente para cada contexto no qual se está inserido.

Da mesma forma consideraram importante a *consulta médica*, que resulta em *tratamento* prescrito para as anormalidades referidas, mas como encontrado em outros estudos (Virtuoso e col., 2010), a busca por este profissional só acontecia no momento do desconforto gerado por algum sintoma ou patologia já instalada. Nenhum dos homens participantes desta pesquisa referiu buscar os serviços de saúde para exames preventivos ou acompanhamento regular de doenças diagnosticadas, demonstrando mais uma vez que a promoção à saúde encontra-se aquém do que é determinado pelas autoridades no assunto.

Quando eu, às vezes, tô me achando prejudicado, aí eu vou procurar o médico, que é muito importante procurar pra gente procurar a saúde (Sr. 10).

Eu procuro obedecer os mandados do médico, obedecer as consultas, porque quando você tá doente, tem que ir mesmo, e tem que obedecer o que ele diz, pra se prevenir do pior (Sr. 7).

Observa-se pelos discursos que a prevenção está vinculada a manter-se vivo e capaz de realizar suas atividades costumeiras, impedindo apenas a instalação de complicações decorrentes de patologias. Como os cuidados com a saúde só são tomados tardiamente, já que durante toda a vida este é um assunto que não os preocupa, parece haver entre eles uma idéia geral de que a velhice trará doenças características as quais seriam inevitáveis. Se estas forem controladas e não trouxerem limitações que os impeçam de viver bem, não haverá, então, maiores problemas.

Esse pressuposto ancora-se na teoria do senso comum orientada pela tradição de gênero de que os homens aprendem a adotar comportamentos e maus hábitos de saúde, que conseqüentemente aumentam a sua probabilidade de desenvolver enfermidades no decorrer da vida, já que algumas condutas de risco são expressivamente definidas como masculinas e atestam sua virilidade (Sabo, 2000). Não obstante, é importante destacar que esta fase trouxe a estes homens a preocupação em modificar alguns destes hábitos, apesar de em muitos casos, essa postura não surtir o efeito desejado.

Diferentemente das mulheres, os homens idosos informaram não buscar regularmente o serviço de saúde por um único motivo: não se sentem doentes, logo, não necessitam de atenção profissional. Essa é uma característica bastante marcada no imaginário social, e radicalizada: os homens não cuidam da saúde e não buscam regularmente os serviços, apenas em situações limítrofes (Toneli e Müller, 2011). O discurso dos entrevistados demonstra essa ideia, descrita adiante:

Eu não procuro o médico porque é difícil eu adoecer, eu vim ter doença agora, então não precisa ficar lá direto não (Sr. 16).

A minha saúde é boa, eu não preciso muito de médico não. Mas, quando adoço, eu vou pra fazer a consulta e tomar os remédios que ele passa (Sr. 3).

Louvison e col. (2008) encontraram dados semelhantes, os quais foram associados a duas explicações: em primeiro lugar, a baixa escolaridade, que dificulta a percepção de problemas relacionados à saúde; e em segundo lugar, a maior dificuldade dos homens admitirem condições crônicas, já que é assim que se apresentam as patologias no idoso (Fernandes e col., 2009). Contudo, por acreditarem que estavam saudáveis e livres de doenças, muitas vezes os cuidados à saúde eram esquecidos ou relegados ao segundo plano, sendo importante manter um vigilância constante. Somente assim, a qualidade de vida ou bem-estar pode ser mantida.

A saúde é cuidada através de atividades

Também os exercícios físicos fizeram parte do núcleo central de saúde, na categoria cuidados gerais, reafirmada nos *cuidados em saúde* descritos como *vida ativa, estando* este como um núcleo intermediário. Compreende-se que os homens buscam muito mais a realização de atividades que envolvem o físico que as mulheres. Uma das hipóteses para explicar esta questão trata da necessidade de autonomia masculina, baseada nos pressupostos de velhice ativa e saudável na qual o homem, ao envelhecer, deve permanecer com as suas funções e atividades mantidas, como atestado da própria masculinidade, o que denota que a velhice afeta diferentemente homens e mulheres (Fernandes e Garcia, 2010).

Discute-se bastante no meio científico a importância do idoso estar em atividade, fazendo esportes e buscando diversão, a fim de evitar o isolamento e o

desuso do seu corpo, o que poderá acarretar em problemas à saúde. O idoso ativo demonstra, inclusive, cuidar mais da sua própria saúde e bem-estar (Martins C.R.M e col., 2009). A busca pela qualidade de vida parece, assim, extrapolar as classes sociais e culturais, e é percebida na velhice como competência adaptativa, influenciando até mesmo no comportamento humano relativo ao cuidado consigo mesmo. A seguir, trechos que relatam a importância do exercício físico, ditada pelos participantes como própria dos cuidados em saúde:

É fazer exercício pra se cuidar e ficar sempre saudável e não deixar cair, não deixar às doenças de quando a gente fica velho chegar (Sr. 05).

Se você faz exercício você vai ter um corpo à frente daquele que não faz. Se você não se exercita fica parado, e parado sabe que vem a doença, enferruja! (Sr. 14).

Assim sendo, evidencia-se que devido às complicações originadas pela instalação de patologias, que podem levar inclusive à hospitalização, os cuidados realizados através da atividade física foram expostos como desempenhados frequentemente, evitando complicações à saúde e impedimentos a rotina. Foi notável que estas atividades eram realizadas para suprir a necessidade de se manterem ativos, ficando evidente que esta prática ocorria para este fim, e que por consequência, acabava auxiliando à saúde, apesar disso não ser a causa desta prática, como encontrado também por Costa-Júnior e Maia (2009).

A independência na realização das atividades, incluindo as físicas, também pode refletir a percepção de saúde para os homens (Fernandes e col., 2009; Martins C.R.M e col., 2009): ao praticarem atividades físicas, consideram-se com boa performance, o que implica num bom estado de saúde. Dessa forma, a saúde necessita de cuidados, mas ao praticarem-nos, sentem-se saudáveis e aptos a continuar a viver plenamente. Além disso, houve uma associação notável referente ao trabalho como uma forma de exercitar o corpo, sendo a atividade laboral compreendida como algo que atua diretamente na saúde por promover o movimento e o contato com outras pessoas, evitando que o idoso adoecesse. Os relatos a seguir auxiliam nesta compreensão:

Graças à Deus, eu trabalho. Toda vida trabalhei, desde rapazinho estou na luta (...). E, na luta de sempre é a melhor maneira da gente evitar doença, porque tá ali lutando o dia todo, vendo gente, mexendo o corpo (Sr. 01).

Eu tenho saúde porque trabalho muito na enxada, na foice e no machado. Assim, você faz física o dia todinho (Sr. 20).

Descrevem Martins e col. (2009) que quando o idoso tem autonomia e independência, desempenhando seu papel social por permanecer ativo, a sua qualidade de vida pode ser muito boa, ou pelo menos, preservada. Talvez esta seja a melhor explicação para que o trabalho profissional, que exigia movimento, tenha se configurado como uma atividade direcionada ao cuidado em saúde. Trabalhar permite que estes homens se sintam saudáveis e ativos, aptos a enfrentar os problemas que possam incidir em decorrência de toda uma vida em que a preocupação consigo mesmos e com sua saúde pareciam não acontecer, pelos mais diversos fatores, não podendo-se esquecer da manutenção do valor social do homem, atribuída ao trabalho.

CONCLUSÕES

Os estudos de Representações Sociais permitem uma nova forma de olhar, entender e interpretar fenômenos sociais, ajudando a compreender porque as pessoas fazem o que fazem. Os dados encontrados permitiram a verificação de que saúde e os seus cuidados diferem para homens e mulheres, o que indica a influência de gênero na construção destas representações. Tradicionalmente, as mulheres foram designadas como responsáveis por cuidar e manter o zelo pela saúde de toda a família, inclusive dos homens.

Do outro lado, estes aprenderam que deveriam deixar de lado muitos hábitos saudáveis, bem como a preocupação com a saúde, a fim de manterem sua masculinidade, dedicando-se ao provimento do lar através do trabalho. Os padrões de gênero construídos ao longo da vida dos idosos influenciam diretamente no seu modo de agir no que tange à saúde. As práticas adotadas durante toda a vida passam a ser revistas quando a velhice chega e alguns problemas de saúde acontecem, e influenciam diretamente na sua relação com a mesma e seus cuidados. Estes, por sua vez, surgem nas representações de saúde como sendo realizados tardiamente quando da instalação de doenças, sob a responsabilidade de outrem.

As mulheres representaram a saúde e seus cuidados como algo medicalizado, que necessitava de acompanhamento curativo, sendo a prevenção relegada a segundo plano. Ancoradas na ideia de que a velhice traz consigo problemas de saúde e que é necessário conviver com eles, podendo os mesmos ser tratados. Objetivaram a figura do médico como alguém capaz de devolver-lhes a saúde quando as complicações aparecem, e embora mais adeptas que os homens, preferem remediar a prevenir.

Os homens, por sua vez, pareceram menos informados sobre a sua saúde. As representações sociais mostraram que esta já carecia de cuidados, especificamente os alimentares e do movimento do corpo. Mesmo assim, evitam buscar profissionais de saúde porque dizem não se encontrarem doentes. As representações ancoram-se na ideia de que enquanto há manutenção das atividades normais, a saúde e qualidade de vida são mantidas, objetivando a figura do homem trabalhador como alguém saudável e que não necessitava de maiores cuidados.

Diante destes resultados, percebe-se que os idosos como um todo carecem de atenção especial pelos serviços de saúde. Não basta viver mais, é preciso que todas as etapas da vida sejam com qualidade, cuidando-se da saúde desde o princípio, evitando assim que a velhice seja patológica e limitante. Ressalta-se a necessidade da educação em saúde voltada não somente para a terceira idade, mas também para os mais jovens como forma de evitar as complicações que se tem visto nos idosos atuais. Somente assim, um envelhecer ativo passará de utopia à realidade.

REFERÊNCIAS

ANADÓN, M.; e MACHADO, P. B. *Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais*. Salvador: UNEB, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BASTOS, G. A. N. et al. Utilização dos serviços médicos no sistema público de saúde o Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.3, p. 475-484, 2011.

BOTAZZO, C. Gênero, gêneros: onde se encontram mulheres e homens? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1012-1014, 2009.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; e MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre Gênero e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.25, n.1, p.55-63, jan.-mar. 2009.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*, Botucatu, v.14, n.33, p.257-270, abr.-jun. 2010.

CUNHA, A. C. H.; EULÁLIO, M. C.; e BRITO, S. M. O. O corpo e suas representações, construídas por mulheres idosas. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; e DOMINGOS SOBRINHO, M. *Representações Sociais e Saúde: construindo novos diálogos*. Campina Grande: Eduerp, 2004. p.79-109.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; e SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface*, Botucatu, v.15, n.37, p.565-572, 2011.

FERNANDES, M. G. M.; e GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, p.771-783, 2010.

FERNANDES, M. G. M. et al. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v.13, n.2, p.13-20, 2009.

GÓIS, A. L. B; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1119-1126, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; e ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2859-2869, 2010.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 10 abril 2011.

JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis:Vozes, 2005.

LIMA, L. C. V. e BUENO, C. M. L. B.; Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.2, n.2, p.273-280, mai-ago. 2009.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v.5, n.24, p.189-194, 2008.

MARTINS, C. R. M.; CAMARGO, B. V.; e BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, Bogotá, v.8, n.3, p.831-847, 2009.

MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v.22, n.3, p. 265-271, 2009.

MENDONÇA, A. P.; SUASSONI, C. E.; e ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v.15, n.1, p.99-115, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.361-375, 2009.

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

NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.1, p.182-194, 2011.

NASCIMENTO, A. R. A. e GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A utilização dos serviços de saúde pelos homens: frequências e motivos. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S. e NASCIMENTO, C. R. R. Masculinidades e práticas de saúde. Vitória: GM, 2011. p.171-186.

NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A. L. (org). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papyrus, 2001. p. 11-52.

PEREIRA, K. C. R.; ALVAREZ, A. M.; e TYRAEBERT, J. L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.85-95, 2011.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.14, n.3, p.501-509, ju-set. 2009.

SÁ, C. P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SABO, D. *Comprender la salud de los hombres: um enfoque relacional y sensible al gênero*. Opas, 2000. Disponível em <http://www.paho.org/spanish/dbi/po04.htm>.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, mai. 2010.

TAHAN, J.; e CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010.

TONELI, M. J. F.; MÜLLER, R. C. F. Zonas de convergência entre saúde masculinidade em favor de uma política feminista de desintensificação dos (bio)homens com o sujeito universal. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011. p.57-78.

TRINDADE, Z. A.; e SOUZA, L. G. S. Gênero e escola: Reflexões sobre representações sociais e práticas escolares. In: ALMEIDA, A. M. O.; e JODELET, D. (orgs.). *Representações Sociais: Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 225-244.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1119-1126, 2008.

VILARINO, M. A. M.; e LOPES, M. J. M. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v.13, n.1, p.63-77, 2008.

VIRTUOSO, J. F. et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.215-223, 2010.

WACHELKE, J. F. R. et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.13, n.2, p.107-116, 2008.

ARTIGO III:
ME CUIDO EM CASA E VOU AO MÉDICO, MAS QUALQUER HORA DEUS ME
CHAMA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA GRIPE
PARA IDOSOS

RESUMO¹

Este estudo objetivou conhecer as representações sociais de idosos acerca da saúde e da gripe. Participaram deste trabalho de natureza qualitativa 60 pessoas, sendo trinta com idades entre 60-70 anos e trinta acima de 70 anos. Utilizou-se como instrumentos para coleta de dados o Teste de Associação Livre de Palavras, analisado pelo software Evoc 2000 e a entrevista semi-estruturada, analisada pelo programa informático Alceste. Os resultados demonstraram que as representações de Saúde encontram-se pautadas no eixo temático *a saúde medicalizada e guiada pela fé*, demonstrando o quanto a mesma é algo controverso, que depende da vontade de Deus e dos recursos da medicina, embora possa estar ameaçada pelas doenças que acontecem na senescência. Já as representações sociais da Gripe revelaram que ela é considerada uma doença corriqueira, com sintomas simples que remetem a cuidados domiciliares, não sendo necessário buscar o serviço de saúde, apenas em casos de agravamento. A vacina influenza foi considerada como importante ferramenta para combatê-la. Concluiu-se que os idosos vêem sua saúde como algo frágil e que merece cuidados, sendo que a gripe, que tanto os atinge, não foi considerada como um perigo iminente, já que os mesmos acreditam-se protegidos pelos cuidados realizados pela medicina popular.

PALAVRAS-CHAVE: Representações Sociais, Saúde, Gripe, Idosos.

TAKE CARE ME AT HOME AND GO TO THE DOCTOR, BUT CALL ME ANYTIME GOD: SOCIAL REPRESENTATIONS AND HEALTH FLU FOR THE ELDERLY

ABSTRACT

This study aims investigated the social representations of elders about health and influenza. Participated in this qualitative study 60 people: thirty with aged between 60 and 70 years, and thirty over 70 years. We used as instruments for data collection Test Free Word Association, analyzed by the software Evoc 2000 and semi-structured

¹ Artigo produzido em conformidade com as normas da Revista de Estudios Sociales.

interview, assessed by the software Alceste. The results show that representations of health are grounded in thematic *medicalized health and guided by faith*, showing how it was somewhat controversial, which depended on the will of God and the resources of medicine, though he was threatened by diseases that happened in senility. Already the social representations of influenza revealed that she was considered a trivial disease, with symptoms that refer to simple home care, there is no need to seek health services only in cases of aggravation. The influenza vaccine was considered as an important tool to combat it. It was concluded that older people view their health as something fragile and care it deserves, and the flu, which affects both, was not considered an imminent danger, since they believed were protected by the care provided by alternative medicine common sense.

KEYWORDS: Social Representations, Health, Influenza, Elderly.

INTRODUÇÃO

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

Os idosos situam-se no grupo de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabelece que as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento devem considerar os determinantes que cercam as pessoas ao longo de toda a sua vida, superando as práticas tradicionais que levam em conta somente o tratamento clínico de doenças. Ainda hoje, a terceira idade parece estar associada aos problemas e riscos que atingem os idosos desde outrora, sendo que muitos deles ainda acontecem pelo fato do envelhecimento torná-los mais vulneráveis a

incapacidades, produzidas especialmente pelas condições do meio em que vivem muito mais do que pelo fato de estarem simplesmente velhos (Veras e Caldas 2009), desconsiderando-se que as práticas de saúde e vida não levam em conta a prevenção, em sua maioria.

O conhecimento produzido acerca do processo de envelhecimento permitiu, em grande número de casos, a reparação de danos sofridos, como também a realização de programas educativos com o intuito de evitar os males físicos e problemas de ajustamento nessa fase, ao que Sueli Aparecida Freire e Marineia Crosara de Resende (2001) chamam de ação preventiva, instrumento facilitador do envelhecer. Porém, é sabido que lançar a informação sobre o que as pessoas devem fazer não será válido se elas não puderem colocar em prática pela falta de recursos, sejam quais forem estes.

De acordo com Marinês Tambara Leite (2009), as pessoas com mais de 60 anos merecem o direcionamento de um olhar que esteja atento para enfermidades já instaladas e, ao mesmo tempo, que trabalhe com vistas à promoção da saúde, já que somente através de bons hábitos chega-se a uma velhice saudável, com independência e autonomia. No entanto, a autora relata que os serviços de saúde básicos e hospitalares ainda não estão preparados para atender ao idoso segundo esta perspectiva, predominando o curativismo, com pouca atuação na prevenção de doenças, sendo este um desafio contínuo e que culminará na melhoria da qualidade de vida e saúde de toda a população, não somente a idosa.

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

No intuito de possibilitar o crescimento das ações de prevenção, com enfoque direcionado aqueles que possuem maior risco de adoecer e morrer por causas

evitáveis, muitos países em todo o mundo adotaram políticas que valorizam ações de imunização, sendo para os idosos a vacina contra a gripe uma importante ferramenta. A partir dos dados da OMS (2007), divulgou-se que, mundialmente, as doenças do aparelho respiratório (DAR) possuem configurações diferentes entre o *ranking* das que mais matam, embora em todos os países respondam por grande parte dos óbitos. Nas nações ricas e de renda média, representam a quarta causa de morte; já nos países mais pobres são a segunda causa, ficando atrás apenas das doenças coronarianas. No Brasil, dados atualizados referem que as DAR consistem na terceira causa de morte em idosos (BRASIL 2011).

Entre as doenças que afetam o aparelho respiratório encontra-se a gripe, enfermidade infecciosa transmitida com grande facilidade entre as pessoas, e pela alta contagiosidade, é umas das infecções mais frequentes mundialmente. A gripe possui risco potencial de complicações, especialmente nos idosos e pessoas com doenças crônicas (DC), e por este motivo a mortalidade é considerada altíssima, representando importante problema de saúde pública. O vírus *Influenza*, causador da gripe tem um impacto tão grande que estima-se ser a causa infecciosa com maior morbidade e mortalidade no mundo. Em dez anos avaliou-se que somente nos Estados Unidos, morreram entre 17 e 51 mil pessoas em decorrência da gripe (Ferrer et al. 2009; Dip e Cabrera 2010).

Também se destacam os grandes custos para a economia pelo aumento da demanda da atenção médica e sanitária, além do absenteísmo trabalhista ocasionado pela enfermidade (Ramírez et al. 2009; Duarte e Donalísio 2009). No Brasil, os surtos de gripe provocam aumento de hospitalizações e morte de idosos, conforme observado por estudos que demonstraram o pico que ocorre entre os meses em que o vírus geralmente circula, já que o país apresenta sazonalidade entre as suas regiões (França, Marinho e Baptista 2008; Santos e Oliveira 2010).

A principal estratégia lançada para amainar as consequências decorrentes desta problemática foi o estabelecimento da vacinação em massa contra a gripe para idosos e outras categorias de risco. É importante destacar que tal medida é considerada o meio mais eficaz de reduzir as complicações da gripe nos mais suscetíveis, como explicam Renata Macilius Dip e Marcos A. S. Cabrera (2010) e Maria Aparecida Müller Vilarino e colaboradores (2010). Esta ação proporciona

reflexos positivos na prevenção da mortalidade pelas DAR, além de baixo custo, o que a tornou componente obrigatório dos programas que envolvem a saúde pública (Duarte e Donalísio 2009; Waldman et al. 2011; Prass et al. 2010).

A vacina contra influenza é oferecida gratuitamente para aqueles com 60 anos ou mais, entre outros, desde 1999 (Lima-Costa 2008; Prass et al. 2010). O Programa Nacional de Imunizações brasileiro é referência mundial para a organização de campanhas de vacinas, auxiliando diversos outros no combate a moléstias passíveis de imunoprevenção, e a repercussão dele para a melhoria da saúde brasileira não deve passar despercebida (Luna et al. 2011; Homma et al. 2011).

No entanto, a vacina contra a gripe necessita de renovação anual devido às frequentes mutações virais (Ferrer et al. 2009). O Ministério da Saúde (MS) preconiza como meta que seja vacinada pelo menos 70% da população alvo, e embora tenha sido alcançada, sabe-se que a cobertura é insuficiente em certos grupos de idosos, o que os coloca em situação de alto risco. Esse problema tem sido objeto de preocupação de entidades globais, pois a vacinação é sempre mais baixa em países menos desenvolvidos (Reis e Nozawa 2007; Homma et al. 2011).

A rejeição aos imunos por alguns idosos não é algo novo. As principais causas pautam-se nas contraindicações e eventos adversos simples, bem como as crenças de que não precisam da vacina porque a doença é de evolução rápida e tratamento simples, como encontrado por estudos recentes (Piacentini e Contrera-Moreno 2011; Dip e Cabrera 2010). Fica claro que, mesmo com o alcance das coberturas vacinais, muitos idosos continuam acreditando que a vacina, ao invés de proteção, ofereça riscos, o que gera resistência e dificulta a execução das campanhas (Araújo et al. 2007).

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

compreendidas e trabalhadas no intuito de não perpetuar ideias de fragilidade que ainda permeiam esta etapa, norteando as ações em saúde (Shiratori *et al.* 2006).

De acordo com Jodelet (2005), as representações sociais são um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações que se referem a um objeto ou a uma situação. Ela é determinada pelo sujeito ele-mesmo (sua história, o que foi vivido), pelo sistema social e o ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das ligações que o sujeito mantém com o sistema social. Por este motivo, pode ser modificada ao longo do tempo e da história de cada um. Para Jovchelovitch (2011), a ação cotidiana dá sentido às experiências vividas, tendo papel fundamental na recuperação do status epistemológico do senso comum. Aquilo que parece estranho para uns tem sentido para o sujeito do saber, demonstrando que o senso comum não desaparece e nem é substituído pela ciência.

Pelo exposto, este estudo objetivou identificar as representações sociais (RS) de idosos acerca da saúde e da gripe, avaliando diferenças destas entre os idosos mais jovens (60-70 anos) e os mais velhos (acima de 70 anos), contribuindo com a literatura sobre o tema, especialmente pela carência de pesquisas que tratem especificamente da temática.

MÉTODOS

Este estudo é parte de tese de doutorado com abordagem qualitativa em saúde, a partir do qual foram evidenciadas as representações sociais sobre a saúde e a gripe para pessoas idosas. A pesquisa foi realizada no município de Petrolina, localizada no Sertão Médio Pernambucano.

A amostra foi constituída por sessenta idosos domiciliados no referido município, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos (30 com idade de 60 a 70 anos e 30 com idade acima de 70 anos); cadastro em Unidade de Saúde municipal, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

A coleta de dados foi realizada por meio do Teste de Associação Livre de Palavras – TALP, no qual os entrevistados evocavam cinco termos para cada um dos estímulos *Saúde* e *Gripe*, colocando em ordem de importância e justificando as duas primeiras evocações. Esta técnica é caracterizada como um teste projetivo que revela conteúdos implícitos ou latentes do pensamento, os quais podem ser mascarados pelo discurso. A hierarquização dos termos permite a análise da centralidade por parte do sujeito daquilo que ele produziu, determinando a centralidade dos elementos (Oliveira et al. 2005).

Realizou-se também a entrevista, que acontecia no ambiente domiciliar dos participantes, guiada por tópicos que tratavam sobre a temática, gravadas em aparelho de áudio com posterior transcrição. Após contato inicial, no qual os objetivos do estudo eram informados, formalizava-se o convite, e a depender da disponibilidade do participante, a entrevista ocorria tão logo ou seria agendado novo encontro para aplicação das técnicas de coleta de dados. Apenas o participante e o entrevistador permaneciam no ambiente da entrevista, evitando interferências externas.

O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos da Resolução 196/96-CNS. Cada participante foi identificado por número ordinal, garantindo o anonimato. É válido destacar que a coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNIVASF (Protocolo CAAE - 4478.0.000.441-10).

O resultado das evocações livres gerou trezentas palavras para cada um dos termos indutores. O tratamento destes dados ocorreu com o auxílio do software EVOC 2000 - *Ensemble de programmes permettant l'analyses des evocations* - que fornece elementos para construção do quadro de quatro casas, tomando-se por base a frequência e a ordem média de evocações, identificando o núcleo central e elementos periféricos através da análise estatística das palavras (Oliveira et al. 2005).

Os elementos contidos no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas são aqueles mais frequentes e mais prontamente evocados, sendo classificados como núcleo central das representações. Aqueles que se encontram no quadrante inferior direito são menos frequentes e menos imediatos, caracterizando-se

como elementos periféricos mais distantes, com menos afinidade para com o núcleo central. Nos demais quadrantes, superior direito e inferior esquerdo situam-se as categorias intermediárias, que mantêm relação direta com o núcleo central, mas não o compõem (Sá, 2002). As justificativas dadas foram analisadas por meio de Análise de Conteúdo.

O material produzido durante as entrevistas deu origem ao *corpus*, que foi tratado pela análise de conteúdo informatizada através do sistema de análise quantitativo de dados textuais, o programa ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, desenvolvido por Max Reinert (1990). Trata-se de um programa informático de análise quantitativa dos dados textuais. Assim, através da análise lexicográfica, apresenta contextos caracterizados pelo vocabulário compartilhado pelos participantes, identificando seu campo comum e associando o léxico e o contexto, traduzindo a mensagem (Camargo 2005; Menandro, Trindade e Almeida 2010; Espíndula et al. 2006).

O relatório gerado pelo ALCESTE classificou 60 Unidades de Contexto Elementar (UCE), considerando relevante 77,44% do material. Nicole Kronberger e Wolfgang Wagner (2002) afirmam que para garantir a estabilidade dos resultados, é aceitável a classificação de, pelo menos, 70% das unidades de texto. Assim, as idéias organizadas pelo programa foram agrupadas em 5 classes, por sua vez dispostas em torno de dois grandes eixos, que serão apresentados adiante através do dendrograma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que a média das idades situou-se em torno de 71 anos. Predominou o sexo feminino (71,7%), bem como pessoas que nunca estudaram (35%) ou que não chegaram a concluir o ensino fundamental (30%). Em relação à situação conjugal, 65% eram casados e 23,3% viúvos – e destes, 93% eram mulheres. A maioria não trabalhava (75%), tendo como ocupação atual ou anterior atividades ligadas ao cuidado do lar (50%), agricultura (21,7%) e comércio (10%). Apenas 23,3% não apresentavam doenças crônicas, sendo que dentre aqueles com

diagnóstico para estas patologias, 37% não utilizava as medicações prescritas regularmente. As internações hospitalares por causas relacionadas ao envelhecimento foram relatadas por 40% dos participantes. Vale ressaltar que 86,6% deles eram adeptos da vacina contra influenza oferecida pelo serviço de saúde aos idosos anualmente.

Também se destacou a baixa escolaridade dos participantes, que de fato já era esperada. A região brasileira na qual foi desenvolvida esta pesquisa vem, nos últimos anos, desenvolvendo-se e possibilitando a melhoria das condições de vida da população residente. Porém, a situação escolar dos idosos ainda é bastante precária, como reflexo das más condições de vida, especialmente para mulheres (Banhato e Guedes, 2011). Conforme colocam Mônica Rebouças e colaboradores. (2011), o Brasil apresenta boa escolaridade de idosos apenas nas regiões mais desenvolvidas, tendo as localidades carentes, como o estado de Pernambuco, baixíssimos índices para a faixa etária em questão.

É interessante acrescentar que embora a maioria relatasse relacionamento estável, chamou-nos atenção o alto número de mulheres viúvas em detrimento aos homens. Esse fato pode ser explicado pela maior longevidade feminina, assim como pela dificuldade em novos casamentos após a viuvez, em especial pela diferença na vivência desta e pelo respeito àquele que faleceu (Morais, Rodrigues e Gerhardt 2008; Stumm et al. 2009), que é peculiar a muitas mulheres.

O predomínio do sexo feminino é algo peculiar quando se trata de estudos com população idosa. Esta característica deve-se a fatores como a maior longevidade feminina, um fenômeno que vem acontecendo em todo o mundo. Carol Jagger e colaboradores (2009) relataram que desigualdades nos modos de vida saudável, cuidados com a saúde e mortalidade precoce diferencial por sexo influenciaram no crescimento de mulheres idosas nos 25 países da União Européia. No Brasil, estudos com pessoas acima de 60 anos também tiveram preponderância de mulheres (Joia, Ruiz e Donalísio 2007; Dip e Cabrera, 2010), tendo sido registrado pelo Censo (IBGE 2010) que elas representam 55,8% dos senis.

Outro fator notado foi à alta prevalência de doenças crônicas (DC) entre os idosos, com destaque para aqueles que, embora com diagnóstico de hipertensão

arterial, diabetes mellitus e/ou outras, não utilizavam regularmente as medicações prescritas. Conquanto estas doenças sejam consideradas próprias do envelhecimento, ganhando expressão na sociedade com o aumento populacional de idosos, quando não cuidadas e acompanhadas podem resultar em internações hospitalares mais frequentes, incapacidades e óbito (Veras 2009).

Assim, cabe acrescentar que pesquisas recentes (Parahyba, Veras e Melzer 2005; Veras et al. 2008) mostraram que as DC e suas consequências não são inevitáveis com o envelhecimento, como muitos ainda pensam. É necessário investir em sua prevenção, bem como na prevenção das complicações, através da sensibilização do cliente e de sua família por meio da educação em saúde, evitando os danos à qualidade de vida que podem ser provenientes da falta de cuidados necessários e desuso de medicamentos.

Dentre as práticas preventivas citadas encontra-se a vacinação contra a gripe, que deve ser realizada anualmente por todos os idosos, com ênfase maior para aqueles portadores de DC. Embora acima da média brasileira de vacinados, a porcentagem de idosos deste estudo condiz com a do município no qual os mesmos estavam domiciliados, porém ressalta-se a necessidade das equipes de saúde investigarem os motivos particulares que levam muitos a não aderirem à vacina. Destarte, mitos podem ser desfeitos e a melhoria da cobertura alcançada, evitando as ainda altas taxas de infecções respiratórias como consequência da baixa imunidade.

A análise do conjunto de palavras evocadas para os dois termos pelos dois subgrupos etários levou à constatação da similaridade de resultados. Isso nos levou à opção de apresentar e discutir os resultados do conjunto total de participantes, sem discriminar as duas faixas etárias inicialmente propostas no presente estudo.

Considerando-se o conjunto de elementos evocados pelo Teste de Associação Livre de Palavras para o termo “saúde”, as representações sociais para os idosos entrevistados apresentaram como elementos centrais *Deus*, *Doença*, *Médico* e *Remédio* (Quadro 1). Observe-se que não houve distinção de grupos etários, já que praticamente não foram encontradas diferenças, o que levou a uma análise conjunta.

Quadro 1 – Representações Sociais de *Saúde* por idosos pelo TALP

		Rang < 3,01		Rang ≥ 3,01		
Freq. média	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 10	Deus	26	2,19	Assistência	19	3,31
	Doença	17	2,88	Cuidados	17	3,00
	Médico	21	2,57	Exercícios	14	3,28
	Remédio	27	2,88	Hospital	11	4,54
				Preocupação	12	3,75
				Trabalho	17	3,64
				Tranquilidade	27	3,07
				Viver-bem	22	3,13
3 a 9	Alimentação	9	2,33	Amizade	5	3,60
	Descanso	7	2,71	Higiene	5	3,60
	Família	9	2,55	Passear	8	3,62
	Felicidade	8	2,87	Ruim	3	4,00
	Melhorar	9	2,33			
	Paz	8	2,75			
	Querer	5	2,40			

Os elementos periféricos mais próximos revelaram a presença dos termos *Assistência, Cuidados, Exercícios, Hospital, Preocupação, Trabalho, Tranquilidade, Viver-bem, Alimentação, Descanso, Família, Felicidade, Melhorar, Paz e Querer*. Como periferia distante destacou-se *Amizade, Higiene, Passear e Ruim*, conforme apresenta o Quadro 1.

Para o termo “gripe”, as representações sociais estão centralizadas nos elementos *Febre, Medidas caseiras e Remédio* (Quadro 2). Na periferia mais próxima encontram-se *Consequências, Dificuldade respiratória, Doença, Dor, Inapetência, Indisposição, Tosse, Cautela, Medo, Melhorar e Vacina*. O Quadro 2 ainda traz os termos *Alergia, Causas, Resfriado, Ruim e Saúde*, que traduzem o que foi categorizado como periferia mais distante no quadro de quatro casas.

Quadro 2 – Representações Sociais de *Gripe* por idosos pelo TALP

Rang < 3,00				Rang ≥ 3,00		
Freq. média	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 10	Febre	22	2,77	Consequências	39	3,41
	Medidas caseiras	25	2,32	Dificuldade respiratória	31	3,00
	Remédio	17	2,82	Doença	13	3,53
3 a 9	Cautela	7	2,28	Dor	30	3,36
	Medo	5	2,80	Inapetência	11	3,00
	Melhorar	4	1,25	Indisposição	34	3,00
	Vacina	4	1,50	Tosse	21	3,09
	Alergia	4	3,50	Causas	5	3,30
	Resfriado	6	3,83	Ruim	6	3,16
	Saúde	4	3,00			

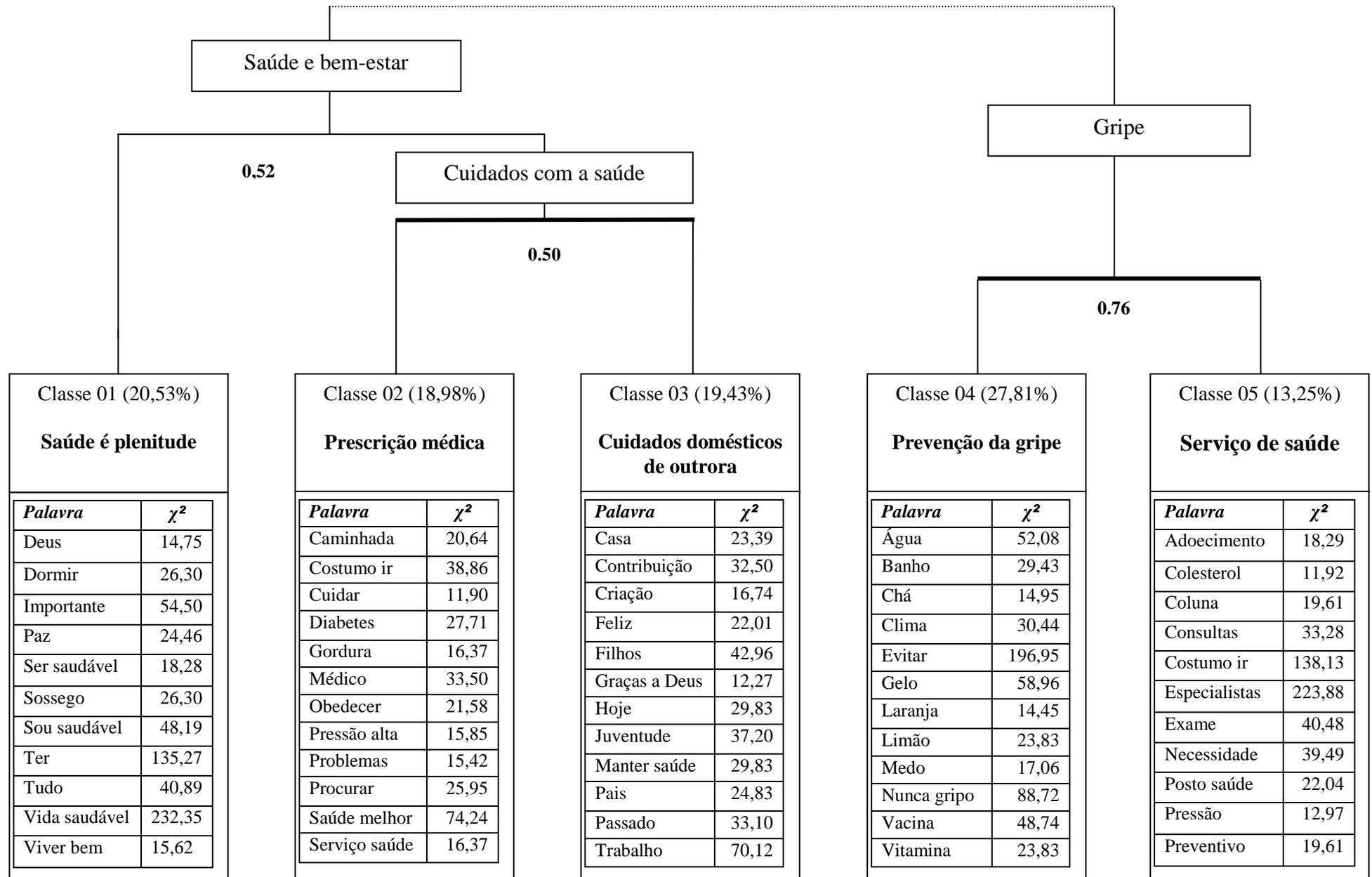
Destaca-se ainda o Quadro 3, que através de suas quatro casas sintetiza por Eixos Temáticos as categorias encontradas para cada um dos termos anteriores, aludindo um único sentido àquilo que foi descrito nos Quadros 1 e 2. Em **negrito** enfatizam-se os eixos temáticos referentes ao que foi evocado para “saúde”, e em *itálico* tudo que foi referido para o termo gripe.

Quadro 3 – Eixos Temáticos dos resultados do estímulo saúde (**negrito**) e gripe (*itálico*)

A Saúde medicalizada e guiada pela fé <i>Gripe: sintoma simples, cuidados domiciliares</i>	Saúde ameaçada <i>Agravamento e complicações decorrentes</i>
Hábitos preventivos em saúde <i>Prevenção e cura</i>	A Saúde como alavanca para a vida <i>Causas da gripe</i>

O corpus das entrevistas, após processamento, foi dividido em dois grandes eixos distintos. O primeiro eixo, *Saúde e bem estar*, conteve 3 classes que contemplaram 58,94% do conteúdo total de UCE analisadas: Saúde é plenitude, Prescrição médica e Cuidados domésticos de outrora, com proximidade de 0,52. Estas duas últimas classes encontram-se com uma relação de proximidade entre si (0,50), caracterizando o sub-eixo Práticas do idoso. O segundo eixo, *Gripe*, que concentrou 41,04% do conteúdo total, situou 2 classes interligadas com índice de proximidade 0,76, denominadas *Prevenção da gripe* e *Serviço de saúde*. Estes dados podem ser claramente observados no Dendrograma adiante.

DENDROGRAMA



Representações sociais de saúde

Faz-se necessário acrescentar que as características do grupo comentadas anteriormente influenciam nas representações sociais dos idosos, especialmente no que se refere a sua saúde ou ausência dela, pois há relação entre o viver/saber e o agir. Conforme salientam Almeida e Santos (2011), o estudo da saúde e doença a partir das RS envolve processos psicológicos e sociais subjacentes ao pensamento construído, dando sentido às ocorrências experienciadas pelo próprio corpo ou pelo outro, de forma que a pessoa sintasse protegida.

Deste modo, compondo o núcleo central das representações sociais de saúde para os idosos participantes deste estudo, encontramos os termos *Deus*, *Doença*, *Médico* e *Remédio*. Estes quatro elementos demonstram o quanto à saúde é algo complexo para os participantes, o que pode estar ligado ao fato de a maioria deles ser portador de doenças crônicas. Ao pensar em saúde, pareceu-nos que os mesmos a atribuem a responsabilidade de outrem, e não de si mesmos. Ela é conferida pela pretensão de um ser superior, que pune ou premia de acordo com a sua própria vontade; é também marcada pelas limitações e problemas que decorreram da idade, acarretando em patologias crônicas; e é ajustada pelo assistencialismo médico, que prescreve medicamentos de uso prolongado na tentativa de melhorar os desconfortos encontrados.

A terceira idade por si só parece predispor culturalmente à busca da espiritualidade, sendo esta uma função importante na manutenção do bem-estar. A saúde é extremamente ligada a fatores religiosos, especialmente no que concerne às representações de idosos (Teixeira e Lefèvre 2008; Lindolpho, Sá e Robers 2009). Ter saúde e ser idoso parece aos mesmos uma dádiva que só pode ser ofertada por Deus, sendo este o principal determinante da dicotomia saúde/doença ao envelhecer. A velhice saudável está relacionada à religião, consistindo o processo de envelhecimento em alterações próprias que, de acordo com a crença em Deus, são mais ou menos dolorosas (Freitas, Queiroz e Sousa 2010).

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

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

A influência da fé na saúde tem sido amplamente discutida. Muitos estudos investigam a temática, concluindo que o enfrentamento do processo saúde/doença é vivenciado de maneiras diversas quando se acredita numa força superior, que pode contribuir para que melhorias aconteçam. Giancarlo Lucchetti e colaboradores (2010) comentaram que idosos frequentadores de serviços religiosos tiveram chance menor de hipertensão arterial que aqueles que não frequentavam, e dentre hipertensos, pessoas religiosamente ativas foram mais propensas a fazer uso correto de medicamentos. Estes fatores revelam que a religiosidade pode estar associada a melhores índices de saúde, incluindo uma maior longevidade e habilidades de ação para enfrentar situações (Lindolpho, Sá e Robers 2009).

Os fatores comportamentais e culturais, entre outros, parecem ter papel cada vez mais marcante no estudo das causas e do desenvolvimento de várias doenças (Lucchetti et al. 2010). A figura de um ser supremo permite que o idoso viva bem, seja saudável, pleno, sendo a inatividade muitas vezes um “castigo divino”, conforme considerou Denize Oliveira (2011, p. 602). Para eles, ter saúde era significado de ter tudo na vida, incluindo sossego e paz, já que quando há ausência dela, não se pode estar tranquilo, conforme exposto pela Classe 1 do Dendrograma: saúde é sinônimo de plenitude. As concepções da doença são geralmente associadas à disfunção do corpo - já envelhecido - com particular relação biomédica, reduzindo-as ao âmbito individual, motivada entre outras coisas pela longevidade.

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

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

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

Por estar, na maioria dos casos, a saúde comprometida, a doença teve peso significativo nas representações dos participantes. Tradicionalmente, esta significa a falta de saúde, que abala a autonomia e independência do ser, necessitando que este se reinvente. Também se percebe que a busca pela saúde acontece muito mais quando o idoso encontra-se enfermo e a unidade corporal abalada, denotando que o sujeito não tem controle sobre si mesmo. Este evento fortalece a abordagem da necessidade de manutenção de uma vida saudável, comprimindo a morbidade e prevenindo as incapacidades (Toneli e Müller 2011; Freitas, Queiroz e Sousa 2010).

#saúde é #paz, #felicidade. #com a #saúde a #pessoa tem #tudo #na #vida e #sem a #saúde a #pessoa não #pode fazer #nada. #ter #uma #vida saudável é muito #bom #porque numa #vida #saudável a #pessoa tem #saúde, tem #alegria, tem #muita #paz, e a #pessoa tem #deus no coração, tem #deus #na #sua #vida, a #pessoa tem #tudo.

#saúde é #muita #coisa #na #vida #da #gente, #porque #sem #saúde a #gente não é #nada pra trabalhar, pra #viver, pra se comunicar #com as #pessoas, pra #ter #alegria #na #vida.

Dessa forma, o adoecimento é visto como comprometedor, pois além de ameaçar a saúde e o bem-estar, interrompe atividades cotidianas que exerciam satisfatoriamente, sendo o aparecimento da doença para os idosos um fato lamentável, conforme evidenciaram Freitas, Queiroz e Sousa (2010) e Veras et al. (2007). Porém, os problemas decorrentes do adoecer ao envelhecer mostram-se como possíveis de serem superados, de maneira que uma boa velhice possa ser usufruída (Biasus, Demantova e Camargo 2011). Destarte, a crença de que Deus cura os males e possibilita uma vida melhor afastando o adoecimento, aliada à medicalização da saúde, traz à tona as representações sociais dos idosos de que a plenitude do ser decorre desses dois fatores.

Cabe acrescentar que as representações de saúde centradas no cuidado realizado pelo profissional médico, que prescreve medicações a fim de curar doenças ou impedir as complicações decorrentes delas, incluindo outros

cuidados preventivos, promovendo a melhoria da saúde, foi algo bastante presente para os participantes, estando indicadas também na Classe 2 do Dendrograma. Essas duas categorias juntas – médico e remédio - remetem a ideia de que buscam os serviços de saúde para realização de check-ups quando da instalação de patologias, embora acreditem que esta seja uma forma preventiva de manter a saúde, conforme referido abaixo:

eu #costumo_procurar_o_servico_de_saúde sempre. #qualquer coisinha que eu sinto já estou #indo lá, porque a gente #tem a obrigação de #procurar #os médicos, #pra #eles passarem remédios, #pra #poder a gente não #ficar muito doente.

de vez em #quando eu #dou uma visita #no #médico. #procuro pra arrumar mais saúde. #procuro o #médico, ele é #clínico, é #médico #geral. às_vezes #vou de #seis_em_seis_meses, às_vezes menos, porque elas #só dão #remédio #no #posto_de_saúde se tiver #consulta. aí de vez em #quando eu #vou lá.

Brito e Camargo (2011) encontraram resultados semelhantes, afirmando que o check-up periódico relacionava-se como os principais cuidados necessários à saúde, recorrendo-se à consulta médica quando doente, e não como medida preventiva conforme proposto pela saúde coletiva. Os idosos geralmente consideram normal ir ao médico ou tomar remédios, mas isto deve ser feito quando é realmente necessário (Camargo et al. 2011), estando a objetivação da saúde personificada na figura do médico e do medicamento como algo que evita os danos decorrentes de doenças instaladas.

Estas categorias centrais são reforçadas pelas categorias da primeira periferia *assistência e hospital*, reafirmando a noção de busca de acordo com a necessidade. Interessante acrescentar que o Sistema Único de Saúde, com toda a sua essência de cuidados preventivos, é ainda muito jovem comparando-se à vivência do idoso, que se habituou a buscar o profissional médico – figura ainda difícil de encontrar para muitos do sertão nordestino – quando não havia mais outra possibilidade de tratamento. Estes elementos fornecem ainda subsídios que demonstram a confiança depositada pelos idosos no profissional de saúde e nas suas recomendações, que acabam sendo adotadas ou não de acordo com a situação vivida (Dias et al. 2011).

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

então #você #tem que estar sempre #fazendo o que o médico #manda. #os serviços_de_saúde que eu vou são variados, eu sempre procuro o #postinho_de_saúde #do bairro.

Maria Aparecida Müller Vilarino e Marta Julia Marques Lopes (2008) evidenciaram que as práticas preventivas adotadas pelo grupo estudado por elas são dependentes de aparatos da medicina, como exames e remédios, prevalecendo o modelo médico-curativo, medicalizando a prevenção. As autoras sugerem que haja implementação de políticas públicas que ensinem efetivamente práticas de prevenção, promovendo a saúde e garantindo qualidade de vida perante o envelhecimento do corpo. Como já dissemos, práticas saudáveis devem ocorrer durante todo o curso da vida, evitando o acúmulo de problemas que desencadearão doenças crônicas tão comuns na velhice, embora se reconheça a importância do médico e das tecnologias existentes, sendo que estes não devem ser encarados como infalíveis quando do surgimento das complicações.

As categorias descritas na periferia mais próxima, expostas no Quadro1, revelaram que a saúde dos participantes é motivo de inquietação para os mesmos. Em sua maioria, expressaram a necessidade de assistência e cuidados, seja em nível pessoal, seja em nível hospitalar. Os termos *cuidados*, *exercícios*, *preocupação*, *trabalho*, *tranquilidade* e *viver-bem* sintetizaram o que cada um deles deveria fazer para manter-se saudável, ligando-se ao núcleo central pela possibilidade de manutenção da vida através de ações individuais.

Embora preocupados, relataram que a saúde é algo advindo também de ações deles para com eles mesmos, o cuidado próprio, possibilitando-os viver melhor. Este viver melhor apresenta dois aspectos: o primeiro refere-se à cautela que julgam necessária com relação ao agir, especialmente na terceira idade, pois acreditam que qualquer passo em falso pode trazer danos. O segundo fator liga-se a independência em realizar determinadas tarefas de

atenção para consigo mesmo. Se eles são capazes de cuidarem-se, a saúde está bem. A dependência na realização de atividades da vida diária gera o sentimento de vulnerabilidade, sobretudo naqueles que se sentem fragilizados pelo processo natural do envelhecimento (Carvalho et al. 2010).

#ter #uma #vida_saudável é a #vida que eu levo, #com #alegria, #com #saúde, #com despreocupação, a única #coisa que me preocupa e #com meus filhos.

#pra #ter_uma_saúde_melhor é ter cuidado. ter cuidado na vida, de se alimentar, de não #fazer #certas coisas, o cuidado.

Assim, faz-se mister entender que as incapacidades funcionais não são imperativas com o avançar da idade, mesmo porque a maioria dos idosos brasileiros encontra-se em bons níveis de desenvolvimento de atividades cotidianas, incluindo o zelo consigo mesmo, principalmente naqueles com maior escolaridade, devendo essas serem estimuladas, evitando que sentimentos negativos se instalem e interfiram no cotidiano, já que citaram ser a saúde motivo preocupante (Parahyba, Veras e Melzer 2005; Stumm et al. 2009).

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

#pra #ter_uma_saúde_melhor #tem que #às_vezes #fazer uma #caminhada, uma fisicazinha, é bom. de #qualquer #maneira eu não fico parada não.

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

No entanto, embora as pessoas demonstrem conhecimento acerca da importância de exercitar-se, a maioria dos idosos brasileiros - cerca de 60 % - é considerada sedentária no que tange a esta prática, prejudicando-os em diversos aspectos (Zago 2010; Trindade et al. 2011). Esse dado demonstra a dicotomia entre o saber e o fazer, revelando que entre aquilo que se acredita estar ligado à saúde, influenciando esta, e o que é efetivamente praticado existe grande dissonância, sugerindo-se que esta relação seja desvelada para subsidiar alicerces que melhorem as práticas (Dias et al. 2011; Camargo et al. 2011).

Aliada à concepção de que a saúde está intimamente relacionada com o movimento do corpo, encontramos a alusão ao trabalho como demonstrativo de estar bem. Sobretudo os homens, mas também as mulheres referiram que o trabalho é fonte de saúde, pois permite além da convivência social, a comprovação de que ainda se está em atividade, sendo útil e auxiliando no sustento da casa, ancorando-se no valor social do trabalho. O adoecimento, ao contrário, compromete a capacidade funcional, impedindo-os de exercer suas funções trabalhistas, independente de quais sejam estas, e manterem-se ativos (Freitas, Queiroz e Sousa 2010; Biasus, Demantova e Camargo 2011).

#trabalhei #muito. até #hoje estou saudável, #gracias_a_deus. #trabalhando, #trabalhando pra #me_manter_saudável, pra #trabalhar pra #meus #filhos, #meus #netos.

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

De acordo com estudo desenvolvido por Zeidi Araújo Trindade e colaboradores (2011), o trabalho contribui para o cuidado com a saúde, pois além de possibilitar a dignidade, fornece recurso financeiro para a busca desse cuidado, e o adoecimento pode causar mais dor e sofrimento por incapacitar a pessoa para as suas atividades laborais (Almeida e Santos 2011). Embora o trabalho seja condição central para a vida de muitos idosos por ter sido algo que aconteceu precocemente em suas vidas, nem toda atividade é salutar. Assim, necessita-se olhar com afinco as condições de trabalho, a fim de

garantir segurança e manutenção da integridade física para os mesmos (Sá et al. 2011).

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

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

Todas estas informações aqui discutidas, congregadas as outras categorias mais periféricas expostas no Quadro 1, como *alimentação, família, higiene, amizade*, entre outras, refletem a preocupação em manter hábitos de vida o mais saudável possível, já que haverá influência direta no viver bem, aliando a fé em Deus e na medicina, que pode curar os males do corpo, como relatado. Assim, tem-se um estereótipo de saúde ameaçada, mas que com a ajuda da ciência, de determinados cuidados adquiridos desde outrora - como apontou a Classe 3 do Dendrograma - e da supremacia divina, previne-se o adoecimento e alavanca-se a vida.

Saúde e bem estar, plenos, decorrem de práticas do idoso, distintas e complementares: o seguimento de ensinamentos e prescrições médicas somente não daria conta da necessidade de melhoria na saúde afetada, até mesmo pelas limitações de cada um. Por isso mesmo, cuidados domésticos adquiridos muitas vezes desde a juventude, surgem como de grande valia para melhoria da situação de saúde. Observa-se então que o universo reificado caracterizado pelo conhecimento científico que auxilia os idosos quando da instalação de patologias que ameaçam a vida, de acordo com as representações sociais dos mesmos, constrói-se ao lado do universo consensual, adquirido através da cultura popular perpassada a partir dos familiares e coletividade, remetendo-os a juventude e ao seu passado.

Serge Moscovici (2009, p. 25) discutiu esta questão partilhando que as representações sociais não são apenas difusas no senso comum e concernem todos os aspectos da vida de uma minoria, apoiando-se sobre a “autoridade da

tradição” e sobre a ciência. Assim sendo, as representações dos idosos acerca da saúde ancoram-se nesta complementaridade de cuidar-se através de práticas domiciliares quando não há risco eminente e buscar o profissional médico para curativismo quando a situação parece ser mais complicada do que de costume.

Representações sociais de gripe

No tocante às representações da gripe para os idosos, o Quadro 2 apresentou a divisão das categorias segundo a frequência e a ordem média. O núcleo central das representações compôs-se dos elementos *febre*, *medidas caseiras* e *remédio*. O sentido de tais subsídios, apresentados no Quadro 3 pelos eixos temáticos, revela que a gripe foi considerada uma doença de evolução rápida, manifestada por sintomas simples que podem ser amenizados através do autocuidado ou mesmo por medidas caseiras, remetendo à ideia de cura sem a instalação de complicações tão comuns para o grupo. Em último caso, quando estas ocorrem, aí sim se utilizam de medicações para tratamento mais imediato.

A categoria febre, sinal frequente para aquele que adquire o vírus influenza, indica a noção dada para a gripe pelos participantes: não parece uma doença ameaçadora, já que a febre pode ser indício de inúmeras patologias. Além disso, esse sintoma geralmente é passível de melhora com analgésicos automedicáveis. Esse é um fato que faz jus a destaque, já que a febre em idosos merece investigação, de acordo com Milton Luiz Gorzoni e colaboradores (2010). Os autores sugerem que muitas das doenças infecciosas apresentam-se afebris em pessoas com mais de 60 anos por diversos motivos, e que o sinal de febre pode indicar maior gravidade, por isso mesmo a temperatura deve ser monitorada para evitar diagnósticos tardios ou equivocados.

gripe é a gente se #cuidar. vindo a gripe, logo a gente já #vai #procurando #recurso, porque #pra tudo #tem solução. a gente #procura solucionar esse #problema #pra não #estar dando #trabalho aos outros.

a #gripe não consegue me dominar não. eu nunca mais #gripei não, há uns #dez #anos eu nunca mais peguei #gripe #nenhuma não, jamais.

Por ser a gripe um risco a que todos estão expostos, sendo amplamente conhecida entre as pessoas, um estudo revelou que a mesma é considerada como uma das patologias menos assustadoras e com consequências menos severas (Camilo e Lima 2010), o que explica a dimensão dada pelos entrevistados para a doença. Acrescenta-se também que a infecção da gripe pode ser confundida com muitas outras de curso mais simples, incluindo o resfriado, o que influencia nesta representação (Ferrer et al. 2009).

Integrando o núcleo central das representações de gripe verificamos que diversas medidas caseiras para cura e prevenção da patologia se fizeram presentes. De acordo com os idosos participantes, há simples maneiras de melhorar a saúde quando houver infecção por *Influenza* e até mesmo evitar sua instalação e evolução, como o uso de frutas ricas em vitamina C, chás, higiene pessoal, entre outras, que se encontram indicadas na Classe 4 do Dendrograma. Os trechos a seguir exemplificam tais considerações:

O segredo pra #evitar_a_gripe é sempre uma #vitamina, um #suco de #laranja, comer bem, não abusar com #gelo, no calor não #tomar algo super gelado, vai estourar a #garganta pelo menos.

#gripe, eu #já tenho o remédio #certo pra #tomar. o remédio que eu sempre #tomo é #mel de abelha com babosa. pra #evitar_a_gripe eu não #tomo #água muito #gelada e não tenho mais #nenhum #cuidado.

No tocante as práticas populares que figuram no campo saúde-doença de idosos, Maria de Fátima Domínguez (2010) discorreu que são variadas as estratégias utilizadas pelos mesmos para obter a cura para determinadas doenças, sejam elas as primeiras e/ou únicas medidas, sejam complementares às práticas da biomedicina. Assim, os mesmos não prescindem recorrer ao saber médico ou ao conhecimento médico-popular, confiando nos dois modos a depender do caso.

Outro estudo realizado com a população idosa entendeu que a gripe está entre as doenças em que estes mais se utilizam de plantas e outros preparados caseiros para tratamento e cura (Britto et al. 2007). Mesmo assim, no núcleo central encontramos também a categoria remédio, porém este se referia mais especificamente aos comprimidos alopáticos adquiridos em farmácias ou unidades de saúde para melhoria dos sintomas da doença, quando estes se faziam presentes e as alternativas caseiras não surtiam o efeito desejado.

Na periferia próxima situaram-se as categorias *consequências, dificuldade respiratória, doença, dor, inapetência, indisposição e tosse*, resultando no eixo temático agravamento e complicações decorrentes da infecção pelo vírus causador da gripe. Isso demonstra que embora a maioria não tenha experienciado a doença em sua manifestação mais grave, com as consequências e danos possíveis para a saúde, corroboram que isto pode ocorrer, principalmente quando a senescência acontece. Por este motivo, temem a doença, e buscam evitá-la pelas medidas caseiras já expostas, a fim de que não haja possibilidade para a instalação da mesma, num intercâmbio constante destes elementos com o núcleo central. A literatura refere que a adesão a medidas preventivas da gripe acontece exatamente em idosos com hábitos prejudiciais à saúde ou com piores condições da mesma (Lima-Costa 2008).

#gripe é a #tosse, eu não gosto. eu #não_costumo_gripar, é #difícil eu #gripar. mas eu tenho #medo da #gripe, da #tosse. faz #tempo que #gripei. pra #evitar_a_gripe eu #tomo #logo um #chá, faço #logo um #chá de um #bocado de remédio que eu tenho, remédio #caseiro que eu faço, #alho com #limão, #limão com #mel, e um #remedinho que eu tenho ali.

#gripe, tenho #medo de cair_na_cama, porque eu tive uma #gripe aí que eu quase_morri.

Cabe ressaltar que a medicina vem evoluindo bastante, e toda a problemática decorrente da terceira idade e da gripe já encontrados advém também desta evolução do conhecimento científico, que relaciona fatos e explica determinados fenômenos antes vistos como inexplicáveis ou

inevitáveis. Sendo as representações sociais mutáveis e dinâmicas, constituindo um tipo de realidade (Moscovici, 2003), aquilo que é socialmente partilhado pelos idosos hoje poderá ser modificado com o passar do tempo, sofrendo as influências das descobertas da ciência.

Talvez por este motivo tenhamos percebido que a gripe é algo que já não amedronta os senis, tanto que a maioria referiu não gripar com frequência. O seu agravamento, bem como as possíveis complicações, podem causar temor, embora pareçam distantes de ocorrer no âmbito individual. Assim, de acordo com os relatos, o serviço de saúde não deve ser procurado em casos de gripe, pois por ser uma patologia leve, não merece atenção médica. Estes serviços devem ser buscados quando realmente há ameaça à saúde, ou quando a gripe se agrava, conforme expõe a classe 5 do Dendrograma.

As demais categorias dos quadrantes restantes que compõem o Quadro 2 relacionam a prevenção e cura da gripe, bem como as suas causas. Destaca-se como a vacina contra a gripe é vista pelos participantes. Por ser esta uma tecnologia ainda recente, já que só foi implementada no serviço público em 1999 (Prass et al. 2010), ainda não se encontra cristalizada na centralidade das representações sociais de gripe, porém já desponta como algo que permeia estas, inclusive devido à adesão ou não a ela, mesmo que a utilizem para prevenir a doença, como no estudo de Maria Aparecida Müller Vilarino e colaboradores (2010).

Muitos dos idosos que fizeram uso da vacina afirmaram a sua eficácia, alegando que a gripe já não mais acontece desde que o imunobiológico foi utilizado, embora alguns elementos causadores da enfermidade se fizessem presentes. Outros estudos (Geronutti, Molina e Lima 2008; Santos e Oliveira 2010) encontraram resultados semelhantes, nos quais apenas aproximadamente 6% de idosos referiram adoecer de gripe após o uso da vacina influenza, tendo intensidade sintomatológica fraca, além de pouco conhecimento no que tange a temática, como pode também ser percebido pelos trechos descritos adiante.

#gripe tem que #evitar. eu #não_costumo_gripar. eu costumava #gripar, mas depois da #vacina não #gripo mais. eu #passo #ano sem

#gripar. o que eu sinto é um resfriado, não #gripe, é um dia, dois. pra #evitar_a_gripe os #cuidados que eu #tomo só são #tomar #vacina, não perder a #vacina #em #nenhuma campanha, e eu #evito muito o #gelo também, coisa #gelada.

fazem #dez #anos que eu #tomo, e se eu não #tomar #já me dá #logo #gripe. e esses #tempos eu ando #em #sereno de #chuva e tal, e eu não tô #nem aí que eu não #gripo mesmo porque #tomei a #vacina. eu #não_costumo_gripar. agora mesmo eu estou um pouquinho #gripada, mas depois da #vacina a gente não #gripa como gripava antes de #tomar a #vacina. #gripo de ano_em_ano, mas não #vem forte.

As representações sociais da gripe encontram-se, então, pautadas na ideia de que a doença é algo simples que pode ser facilmente evitada e tratada, muito embora ainda haja pouca informação sobre as diferenças entre a gripe, o resfriado comum e outras doenças respiratórias. Os participantes ancoram-se na ideia de que prevenir a gripe é o melhor a fazer, principalmente através de medidas caseiras que se acham ao alcance de todos. A objetivação ocorre pela associação de medicações alternativas caso a patologia se instale para tratá-la e curá-la, evitando assim a sua evolução.

A vacina contra a gripe pareceu algo importante para a prevenção, já que refletiram positivamente acerca da administração da mesma, sendo este elemento algo que vem sendo assimilado nas representações, possivelmente encaixando-se como familiar para permear as representações dos idosos futuros.

CONCLUSÕES

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciaram que os idosos buscam cuidar-se através de medidas caseiras, do uso de medicamentos e mesmo pela adesão a diversas condutas orientadas pelo profissional de saúde que os acompanham, não havendo diferenças nas representações por ser mais jovem ou mais velho. A não diferenciação dos resultados conforme subgrupo etário nos levou à opção de relatar e analisar os dados de forma conjunta. O fato de estar ou não saudável foi atribuído à responsabilidade de Deus. A

passagem para a velhice os remete a uma ideia do fim da vida, estando eles a esperar pelo chamado divino que marcaria a conclusão do ciclo vital.

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

No que diz respeito à gripe, esta não parece ser representada como uma doença, pois os sintomas geralmente são considerados brandos e tratáveis com medidas caseiras. Apenas as complicações decorrentes da gripe os assusta, o que exige certa cautela para que a mesma não se instale. Percebemos que mesmo não estando situada como o centro da representação, a vacina contra a gripe em muito influencia nesta, pois citaram ter sido após a implementação da mesma, com adesão da comunidade, que a gripe deixou de ser uma ameaça para este grupo, muito embora não soubessem diferenciar a doença de um resfriado comum, por vezes confundindo-os.

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

REFERÊNCIAS

Almeida, Ângela Maria de Oliveira y Maria de Fátima de Souza Santos. 2011. Representações Sociais masculinas de saúde e doença. Em *Masculinidades e práticas de saúde*, orgs. Zeidi Araújo Trindade, Maria Cristina Smith Menandro e Célia Regina Rangel Nascimento, 99-128. Vitória: GM Editora.

Araujo, Telma Maria Evangelista, Fabíola Santos Lino, Dayse Joanne Coutinho do Nascimento y Francisca Sara Rodrigues da Costa. 2007. Vacina contra Influenza: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos em Teresina. *Rev Bras Enferm* 60, no. 4:439-43.

Banhato, Eliane Ferreira Carvalho y Danielle Viveiros Guedes. 2011. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Estudos de Psicologia* 28, no. 2: 143-151.

Biasus, Felipe, Aline Demantova y Brigido Vizeu Camargo. 2011. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em Psicologia* 19, no. 1: 319-336.

Brasil, Ministério da Saúde. 2011. *Painel de Indicadores do SUS nº7: Saúde do Idoso - Causas de mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brito, Annie Mehes Maldonado y Brigido Vizeu Camargo. 2011. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia* 19, no. 1: 283-303.

Britto, Vilma Lúcia M. Quirino, Renata Ferreira de Resende, Neire Moura de Gouveia, Fabrícia Caetano do Amaral, Elberth Henrique M. Teixeira, Wilson Felipe Pereira y Foued Salmen Espíndola. 2007. Plantas medicinais e fitoterápicos no contexto da academia, governo e organizações da sociedade civil: exemplo de iniciativas populares no município de Uberlândia. *Rev. Ed. Popular* 6: 93-101.

Camargo, Brigido Vizeu. 2005. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em *Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais*, org. Antônia Silva Paredes Morerira, 511-539. João Pessoa: Ed. Universitária.

Camargo, Brigido Vizeu, Pedro Humberto Farias Campos, Tatiana de Lucena Torres, Giovana Delvan Stulher y Maria Eliane Liégio Matão. 2011. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia* 19, no. 1: 179-192.

Camilo, Cristina y Maria Luisa Lima. 2010. No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Rev Port Saúde Pública* 28, no. 2:140-154.

Carvalho, Emmanuella Maussara Rocha de Carvalho, Juliana Rosa Garcês, Ruth Losada de Menezes y Elisângela Cristiane Fontoura da Silva. 2010. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 13, no. 1:7-16.

Dias, Juliana Araujo, Cristina Arreguy-Sena, Paulo Ferreira Pinto y Luciene Carnevale de Souza. 2011. Ser idoso e o processo do envelhecimento:saúde percebida. *Esc Anna Nery* 15, no. 2: 372-379.

Dip, Renata Maciulis y Marcos A. S. Cabrera. 2010. Influenza vaccination in non-institutionalized elderly: a population-based study in a medium-sized city in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 26, no. 5: 1035-1044.

Domínguez, Maria de Fátima. 2010. Recurso à medicina popular. *ETNICEX Revista de Estudos Etnográficos*, no. 1: 61-78.

Duarte, Raquel M. Ramalheira y Maria Rita Donalísio. 2009. Eventos adversos após vacinação contra influenza em população institucionalizada, Campinas-SP, Brasil, 2004. 2009. *Epidemiol Serv Saúde* 18, no. 2: 171-178.

Espíndula, Daniel Henrique Pereira, Alexandre Cardoso Aranzedo, Zeidi Araujo Trindade, Maria Cristina Smith Menandro, Milena Bertollo y Rafaela Kerckhoff Rölke. 2006. “Perigoso e violento”: representações sociais de adolescentes em conflito com a lei em material jornalístico. *Rev Psicologia Vetor Edit* 7, no. 2: 1-20.

Ferrer, Alejandro Villena, Juan Manuel Téllez Lapeira, Maria Candelaria Ayuso Raya, Isabel Ponce García, Susana Morena Rayo y Miriam Martínez Ramírez. 2009. Cinco preguntas clave en la Gripe: Una Revisión de Guías. *Rev Clín Med Fam* 2, no. 8: 412-425.

França, Inácia Sátiro Xavier, Déborah Danielle Tertuliano Marinho y Rosilene Santos Baptista. 2008. Infecções respiratórias em idosos e vacinação anti-influenza: índices de morbi-mortalidade. *Rev Rene* 9, no. 3: 52-61.

Freire, Sueli Aparecida y Marineia Crosara de Resende. 2001. Sentido de vida e envelhecimento. Em *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*, org. Anita Liberalesso Neri, 71-97. Campinas: Papyrus.

Freitas, Maria Célia, Terezinha Almeida Queiroz y Jacy Aurélia Vieira de Sousa. 2010. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP* 44, no. 2: 407-412.

Geronutti, Dileiny Antunes, Ana Claudia Molina y Silvana Andréa Molina Lima. 2008. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. *Texto Contexto Enferm* 17, no. 2: 336-341.

Gorzoni, Milton Luiz, Sueli Luciano Pires y Lílian de Fátima Costa Faria. Temperatura basal em idosos asilados. 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 13, no.2: 173-178.

Homma, Akira, Reinaldo de Menezes Martins, Maria da Luz Fernandes Leal, Marcos da Silva Freire y Artur Roberto Couto. 2011. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Cienc Saúde Coletiva* 16, no. 2: 445-458.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2010. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 10 abril 2011.

Jagger, Carol, Clare Gillies, Francesco Moscone, Emmanuelle Cambois, Herman Van Oyen, Wilma Nusselder y Jean-Marie Robine. 2009. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet* 372: 2124-2131.

Jodelet, Denise. 2005. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Joia, Luciene Cristina, Tânia Ruiz e Maria Rita Donalísio. 2007. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 41, no. 1:131-138.

Jovchelovitch, Sandra. Representações Sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão em Psicanálise, sua Imagem e seu Público. Em *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*, org. Almeida, Ângela Maria de Oliveira, Maria de Fátima de Souza Santos y Zeidi Araujo Trindade, 159-176. Brasília: Technopolitik.

Kronberger, Nicole y Wolfgang Wagner. 2002. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. Em *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, org. Martin W. Bauer y George Gaskell, 416-441. Petrópolis: Vozes.

Leite, Marinês Tambara. 2009. Envelhecimento humano: novas e velhas demandas no campo da saúde. Em *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva*, org. Loiva Beatriz Dallepiane, 95-105. Ijuí: Unijuí.

Lima-Costa, Maria Fernanda. 2008. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública* 42, no. 1: 100-107.

Lindolpho, Mirian da Costa, Selma Petra Chaves Sá y Lorena Marisa Volkens Robers. 2009. Espiritualidade/religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. *Em extensão* 8, no. 1: 117-127.

Lucchetti, Giancarlo, Alessandra L. Granero, Fernando Nobre y Álvaro Avezum Junior. 2010. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens* 17, no. 3: 186-188.

Luna, Geisy Lanne Muniz, Luiza Jane Eyre de Souza vieira, Priscilla Freire de Souza, Samira Valentim Gama Lira, Deborah Pedrosa Moreira y Aline de Souza pereira. 2011. Aspectos relacionados à administração e conservação de

vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 16, no. 2: 513-521.

Menandro, Maria Cristina Smith, Zeidi Araújo Trindade y Ângela Maria de Oliveira Almeida. 2010. *Gente jovem reunida: representações sociais de adolescência/juventude em textos jornalísticos*. Vitória: GM Editora.

Morais, Eliane Pinheiro, Rosalina Aparecida partezani Rodrigues y Tatiana Engel Gerhardt. 2008. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm* 17, no. 2: 374-383.

Moscovici, Serge. 2009. Preconceito e Representações Sociais. Em *Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*, org. Almeida, Ângela Maria de Oliveira y Denise Jodelet, 17-34. Brasília: Thesaurus.

Moscovici, Serge. 2003. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

Nascimento, Adriano Roberto Afonso, Zeidi Araujo Trindade, Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento, Fernanda Bicalho Pereira, Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva y Alessandra Craig Cerello. 2011. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. *Saúde e Sociedade* 20, no.1: 182-194.

Oliveira, Denize Cristina, 2011. A teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. Em *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*, org. Almeida, Ângela Maria de Oliveira, Maria de Fátima de Souza Santos y Zeidi Araujo Trindade, 585-623. Brasília: Technopolitik.

Oliveira, Denize Cristina, Sérgio Correia Marques, Antonio Marcos Tosoli Gomes y Maria Cristina Trigueiro V. Teixeira. 2005. Análise das evocações livres: uma Técnica de Análise Estrutural das Representações Sociais. Em *Perspectivas Teórico-Metodológicas em Representações Sociais*, org. Antonia Silva Paredes Moreira, 573-603. João Pessoa: UFPB.

Pahahyba, Maria Isabel, Renato Veras y David Melzer. 2005. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 39, no. 3: 383-391.

Piacentini, Sabrina e Luciana Contrera-Moreno. 2011. Eventos adversos pos-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). *Cienc Saúde Coletiva* 16, no. 2: 531-536.

Prass, Luise, Honório Sampaio Mendes, Milena Pacheco Abegg, Miriana Basso Gomes, Wellington Cesar de Souza y Silvia Letícia Bacchi Cirino. 2010. Efetividade da vacina contra influenza em idosos em Porto Alegre. *Rev da AMRIGS* 54, no. 4: 388-392.

Ramírez, Alexandra Porras, Alejandro Rico Mendoza, José Moreno Montoya, Karol Cótes, Juan Diego López, Diana Herrera, Gloria Re y Fernando de la Hoz. 2009. Mortalidad asociada con las temporadas de mayor circulación de los virus de La influenza en Bogotá, Colombia, 1997–2005. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 26, no. 5: 435-439.

Rebouças, Mônica, Marília Miranda Forte Gomes, Marina Guimarães Paes de Barros, Fabiane Vaz, Maurício Gomes Pereira, Luiz Roberto Ramos. 2011. *Diferença entre perfis de brasileiros idosos no início dos anos 2000*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar.

Reinert, Max. 1990. ALCEESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. *Bulletin de Methodologie*, no. 26: 24-54.

Reis, Priscilleyne Ouverney y Márcia Regina Nozawa. 2007. Análise do programa de vacinação de idosos de Campinas, SP. *Cienc Saúde Coletiva* 12, no. 5: 1353-136.

Sá, Celso Pereira de. 2002. *Núcleo Central das Representações Sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes.

Sá, Claudia Maria da Silva, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, Célia Pereira Caldas, Márcia Tereza Luz Lisboa y Kelly Fernanda Assis Tavares. 2011. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. *Cogitare Enferm* 16, no. 3: 536-542.

Santos, Zênia Monteiro Guedes, Maria Liz Cunha de Oliveira. 2010. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009. *Epidemiol Serv Saúde* 19, no. 3: 205-216.

Shiratori, Kaneji, Marcelli Shiratori Teixeira, Tadeu Lessa Costa, Erivan Silva de Lyra, Luciana da Siva Lanzillotti, Gláucia Alexandre Formozo, Ana Cássia Mendes Ferreira y Thiago Alves Cavalcanti. 2006. Direitos dos idosos. Em *Gerontologia: atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento*, org. Nélia Maria Almeida de Figueiredo y Teresa Tonini, 295-358. São Caetano do Sul: Yendis Editora.

Stum, Eniva Miladi Fernandes, Daiana Zambonato, Rosane Maria Kirchner, Loiva Beatriz Dallepiane y Evelise Moraes Berlezi. 2009. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 12, no. 3: 449-461.

Teixeira, Jorge Juarez Vieira y Fernando Lefèvre. 2008. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cienc Saúde Coletiva* 13, no. 4: 1247-1256.

Toneli, Maria Juracy Filgueiras y Rita de C. Flores Müller. 2011. A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero

nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. Em *Masculinidades e práticas de saúde*, orgs. Zeidi Araújo Trindade, Maria Cristina Smith Menandro e Célia Regina Rangel Nascimento, 79-97. Vitória: GM Editora.

Trindade, Zeidi Araujo, Maria Cristina Smith Menandro, Célia Regina Rangel Nascimento, Mirian Béccheri Cortez y Eduardo Coelho Ceotto. 2011. A saúde do homem: contribuições para o cuidado. Em *Masculinidades e práticas de saúde*, orgs. Zeidi Araújo Trindade, Maria Cristina Smith Menandro e Célia Regina Rangel Nascimento, 201-213. Vitória: GM Editora.

Veras, Renato Peixoto. 2009. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 43, no. 3: 548-554.

Veras, Renato Peixoto y Célia Pereira Caldas. 2009. A promoção da saúde de uma população que envelhece. Em *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva*, org. Loiva Beatriz Dallepiane, 57-80. Ijuí: Unijuí.

Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Denizar Viana Araujo y Rosana Kuschniere Walter Mendes. 2008. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saúde Coletiva* 10, no. 3: 355-370.

Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Flávia Dantas Coelho y Maria Angélica Sanchez. 2007. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 13, no. 4: 1119-1126.

Vilarino, Maria Aparecida Müller, Marta Julia Marques Lopes, Andre Luis Machado Bueno y Maria Regina Varnieri Brito. 2010. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. 2010. *Cienc Saúde Coletiva* 15, no. 6: 2879-2886.

Vilarino, Maria Aparecida Müller y Marta Julia Marques Lopes. 2008. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. *Estud interdiscip envelhec* 13, no. 1: 63-77.

World Health Organization - OMS. 2007. *The top ten causes of death*. Fact sheet, no. 310.

Waldman, Eliseu Alves, Karin Regina Luhm, Sandra Aparecida Moreira Gomes Monteiro y Fabiana Ramos Mantin de Freitas. 2011. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. *Rev Saúde Pública* 45, no. 1: 173-184.

Zago, Anderson Saranz. 2010. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 13, no. 1: 53-158.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos das Representações Sociais permitem uma nova forma de olhar, entender e interpretar fenômenos sociais, ajudando a compreender porque as pessoas fazem o que fazem. Este estudo constitui, do ponto de vista conceitual, um conhecimento e um saber que desvenda as práticas de saúde e cuidado pelo ser idoso. O significado atribuído remete para a esfera individual enquanto algo conhecido/desconhecido, pois ao falar sobre a temática, as manifestações discursivas retrataram vivências pessoais orientadas pelo senso comum e que não deixam de levar em conta o conhecimento reificado, apreendido através das orientações dos profissionais de saúde que prestam atendimento nas unidades básicas e em outras instituições. Os cuidados em saúde foram representados de acordo com as experiências da vida, expressando emoções, sentimentos e explicações para a efetivação das práticas que adotam.

Objetivamos com este trabalho analisar as Representações Sociais dos cuidados em saúde, especialmente os preventivos, para idosos domiciliados em Petrolina-PE. Desta forma, encontramos que diferentes características podem atuar influenciando as representações, que são próprias de cada um segundo as suas crenças e, conseqüentemente, atitudes. Assim, cada um dos artigos respeitou particularidades, desvelando os mitos que envolvem todo este processo.

A realidade sobre as questões de pesquisa, os objetivos e os achados analisados à luz da TRS demonstraram que os idosos representam a sua própria saúde como problemática e necessitada de cuidados, principalmente as mulheres, sendo estes realizados através de medidas individuais ou por meio da ciência, como percebido por outras pesquisas (LOUVISON et al., 2008; FERNANDES et al., 2009). Embora em sua maioria não estivessem se sentindo doentes ou limitados, admitiram que diversos fatores ligados às atitudes no decorrer da vida culminaram em situações que no idoso determinaram dificuldades, sendo a velhice desencadeadora destas.

A saúde representada como sinônimo de alegria para os que se encontravam bem, sendo a sua ausência motivo de preocupação pela

impossibilidade da autonomia, consistindo a velhice como positiva e que não estava revolvida por dificuldades. Objetivam que os cuidados especializados são necessários, mesmo na presença de patologias crônicas, no uso do medicamento prescrito, na centralidade do médico para auxiliar na manutenção da saúde, no reconhecimento do medicamento como essencial, na adesão ou não aos medicamentos e aos cuidados com a saúde.

Interessante observar que os participantes depositam nos profissionais médicos grande confiança, inclusive de cura de alguns males crônicos, apostando ser o saber médico infalível. No entanto, a busca por cuidados médicos, embora acreditem ser preventiva, ocorre especialmente quando da instalação de patologias e os tratamentos no ambiente domiciliar por medidas da medicina alternativa não surtiram efeito.

Ancoram na influência da fé a construção imagética de Deus, ligando a este o encargo de ter ou não saúde muito mais do que pelos hábitos de vida de cada um, bem como a certeza de que este possibilita a cura de doenças, o que também é bastante peculiar ao idoso, pois vários estudos identificaram que a fé encontra-se muito mais presente quando se chega à terceira idade (LUCCHETTI et al., 2010; LINDOLPHO, SÁ e ROBERS, 2009; TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2008). Mesmo assim, é interessante notar também que os cuidados em saúde são conhecidos pela maior parte dos participantes, em especial aqueles relacionados aos hábitos cotidianos, muito embora a maioria dos grupos não os praticassem.

Conquanto existissem dificuldades para adesão às orientações médicas, do ponto de vista do gênero, as mulheres apresentam-se com maior facilidade na tentativa de manter tangível estes cuidados. Já os homens focalizaram as melhorias no campo alimentar e de movimento do corpo – incluindo atividades laborais, realizando-as em maior escala, e como não se sentem doentes, não estariam necessitados de acompanhamento regular por profissional de saúde.

Corroborando outros estudos (LIMA-COSTA, 2008; NASCIMENTO et al., 2009) os idosos participantes que costumam adotar a prevenção contra a gripe através da vacina anual foram aqueles mais velhos, geralmente com maiores

problemas de saúde, enquanto que os idosos mais jovens pareceram aderir em menor escala. Este resultado reflete que a preocupação com fatores inerentes à saúde amplia-se à medida que se torna mais suscetível ao desgaste físico. Ligando-se a isto, percebeu-se que quanto mais idoso, mais inativo. No entanto, chegar à terceira idade e não ficar ocioso, especialmente quando se mantêm as funções de trabalho e provimento ao lar e à família, permite que as pessoas se sintam invulneráveis, diferentemente da ideia enraizada no senso comum de que este período da vida é problemático. Vê-se então demonstrado que novos fatores vêm sendo incorporados às representações sociais.

As práticas preventivas, em especial a imunização contra a gripe começam a fazer parte das representações, sendo vistas como efetivas para o fim a que se destinam da precaução de doenças, mérito conseguido pela atuação das equipes de saúde em épocas anteriores à campanha, na qual ocorre a educação em saúde dos idosos. Porém, não se pode deixar de enfatizar que mesmo dentre aqueles que costumam aderir, a vacina ainda é motivo de inquietação pelas possíveis reações que podem causar, muito embora a literatura descreva que estas são pouco frequentes (PEREIRA et al., 2011; REIS e NOZAWA, 2007). As representações sociais de cuidados em saúde ainda não admitem que a temática ligada à vacina apresente centralidade, mesmo já tendo sido incorporado à periferia. Destarte, percebe-se que novos instrumentos estão sendo assimilados, influenciando nas representações e, conseqüentemente, nas práticas. Talvez este fator explique a menor dificuldade atual em atingir as metas propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro, embora muito ainda necessite ser feito.

Para os idosos a gripe é considerada uma doença sem maiores complicações, foi representada como composta por manifestações simples aliviadas no próprio domicílio, não sendo tratada como uma ameaça. Também revelaram a prática de cuidados simples durante o decorrer do ano para evitá-la, demonstrando pouca informação sobre o que ela realmente pode causar se houver a instalação de complicações.

Mesmo com todas as dificuldades e dicotomia observada entre o fazer e o falar, consideramos que os grupos investigados preocupam-se em manter

determinados cuidados com a saúde a fim de perpetuarem a própria existência. No entanto, para a efetivação de um cuidado preventivo, é necessário investir na educação em saúde como estratégia para o avanço da atenção ao idoso, respeitando os saberes individuais e introduzindo aos poucos informações que possam ser colocadas em prática no intuito de auxiliar às condições de vida e saúde, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida dos senis.

Muitos dos cuidados preventivos não eram praticados pelos idosos por falta de conhecimento sobre o assunto. Antes, vários aspectos que atualmente são tratados como fatores de risco, incluindo a própria alimentação, que baseava-se na ingestão de mantimentos gordurosos e/ou calóricos, eram incentivados e perpassados pelas gerações como algo que fazia bem, sendo necessário redimensionar este saber para proporcionar conhecimentos sobre o que é, de fato, promover à saúde e prevenir doenças.

Concluimos que as Representações Sociais dos cuidados em saúde para os grupos investigados ancoram-se nos universos consensual, por meio de medidas gerais que costumam realizar cotidianamente e que aprenderam durante a sua vida; e no universo reificado, através dos cuidados médicos prescritos e orientados, julgando importante o cruzamento destes dois às práticas e vivências, daí porque representam-no como necessários e pragmático, que possibilita além da manutenção da vida, a melhoria da sua qualidade, uma maneira de ajudar-lhes a entender melhor tudo que decorre junto com a senescência.

A objetivação diante destes cuidados ocorreu através da imaginação deles mesmos enquanto idosos saudáveis - produto do cuidado em saúde, delineados por Deus, pelas tradições familiares e pelo médico, facilitando a ideia do que sejam estes cuidados: propiciadores da manutenção da vida e das atividades cotidianas junto à família e ao trabalho. Esquemáticamente, as representações situam-se da seguinte forma:

Cuidados em saúde	Ancoragem	Vivências pessoais	Senso Comum
			Universo reificado
	Objetivação	Imagem	Idoso saudável

Para os grupos estudados, o núcleo central das representações, independente da categoria a que os(as) participantes pertençam, estaria pautado nos saberes coletivamente partilhados pela cultura do que seja cuidar em saúde, ou seja, os aspectos populares desse cuidar, exercido em casa pela medicina alternativa, buscando auxílio profissional quando não se resolvem os problemas pelo autocuidado, acreditando que esta prática seja chamada de prevenção. As suas crenças e experiências são sempre ladeadas pelos conhecimentos científicos, sendo estes tidos como garantia do restabelecimento físico.

A efetivação deste trabalho via Teoria das Representações Sociais permitiu-nos aprofundar, através dos métodos de análise adotados, os elementos constituintes das representações sociais dos cuidados em saúde para os diferentes grupos de idosos. Apreendemos, através do discurso manifesto, as contradições e ambivalência que trafegam entre os saberes práticos do senso comum e a necessidade de procurar os profissionais munidos do saber científico. Percebemos ainda que as representações sociais aqui apresentadas modelam-se na complexidade das determinações econômicas, sociais e educacionais que imperam no país e, em especial, na região.

Diante do exposto, entendemos a importância desta pesquisa para os(as) gestores(as), no sentido de compreenderem que não basta criarem programas assistenciais, é preciso viabilizar de forma concreta a sua prática em consonância com os princípios do SUS, valorizando o conhecimento prático ao educar em saúde; para os grupos investigados e suas famílias, uma vez que revela a aceitação ou não dos cuidados administrados para melhoria da saúde, embora as informações e conhecimento acerca da temática ainda sejam insuficientes; para os profissionais de saúde, que precisam adequar-se à

necessidade de subsídios para os idosos, auxiliando-os a agirem com propriedade, considerando que estes, ao conhecerem os problemas que interferem na sua vida e saúde, podem exercer um maior controle, melhorando inclusive a qualidade da assistência prestada, que se revelou precária. A análise desta pesquisa nos leva a inferir que é no espaço da prática, englobando todas as condições entre o real e o ideal, que se demarca o lócus potencial das mudanças.

REFERÊNCIAS

CORREA, Mariele Rodrigues; FRANÇA, Sônia Aparecida Moreira; HASHIMOTO, Francisco. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 219-238, 2010.

DIAS, Juliana Araújo et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.372-379, 2011.

FERNANDES, Maria das Graças Melo et al. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 13, n. 2, p. 13-20, 2009.

FERREIRA, Camomila Lira et al. Velhice e projetos de vida: um estudo com idosos residentes no município de Natal/RN, Brasil. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 165-175, 2010.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, Itatiba, v. 3, n. 15, p.357-364, 2010.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.100-107, 2008.

LINDOLPHO, Mirian da Costa; SÁ, Selma Petra Chaves; Robers, Lorena Marisa Volkers. Espiritualidade/religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **Em extensão**, Uberlândia, v. 8, n. 1, p.117-127, 2009.

LOURENÇO, Roberto Alves et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.311-318, 2005.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 24, p.189-194, 2008.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p.186-188, 2010.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, Eliana Fátima de Almeida et al. Cobertura vacinal dos idosos de um grupo de convivência da Universidade de Taubaté, São Paulo, Brazil. **REUOL**, Recife, v. 3, n. 3, p.82-85, 2009.

PEREIRA, Talita Siemann Santos et al. Estudo dos efeitos adversos e do efeito protetor da vacina contra influenza em idosos vacinados pela rede pública no município de Tubarao, Estado de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 1, p.48-52, 2011.

REIS, Priscilleyne Ouverney; NOZAWA, Márcia Regina. Análise do programa de vacinação de idosos de Campinas, SP. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p.1353-136, 2007.

SCHWANKE, Carla Helena Augustin; PEREIRA, Adriane Miró Viana Benke; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Contextualizando a Geriatria e a Gerontologia n século 21. In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz. **Envelhecimento humano: campo de saberes e saúde coletiva**. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 33-56.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFÈVRE, Fernando. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p.1247-1256, 2008.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.548-554, mai. 2009.

VILARINO, Maria Aparecida Müller et al. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2879-2886, 2010.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Theresa Cristina da Cunha Lima Gama, Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Extensão do convênio instituído entre a Secretaria de Saúde do Município de Petrolina/PE e a Universidade Federal do Vale São Francisco – UNIVASF, autorizo Susanne Pinheiro Costa e Silva, docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF e aluna do Doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, a coletar os dados da pesquisa intitulada: “Representações Sociais de idosos acerca da vacina antigripal Influenza”, alocado no Centro de Saúde Yolanda Rabelo deste município, vinculado a Secretaria de Saúde local. A pesquisa não irá proporcionar ônus para o município.

Declaro ainda estar ciente da natureza, dos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Petrolina, 10 de Agosto de 2010.

Theresa Cristina da Cunha Lima Gama
Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina-PE
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Extensão SMS - UNIVASF

ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Andamento do projeto - CAAE - 4478.0.000.441-10				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Título do Projeto de Pesquisa</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Saúde, doença e imunização: um estudo de representações sociais com idosos</div>				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	02/09/2010 17:20:09	01/10/2010 16:42:30		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	02/09/2010 17:20:09	Folha de Rosto	4478.0.000.441-10	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	24/08/2010 09:12:56	Folha de Rosto	FR365744	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	01/10/2010 16:42:30	Folha de Rosto	98/2010	CEP

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A/O Sra (Sr.) está sendo convidada/o a participar da pesquisa intitulada “Representações Sociais de idosos acerca da Saúde, cuidados em saúde e gripe”, que tem como objetivo conhecer as representações sociais dos idosos sobre a temática.

A/O Sra (Sr.) poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso a/o Sra (Sr.) aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que os sujeitos serão identificados por nomes fictícios, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade.

As informações poderão ser gravadas com o auxílio de um gravador portátil em um local onde a/o Sra (Sr.) poderá falar livremente sobre a sua experiência, caso aceite. A coleta dos dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar da entrevista, a/o Sra (Sr.) poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Ao participar desta pesquisa, a/o Sra (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite maior compreensão acerca das representações sobre a vacina contra gripe para idosos, de forma a contribuir com subsídios para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas para melhorar a cobertura vacinal. Os resultados deste estudo serão publicados na tese e artigos científicos, sendo divulgados em instituições especializadas.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da instituição vinculada a pesquisadora: (87) 3862-9319.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, confirmando ter compreendido todas as informações descritas e, manifestando seu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura da/o entrevistada/o

Assinatura do pesquisador

Petrolina, _____/_____/_____.

APÊNDICE B

Roteiro para estímulo indutor de Associação Livre de Palavras

1º Artigo:

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a palavra “Saúde”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a expressão “Vacina contra a Gripe”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

APÊNDICE C

Roteiro para estímulo indutor de Associação Livre de Palavras

2º Artigo:

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a palavra “Saúde”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a expressão “Cuidados em saúde”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

APÊNDICE D

Roteiro para estímulo indutor de Associação Livre de Palavras

3º Artigo:

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a palavra “Saúde”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

Que palavras vêm a sua cabeça quando digo a palavra “Gripe”? Diga-me 5 palavras:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Agora coloque na ordem de importância para você.

APÊNDICE E

Formulário estruturado

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça: () Preta () Branca () Amarela () Parda () Indígena

Escolaridade:

- () Nunca estudou () Alfabetizado
() Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Médio incompleto () Médio completo
() Superior incompleto () Superior completo

Estado Civil:

- () Solteiro (a) () Casado (a) () União consensual
() Viúvo(a) () Divorciado(a) () Separado(a) judicialmente

Com quem mora?

- () Marido(esposa)/companheiro(a) () Filhos _____
() Outros _____

O/a senhor(a) trabalha?

- () Sim () Não

Profissão:

Ocupação:

Tem alguma doença crônica?

() Sim. Qual(is) _____ () Não

Faz uso de alguma medicação?

() Sim. Qual(is) _____ () Não

Já tomou vacina contra gripe?

() Sim, _____ vezes () Não

Fumante?

() Sim, _____ cigarros/dia () Não

Já foi internado em algum hospital?

() Sim. Por qual motivo? _____ () Não

APÊNDICE F

Roteiro para entrevista

2º Artigo:

- O que é saúde para você?
- E o que significa levar uma vida saudável?
- Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
- O que você acha que faz para manter-se saudável?
- Você costuma realizar cuidados com a sua saúde? Qual ou quais?

APÊNDICE G

Roteiro para entrevista

3º Artigo:

- O que é saúde para você?
- Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
- Você acha que ao longo de sua vida contribuiu para isso? De que forma?
- Você costuma procurar o serviço de saúde? Por qual motivo? Qual serviço e com que frequência?
- O que vem na sua cabeça quando pensa em gripe?
- Você costuma gripar? Com que frequência?
- Quais cuidados costuma tomar para evitar a gripe?