



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

**VERBENA SANTOS ARÁUJO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA: OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

**JOÃO PESSOA - PB  
2010**

VERBENA SANTOS ARAÚJO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA:  
OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

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

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Djair Dias**

**JOÃO PESSOA - PB  
2010**

VERBENA SANTOS ARAÚJO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA:  
OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

APROVADA EM: 17/Dezembro/2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Djair Dias** - Orientadora  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Wilma Dias de Fontes** - Examinadora  
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Antônia Oliveira Silva** – Examinadora  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Clélia Albino Simpson** - Examinadora  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)

**JOÃO PESSOA - PB  
2010**

*Ao nosso **Deus**, que me confiou à luz nos momentos difíceis e me guiou quando tive vontade de desistir...*

*À **minha avó materna**, Dona Nazinha, idosa de fé, exemplo de amor e de vida, minha fonte de inspiração para esse trabalho...*

*A **minha mãe**, Mariaíva, quem me gerou e me criou com humildade e sabedoria para que eu pudesse seguir minha intuição de forma correta...*

*Ao **meu esposo**, Oliveiros Filho, pela paciência e força para enfrentar os obstáculos e o cansaço desta caminhada...*

*Aos **meus filhos**, Netinho, Guilherme e Letícia, razões maiores da minha existência, ar purificado e renovado que eu respiro a todo o momento, frutos meus, que me deram coragem para prosseguir...*

*E finalmente, ao **meu pai**, José Araújo (in memoriam), figura presente na ausência, onde quer que esteja, simplesmente por um dia ter existido e me feito sentir a honra de chamá-lo de pai.*

***Amo muito vocês!***



## *Agradecimentos*

*A Deus misericordioso por fazer parte da minha vida e por todas as vezes que me senti sozinha poder experimentar o prazer de sua presença em mim;*

*A minha família, que durante esse percurso cresceu e se fortaleceu, pelo apoio sem cobranças e principalmente pela presença fiel, em todos os momentos dessa caminhada;*

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Djair Dias, por ter me acolhido, conduzido e confiado no meu potencial e estimulado meu crescimento como pesquisadora;*

*Às professoras Dra. Wilma Dias de Fontes, Dr<sup>a</sup> Antônia Oliveira Silva e Dr<sup>a</sup> Clélia Albino Simpson, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições para a finalização desse trabalho;*

*Aos meus familiares e amigos, principalmente Leila Alcina Bustorff, Elisângela Braga, Adriana Paula e Patrícia Geórgia, pelas palavras de incentivo e ajuda nos momentos necessários; pelas idas e vindas cheias de surpresas, enfim, por tudo que passamos juntas e pelos laços de amizade fortalecidos;*

*À coordenação do Mestrado, na pessoa da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Antônia Oliveira Silva pela oportunidade de participar do GIEPEERS, pelo apoio ao longo dessa caminhada e pelo incentivo a publicação;*

*Às colaboradoras do estudo, que se dispuseram a participar desse trabalho, cedendo seu tempo, e pela confiança em partilharem conosco suas experiências;*

*A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que tive a honra de conhecer e receber deles o ensinamento necessário para me tornar mestre;*

*Aos meus colegas do mestrado, pelos momentos prazerosos de suas companhias, pelos momentos de descontração e estudo, pelas parcerias, enfim, por termos nos conhecido;*

*Aos funcionários do Mestrado, por sempre estarem dispostos a facilitar os trâmites na coordenação/secretaria do Mestrado;*

*Ao meu pai, que hoje já não está mais entre nós, mas que certamente vibrou todas as vezes que eu conseguia dar um passo a diante, e hoje nos braços de Deus está radiante, pois esta vitória não é só minha, com certeza ele faz parte dela;*

*Por fim, a todos que me incentivaram, de uma forma ou de outra para a finalização de mais este projeto de vida;*

***Os meus mais sinceros agradecimentos.***

## Mensagem

### Ainda tomaremos um café juntos!

William Shakespeare

Um professor, diante de sua classe de filosofia, sem dizer uma só palavra, pegou um pote de vidro, grande e vazio, e começou a enchê-lo com bolas de golfe.

Em seguida, perguntou aos seus alunos se o frasco estava cheio e imediatamente todos disseram que sim.

O professor então pegou uma caixa de bolas de gude e esvaziou dentro do pote. As bolas de gude encheram todos os vazios entre as bolas de golfe.

O professor voltou a perguntar se o frasco estava cheio e voltou a ouvir de seus alunos que sim.

Em seguida, pegou uma caixa de areia e esvaziou dentro do pote. A areia preencheu os espaços vazios que ainda restavam e ele perguntou novamente aos alunos, que responderam que o pote agora estava cheio.

O professor pegou um copo de café (líquido) e o derramou sobre o pote umedecendo a areia. Os estudantes riam da situação, quando o professor falou:

"Quero que entendam que o pote de vidro representa nossas vidas.

As bolas de golfe são os elementos mais importantes, como Deus, a família e os amigos. São com as quais nossas vidas estariam cheias e repletas de felicidade.

As bolas de gude são as outras coisas que importam: o trabalho, a casa bonita, o carro novo, etc.

A areia representa todos as pequenas coisas. Mas se tivéssemos colocado a areia em primeiro lugar no frasco, não haveria espaço para as bolas de golfe e para as de gude.

O mesmo ocorre em nossas vidas. Se gastamos todo nosso tempo e energia com as pequenas coisas nunca teremos lugar para as coisas realmente importantes. Prestem atenção nas coisas que são primordiais para a sua felicidade.

Brinquem com seus filhos, saiam para se divertir com a família e com os amigos, dediquem um pouco de tempo a vocês mesmos, busquem a Deus e creiam nele, busquem o conhecimento, estudem, pratiquem seu esporte favorito...

Sempre haverá tempo para as outras coisas, mas ocupem-se das bolas de golfe em primeiro lugar. O resto é apenas areia."

Um aluno se levantou e perguntou o que representava o café.

O professor respondeu:

"Que bom que me fizestes esta pergunta, pois o café serve apenas para demonstrar que não importa quão ocupada esteja nossa vida, sempre haverá lugar para tomar um café com um amigo."

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

<b>Diamante .....</b>	<b>48</b>
<b>Turmalina.....</b>	<b>54</b>
<b>Alexandrita.....</b>	<b>58</b>
<b>Safira.....</b>	<b>66</b>
<b>Água Marinha .....</b>	<b>72</b>
<b>Opala.....</b>	<b>75</b>
<b>Ametista.....</b>	<b>79</b>
<b>Jade .....</b>	<b>82</b>
<b>Pérola .....</b>	<b>87</b>
<b>Rubi.....</b>	<b>93</b>
<b>Turquesa.....</b>	<b>96</b>
<b>Ônix.....</b>	<b>102</b>

ARAÚJO, V. S. **Educação em Saúde para Idosos na Atenção Básica: Olhar dos Profissionais de Saúde.** 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

## RESUMO

O Brasil convive com o envelhecimento exponencial da população, o que não é mais sinônimo de adoecimento, pois atualmente há subsídios para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Nesse contexto, a educação em saúde é uma eficaz alternativa para superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, tornando-se ferramenta eficaz para que esses usuários desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas. Este estudo objetivou conhecer as experiências dos profissionais que trabalham com educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família, verificar a contribuição da educação em saúde como subsídio para se atingir a melhoria da qualidade de vida da população idosa e identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, e para atender aos objetivos propostos foi utilizado o método da História Oral Temática, fazendo uso da técnica de entrevistas para produção do material empírico. O estudo foi desenvolvido na cidade de Campina Grande/PB, com doze colaboradoras que fazem parte da Equipe Saúde da Família e trabalham com Educação em Saúde voltada para os idosos ou já trabalharam com a temática em estudo. Ao analisar o material empírico, emergiram três eixos temáticos, os quais deram significação e nortearam toda a discussão: educação em saúde no envelhecimento enquanto espaço de partilha e empoderamento; ações de educação em saúde como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde da população idosa e a instrumentalização das ações educativas na Estratégia Saúde da Família: impasses, desafios e possibilidades. Os discursos revelaram que as colaboradoras utilizam a educação em saúde como uma excelente ferramenta de empoderamento, a qual abre espaço para o diálogo, para a escuta, a fala e partilha de experiências do cotidiano. Observou-se a melhoria da qualidade de vida da população idosa como o norte das colaboradoras nas ações educativas, obtendo excelentes resultados, e a necessidade de a educação em saúde ser encarada como prática social e proposta efetiva de trabalho. As revelações em relação à instrumentalização das ações educativas mostraram que há uma diversificação metodológica, apesar de serem poucos os insumos e o apoio recebido pelos órgãos públicos e remeteram a inúmeros impasses, como a falta de espaço e tempo, a desmotivação e desinteresse dos profissionais e usuários, entre outros, mas também revelou possibilidades e experiências positivas. As histórias demonstraram que muito pode ser feito para melhorar ainda mais as questões abordadas neste estudo, como investimentos nos profissionais da área de saúde em relação às questões metodológicas a partir de treinamentos especializados, para a execução das ações de educação, maior incentivo governamental para distribuição de material didático de boa qualidade, para garantir melhor aproveitamento das orientações repassadas, entre outros requisitos que possam suprir lacunas existentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde. Envelhecimento. Qualidade de vida. Estratégia Saúde da Família. Profissionais da saúde. Promoção da Saúde.

**ARAÚJO, V. S. Educação em Saúde para Idosos na Atenção Básica: Olhar dos Profissionais de Saúde. 2010. 167 f.** Dissertantion (Masters in Nursing) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

### **ABSTRACT**

Brazil is living with the exponential population aging, which is no longer synonymous with illness, because there are currently grants to improve the seniors' quality of life. In this context, health education is an effective alternative to overcome the biomedical model focuses on disease as an individual phenomenon and curative medical care, making it an effective tool for these users to develop capacity to intervene on their own lives. This study investigated the experiences of professionals who work with health education aimed at the elderly in the Family Health Strategy, to verify the contribution of health education as a subsidy to attain a better quality of life for the elderly population and identify effective actions in health education targeting the elderly developed in the Family Health Basic Units. This was a qualitative research, and to meet the objectives proposed the method of Thematic Oral History was utilized, using the interview technique for the production of empirical data. The study was conducted in Campina Grande / PB, with twelve contributors who are part of the Family Health Team and work with in Health Education for the elderly or have worked with the subject under investigation. When analyzing the empirical material revealed three main themes which have significance and guided the whole discussion: health education on aging as an area of sharing and empowerment; health education activities as a tool for improving quality of life and health promotion the elderly population; and the instrumentalization of educational activities as a tool for the manipulation of educational activities in the Family Health Strategy: dilemmas, challenges and possibilities. The speeches show that the respondents use health education as an excellent tool of empowerment, which opens space for dialogue, listening, talking and sharing experiences of everyday life. We observed an improvement in the quality of life as the north of the collaborators in the educational actions, obtaining excellent results, and the need for health education be viewed as a social practice and proposed effective work. The revelations regarding the instrumentalization of education actions showed a methodological diversification, although there are few inputs and support received by public agencies and forwarded to numerous obstacles, such as the lack of space and time, discouragement and alienation among professionals and users, between others, but also revealed opportunities and positive experiences. The stories have shown us that much can be done to improve further the issues addressed in this study, as investments in health professionals in relation to methodological issues, from specialized training for the implementation of these actions, higher incentive government to distribute educational materials of good quality, to ensure better use of the guidance given, among other requirements that may fill gaps.

**Keywords:** Health education. Aging. Quality of life. Family Health Strategy. Health professionals. Health promotion.

## SUMÁRIO

### LISTA DE FOTOGRAFIAS

### RESUMO

### ABSTRACT

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO .....	19
1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO .....	26
<b>2 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>36</b>
2.1 HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA .....	37
<b>3 REVELANDO EXPERIÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>4 DISCUTINDO AS EXPERIÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ENQUANTO ESPAÇO DE PARTILHA E EMPODERAMENTO .....	109
4.2 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA .....	117
4.3 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPASSES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES .....	123
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>162</b>
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	163
APÊNDICE B – Ficha Técnica .....	164
APÊNDICE C – Carta de Cessão .....	165
<b>ANEXOS .....</b>	<b>166</b>



# *Introdução*

A Promoção da Saúde é um tema discutido mundialmente, voltado para a melhoria das condições de vida e não só de saúde da população, sendo extremamente relevante em quaisquer das esferas governamentais, promovê-la. Trata-se de uma importante estratégia para desmistificar os inúmeros problemas de saúde que afetam as populações humanas, pois favorece a melhoria da qualidade de vida das pessoas, promovendo a saúde e não apenas reabilitando-a.

Esta questão se encontra associada a um conjunto de fatores relacionados incluindo padrões de nutrição desejáveis, condições mínimas e decentes de habitação e saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico asséptico, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e comprometido com a proposta de melhoria da qualidade de vida, cuidados especiais de saúde, planificação da solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, etc.

A Promoção da Saúde é uma meta para todos os países interessados em diminuir custos com internações, medicamentos específicos para doenças crônicas, tratamentos especializados, entre outros interesses. A sua otimização proporciona a prevenção de doenças e a melhoria na qualidade de vida das pessoas, diminuindo a incidência de certas patologias que oneram os cofres públicos.

Para Carvalho (2004) a proposta da promoção da saúde surge como resposta, face aos desafios sanitários contemporâneos, para mudanças sociais, políticas e culturais, para a superação do modelo biomédico e para as mudanças no perfil epidemiológico das populações.

Esta proposta emergiu da percepção de que o modelo de atenção à saúde, centrado na assistência individual e curativa e, mais do que isto, com ênfase absoluta no atendimento hospitalar, não solucionava os problemas de saúde, nem satisfazia a clientela. Estudos realizados, discussões científicas, depoimentos dos profissionais da saúde e comentários da própria população indicam que a saúde é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos, portanto, tem se buscado um paradigma mais abrangente e explicativo, que supere a concepção clínico-assistencial para a questão de saúde-doença na sociedade (BRASIL, 1996).

Mercadante (2002) corrobora com esta diretriz ao afirmar que a promoção da saúde se fortalece enquanto eixo norteador da Política Nacional de Saúde, pois a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente relacionada com a concretização de ações estratégicas para a promoção da saúde aliadas à participação popular, desenvolvendo potencialidades dos cidadãos e reforço à ação comunitária.



Da Carta de Ottawa entende-se que a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 1996). Sendo assim, para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente onde vivem. Nesta perspectiva, a educação em saúde é uma excelente aliada, porque cria possibilidades para efetivação de ações que conduzam os sujeitos ao desenvolvimento de uma consciência crítica sobre as questões de saúde.

A Educação em Saúde torna-se, então, essencial, pois fortalece um elo primordial para minimizar efeitos drásticos na saúde, trazendo sua contribuição direta para a promoção da saúde e a melhoria na qualidade de vida da população. Mostra-se, claramente, como uma eficaz alternativa para superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica estrategicamente curativa, ainda desenvolvida nos estabelecimentos médico assistenciais como foco essencial de intervenção.

Programas abrangentes de educação em saúde que incluam informação, educação e comunicação de qualidade devem ser seguidos, para atingir massivamente a população de forma intersetorial, trazendo à tona componentes sociais, econômicos e culturais da sociedade.

A divulgação de informações e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e mudança nos estilos de vida das comunidades (BRASIL, 1996). Sobre essa temática, Guedes (2004) afirma que é necessário conceber educação e saúde como áreas do conhecimento que se entrelaçam e se completam, provocando mudanças na realidade vivida pelas pessoas e levando a transformações no cotidiano da sociedade.

Concordo inteiramente com as afirmações do parágrafo anterior, pois a partir da minha experiência enquanto educadora há mais de doze anos na área das Ciências Biológicas e como Enfermeira entendo que educação e saúde são áreas do conhecimento inseparáveis e consequentemente complementares, pois a educação, mesmo a longo prazo, pode mudar o perfil de saúde de toda uma comunidade, a partir da sua promoção e da prevenção de doenças.

Então, estudar mais aprofundadamente a percepção de profissionais de saúde frente à grande responsabilidade de educar que lhes é dada na atenção básica é de suma importância, e quando direcionada aos idosos, parcela da população crescente de maneira exponencial, essa temática se torna ainda mais valiosa (ARAÚJO, 2008).

Sobre essa temática, corroboram Martins *et al* (2007):

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional.

Percebendo essa importância, integrei no *Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais - GIEPERS* da UFPB, no qual procurei aprofundar as questões relativas ao envelhecimento humano. Meu interesse em trabalhar com a temática era antigo, de maneira que pudesse unir a educação em saúde ao envelhecimento, justamente por ter vivenciado experiências maravilhosas e inesquecíveis durante toda a minha infância, adolescência, juventude e parte da minha vida adulta, com minha avó materna a qual era muito apegada, que hoje já não estão mais entre nós, mas que nos deixou um legado importante de ensinamentos e questionamentos sobre como envelhecer de maneira saudável, com bom humor e principalmente muito amor em caráter de doação.

Imbuída desse sentimento, durante toda a minha graduação em Enfermagem procurei trabalhar com a questão educativa aliada ao fenômeno da velhice, pois almejava unir a minha formação enquanto educadora aos preceitos do âmbito da saúde, entendendo que esses saberes são indispensáveis para construção de estratégias de combate e prevenção a doenças.

Com esse intuito, meu Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem seguiu a tendência exposta e na pesquisa que realizei nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro do Tambor na cidade de Campina Grande/PB, verifiquei que os profissionais de saúde realizavam ações educativas com grupos já pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Inquietou-me a população idosa não ser beneficiada com ações de educação em saúde na mesma proporção dos outros grupos estudados (ARAÚJO, 2008).

Há uma necessidade urgente de reverter essa realidade, principalmente diante do atual perfil da população idosa brasileira, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007) vem crescendo exponencialmente. Como consequência tem-se o aumento da expectativa de vida, a população idosa crescendo 86,7% em duas décadas (1980-2000), o que equivale a cerca de 7,8% da população nacional, ou seja, temos aproximadamente 14 milhões de pessoas idosas.

A PNAD 2009 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios revelou que 11,3% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais em 2009 e em 2004 esse segmento compunha 9,7% da população. Nesse mesmo período, houve redução do número de pessoas com até 24 anos, de 46,3% para 41,6%, e houve o crescimento do número de pessoas na faixa etária dos 25 anos

aos 59 anos. Em 2004 esse grupo representava 53,7% da população e em 2009 passou a ser 58,4% (IBGE, 2009).

Diante desse panorama, torna-se de extrema importância a intensificação pela busca ativa dos idosos e a formação de grupos específicos para esses usuários que executem ações educativas voltadas para si, não se admitindo a exclusão ou a sua participação em escala mínima nessas atividades, mas sim um tratamento igualitário, sem qualquer tipo de discriminação ou exclusão (ARAÚJO, 2008).

O Brasil é um jovem país “de cabelos grisalhos”, que vive o fato do envelhecimento não ser mais sinônimo de adoecimento. Atualmente, há subsídios para melhorar a qualidade de vida dos idosos, os quais adentram a terceira idade de forma saudável, e não cheios de doenças típicas, como outrora acontecia. Acredito necessitem os idosos de um apoio mais intensificado para que possam chegar a esta etapa de vida da melhor forma possível, nesse sentido, pensar no idoso de maneira holística pode e deve ser encarado como meta.

As ações de educação em saúde voltadas aos idosos tornam-se ferramentas eficazes para que essas pessoas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência. Essas ações educativas, não devem excluir ou serem limitantes, no que se refere à formação de grupos mistos ou novos grupos de interesse geral, muito pelo contrário, deve ser ampliada e desenvolvida em toda a parcela da população necessitada de apoio, mediante suas características e principalmente no propósito de prevenir doenças e promover sua saúde.

Diante do exposto, justifico a opção pelo tema “Educação em Saúde” para execução desse trabalho, devido sua relevância enquanto prática social, o qual contribui significativamente para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Esta preocupação torna-se ainda mais importante quando se voltam para a comunidade idosa, uma parcela crescente da população e que necessita de uma atenção diferenciada, de acordo com suas limitações e problemas decorrentes da idade.

Escolhi trabalhar com as Unidades Básicas de Saúde da Família que possuem grupos de idosos ativos na cidade de Campina Grande, ou que pelo menos já tiveram essa proposta ativada, para mostrar a real possibilidade de se trabalhar com educação em saúde na atenção básica, mesmo que as condições possam parecer inadequadas num cenário perfeito, mesmo diante das adversidades impostas pelo meio ou dificuldades apresentados pelos próprios protagonistas da história.

Também é intenção do trabalho provar que ainda é possível fazer o diferencial e tornar inclusos um setor excluído por nossa sociedade marginalizadora, os idosos, recolocando-os como atores sociais na conquista de seus direitos e transformando-os através da educação seus hábitos de vida e modos de viver, em busca da melhoria de sua qualidade de vida.

Vale salientar que nas últimas décadas, ao falar em Educação em Saúde, percebe-se um alavanque surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo, vasto e promissor. A Estratégia de Saúde da Família torna-se local alvo de atuação dos profissionais de saúde para a realização concreta de tal prática social que deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar capacitada, na qual todos os sujeitos engajados nessa proposta sejam protagonistas desta história, pois são participantes efetivos da equipe de saúde e incorporam muito bem o papel de educadores, dando sua parcela de contribuição.

A Estratégia Saúde da Família, nesse sentido, é realmente o cenário ideal para produção de ações educativas. No entanto, para que essas ações educativas serem executadas, de modo a produzir resultados positivos na população, devem ser entendidas como um dos componentes das ações básicas de saúde e proposta viável de trabalho em equipe, devendo ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram as equipes de saúde. As ações educativas devem também ser encaradas como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde da população situada na área de abrangência da unidade, um compromisso, sobretudo, de honestidade e humanização no atendimento.

Para compor o objeto de estudo dessa pesquisa, as ações de Educação em Saúde voltadas aos idosos, efetivamente operacionalizadas pelos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB fez-se necessária uma apropriação teórica sólida que norteou e fundamentou o estudo, proporcionando um panorama geral sobre a temática abordada, como o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional do Idoso, a Educação em Saúde e o Envelhecimento.

Em função da singularidade do tema proposto para essa pesquisa e do aumento da expectativa de vida dos brasileiros, surgiram as questões que nortearam este estudo, embasadas na construção de uma educação considerada, muitas vezes, apenas como singelo meio de divulgação ou transmissão de conhecimentos e informações de maneira fragmentada e equivocada, pondo-se distante da realidade de vida da população, principalmente da parcela idosa, que hoje não mais se estereotipa como doente ou inexistente: Quais as experiências dos profissionais de saúde ao trabalharem a educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família? Qual a contribuição da educação em saúde para se atingir a

melhoria da qualidade de vida dos idosos? Quais são as principais ações de educação em saúde voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família?

Sendo assim, tornou-se realmente importante conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde envolvidos nos processos de educação em saúde para idosos na Estratégia Saúde da Família e seu entendimento sobre a temática proposta, considerando que esse conhecimento pode ser fundamental para o desenvolvimento eficaz das práticas educativas em saúde.

E, na tentativa de responder tais questionamentos, foram traçados os seguintes objetivos:

- Conhecer as experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família;
- Verificar as contribuições da educação em saúde como subsídio para se atingir a melhoria da qualidade de vida da população idosa;
- Identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família.



1 *Revisão de Literatura*

Este capítulo apresenta um aporte teórico científico da literatura pertinente oriunda de diferentes autores, baseadas em suas investigações e reflexões ordenadas sobre os temas de interesse direto desse trabalho e as suas explicações e conclusões metódicas, garantindo a sistematização do conhecimento científico e distinguindo-o do senso comum.

## **1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO**

O Sistema Único de Saúde, devido à sua abrangência, é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois funciona em todos os níveis de complexidade, desde o simples atendimento ambulatorial até o mais complexo transplante de órgãos. Criado em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, trazendo avanços e inovações significativas ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial, garante o acesso universal, igualitário e gratuito as ações e aos serviços de saúde (MENICUCCI, 2007).

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

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde o qual priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A formulação de suas diretrizes serve como eixo norteador para o funcionamento do sistema, em relação às questões operacionais e culturais. De acordo com o Instituto de Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC (2003) destacam-se como princípios básicos e essenciais ao sucesso Sistema Único de Saúde: a UNIVERSALIDADE garantindo o atendimento em saúde para todos sem distinções, sem ônus financeiro e em conformidade com a necessidade do cidadão; a INTEGRALIDADE assegurando o atendimento à pessoa

como um todo e em todas as suas necessidades e a EQUIDADE no que tange ao oferecimento de serviços de saúde de forma equilibrada dentro da diversidade socioeconômica brasileira.

De acordo com a Associação Paulista de Medicina (2006), o Sistema Único de Saúde é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e municípios) e complementariamente pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público.

O Sistema Único de Saúde deve atender a todos, de acordo com as suas necessidades, independentemente de pagamento; atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento; ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações; ser racional, devendo se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; ser planejado para suas populações; ser eficiente e eficaz, produzindo resultados de qualidade; ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas, sendo assim, respeitar o princípio da equidade é imprescindível já que preconiza que o sistema deve estar atento as desigualdades (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Legalmente, o Sistema Único de Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público segundo a Lei nº 8080/90, art. 4º, definida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde no ano de 1990 (COHN; ELIAS, 1999).

É imperativo ressaltar que o SUS não se trata de um mero órgão financiador de repasse de recursos federais para as diferentes instâncias, hospitais, profissionais e serviços de saúde conveniados. Ele trabalha em prol da melhoria da qualidade de vida e da saúde dos brasileiros e da execução de um sistema integrado, garantindo a universalização da assistência de saúde em todos os níveis de atenção, sempre em busca da articulação otimizada das políticas macroeconômicas com as políticas sociais, juntamente com as políticas de educação.

Nesse contexto insere-se a Estratégia Saúde da Família priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que articula a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua de uma forma mais humanizada e mais próxima da família, perpassando apenas os cuidados imediatos da saúde, como proposta unicamente curativa e



interpretando dados do cotidiano, numa dinâmica contextualizada, a partir da realidade de cada usuário, melhorando a sua qualidade de vida.

A Estratégia Saúde da Família foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, recebendo o nome inicial de Programa Saúde da Família, e surgiu na qualidade de estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, no sentido de imprimir uma nova dinâmica aos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância à saúde, na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 1994).

Trata-se de importante estratégia que representa uma inovação do modelo de atenção a saúde nos municípios, pois cria subsídios de acesso às comunidades mais vulneráveis, ou seja, aquelas comunidades que possuem maior risco de adoecer. Estabelece uma metodologia de organização de trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, na família e no ambiente em que está inserido, estreitando vínculos e conhecendo de perto a realidade da sua comunidade, traçando um elo de confiança e traduzindo o conceito de responsabilidade sanitária e montando espaços de construção de cidadania.

A Estratégia Saúde da Família surge no cenário brasileiro como uma alternativa viável de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência a saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo diferente e alternativo, sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2001).

Baseado nessa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, a estratégia tem como principais características: adstrição da clientela, através da definição de abrangência territorial da equipe; enfoque sobre a família, a partir da análise de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de uma equipe multiprofissional; atividades preventivas em saúde; detecção de necessidades reais e imediatas da população e a atuação intersetorial para a promoção da saúde (BRASIL, 2004/2005).

No âmbito da atenção básica e da proposta da Estratégia da Saúde da Família, o atendimento aos usuários é prestado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário, além de outros profissionais que podem fazer parte do programa, como fisioterapeutas e assistentes sociais, seja na unidade de saúde ou nos domicílios. O trabalho da equipe de saúde junto aos usuários cria vínculos de co-responsabilidade, agilizando e facilitando as ações desenvolvidas na comunidade.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número previamente definido de famílias, inseridas em uma área geográfica delimitada, que são trabalhadas a partir de uma série de ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos, além da promoção da saúde.

Segundo Sousa e Hamann (2009), ao longo dos anos de sua implementação, a Estratégia saúde da Família vem contribuindo significativamente com a diminuição das iniquidades, sobretudo a partir da ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e da vinculação das equipes junto aos indivíduos, facilitando sua aproximação com as famílias e com a comunidade na complexa e árdua tarefa de cuidar da vida, saúde, doença, sofrimento e morte.

Evidências recentes, de acordo com Barreto e Carmo (2006), mostram que a ESF, além da expansão das ações e da cobertura do serviço, vem produzindo impacto direto e revolucionário sobre os níveis de saúde das populações e reduzindo significativamente as taxas de mortalidade infantil, tanto a pós-neonatal como a neonatal. Atua, portanto, desde o nascimento da criança até sua velhice.

A ESF é inovadora dentro do cenário dos serviços de saúde, priorizando ações dirigidas à pessoa e as famílias de maneira integral, contínua e pós-ativa (CIANCIARULLO, 2002).

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, a ESF incorpora as ações de integralidade e universalidade, da assistência, equidade, resolutividade e humanização do atendimento e estímulo a participação comunitária, com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de saúde apresentaram no decorrer dos anos (CARBO; MOROSINI, 2005).

Nesse sentido, o trabalho das equipes de Saúde da Família tem se tornado pedra angular para a troca de experiências entre os integrantes da equipe de saúde e o saber popular do Agente Comunitário de Saúde e usuários. Tal conjuntura faz com que se ultrapassem os limites definidos para a atuação da Atenção Básica no nosso País, especialmente em relação ao contexto do Sistema Único de Saúde.

Observa-se que mediante a educação em saúde há subsídios adequados para os profissionais de saúde das unidades atuarem de forma direta e consciente junto à população, incentivando uma nova postura frente o autocuidado, promovendo melhoras significativas na qualidade de vida das pessoas individualmente e em sua coletividade, realizando ações de prevenção e promoção da saúde, utilizando a co-participação da Estratégia de Saúde da Família, como local singular para a efetivação dessas práticas.

A Estratégia Saúde da Família é definitivamente uma porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, pois adentra na vida das pessoas transformando as relações entre os profissionais de saúde e a população, instigando sempre a participação da comunidade nos processos de definição, tratamento e cura das doenças, além de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde de forma contínua e integral.

Ainda dentro do Sistema Único de Saúde, em suas diversas políticas públicas de saúde, enfocamos a Política Nacional do Idoso, constitucionalizada no Brasil, em dezembro de 1999, cuja preocupação primordial foi à criação de uma política expressamente relacionada à saúde do idoso. Segundo esta Política, o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

Até 1994, não existia no Brasil uma política nacional voltada especificamente para os idosos; o que havia era apenas um conjunto de iniciativas privadas, consideradas ultrapassadas, e algumas poucas medidas públicas consubstanciadas em programas destinados exclusivamente aos idosos carentes. Tratava-se mais de uma ação assistencial em favor do que uma política de serviços e ações efetivamente preventivas e reabilitadoras (SCHONS; PALMA, 2000).

Sabendo que o envelhecimento progressivo da população traz problemas de saúde com implicações médicas, sociais, econômicas e políticas, o nosso país mais do que nunca precisava urgentemente de uma política direcionada aos idosos, haja vista que os custos orçamentários atuais com atendimento a saúde da pessoa idosa e, principalmente, as projeções dos mesmos para o início do século XXI demonstraram a necessidade de inúmeros investimentos de recursos humanos e materiais para suprir tais necessidades e atender a demanda crescente da população idosa (YUASO, 2000).

Já em 2003, surge o Estatuto do Idoso, aprovado pelo Congresso Nacional, cujo principal objetivo é o de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, embora não traga consigo maneiras para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Neste capítulo, é assegurada a atenção à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2006).

Papaléo Neto e Ponte (2007) consideram a aprovação do estatuto do idoso uma grande conquista da sociedade, visto que a lei consolidou direitos já assegurados na Constituição Federal, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Política Nacional do Idoso e no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e concretizou instrumentos legais capazes de coibir a sua violação.

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado por numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem colocado frente os órgãos governamentais e a sociedade os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento. Há cerca de quatro décadas, o aumento da população idosa tem sido observado particularmente nos países em desenvolvimento. Um dos exemplos mais típicos é o que vem acontecendo no Brasil, onde o envelhecimento populacional tem revelado crescimento exponencial e cuja projeção para o ano de 2025 aponta para um número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de 32 milhões (PAPALÉO NETO e PONTE, 2007).

Os mesmos autores comentam que o processo político ocorrido no Brasil após 1988 demonstra a força política dos idosos, indicando o avanço significativo do nosso País em relação à conquista da legislação para a defesa dos direitos de atenção à pessoa idosa.

O poder, a honra e o respeito eram garantidos aos idosos pelas sociedades do passado. No entanto, na sociedade de hoje, repleta de conceitos consumistas e imediatistas, os idosos são caracterizados como um peso social, sempre recebendo benefício e nada oferecendo em troca. A idade avançada é apresentada como desprovida de força, incapaz de prazer, solitária e repleta de amargura (OLIVEIRA *et al*, 2006).

Embora esteja bem avançada a legislação brasileira no tocante à população idosa, pouco se tem notado de avanço em relação a prática dos profissionais envolvidos nesse processo. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família como reveladora da presença de idosos e famílias fragilizadas e em situação de vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso são dispositivos legais os quais norteiam ações, sociais e de saúde que garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em envelhecer do modo mais saudável possível (MARTINS *et al*, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta inúmeras diretrizes, dentre as quais se destacam a promoção do envelhecimento ativo, considerada a meta de toda ação de saúde; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa estruturada nos moldes de uma linha de cuidados focalizada nos direitos, necessidades, preferências e habilidades do usuário; a prática da intersetorialidade com o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa; provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social; divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS; Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas (BRASIL, 2006).

De acordo com esta política, a prática de cuidados direcionados aos idosos deve apresentar uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais influentes na sua saúde. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. Todas as intervenções devem ser realizadas e orientadas para assegurar a promoção da autonomia e independência desses indivíduos, estimulando-os para o autocuidado (BRASIL, 2006).

Interessados em assegurar à população idosa um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, organizações não-governamentais e outras instituições fazem parcerias com o Ministério da Previdência e Assistência Social desde a regulamentação da Política Nacional do Idoso, desenvolvendo diretrizes básicas e normas para operacionalizar essa política (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

Em relação a esse tópico, Papaléo Neto e Ponte (2007), comentam que:

O Estatuto do Idoso é um mecanismo legal em benefício da pessoa idosa, foi uma conquista que veio da base, dos movimentos sociais, além de ter sido amplamente discutido com organizações governamentais e não governamentais. A lei, porém, só terá efetividade se os idosos, como protagonistas, a sociedade e o governo, juntos, lutarem pela sua implementação. (...) A aprovação do Estatuto do Idoso não significa que tudo esteja resolvido: a organização dos idosos nesse processo é de fundamental importância para a conquista de seus direitos.

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública, o segmento dos idosos e idosas com alto grau de dependência funcional. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com

incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (LOLLAR; CREWS, 2003).

Não é porque se completa 60 anos de idade que se fica velho, o fenômeno do envelhecimento é um processo natural e contínuo, ocorrendo ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, desde sua concepção até a morte. O preconceito e a negação da sociedade em relação à terceira idade contribuem significativamente para a dificuldade de pensar em políticas específicas para esse grupo.

Segundo a Declaração de Brasília sobre Envelhecimento:

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto que o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que frequentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (BRASIL, 1996).

O nosso país apresenta um dos mais significativos processos de envelhecimento populacional em todo mundo. É um país que envelhece de maneira ativa, o que certamente provocará transformações profundas na sociedade com repercussões em vários setores, inclusive no mercado de trabalho e no perfil de demandas por políticas públicas, haja vista que o Brasil vive um processo gradual e exponencial de transição demográfica devido ao aumento da longevidade.

A rápida mudança na estrutura etária do País chama a atenção para o enfrentamento dessa situação e coloca novos desafios, entre eles o de garantir condições satisfatórias de saúde dos idosos e o de preservar a sua autonomia física e mental para que, ao manterem boas perspectivas de vida, esses indivíduos possam assumir papéis relevantes na sociedade (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

## **1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO**

No século XIX e início do século XX, em detrimento das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, por acarretar transtornos irreversíveis para a economia agroexportadora, foram desenvolvidas as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde, voltadas principalmente para as classes subalternas, caracterizadas pelo autoritarismo, com imposição

de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

No ano de 1924, os atores dessa História, Carlos Sá e César Leal Ferreira, criaram o primeiro pelotão de Saúde em uma escola estadual, no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro. Em 1925, Antonio Carneiro Leão, diretor de Instrução Pública, estabeleceu o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal (LEVY *et al*, 2004).

Ainda nessa década, existia uma diferenciação relacionada aos problemas de saúde e seus agravamentos, acompanhados do processo acelerado de reurbanização das cidades, de onde emergiu a educação sanitária. Segundo Whendhausen e Suape (2003), a ausência do ator social enquanto participante efetivo do processo educativo é percebida nesse período, embora as ações não se revistam de um caráter tão autoritário como anteriormente.

Vasconcelos (1999) menciona que na década de 1930, a partir da construção de um sistema previdenciário mais efetivo, evidenciou-se um esvaziamento das ações de cunho coletivo, em detrimento das ações de assistência médica em caráter individualizado. Priorizava-se, através das ações de educação em saúde, o combate as doenças infectoparasitárias, restritas a programas e serviços destinados à população margeada pelo jogo político central.

Já na década de 1940 houve uma tendência para a educação rural, visando educar o homem do campo para garantir o aumento da produção pelas novas técnicas e máquinas agrícolas (MOHR; SCHALL, 1992).

Em meados de 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública, quando a educação sanitária passou a ser reconhecida como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, como os técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas junto aos grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. O Serviço Especial de Saúde Pública iniciou a preparação das professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde (LEVY *et al*, 2004).

Entre 1950 e 1960, saúde e educação estavam articulados nas propostas das políticas oficiais, resultando na valorização da higiene mental, a implantação das escolas maternais, creches e parques infantis, dentre outros aspectos (MOHR; SCHALL, 1992).

A proposta inovadora de Paulo Freire, de uma nova lógica dialógica para nortear os processos educativos, no âmbito da saúde iniciou a abertura para a questão social, no final dos anos de 1950 e início de 1960, visualizando-se, a partir de então, suas múltiplas dimensões. Nesse contexto, vários grupos de profissionais incorporaram o método de educação popular

de Paulo Freire, o qual foi interrompido posteriormente pelo regime militar, implantado em nosso país, em 1964 (WHENDHAUSEN; SUAPE, 2003).

Os mesmos autores relatam que durante o regime militar a educação não obteve espaço significativo, ficando a política voltada para a expansão da atenção médico privada. Todavia, novas iniciativas foram construídas na base do diálogo firmado entre o saber popular e o saber técnico-científico, frente ao descaso do Estado perante os problemas populares, sendo apoiadas por intelectuais de inúmeras áreas, em iniciativas da Igreja Católica e outros colaboradores. Smeke e Oliveira (2001) ainda afirmam que nesse período a educação em saúde esteve relacionada diretamente com a prática do controle sobre os sujeitos.

Até os anos de 1970, a educação em saúde no Brasil ficou subordinada aos interesses da elite política e econômica, caracterizando-se pela imposição de normas e comportamentos considerados adequados pela classe dominante, sendo o ator principal, imperceptível nestas ações (VASCONCELOS, 1999).

O mesmo autor comenta que apenas a partir dessa década houve a implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde e a participação de veículos de comunicação de massa colaborando com a divulgação de informações à população sobre as condições de saúde e da rede de atendimento. Observou-se, ainda, o surgimento dos primeiros movimentos sociais e as primeiras experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nos quais os profissionais de saúde iniciaram aproximação com grupos, influenciados pelos métodos de educação popular propostos por Paulo Freire e dos movimentos sociais da época, começando então, uma noção dialógica nos processos educativos desenvolvidos (VASCONCELOS, 1999).

Em 1989, inicia-se o projeto Nordeste II, objetivando as ações de informação, educação e comunicação. Outro passo importante do Ministério da Saúde foi a definição, em 1998, de uma diretoria de programa para a área da educação em saúde (LEVY *et al*, 2004).

Esses movimentos, comprometidos com as necessidades e possibilidades das classes populares, encaminharam uma nova articulação entre a educação e a saúde, em paralelo à casualidade biológica, sendo consideradas as condições de vida e trabalho como fatores predisponentes essenciais (MOHR; SCHALL, 1992).

É notório que o campo da educação em saúde vem sendo profundamente repensado desde a década de 1970, verificando-se um relativo distanciamento das ações impositivas, características do discurso higienista, e uma ampliação significativa da compreensão sobre o processo saúde-doença, o qual passa a ser considerado como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. Diante deste contexto, surge a preocupação com



o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus próprios interesses (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A efetivação da educação em saúde dispõe de uma base estruturalmente sólida para proporcionar o bem estar individual e da coletividade. O ensino é um instrumento que todos os profissionais de saúde podem e devem utilizar para cuidar dos seus pacientes, para promover a saúde e prevenir doenças, englobando, nesse contexto, a família e os cuidadores, a fim de embutir nos hábitos já pré-estabelecidos o desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e modificar os padrões de estilo de vida predispostos ao risco de saúde.

Metodologicamente, a Educação em Saúde tem por objetivo permitir que as pessoas de uma comunidade aprendam a interagir de forma participativa com o sistema de saúde e desempenhem o seu papel de forma individual e coletiva, na promoção, manutenção e restauração da saúde. A educação deve estabelecer nas pessoas um senso crítico e um sentido amplo de responsabilidade, a partir da aplicação de saberes direcionados ao desenvolvimento humano em busca da melhoria da qualidade de vida e da saúde do ser humano.

Em se falando da educação em saúde hoje, evidencia-se inúmeras experiências em que essa realidade permeia as ações dos profissionais, ao adotarem posturas diferenciadas diante da necessidade de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde, onde deve-se haver mutua colaboração entre o saber técnico e o saber popular, mediante uma dinâmica harmoniosa (VASCONCELOS, 1999).

Essa troca de experiências é de fundamental importância para o processo de promoção da saúde, pois a educação em saúde passa a ser uma atividade imprescindível nos serviços de saúde, como instrumento de construção da participação popular, interagindo de forma direta com os comportamentos humanos e suas realidades de cada contexto.

Percebemos, então, a urgência da integralização entre a educação e saúde, pois como áreas do conhecimento humano, trabalham para reforçar o exercício da cidadania, já que a busca pelo saber é essencial para se alcançar o direito social à saúde e conseqüentemente a melhoria da condição de vida humana. Os profissionais da saúde, a partir de suas habilidades e com a bagagem científica que os acompanham na sua trajetória de profissional/estudante, adquirem o importante papel de facilitadores do processo educativo de maneira mais ampla e holística, envolvendo os demais sujeitos protagonistas dessa história: os usuários e a população.

Para conceituar educação é primordial buscar suporte científico, pois essa palavra por si só já é bastante discutível e, portanto, constroem-se diversas definições permeadas por inúmeras construções científicas, como refere Alves (2004), ao afirmar que a educação

engloba os atos de ensinar e aprender, além de algo menos tangível, porém mais profundo como a construção do conhecimento, bom julgamento e sabedoria. A educação apresenta entre seus objetivos fundamentais a passagem da cultura de geração para geração. Sendo assim, educar não é só transmitir conhecimentos, mas é reproduzir ou transformar códigos sociais para novas gerações.

Alves (2004) complementa essa afirmação ao ressaltar que o sujeito da educação é o corpo, porque é nele que se encontra a vida. O corpo quer aprender para poder viver, ele é quem dá as ordens. A inteligência é, portanto, um instrumento do corpo cuja função é ajudá-lo a viver. A educação aumenta a consciência e influi favoravelmente nas atitudes para a melhoria da saúde individual e coletiva.

Logo, se todos transmitirem aquilo que sabem e aprenderam, as informações necessárias se disseminarão em todos os lugares, seja na unidade, seja na escola, na farmácia, etc.. Com a contribuição direta dos agentes comunitários de saúde os quais visitam os domicílios, associado aos professores, pais, cuidadores, entre outros sujeitos, a informação poderá chegar a um número muito alto de pessoas diferentes, levando-os a refletir sobre seus comportamentos e sobre as novas alternativas de melhoria da qualidade de vida a elas fornecidas, influenciando inclusive, a mudança radical na adoção de atitudes mais saudáveis frente à vida.

Para Levy (2000), a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde como da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde. Para o mesmo autor, as ações educativas em saúde são processos os quais objetivam capacitar indivíduos e/ou grupos, de modo que possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população.

Qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar seu comportamento ou ajudá-la, pode ser considerada como processo educativo. Neste sentido, pode-se destacar dois tipos de educação: a heteroeducação e a autoeducação.

A heteroeducação caracteriza-se pelas influências que incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade, sem a participação ativa e intencional do próprio sujeito da educação, embora ele seja levado inconscientemente pelo processo. Na autoeducação, ao contrário, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de modificar-lhe o comportamento e submeter-se a elas (LEVY *et al*, 2004). A área de educação em saúde lida diretamente com a autoeducação, pois envolve tomada de decisão e consciência

por parte do sujeito envolvido no processo em relação ao processo educativo para sua formação e desenvolvimento.

Indubitavelmente, a Estratégia Saúde da Família foi concebida para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver uma atenção básica de forma integral e com alta resolutividade, proporcionando a extensão da cobertura e a ampliação do acesso, além da substituição das tradicionais práticas puramente curativas, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde do nosso país (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pressupostos do SUS, exigindo dos profissionais uma dinâmica de atuação, que compreenda o planejamento das ações em concomitância com a realidade da população. As práticas educativas consistem em excelentes estratégias para alcançar tais princípios, podendo ser realizadas a partir de palestras, visitas domiciliares, campanhas educativas, reuniões em grupos, e também de forma individualizada através das consultas (CASTANHO *et al*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde preconiza que a equipe mínima de atuação na Estratégia Saúde da Família seja composta por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um atendente de consultório dentário (ACD) e/ou técnico de higiene dental (THD) e agentes comunitários de saúde. Profissionais como assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas podem ser incorporados, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2001).

Cada equipe de Saúde da Família será responsável por no mínimo, 2400 pessoas e, no máximo, 4500 pessoas. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é considerado parte da Estratégia, vinculado ao governo federal. De acordo com o Decreto nº. 3.189, de 04/10/99, o ACS deve desenvolver, no âmbito do PACS, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de ações educativas individuais e coletivas. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/instrutor, lotado em uma unidade de saúde (FORTALEZA, 2004).

Em relação aos objetivos específicos da ESF, a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC (1997) destaca a produção social da saúde, por meio da troca de informações e experiências entre as equipes de Saúde da Família e a comunidade, através da educação em saúde. Para Levy (2000), a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, seja para sua própria saúde seja pela saúde da comunidade.

Observa-se que a Estratégia Saúde da Família oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de atividades dessa natureza. Almeida (2001) recomenda a sistematização do componente educação em saúde, pelas equipes de saúde, sugerindo a aplicação de uma metodologia de educação popular, através da formação de grupos de interesses comuns, oportunizando discussões com a comunidade e aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.

É importante acrescentar que a educação em saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (LEVY et al, 2004).

A Estratégia Saúde da Família tem um importante papel na construção de novas reflexões e novos conhecimentos conforme a expansão e amadurecimento do programa. As informações permeadas vão sendo repassados adiante de forma espontânea, por aqueles que abraçam a idéia e a valorizam da forma merecida.

Educar não é trabalhar valores e reproduzir códigos sociais, mas deixar-se levar pela curiosidade e repassá-la aos outros, instigando-lhes a estudar junto e não apenas a escutar frases ou textos sem sintonia com a realidade. Partindo deste pressuposto, nota-se que a Educação em Saúde tem uma responsabilidade muito grande, pois permite criar opiniões e ensina as pessoas a interagir de forma direta e colaborativa com o sistema de saúde.

O conhecimento adquirido não deve ser guardado para si, como se fosse de sua propriedade, deve ser repassado de forma a atingir o maior número de pessoas possível, para que outras gerações possam usufruir de tais ensinamentos. No âmbito da saúde não pode ser diferente: o conhecimento deve ser difundido em todas as possibilidades, transferindo-o para todas as classes sociais a fim de promover o bem estar das pessoas e promover saúde.

Freire (2001), afirma que a educação, qualquer que seja o seu nível, se fará tão mais verdadeira quanto mais estimule o desenvolvimento desta necessidade radical dos seres humanos de se expressarem.

Os profissionais da saúde assumem o papel importante de facilitadores de um processo educativo muito amplo, que deve ser atraente e capaz de envolver os demais sujeitos participantes dos serviços de saúde, além dos usuários e a comunidade em geral. Quanto mais abrangente o processo educativo se apresentar, melhor será o resultado final, já que estará trabalhando o todo.

Se todos os profissionais da saúde forem responsáveis por repassar parte do conhecimento apreendido, seja na unidade de saúde, na escola, boca a boca, ou de qualquer

outra forma que ultrapasse os muros da unidade de saúde, a informação reproduzir-se-á de forma significativa e chegará a muitas pessoas até então leigas, levando-as a refletirem sobre comportamentos inadequados e influenciando-as a adquirir posturas mais interessantes diante de sua vida, melhorando significativamente a sua qualidade de vida. No tocante à comunidade idosa, deve haver uma maior preocupação dos profissionais da saúde em relação ao tema educação em saúde, visto que promovê-la tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dessa parcela da população, torna-se essencial, à medida que o nosso país fica mais envelhecido.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para os países subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento, como o Brasil, considera-se idosa aquela pessoa com 60 anos de idade ou mais. Porém, não se pode e nem se deve esquecer que a velhice possui diversas faces, sobretudo numa sociedade como a nossa, fundamentalmente marcada pela desigualdade social, no qual há uma exorbitante concentração de renda e conseqüente mente um alto índice de pobreza (SILVA, 2005).

O Ministério da Saúde adverte que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente no tocante a queda da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida. Essa perspectiva não é homogênea para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2006).

De acordo com dados do IBGE, havia no Brasil, em 2002, cerca de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população e a sua estimativa para o ano de 2025 equivale a 15% da população total, correspondendo aproximadamente a 30 milhões de idosos (SILVA, 2005).

A velhice não tira do ser humano sua importância em relação aos demais cidadãos perante a sociedade, porém o caráter débil e a falta de respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil e as doenças inerentes ao avanço da idade, colocam os idosos numa posição crítica, uma vez que esses problemas são maiores e específicos nesta fase etária da vida, tornando o envelhecimento populacional um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (COSTA; VERAS, 2003).

Segundo a OMS, o envelhecimento, no sentido de senilidade, constitui um processo de redução ou perda progressiva da capacidade de adaptação que ocorre com o passar do tempo e resulta em alterações na estrutura e funcionamento do ser humano, como resultado da interação entre fatores intrínsecos (genéticos) e as influências extrínsecas (ambientais). A

variedade de padrões de envelhecimento refletida pelas causas extrínsecas pode ser encontrada em grupos de pessoas que vivem em diferentes ambientes (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. De acordo com resultados de vários estudos, a população brasileira envelhece de forma rápida, mudando assim a estrutura da população, num processo conhecido por transição demográfica. A redução das taxas de mortalidade gera maior expectativa de vida, e leva a nova configuração da população do país, fazendo surgir assim a transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição das doenças infectoparasitárias e o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (RODRIGUES *et al*, 2007). Dentre elas, a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências (PAVARINI *et al*, 2005).

O processo de envelhecimento, sem dúvida, desencadeia o aumento de limitações de ordem biológica, em decorrência de fatores de natureza genética e ambiental. No entanto, ressalvados casos de patologias graves que comprometam a funcionalidade física e mental, na velhice é possível haver conservação de competências e habilidades intelectuais, bem como do funcionamento do ego. A acumulação de experiências permite a alguns idosos alcançar elevado grau de especialização e domínio nos mais diversos campos de atividades humanas. Os mais velhos podem, de fato, destacar-se, graças ao acúmulo de informações e experiências, é o denunciação da narrativa, interpretação do passado, bem como de análise do presente à luz da experiência pregressa (NERI, 2001).

Apesar de algumas perdas da capacidade de cada órgão pela velhice, tipicamente aceitáveis devido o avançar da idade, a terceira idade não é a fase de falência e incapacidades para viver. A pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Por esse motivo a velhice não pode ser caracterizada como fase de doenças, pois as doenças mais comuns da velhice são previsíveis, diagnosticáveis e tratáveis. Cada pessoa quando chega a ser idosa apresenta-se de forma única e singular as transformações biológicas trazidas pelo envelhecimento (MARTINS *et al*, 2007).

Na verdade, está em jogo na velhice é autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber se essa pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e qual toma remédio para depressão. O importante, como resultante de um tratamento bem-sucedido,

é a manutenção da sua autonomia, a felicidade, a integração social e, para todos os efeitos, a vida saudável (RAMOS, 2003).

Existem programas educacionais, culturais e de lazer dirigidos aos idosos de relevância indiscutível, mas sabe-se que muitos idosos não se beneficiam destas atividades devido ao comprometimento de sua capacidade funcional. Isto se deve à relação estreita entre o próprio processo de envelhecimento e a maioria das doenças que acometem o indivíduo idoso (VERAS; CALDAS, 2004).

A atenção universal, equânime e integral à saúde traz implícita em sua concepção básica um significado muito mais profundo do que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. A melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas são idéias norteadoras da nova filosofia sanitária brasileira, expressas por meio das ações de Educação em Saúde (LEVY *et al*, 2004).

Todos os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da reinserção e manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para o seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Diante do exposto, é muito importante a atuação de todos os profissionais de saúde na atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família, principalmente quando ele incorpora o papel de educador. Através de ações efetivas de educação em saúde pode-se transformar o perfil de toda uma comunidade e reinserir o idoso ao seu contexto familiar e social, melhorando significativamente sua qualidade de vida.



## 2 Caminho Metodológico



## 2.1 HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA

Na busca por conhecer experiências sobre educação em saúde, direcionadas especificamente aos idosos dentro da Estratégia Saúde da Família, optei por utilizar os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estarem relacionados à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como elas compreendem o mundo onde vivem (POPE; MAYS, 2005).

A pesquisa está inserida em uma abordagem qualitativa, em face dos objetivos previamente traçados, e para valorizar o universo qualitativo, a mesma foi subsidiada a partir da estratégia da História Oral Temática, uma interface da História Oral, definida por Bom Meihy (2005) como um “recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida das pessoas”, trabalhando, portanto, com a questão do cotidiano.

Torna-se importante conhecer o conjunto de experiências individuais, suas proposições e suas verdades, permitindo mostrar a versão dos fatos, conforme a visão de cada pessoa entrevistada. História Oral é um processo sistêmico de uso de depoimentos, vertidos do oral para o escrito, para serem recolhidos testemunhos, analisarem-se processos sociais, favorecendo estudos de identidade e memória cultural (BOM MEIHY, 2005).

A História Oral é considerada sempre uma história do *tempo presente* e reconhecida como *história viva*, já que enfoca o processo histórico como inacabado, ou seja, a percepção do passado como algo atual (BOM MEIHY, 2005).

De acordo com o mesmo autores:

A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história ora. Nessa medida, ela não só oferece uma mudança no conceito de história, mas, mais do que isso, garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e se sentem parte do contexto em que vivem (BOM MEIHY, 2002).

A História Oral encontra fundamento no direito de participação social, preenchendo-se espaços para uma cultura explicativa dos atos sociais, tem respeito às diferenças e à compreensão das identidades e dos processos de suas construções narrativas (BOM MEIHY, 2005).

Na visão de Simpson *et al* (2007) a História Oral representa um recurso moderno para elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social de pessoas, ela é uma história do tempo presente, conhecida como história viva.

Bom Meihy, (2005) a define a História Oral Temática como uma prática de apreensão de narrativas realizada através do uso de mecanismos eletrônicos, como MP4, gravadores, entre outros, destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato. O mesmo autor acrescenta que como registro de experiências de pessoas vivas, expressão legítima do ‘tempo presente’, a história oral temática deve responder a um sentido de utilidade prática, pública e imediata.

A História Oral Temática é construída por pessoas simples e comuns, com desejo de expressar seus sentimentos, qualidades e/ou defeitos e, sobretudo, suas idealizações. Portanto, a História Oral Temática não se faz sem a participação humana, trata-se de uma metodologia inclusiva, de caráter social significativo, como ressalta Bom Meihy (2005):

... a história oral promove a subjetividade humana, a inclusão social e a reavaliação de pressupostos, muitas vezes, legitimados por repetições historiográficas feitas *sobre* as minorias, mas que quase nunca leva em conta a participação mínima dos sujeitos analisados.

A escolha da História Oral Temática se deu pelo fato de o ser método que mais se aproxima das soluções comuns e tradicionais de apresentação dos trabalhos analíticos em diferentes áreas do conhecimento acadêmico (BOM MEIHY, 2005), pois parte de um assunto específico e preestabelecido, de interesse particular ou coletivo, comprometendo-se com o esclarecimento ou a opinião dos entrevistados sobre algum evento definido, na perspectiva do desvelar de determinado fenômeno escolhido para estudo.

O projeto de dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, pelo qual foi apreciado e devidamente aprovado sob o protocolo nº. 093/10 (Anexo). Todas as etapas metodológicas foram norteadas pelas observâncias éticas contempladas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002), especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido e a carta de cessão dos participantes, respeitando o princípio da autonomia, anonimato e confidencialidade dos dados, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Para substanciar a pesquisa, fez-se necessário definir a colônia do estudo que, segundo Bom Meihy (2002), liga-se unicamente ao fundamento da identidade cultural do grupo e é formado pelos elementos amplos marcantes da identidade geral dos segmentos dispostos à análise.

Em se tratando de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o tamanho da amostra não precisa necessariamente ser elevado. Geralmente, quando os dados mostram-se de veras repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente. A decisão do tamanho da amostra deve ser tomada com base na percepção do próprio pesquisador (LEOPARDI, 2001).

Para esta pesquisa, a comunidade de destino foi constituída pelos colaboradores que apresentavam características e interesses comuns a cerca do tema proposto, sendo representados por profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Campina Grande – PB, que estavam efetivamente desenvolvendo ações de saúde relacionadas ao objeto de investigação do estudo ou já realizaram essa prática.

Os cenários da pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde da Família que trabalham ou já trabalharam com Educação em Saúde voltada para os Idosos, na Cidade de Campina Grande/PB, de onde foi selecionada a rede de estudo proposta, que é a menor parte cabível nos limites dessa pesquisa, constituída por doze participantes, todas do sexo feminino, escolhidas por acessibilidade, sendo duas agentes comunitárias de saúde, três assistentes sociais, quatro enfermeiras, uma odontóloga, uma auxiliar de enfermagem e uma médica.

Todas as colaboradoras do estudo depuseram-se a contribuir de maneira voluntária com a pesquisa mediante assinatura expressa do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) e da carta de cessão (Apêndice C).

Com relação ao anonimato, sugeriu-se a criação de pseudônimos para resguardar o caráter confidencial das informações, sendo assim, as colaboradoras foram identificadas por nomes de pedras preciosas, em virtude da magnitude e excelência do trabalho com educação em saúde que realizam junto aos idosos, sendo assim nomeadas: Diamante; Turmalina; Alexandrita; Safira; Água Marinha; Opala; Ametista; Jade; Pérola; Rubi; Turquesa e Ônix, e aparecerão com tais codinomes no decorrer dessa pesquisa.

A definição das colaboradoras baseou-se em critérios qualitativos relacionados ao tema proposto para o estudo. De acordo com Albert (2005), os entrevistados são tomados como unidades qualitativas, e não como unidades quantitativas. O mesmo autor revela que a História Oral apresenta um grau elevado de imponderabilidade, pois nem todas as entrevistas atendem às expectativas inicialmente concebidas, logo, não é possível definir exatamente o número de participantes a serem entrevistados, mas apenas os entrevistados em potencial, a partir de critérios preestabelecidos.

Para execução da pesquisa, os seguintes elementos foram considerados na seleção das pessoas acessíveis a colaborar: Ser profissional de saúde; Fazer parte da Equipe Saúde da Família do município de Campina Grande; Trabalhar com Educação em Saúde voltada para

os idosos ou já ter trabalhado com a temática em estudo na Estratégia Saúde da Família. Então, todos os profissionais de saúde, que se encaixavam nesse perfil, foram considerados possíveis colaboradores, e aqueles dispostos a participar foram incluídos na pesquisa.

Para a viabilização da pesquisa empírica, elegeu-se como instrumento a técnica de entrevista, a qual segundo Bom Meihy (2005) deve ser guiada por perguntas de *corte*, definidas como questões que perpassam todas as entrevistas e devem relacionar-se com a comunidade de destino constituintes da identidade do grupo analisado.

A história oral temática é usada como metodologia ou técnica e, dado o foco temático precisado no projeto, torna-se um meio de busca de esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas contraditórias (BOM MEIHY, 2007).

Conforme visto anteriormente, o estudo foi direcionado de acordo com os pressupostos teóricos de Bom Meihy (2005) e as perguntas de *corte* que guiaram as entrevistas foram:

- O que é educação em saúde?
- Qual o significado da educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família?
- Qual a contribuição da educação em saúde para a melhoria da qualidade de vida desses idosos?
- Quais são as ações educativas de saúde desenvolvidas para os idosos na Unidade Básica de Saúde da Família em que você atua?
- Na sua equipe, como você vê essas ações educativas, e os seus colegas como você acha que eles as vêem?

Todas as entrevistas foram gravadas por meio do sistema de gravação MP4 com autorização prévia das participantes. Todo o processo de entrevista foi norteado por três etapas: a *pré-entrevista*, a *entrevista propriamente dita* e a *pós-entrevista*, até que se construíssem discursos coerentes e com certa aproximação com o cenário de estudo e o referencial teórico.

Para a construção do documento oral, o método da História oral preconiza uma série de procedimentos seqüenciados, desde a elaboração do projeto, definição dos depoentes, a coleta do material empírico utilizando a técnica de entrevista, seguida das fases de transcrição, textualização, transcrição, conferência e discussão do material produzido (SOUZA e DIAS, 2010).

Segundo Bom Meihy (2002), a *pré-entrevista* corresponde à etapa de preparação para o encontro com o entrevistado. É nessa fase que se processa o primeiro contato do pesquisador com o colaborador da pesquisa, quando são fornecidas informações a respeito da

existência do trabalho e da sua possível participação e esclarecidos os objetivos da pesquisa a fim de situá-lo na natureza do estudo. O contato inicial com as colaboradoras deu-se mediante telefonemas, possibilitando o agendamento dos encontros.

Para a concretização do estudo fez-se necessário a visitação às Unidades de Saúde da Família que trabalhavam na perspectiva da educação em saúde voltada aos idosos, em prol do reconhecimento da área e da aproximação com os profissionais. Além disso, fez-se necessário a realização de um laboratório nas unidades que possuíam grupos de idosos já formados, objetivando a detecção das ações de educação em saúde vivenciadas, a fim de conhecer esses grupos, sua dinâmica e a realidade dos profissionais e usuários envolvidos. Essa fase foi muito importante, pois gerou condições para confecção do caderno de campo, no qual foram registrados importantes e utilitários aspectos para análise do material empírico.

A etapa de entrevista foi realizada no período de abril a maio de 2010, em locais e horários previamente agendados com as colaboradoras. A entrevista com a colaboradora Diamante foi considerada como ponto zero, por ser ela a líder mais antiga de grupo de idosos.

Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), através do qual se buscou fazer o convite oficial à participação das colaboradoras na pesquisa, esclarecendo-as a cerca de seus direitos, inclusive o de não aceitar e desistir de sua participação no momento que achar conveniente. Foi solicitada a assinatura das entrevistadas e sua permissão para gravar as entrevistas, explicando a utilização de um guia contendo as perguntas de *corte* (Apêndice B).

A pós-entrevista é o momento definido por Bom Meihy (2002), como sendo a etapa que se segue à realização das entrevistas. Serve para manter a continuidade do processo, estabelecendo o contato do pesquisador com o entrevistado, depois de concluída a entrevista.

Segundo Simpson *et al* (2007), na pós-entrevista organizam-se as idéias para a transformação do relato oral em texto, mantendo o sentido intencional dado pelo narrador, o que demanda tempo um relativamente longo.

Esse momento foi aproveitado para esclarecer dúvidas que ficaram pendentes e explicar as etapas as quais os discursos seriam submetidos, tomando por base o preceito de Bom Meihy (2005):

A fim de evitar expectativas imediatistas, aconselha-se a dizer que a transcrição é um processo demorado, em que para cada hora gravada são gastas cerca de cinco para transcrição e mais dez de arranjos finais de edição.

Também nesse momento, foi comunicado aos colaboradores que todo o material empírico, fruto das entrevistas, passaria posteriormente, por uma conferência e que o mesmo

poderia ser alterado, caso fosse necessário, e em seguida retrabalhado, a fim de que se chegue à confecção de um discurso coeso e verdadeiro.

Na pós-entrevista, retornou-se a cada uma das colaboradoras a fim de buscar esclarecimentos para determinados pontos da narrativa, como datas, nomes de pessoas citadas e situações pouco esclarecidas.

Concluídas as etapas de encontros com as colaboradoras para a finalização das entrevistas, todo o material empírico foi cuidadosamente trabalhado conforme as etapas do processo de História Oral: a *transcrição*, fase de passagem da gravação oral para o escrito, a *textualização*, definição de palavras-chave para mostrar a incidência das ênfases dadas em algumas situações, constituindo o tom vital das narrativas, a *transcrição*, com a finalização do texto, a sua versão pronta, e, a *conferência*, momento em que, depois de trabalhado o texto, o autor entrega a versão aos entrevistados para ser autorizada, conferindo confiabilidade ao instrumento de pesquisa e a pesquisa propriamente dita (BOM MEIHY, 2005).

Durante a etapa de **transcrição**, o material empírico gravado foi escutado cuidadosamente, por diversas vezes. Na sua passagem para o escrito, suprimi alguns vícios de linguagem, palavras repetidas, palavras e/ou frases sem semântica, desvios gramaticais, tendo o cuidado de manter a identidade do entrevistado.

Terminada essa etapa prossegui com a **textualização**, na qual retirei as perguntas de corte que passaram a ficar agregadas às respostas, passando a constituir um texto único e de domínio do colaborador que se assume o papel de protagonista. O texto foi trabalhado em sua plenitude, assegurando-lhe uma organização lógica e a preservação das idéias.

Segundo Bom Meihy (2002):

Trabalhar uma entrevista equivale a tirar os andaimes de uma construção quando esta fica pronta. Com isso, a primeira tradição quebrada é a do mito de que a transcrição, palavra por palavra, corresponderia à realidade da narrativa. Porque uma gravação não abriga lágrimas, pausas significativas, gestos ou o contexto do ambiente, é impossível pensar que a mera transcrição traduza tudo o que se passou na situação do encontro. Além do mais, as entonações e as palavras de duplo sentido.

À medida que as entrevistas foram sendo trabalhadas, elegeu-se para cada uma delas um tom vital, a frase de maior significância, para que servisse de epígrafe dos textos finais e norteasse a discussão. Segundo Bom Meihy (2002), sobre essa frase pretende-se organizar o critério de percepção do leitor, funcionando como um farol para guiar a recepção do trabalho.

Segundo Bom Meihy (2005), o tom vital corresponde à frase que serve como guia para a leitura da entrevista, pois representa uma síntese da moral da narrativa.

Para Dias *et al* (2008) o tom vital é considerado a expressão mais forte do texto, capaz de reunir todos os elementos de significados da entrevista, permitindo entender a melodia da narrativa de cada colaboradora.

A **transcrição** compreende a última etapa e segue a transcrição. Nela, realizei interferências nos materiais já textualizados, a fim de se prosseguir com as conferências, nas quais pude resgatar aspectos relevantes do caderno de campo que contribuíssem de forma positiva na composição do texto final, recriando-o em sua plenitude. Esta fase foi importante, pois retratou, nas entrelinhas dos discursos, emoções diversificadas e codificadas no texto a partir do uso de reticências entre colchetes [...], tais como: apreensão, desconforto, alegria, tristeza, descontentamento, pausas, inquietações, etc.

Bom Meihy (1991) afirma que ao teatralizar-se o que foi dito, recria-se pensamentos no momento da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo das sensações provocadas pelo contato, fato impossível de acontecer reproduzindo-se o que foi dito palavra por palavra.

Logo em seguida, submeti o material já trabalhado à última etapa do processo indicado pela História Oral, a **conferência**, que, de acordo com Bom Meihy (2005), é o momento quando, depois de trabalhado o texto e supondo-o findo, o material é encaminhado para o colaborador para a sua conferência.

Seguindo essa dinâmica, o material supostamente finalizado foi entregue a cada colaboradora, em forma de texto impresso contendo suas falas já trabalhadas para sua leitura e validação, juntamente com a carta de cessão (Apêndice C) para ser assinada, a fim de legitimar a conferência do material e sua liberação para uso e publicação. Apesar de ter sido dado às colaboradoras o direito de interferir no texto, no sentido de retirar ou acrescentar informações ou frases as quais julgassem necessárias, apenas duas delas intervieram na versão entregue, ambas, sugerindo a inclusão de algumas palavras, segundo o entendimento delas, importantes para enriquecer o texto produzido, mas que não alteraram o sentido das narrativas.

A discussão do material produzido foi guiada pelo tom vital das narrativas e pela identificação dos eixos temáticos de maior significação das experiências vividas por cada uma das colaboradoras, precedida por leituras exaustivas, iluminadas pelos autores que compõem a literatura pertinente, na busca de compreender o universo que tange as narrativas, no contexto temporal.

Partindo da análise das narrativas das colaboradoras, com o intuito de responder aos objetivos do estudo e aprofundar-se na temática proposta, foram evidenciados três eixos temáticos que deram significação e nortearam toda a discussão: Educação em Saúde no

envelhecimento enquanto espaço de partilha e empoderamento; Ações de Educação em Saúde como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde da população idosa; Ações Educativas na Estratégia Saúde da Família: impasses, desafios e possibilidades.





### *3 Revelando Experiências*

Há pessoas que devemos admirar pela força, inteligência, pela maneira como conduzem a vida e alcançam vitórias.

Deveríamos gostar de sermos assim, ter essa garra ou esse dom e levar a vida no lugar de nos deixar levar por ela...

Porém, somos todos únicos.

O que diferencia uma pessoa da outra é a maneira como ela se vê e tenta fazer alguma coisa daquilo que enxerga.

Às vezes não possuímos o valor que nos dão, somos o que somos e se o que vemos não nos agrada, podemos fazer algo diferente e melhor.

As pedras preciosas nascem brutas e, mesmo se preciosas, têm uma aparência normal, quando não até feias.

Mas, lapidadas, são maravilhas aos olhos. Refletem o sol e a beleza.

À princípio ninguém é melhor que ninguém...

E se a vida nos lapida, a outra parte cabe a nós de arredondar, colocar formas, dar brilho e fazer diferença no mundo.

(Leticia Thompson)

Este capítulo foi reservado à revelação das experiências de cada uma das colaboradoras em relação à educação em saúde voltada aos idosos na atenção básica, que participaram da elaboração desse estudo de maneira efetiva como protagonistas da vida real.

As colaboradoras foram identificadas por nomes de pedras preciosas, pois brilham intensamente ao realizarem um trabalho diferenciado, esplendoroso e significativo na estratégia Saúde da Família, lapidado através de ações educativas, a partir do que enxergam como essencial: o envelhecimento humano.

Executam seu trabalho de maneira singular, visando melhorar e transformar a vida do outro, como se fosse a sua própria vida.

São pessoas especiais, mulheres fortes e dispostas a transformar o irreal em possibilidade, tornando-se importantes aos olhos de quem acredita que sonhos podem ser realizados.

Todas as colaboradoras dispuseram-se a contribuir com o trabalho espontaneamente, contando sobre suas experiências na educação em saúde voltada para os idosos e anseios sobre essa temática, como forma de instigar os demais profissionais de saúde a tentarem junto com elas a realmente fazerem o diferencial.

Os depoimentos foram incluídos nesse capítulo de forma integral, a fim de serem analisados pelos futuros leitores. De cada relato da trajetória desses profissionais foi destacado o tom vital, frase forte que funcionou como a epígrafe do texto

# Diamante

*A verdade é dura como diamante e delicada como a flor de pessegueiro.*

*(Mahatma Gandhi)*

Mulher de fibra com coragem de enfrentar desafios, que assume suas responsabilidades com afinco. É apaixonada pelo que faz e mostra carinho e dedicação aos idosos de sua comunidade. Mulher do povo, mora na própria comunidade e atua com Agente Comunitária de Saúde. É comunicativa e bastante desinibida, adora conversar e contar suas experiências. Afirma ter um bom relacionamento com todos da comunidade.

Foi escolhida pela enfermeira da unidade de saúde para trabalhar junto ao grupo de idosos do bairro e fazê-lo funcionar e nessa tarefa se sente realizada. É muito entusiasmada com o trabalho que realiza e não mede esforços para mantê-lo ativo. Dentre as colaboradoras desse estudo é a que tem mais tempo de atuação em grupo de idosos, o que a diferenciou das demais, fazendo com que a sua entrevista fosse escolhida como o marco zero desse trabalho.

A nossa conversa aconteceu na Unidade de Saúde da Família onde atua a cerca de oito anos, local de sua escolha, por garantir que ali se sente em casa. Num ambiente tranquilo e sem barulho, a entrevista foi permeada de espontaneidade, e marcada pela forma despojada, clara e viva com a qual a colaboradora narrava suas experiências:

*...tenho imensa satisfação em executar ações de educação em saúde, pois os idosos participam e contribuem significativamente...*

Na minha visão educar em saúde é trabalhar no sentido de orientação das pessoas para promover saúde, é mostrar para elas que os profissionais da saúde não existem apenas para entregar remédios, que não é para eles virem ao consultório só para pegá-los e fazer exames, é para que eles saibam que trabalhamos sempre em cima da prevenção da sua saúde, dos seus direitos, mostrando até onde eles podem recorrer e o que eles podem fazer para lutar pelos seus direitos e cobrá-los [...].

Quando os usuários chegam até a gente, ensinamos com um olhar voltado para os direitos deles e para a sua saúde, que são os seus pontos fracos, pois muitos não sabem nem dos seus direitos [...].

Tenho imensa satisfação em executar ações de educação em saúde nessa etapa da vida, pois os idosos participam e contribuem significativamente com esse tipo de trabalho, permitindo que obtenhamos uma resposta, [...] já que conseguimos chegar até eles e ter essa resposta.

Na nossa unidade sempre mostramos o respeito que eles devem impor à comunidade e à própria família, pois tem muitas famílias que não os respeitam, deixando-os totalmente a mercê, fazendo com que os idosos percam o seu direito de passear, o de ir até o banco para retirar seu benefício da aposentadoria e fazer com ele o que quiserem. Eles mesmos nos ajudam a educar os outros mais novos, e nos dão sempre resposta do que desenvolvemos através da fala para eles. Por exemplo: aquele idoso que não fazia caminhada, hoje a gente vê aos poucos fazendo, e essa resposta é importante.

Eu me sinto satisfeita em trabalhar com o grupo de idosos, porque eles falam que saem das reuniões educativas repletos de paz, demonstrando alegria através de ações de carinho, e isso nos recompensa [...]. Mesmo quando estou de férias frequento o grupo e quando não posso estar presente, eles sentem minha falta. Então, percebemos no rostinho deles a transparência do reconhecimento, da curiosidade e da humildade.

São pessoas maravilhosas, lindíssimas, não são ricos, não têm nada material para oferecer, mas têm a humildade, têm o poder da escuta, eles prestam atenção no que você está falando, os idosos são como crianças e eu sou apaixonada por crianças [...]. Eles nos repassam muitas experiências, há uma troca, e eu fico pensando que como já passaram por muitas coisas, são realmente vitoriosos. Diante de tudo isso eu me sinto realizada, me sinto bem tranquila, [...] tenho paz e, quando as reuniões terminam, eu tenho vontade de ficar lá [...].

É interessante, porque quando marcamos uma consulta com eles, explicamos que é um direito, que é um dia deles, onde podem falar com a médica sobre as questões de sua saúde e eles nos atendem. Eles são bem obedientes, apesar de ter alguns rebeldes, eu sei que tem

peessoas que se metem, dizendo que se não há doença não precisa ir ao posto, mas eles gostam de vir aqui, por que aqui sabem que são bem atendidos.

Trabalhamos sempre no sentido da prevenção e promoção da saúde deles, e quando aparecem as dúvidas, procuram a enfermeira, a médica, a agente de saúde, a recepcionista, ou seja, eles procuram respostas, e aqui eles são bem acolhidos e as obtêm.

Realmente eu observo que trabalhar com educação em saúde com os idosos vale à pena, por exemplo, muitos deles já mudaram o hábito alimentar e se já mudaram o hábito alimentar, é porque mudou muito mais do que isso [...]. É também uma maneira de repassar educação para dentro de casa, pois a partir do momento em que trabalhamos suas questões familiares, transforma-se até o tratamento dispensado com os próprios filhos e o respeito perdido ressurge, então, percebemos que há resposta desse trabalho.

A prevenção é a nossa meta, e a buscamos através das ações educativas executadas aqui, das consultas que são marcadas pelos agentes comunitários de saúde e também através do grupo de idosos que se chama “Alegria de Viver”, que funciona quinzenalmente, sempre nas quintas feiras, reunindo os idosos da área toda, onde há uma boa adesão e participação.

Nesse grupo, fazemos vários momentos com os idosos, como o da reflexão e o de oração, sem olhar quem é quem, tudo com respeito [...]. Proporcionamos momentos de lazer, e aproveitamos para trabalhar também as questões de saúde como, por exemplo, as posturais, junto a fisioterapeutas convidados que realizam atividades diferenciadas com eles, para que aprendam a se sentar, já que boa parte deles apresenta dor de coluna e não sabem por que, daí explicamos que talvez seja pelo fato de afastarem as coisas de mau jeito e sentarem de mau jeito [...].

Então, tudo o que nós fazemos no grupo de idosos é para refletir na melhoria da saúde e na qualidade de vida deles. O grupo funciona na casa da família, porque aqui não tem espaço [...]. A questão de espaço aqui é séria [...], quando essas reuniões aconteciam na própria unidade era bastante complicado, deslocávamos esses idosos que estavam na sala de espera na expectativa de serem consultados pela médica ou pela enfermeira lá para fora, para a área do terraço, num espaço apertado que tem aqui no posto e fazia funcionar o grupo ali, ou seja, tudo acontecia ao mesmo tempo, consultas e reuniões [...], e na casa da família não [...], existe aquele dia reservado só para isso, e lá nessa manhã eles estão exclusivamente para o grupo de idosos.

Nós fazemos muitas palestras, falamos sobre todo tipo de assunto, agora mesmo teve palestra sobre o dia mundial da saúde, outra vez debatemos sobre o dia da consciência negra, instigando-lhes a participar e provocando-os sobre o tema, diante do que sabem ou que já



ouviram falar através de alguém ou pela TV. Também já discutimos sobre a mãe idosa, porque agora tem mulher que é mãe e é idosa ao mesmo tempo, pois cuidam dos netos para que seus filhos possam trabalhar [...]. Procuramos sempre abordar temas que estejam dentro do contexto do calendário, trabalhando as datas e os eventos que são interessantes para serem debatidos com eles, como o dia do idoso, o São João, o final de ano, o natal, e buscamos extrair deles o seu próprio significado.

Procuramos incluir, temas comuns ao dia a dia deles, procurando saber o que lhes interessa, como por exemplo, o tema sobre sexualidade que eles sugeriram, de onde emergiram muitas dúvidas e questionamentos, já que eles achavam que sexualidade era sinônimo de relação sexual e se enganavam, daí eles ficaram abismados sobre os ensinamentos que receberam, depois relaxaram, curtiram a palestra e no fim foi muito gratificante, pois eles aprenderam conceitos importantes sobre o tema e muitos tabus foram quebrados [...] e como este muitos encontros interessantes acontecem.

Muitos profissionais convidados vêm para contribuir com essas palestras. Um exemplo claro de atuação desses profissionais é quando vamos abordar assuntos jurídicos, relativos aos direitos deles, sempre chamamos uma pessoa especialista nesse assunto, porque trabalham essas questões de maneira mais aprofundada, pois nós só sabemos o básico e se houver algo mais específico sobre o assunto, não saberemos responder cientificamente, então o apoio de outros profissionais é muito importante nesses encontros. Se o debate for sobre problemas cardíacos, por exemplo, a médica do nosso posto dá o apoio necessário lá, falamos com ela com certa antecedência e ela se dispõe a ajudar e enriquece a palestra.

A partir da minha experiência no grupo de idosos, posso afirmar que essas ações educativas são maravilhosas, pois temos trocas de experiências de vida extraordinárias e percebemos o respeito que um idoso tem pelo outro dentro do grupo, eles se mostram à vontade, não se sentem retraídos porque estão ali, a meu ver é uma grande família. Nos nossos encontros vamos direto ao ponto a ser trabalhado, satisfazendo suas expectativas, então eu creio que são ações muito positivas, tanto para o idoso quanto para a Estratégia Saúde da Família.

Em relação à participação dos demais colegas, eles contribuem como podem. Tudo o que acontece no grupo, tudo o que foi debatido nas reuniões é repassado para a minha supervisora, que é a enfermeira da unidade, que me cobra resultados, já que foi ela quem me indicou para ficar à frente do grupo, eu preciso lhe dar retorno do meu trabalho, porque quando vem o idoso e diz o que já conversou comigo, que no grupo de idosos já se falou sobre um determinado assunto, se vê que há uma resposta positiva e isso é bom para mim.

A cada reunião faço um relatório de palestra, como uma prestação de contas para a enfermeira, com o intuito de avaliar se aquele encontro foi positivo, para ver se continua com aquele tema [...], daí ela dar sugestões, enfim, ela sempre intervém, se algo não estiver dando certo ela substitui, procura outra proposta, faz adaptações, então ela contribui diretamente com o grupo. Em relação aos outros profissionais da unidade eles fazem parte também, mesmo que indiretamente, tudo que eu faço no grupo é repassado para eles, quando acontecem passeios com os idosos eles participam, eles estão juntos comigo nessa proposta e colaboram com tudo o que eu preciso.

Na realidade, o que eu preciso é mais do que eu já tenho e eles tentam me oferecer ainda mais, eles estão abertos e dispostos a ajudar sempre, eles me apóiam, afinal eles também fazem parte do grupo, eu estou apenas à frente, junto com a assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do nosso bairro e as outras meninas da unidade e eu me sinto segura, pois sou apoiada por eles.

Infelizmente, o médico e a enfermeira atendem a uma alta demanda aqui na unidade, mas mesmo assim, eles colaboram muito com a educação em saúde, principalmente na hora das consultas, pois quando o paciente entra no seu consultório, eles não trabalham só a saúde em si, trabalham o físico e a mente dessa pessoa.

Havia pacientes daqui da unidade, que estavam acostumados a tomar a mesma medicação anos a fio e numa simples conversa com a médica conseguiu perceber que não é dependente daquele remédio, que dependia de outras coisas para sobreviver, como de alimentação adequada, de água, de bem-estar, de um aumento de carinho na terceira idade, de paz e não daquela medicação simplesmente, e hoje vemos que eles não estão mais tão dependentes, então isso é uma grande vitória [...].

Essas ações educativas são importantes porque não é fácil conscientizar alguém da importância de mudar hábitos já enraizados, como ter que fazer aquela dieta, ter que controlar aquele peso, ter que fazer exercício físico, sendo tudo na prática, nada no papel. Então, quando se tem a oportunidade de se fazer conhecer a doença, e isso se faz com educação em saúde, se cria um elo mais consistente entre o médico e paciente. A médica daqui faz muito bem esse papel de educadora em saúde, é um amor de pessoa, é uma pessoa simples e humilde, que entra na casa do rico e do pobre com a maior felicidade.

Então assim [...], eu diria que temos esse apoio de todos os profissionais de saúde daqui sim, principalmente da nossa médica, por que médico de PSF tem que ter perfil, tem que ser médico de periferia mesmo, de bairro pobre, porque senão ele não vai conseguir entrar na casa de ninguém, pois aqui todo mundo é humilde, todo mundo é carente, e nesse ponto a



nossa medica é excelente. Um dia ela fez uma visita com a Agente Comunitária de Saúde lá na outra área, que fica um pouco distante daqui e a usuária, que era uma idosa, disse que nunca tinha entrado uma médica na casa dela daquela forma, porque ela entrou, sentou, conversou, foi logo examinando e perguntando se ela tinha tomado banho, se não tinha [...]. Então, a comunidade também dá a resposta para esse tipo de atendimento, o idoso precisa desse acolhimento, dessa troca.



# Turmalina

*Seu serbo é pedra  
É turmalina  
De transparente cor cristalina  
Quero nadar em suas retinas*

*(Maria Anunciação Rosa Da Silva)*

Assistente Social muito envolvida em ações educativas voltadas aos idosos, trabalha na atenção básica a quatro anos e atua em três unidades básicas de saúde da família com cinco equipes diferentes. Sonha com o dia que se estabelecer exclusividade da assistência social, para poder realizar um trabalho mais efetivo e verdadeiramente acompanhado.

A nossa conversa aconteceu no auditório de uma das unidades básicas de saúde onde atua, num clima de descontração e entusiasmo, no qual ela parecia extremamente a vontade. A entrevista foi permeada de entusiasmo, pela sua ânsia de falar sobre sua experiência e de contribuir com o nosso trabalho. Assim, deixo suas palavras falarem por si só:

*...na minha visão, essas ações educativas voltadas para os idosos são muito positivas, é realmente uma saída para melhorar a qualidade de vida...*

Educação em saúde é trabalhar com grupos específicos compondo a prevenção e a promoção à saúde e quando ela está voltada para os idosos qualifica o grupo e as pessoas, proporcionando espaço para que eles tirem muitas dúvidas e aprendam mais, daí a gente percebe que melhora essa questão da promoção da saúde e da prevenção, além de haver uma troca de experiências entre os profissionais da saúde e os idosos, o que faz com que nós ganhem como profissionais e eles também.

Na minha concepção o significado real dessas ações educativas voltadas a essa parcela da população é a prevenção mesmo e a promoção da saúde. É o momento de trabalharmos a qualidade de vida com eles, sabendo escutá-los e não só jogar para eles o que achamos que eles querem saber e sim o que eles também desejam saber [...]. O trabalho acontece a partir do que eles já sabem, eles nos ensinam muitas coisas, promovendo nesse momento uma partilha de experiências, então, tanto eles aprendem quanto nós aprendemos, assim, o significado dessas ações educativas é buscar priorizar a qualidade de vida, enfim, pensar a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Educar em saúde ajuda na conquista da qualidade de vida para os idosos, no sentido deles realmente conseguirem aprender ou discutir questões que são do seu interesse e tentarem lidar com elas. Quando esses usuários saem de suas casas e vêm para o grupo e ficam juntos com os outros idosos, começam a discutir sobre os temas que estão sendo trabalhados e se identificam, surgindo um vínculo com a equipe e, também, entre eles próprios e a própria comunidade, fortalecendo-a nas questões de saúde.

O que é bom nos idosos é que eles aprendem e repassam informações importantes para os filhos como, por exemplo, a questão da amamentação. A nossa equipe percebeu que não estava obtendo muita eficácia na amamentação até seis meses, porque as avós passavam a intervir no processo, eram elas que diziam que tinha que alimentar as crianças apenas até os dois meses, então nós discutimos com esse grupo sobre a importância da amamentação e, a partir daí, começamos a quebrar tabus, e o mais interessante é que a medida que nós fomos trabalhando esse tema fomos mostrando o que é realmente verdade [...]. No final, eles aprenderam e repassaram para outras pessoas tudo que ali escutaram, melhorando, assim, o processo da amamentação na vida das mulheres.

O grupo da unidade se reúne uma vez por mês ou mais com os idosos [...], porém a questão da nossa rotina, do nosso atendimento, atrapalha muito o cronograma das ações educativas, mas sempre tentamos ter pelo menos uma reunião por mês. Nesse grupo o que se procura fazer é falar sobre os temas de saúde e trabalhar o lazer com eles. Tivemos a oportunidade de levá-los para o Parque da Criança onde eles fizeram atividades de recreação e

atividades físicas, já fomos ao Complexo Esportivo Plínio Lemos e já aconteceu até de fazermos um concurso da Miss Terceira Idade, o que foi muito interessante, pois resgatamos a autoestima das mulheres idosas.

Também promovemos cursos como o de artesanato e o de ponto cruz, escolhidos pelas próprias idosas do grupo e é interessante que muitas delas aprenderam com o curso e até nos ensinaram e aos outros idosos também e hoje estão, inclusive, vendendo esse material. No curso de artesanato nós também acabamos entrando no grupo, aprendendo junto com elas [...], então, além dos temas de saúde, a gente tenta ver a qualidade de vida mesmo, nós sabemos que saúde hoje é tudo, não é só a questão da ausência da doença, é a questão da família, e dentro da estratégia integramos a família também e os cuidadores para que possamos conversar com eles.

Nos encontros abordamos diversos temas como o direito dos idosos, a violência contra eles, e todos os temas relacionados a idosos que eles sugerem, a gente inclui para discussão no grupo. Geralmente usamos o material de exposição específico de cada profissional, e outras estratégias como o DVD, onde procuramos vídeos interessantes, por exemplo, as matérias que falam sobre alimentação saudável do Globo Repórter e outras, para passar para eles e abrir discussão, também fazemos cartazes, chamamos convidados para abordar temas de interesse. Temos o apoio do NASF que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, promovendo atividades com o educador físico e o fisioterapeuta. Apesar dos recursos serem mínimos, o que nós temos aproveitamos muito bem.

Na minha visão, essas ações educativas voltada para os idosos são muito positivas, é realmente uma saída para qualidade de vida mesmo, com a abordagem realizada nessas ações e não só a consulta. Hoje nós ficamos bastante individualistas e o que nós vemos no grupo é que há uma preocupação também com as questões do coletivo, que são muito importantes. Eu acredito que essas ações são positivas sim, e essa atividade não deveria acontecer somente com o idoso, mas com vários outros grupos, porém devido à rotina dentro da unidade, infelizmente, acaba sendo muito difícil estendê-las. Nós damos prioridade ao grupo de idosos, porque, mais tarde, a gente vê os idosos conversando e entendendo o assunto e eles acabam repassando para outros membros de sua família, por exemplo, um dia desses, nós debatemos sobre a diferença entre gripe e resfriado e eles, realmente, se apropriaram do assunto.

Em relação à questão dos seus direitos, da passagem, a questão da violência, hoje eles mesmos denunciam, então a gente vê que é uma alternativa eficaz para contribuir com a melhoria da qualidade de vida que não é só a ausência da doença e que a questão do médico como o centro não é tão presente, e nessa nova realidade vemos que outros profissionais da

equipe também trabalham nessa perspectiva, eles realmente transmitem as informações que os idosos necessitam e isso é muito importante para eles.

Então, realmente vemos a educação em saúde como ponto de partida na questão da melhoria da qualidade de vida desses usuários. Infelizmente, nem todos os profissionais participam. Alguns aqui ainda têm resistência ao grupo, alguns, infelizmente, ficam dizendo que é besteira, mas a maioria dos profissionais se dispõem a ajudar, os agentes de saúde, em sua maioria, também apóiam o grupo, estão no grupo e participam dele. A participação dos colegas, da equipe interdisciplinar que trabalha com essa visão, com certeza é de suma importância, porque a gente une os saberes científicos com o saber popular do idoso e isso enriquece muito as nossas discussões, acrescentando tanto para o idoso, quanto para o grupo e para os profissionais.





## Alexandrita

*"Assim como as pedras preciosas são tiradas da terra, a virtude surge dos bons atos e a sabedoria nasce da mente pura e tranqüila. Para se andar com segurança, nos labirintos da vida humana, é necessário que se tenham como guias a luz da sabedoria e virtude."*

*(Sakyamuni)*

Enfermeira engajada nas ações educativas de forma efetiva, não consegue disfarçar a emoção e empolgação ao se referir à educação em saúde como uma mola motivadora para prevenção. Atuante da atenção básica há quinze anos, sendo uma das pioneiras em sua função, gosta de trabalhar com educação em saúde e afirma que trabalhar com idosos é realmente especial.

Sua entrevista aconteceu na unidade básica onde trabalha, local que afirma ser sua segunda casa. Recebeu-nos de maneira calorosa, transparecendo satisfação em contar-nos suas experiências. Ao longo de nossa conversa manifestou certa tristeza em não poder realizar ações educativas mais eficazes.

É uma educadora nata, incorporando a pedagogia de Paulo Freire como metodologia de ação. Busca alternativas para fazer acontecer e não esconde sua emoção ao falar do tema. Mais que isso.... convém deixá-la falar:

*...para mim, educação em saúde é o pano de fundo de qualquer ação de saúde na perspectiva de promoção de saúde...*

Educação em saúde é uma ferramenta fundamental para a mudança do estilo de vida dos usuários, onde o mais importante é saber lidar com essa metodologia e com essa ferramenta. Para realizar ações educativas é imprescindível conhecer o perfil dos usuários, como por exemplo, o seu grau de escolaridade, do que eles adoecem e morrem, estilo de vida, profissão e, diante desse retrato, nortear todas as ações de saúde, partindo do princípio das necessidades deles, porque não adianta chegar dentro de um grupo e falar de algo que eles não têm nenhum interesse [...]. É necessário conhecer as suas reais necessidades, para que se planejem ações de educação em saúde, respeitando os padrões socioeconômicos e culturais da comunidade.

Os idosos da nossa comunidade formam um grupo específico, que precisa de um cuidado singular e de uma atenção diferenciada, principalmente por causa da afetividade deles que geralmente é abalada pela baixa estima, falta de carinho, atenção, boa escuta, companheirismo e pelo abuso da família dispensado a eles [...]. O que nós vemos hoje dentro da nossa sociedade é que o idoso tem um valor exclusivo e diferenciado no dia que ele vai receber a aposentadoria, partindo desse dia torna-se uma “mala” para aquela família, isso é o que percebemos dentro da nossa comunidade [...].

Muitas pessoas têm uma idéia equivocada de educação em saúde. Para se fazer educação em saúde você tem que propor uma pergunta chave para resgatar o que eles sabem, respeitando, principalmente, os padrões culturais deles, o saber popular, para daí dar seguimento as relações, que só podem ser efetivas se houver mudança de comportamento dessa população.

Então, se hoje tivéssemos um panorama da nossa população, dentro do nosso universo, dentro da nossa área, onde temos duzentos e cinquenta e seis idosos compreendendo cinco microáreas, porque eu tenho uma microárea descoberta, então esse número torna-se bem maior, viríamos que muitos deles, ainda são os provedores da família, e que existe uma enorme necessidade de estarmos conversando com eles sobre o Estatuto do Idoso e sobre outros temas relevantes.

Nessa perspectiva tivemos uma experiência muito positiva em outra unidade onde comemoramos o dia nacional da terceira idade, e nessa ocasião demos oportunidade a outros segmentos da sociedade de dar um amparo aos nossos idosos, trabalhando o Estatuto do Idoso, a sexualidade e as Doenças Sexualmente Transmissíveis na terceira idade, que aumentaram muito [...], trabalhando também a questão do ambiente seguro no domicílio para evitar as quedas, a questão dos direitos frente à delegacia do idoso. E, todos esses temas são

muito peculiares a essa população que está cada vez mais envelhecendo e buscando uma qualidade de vida melhor.

Nessa unidade em que estou trabalhando, fazemos ações educativas sempre na nossa sala de espera, principalmente agora no momento da vacina, quando mostramos para eles que em 1999 ao introduzir a vacina da influenza sazonal para os idosos, houve muita resistência gerada a partir de uma propaganda enganosa, e que essa vacina trouxe uma diminuição dos agravos das doenças do aparelho respiratório, melhorando a sua qualidade de vida.

A sala de espera é realmente o local preferido para fazermos as ações de educação em saúde, principalmente nas quartas-feiras, quando nós temos uma demanda muito grande de idosos, que são os hipertensos e diabéticos, então, nesse momento a gente tenta trabalhar com eles temas importantes, como a questão da vacina, trabalhamos também as questões dos cuidados em relação ao destino adequado do lixo, para **prevenir** os criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, temos o cuidado de falar sobre o inverno, o verão, cuidado com a alimentação, cuidado com a tomada da medicação [...]. E, quando realizamos as consultas individuais com eles, perguntamos se estão fazendo atividade física, qual é o alimento que apesar de não poder, de vez em quando furtam da geladeira, e quando vemos também estamos fazendo educação em saúde [...]. Outras vezes, quando percebemos que tem algo muito estranho acontecendo com os idosos, entramos na sala de espera para começar a discutir sobre aquele assunto problema [...].

Agora que está fazendo um calor insuportável, conversamos sobre os cuidados com o verão, mostrando quais são os sinais que podem indicar problemas graves como um Acidente Vascular Cerebral (AVC), porque a educação em saúde pode ser feita num grupo, pode ser corpo a corpo, pode acontecer numa sala de espera onde o profissional de saúde deve estar inserido naquele momento, com uma escuta qualificada, para estar buscando aquelas discussões entre eles e fazer algumas intervenções, isso é uma verdadeira sala de espera e em outros momentos como na consulta, o que não deixa de ser uma atividade de educação em saúde.

Os idosos são a parcela população que mais participa na sala de espera, são aqueles que dão mais atenção aos momentos educativos, pois quando vamos discutir algum tema são os que mais contribuem, por isso é significativamente importante trabalhar a educação em saúde com esses sujeitos.

Assim [...], devemos entender que é uma população que está adoecendo menos, mas que, em contrapartida, ela precisa de mais cuidado e para isso se faz necessário alguns ajustes, por exemplo, precisamos de uma política efetiva de lazer para os idosos dentro da nossa



cidade, precisamos de uma política mais importante de geração de renda para eles, porque eu tenho hoje na comunidade muitos idosos que ainda trabalham, seja na movelaria ou na padaria ou em outros locais [...], porque precisam aumentar a sua renda familiar, então, se a gente se remeter a todas essas necessidades, a educação em saúde é um canal efetivo de comunicação para essa população idosa que precisa dessa atenção diferenciada, e é muito importante que dentro do planejamento de uma unidade de saúde da família, se tenha uma área física para acolher esses idosos, tem que ter no calendário espaços para momentos de ações de educação em saúde para essa população.

Você pode ver que a área física do nosso posto é pequena, nós não temos uma área para acolher a população com ações educativas como ela merece [...], então nós fazemos na nossa sala de espera mesmo, que durante a tarde se torna insuportável por causa do calor, mas antes que o calor seja maior, no início de atendimento conversamos e, nesse momento, aproveitamos para falar sobre assuntos interessantes como a importância da vacina contra a Infuenza A junto e a da gripe sazonal, tirando todas as dúvidas da população e informando que ela tem que ser tomada por todos que têm mais de sessenta anos de idade.

As atividades de educação em saúde acontecem quando se consegue agregar vários usuários e, partindo da necessidade deles, se consegue promover uma discussão, a partir do conhecimento prévio daquele tema. Mas devido à alta demanda e a falta de espaço na unidade, aproveitamos o grupo da terceira idade do CRAS, que atua na vila olímpica, para realizarmos essas atividades grupais, quando convidados.

Eu estou acostumada a ouvir muito sobre qualidade de vida, mas a qualidade de vida não passa somente pela questão da saúde, ela tem que passar por alguns degraus superimportantes como o acesso ao lazer, o acesso à educação, porque nós temos muitos idosos analfabetos, e essa é uma questão importante [...]. Em outras unidades que eu trabalhei, nós executamos um plano pioneiro fantástico juntamente com a fundação Banco do Brasil, de alfabetização de idosos, um exemplo maravilhoso é o de Dona Petronila, de oitenta anos, ela era oficineira do nosso grupo de idosos, porque a gente buscava os talentos dentro da própria comunidade e ela fazia trabalhos manuais fantásticos de papel jornal [...], ela também era aluna para ser alfabetizada e o primeiro presente que dona Petronila nos deu, dentro da comunidade, foi uma carta para a equipe, agradecendo a oportunidade de com de ser alfabetizada aos oitenta anos, isso para nós foi um dos melhores e maiores presentes para nossa vida profissional [...].

A qualidade de vida também passa pelo lazer - nós fizemos um levantamento dos idosos da comunidade que não conheciam o mar e os levamos para conhecê-lo [...], então é

um conjunto de fatores entrelaçados, é lazer, educação, é religião, é ambiente familiar saudável, é alimentação saudável, é o calendário de vacinas atualizado, é um contexto muito grande de situações, agora, o que ajuda é buscar alternativas para sensibilizar aquele idoso e fazer com que ele conheça quais são os seus deveres e direitos garantidos pela Constituição e pelo Estatuto do Idoso, porque, a partir disso, eles se apropriam daquilo que é lhe de direito e passam a reivindicar, é o que a gente vê hoje, a questão da passagem do ônibus gratuita, é o nosso idoso que quer conhecer o bisneto novo que mora no Rio, em São Paulo, em Brasília e a passagem dele está garantida, algo que antes ele não tinha conhecimento [...].

Na minha visão, a melhor arma que um ser humano pode ter contra tudo que o exclui dentro do processo saudável de uma sociedade é o conhecimento [...]. Ele pode ser analfabeto, mas pode, também, ser doutor de todos os seus conhecimentos e fazer disso uma arma saudável para conquistar o seu espaço, de maneira mais justa, inclusiva e respeitosa com esses idosos, é isso que procuramos trabalhar [...].

É através das ações educativas que nós buscamos resgatar a autonomia, e foi pensando nisso que no ano passado realizamos o primeiro encontro da terceira idade nesse território. Esse encontro foi um megaevento onde a gente conseguiu trabalhar a intersectorialidade junto aos CRAS, o Centro de Referência de assistência Social, e nesse evento e trabalhamos o estatuto do Idoso em teatro, trouxemos grupos de danças de idosos, trabalhamos também a questão da atividade física na terceira idade, e este encontro foi importante, pois marcou o ponto de partida para educar em saúde, por que o CRAS a partir desse momento conseguiu resgatar o grupo da terceira idade e, desde então, passou a acontecer um encontro quinzenal aqui dentro da vila com a assistente social, que realiza um trabalho muito importante com os idosos e, dependendo da necessidade, do tema a ser abordado, partindo das necessidades dos idosos e do pedido deles, a equipe de saúde vai dar aquele suporte que eles necessitam, mas não é um grupo nosso, é uma parceria que existe e que faz acontecer.

A visão que eu tenho em relação ao posicionamento dos meus colegas sobre esse tema de educação em saúde é bem discutível, primeiro, o agente comunitário de saúde tem um trabalho fundamental que é realizar ações de educação em saúde no domicílio, porque assim você está dentro do ambiente legítimo do indivíduo, onde acontecem todas as relações, onde é o berço daquele processo saúde-doença, isso inegável [...]. Dentro da unidade geralmente o profissional que está mais ligado no processo de educação em saúde é o enfermeiro, e esse é o meu papel aqui na unidade, pois costumam dizer que eu gosto muito de fazer essas atividades, embora eu saiba que todos os profissionais estejam aptos a realizá-la [...]. Apesar de estarmos trabalhando com uma demanda muito grande, temos no início da manhã atividades

educativas, conversamos com eles e já amarramos outra conversa para o próximo encontro, de maneira que possamos estabelecer vínculos na rotina da unidade com eles.

Em relação às ações educativas executadas aqui eu acho que são positivas, e, por incrível que pareça, os indicadores, por exemplo, o de vacina, permanecem em dia, indicadores dessa natureza são concretos, é algo palpável, o usuário tem que vir para unidade para ser administrado o imunobiológico nele, para que eu tenha um sistema de informação dentro dos padrões que o ministério quer, pois precisamos dele [...]. E a educação em saúde? [...] Como é que eu vou medir esse indicador? Quantas atividades de educação em saúde eu fiz ou devo fazer? O que vai medir ou retroalimentar o sistema? Que sistema? O que houve de mudança? [...]

Fazemos atividade educativa, mas ela só pode ser efetiva se houver mudança de comportamento e dentro da própria sala de espera eu tenho essa resposta, podemos diagnosticar isso quando, por exemplo, começamos o trabalho o tema etiqueta de higiene: a arma contra a gripe A, as nossas crianças da sala de espera diziam que não dividiam mais o lanche na boca do colega, porque já sabiam que poderiam receber a gripe A, diziam que estavam levando sua garrafinha de água para a sala de aula e no final, toda a família dessas crianças estavam envolvidas nessa batalha. Outra inferência dessas respostas nós tivemos quando trabalhamos a questão do pé diabético, onde os usuários afirmavam ter mais cuidado em relação ao sapato apertado, com furinho na meia, para não machucar o pé e desenvolver o mesmo que aconteceu com a nossa usuária [...] que teve que amputar a perna, estimulando neles a o autocuidado.

Então, são respostas que a curto, médio e longo prazo a comunidade te dá. Uma idosa chegou e disse: eu não sabia que mesmo com essa idade, tinha de fazer eu deveria está fazendo o meu exame de mama [...], ou outra que disse: eu não tenho mais a mãe do corpo, eu não tenho mais as trompas, e eu não sabia que devia fazer o citológico [...], então, são situações que a partir da educação em saúde você consegue obter as respostas imediatamente.

Quando se tem uma população bastante expressiva de idosos na sala de espera nós começamos a falar sobre temas interessantes como a higiene íntima, tanto para os meninos quanto para as meninas, advertindo-lhes para evitar roupas apertadas, evitar que a calcinha esteja sempre úmida porque o idoso tem mais urgência de estar no banheiro, não prender tanto o xixi por que isso pode aumentar a população dos fungos, das cândidas, enfim [...], aí de repente, depois dessa conversa na sala, uma idosa chega para mim na consulta e diz: eu não sabia disso que conversamos na sala de espera e eu tinha vergonha de lhe dizer que eu tinha



isso, já pensou, eu bem velha [...], vão me chamar de quê? Que velha enxerida, tem corrimento!! [...].

São respostas como essa, que a nossa comunidade nos dá, que desperta em nós, profissionais de saúde, a necessidade de se trabalhar a sexualidade, mesmo que seja na terceira idade, então, para mim a educação em saúde é o bojo, o pano de fundo de qualquer ação de saúde na perspectiva de promoção de saúde, porque não adianta abrir as portas de um Programa de Saúde da Família e não ter como carro chefe a educação em saúde [...].

Eu acho muito negativo, quando as pessoas impõem o “tem que fazer isso”, pois você tem que respeitar os padrões daquela família, os padrões daquele usuário e sensibilizá-lo da importância de algumas mudanças no seu estilo de vida para que ele tenha aquela famosa qualidade de vida, que até hoje eu ainda busco [...]. É assim que se trabalha educação em saúde na atenção básica.

Nessa perspectiva, é muito importante que os profissionais busquem alternativas para fazer educação em saúde, preconizada no manual do Ministério da Saúde, mas o que eu costumo ver é aquela metodologia bancária, a platéia sentada, o profissional dono do saber fazendo a exposição do seu conhecimento [...]. Eu acho que todo profissional tem que ter um pouquinho de Paulo Freire que é o mestre dos mestres, uma referencia mundial para a educação, em qualquer ciclo da vida, porque quando falamos em educação, não é só aquela da sala de aula presente, o próprio berço da nossa formação ainda a metodologia ultrapassada de transmissão de conhecimentos, onde o professor fala e o aluno aceita o que foi dito de maneira passiva, onde aquele aluno que se destaca na sala de aula é mimado para o resto da vida, e aquele que tem dificuldades de aprendizagem tem que rezar muito para passar pela peneira [...]. Nesse contexto, parece não existir bons professores, mas apenas bons alunos [...].

Quando a gente vai para o exercício de qualquer profissão verificamos que a educação em saúde é trabalhada em todas as áreas, por exemplo, o nutricionista, para fazer com que uma pessoa mude seu padrão alimentar, ele tem que ser um profissional educador muito bom para sensibilizar o cliente, para mudar aquele padrão, sem agredir as questões sociais e os padrões culturais dele. Não adianta impor um novo padrão alimentar se não se sabe o que o cliente oferece ao filho desnutrido ou compra na feira, pois dependendo da situação, ele pode ser agredido [...]. É verdade que, diante da insensibilidade de alguns profissionais nesse sentido, falta algo importante para que as pessoas se tornem verdadeiros atores sociais de transformação da realidade do outro, o respeito.

A educação em saúde deveria estar num *status* muito melhor do que o de passar uma simples receita para um usuário, pois até a prescrição, se o usuário não entender, ele vai tomar

a medicação errada e aquela medicação não vai ter ação positiva para ele. Por isso, o que falta é uma conversa clara e efetiva com o usuário, que ele possa entender [...], falta à colaboração efetiva dos demais profissionais, que devem se sensibilizar para realizar educação em saúde da maneira correta e contribuir para essa expressão tão fantástica: qualidade de vida.



# Safira

*"Beijando-me a mão,  
far-me-ás sentir muito bem;  
mas um diamante com safira durará para sempre."*

*(Anita Loo)*

Trabalha a quatro anos no Serviço Social da Atenção Básica de Campina Grande. É uma profissional bastante envolvida em ações de educação em saúde naquela localidade e lida, nessa perspectiva, com todos os usuários idosos das três Equipes de Saúde da Família da sua área de atuação. Diz sonhar com o dia em que reativará seu projeto de leitura no leito, o qual já teve a oportunidade de realizar com os idosos de suas áreas. Almeja está vinculada a uma única unidade de saúde para poder contribuir mais efetivamente com suas idéias educativas.

A entrevista aconteceu numa das unidades onde trabalha num ambiente tranqüilo e silencioso. Inicialmente mostrou-se um pouco nervosa, mas depois ficou a vontade e a nossa conversa seguiu em clima de bastante tranqüilidade e descontração. Foi assim sua narrativa:

*...precisamos encarar a educação em saúde como um desafio profissional e pessoal, em busca da melhoria da qualidade de vida da população idosa...*

Nós trabalhamos a questão da educação em saúde nos grupos. A estratégia do Programa de Saúde da Família trabalha em função da promoção e da prevenção da saúde, então, estamos diretamente voltados para a promoção da saúde nos grupos organizados, sejam eles de hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde mental, idosos e tantos outros, nos quais a gente trabalha a educação permanente, dentro das necessidades da população. Abordamos o que é de interesse para a comunidade, para poder estar envolvendo os usuários, e estar trabalhando com eles sempre na perspectiva da educação em saúde.

Aqui, existe um grupo de Idosos chamado “Mãe Belmira”, é um grupo autônomo ao qual nós damos suporte, voltado basicamente para a questão de lazer. Sempre que necessitam, a gente assessora esse grupo, e na medida do possível procuramos discutir alguns temas voltados para cidadania e a seguridade social, assim como para o estatuto do idoso, que é um tema bastante amplo e de interesse deles.

Ao longo da minha trajetória na atenção básica, observei que há uma tendência dos idosos a serem explorados pela família, o que faz com que haja uma grande preocupação das equipes nesse sentido, porque a maioria deles desconhece seus direitos e são facilmente ludibriados por seus familiares que ficam com o dinheiro e não lhes dão a assistência devida [...], de maneira que temos tido essa preocupação de está sempre enfatizando essa questão dos direitos e tendo o cuidado de estar encaminhado os casos de abuso para o Ministério Público, que trata de assuntos de cidadania, para ver essas questões desses idosos que são muitas vezes maltratados ou vítimas de exploração por parte da família. Nós fazemos o trabalho preventivo e de assistência, já que eles são vitimizados [...].

A educação em saúde é fundamental [...], pois sem educação não conseguimos quase nada, então a nossa preocupação maior dentro do PSF é justamente trabalhar a educação e a saúde juntos, fazendo com que essa população alvo, no caso os idosos, seja assistida e responsável pela melhoria da sua qualidade de vida. Para isso, nós temos trabalhado muito com as famílias, deixando claro que elas são responsáveis pelo bem estar dos idosos, especialmente com os seus cuidadores, é tanto que dentro dessa percepção da educação em saúde, nós tivemos a oportunidade de desenvolver um trabalho, um projeto de minha autoria, chamado Companheiros da Leitura, que ocorria a domicílio, e era voltado para idosos e acamados. Esse trabalho foi, inclusive, referência numa amostra de PSF que houve em Brasília onde fomos divulgá-lo.

É um projeto interessante, que consiste em dar assistência aos idosos, fazendo leitura para aqueles que se encontravam sozinhos ou que estavam acamados, e para sua execução nós tínhamos um projeto de capacitação com voluntários para fazer esse trabalho de leitura a

domicílio, então muitos idosos que não liam, passaram a tomar conhecimento da bíblia ou, às vezes, saber das notícias contidas na carta de um filho distante, trazendo mais um benefício adicional que era o fato de fazer companhia a esses idosos e, por isso achamos importante trabalhar nessa perspectiva dos voluntários irem até esses domicílios.

Nessa época, foi realizado um levantamento através dos prontuários dos usuários das três unidades e por ele identificamos que havia, e ainda há em Galante, muitos idosos que moram sozinhos ou que estão acamados e que precisam, assim, de um suporte maior, de um apoio nesse sentido, daí porque a gente fez um trabalho de capacitação de dois dias com os voluntários e eles iam semanalmente a casa desses idosos. Cada voluntário que participante do projeto dava suporte a dois idosos, fazendo esse trabalho de visita e leitura, e na realidade não era só leitura, porque além dela, na realidade, o intuito era de fazer companhia, de conversar, de escutar as histórias de vida dos idosos participantes. Então assim [...], foi o pontapé inicial nessa questão de educação e na assistência aos idosos, pretendemos recomeçar em breve e implementar esse projeto que houve aqui em Galante e que deu resultado, só que não teve continuidade por falta de capacitação com os voluntários e engajamento de outros profissionais nessa luta.

Eu acredito que a educação em saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos a partir do momento que eles são sensibilizados que são sujeitos de direitos, que deram sua contribuição durante toda a sua vida e que podem sim estar tendo nesse momento da vida seus direitos garantidos ou respeitados, pois a partir do momento que passamos a discutir nos grupos determinados assuntos, eles tomam conhecimento, porque muitas vezes eles desconhecem seus direitos, então sempre que é possível tratar de alguns temas nessa direção e na perspectiva deles, de maneira a fazer valer esses direitos, a educação em saúde se torna fundamental.

Em relação à operacionalização da educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família, preconizada pelo Ministério da Saúde, infelizmente não temos, especificamente, um programa voltado para o idoso, o que temos na realidade são programas como o “hiperdia”, que é um acompanhamento sistemático que fazemos com os hipertensos e os diabéticos das áreas de abrangência, onde a maioria deles são idosos e nesses grupos trabalhamos alguns temas na perspectiva da educação em saúde.

Nós temos, além do projeto de leitura para idosos, que ainda está desativado, temos um grupo de idosos que é voltado exclusivamente para população idosa do distrito, em que há um trabalho direcionado para o lazer, proporcionando interação com outros grupos, visita ao Centro de Convivência do Idoso, passeios, bingos semanais e grupo de dança. Temos tido



também o apoio do NASF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, uma equipe multiprofissional assistida por educador físico, nutricionista e outros profissionais que vem compor, que vem dar o apoio, o suporte necessário ao PSF, trabalhando também na perspectiva da educação em saúde.

Esse grupo de idosos é autônomo aqui no distrito, e eu sou a pessoa que estou diretamente engajada a ele [...]. Estamos trabalhando agora com a campanha de vacinação H1N1, que tem se voltado também para esse grupo, para essa faixa etária, então nós temos tido diversas oportunidades de trabalhar com os idosos, não somente com grupos preconizados pelo Ministério, mas com esse grupo que damos suporte. Até seria muito interessante, de muito valor, que cada equipe tivesse um grupo de idosos próprio, mais diante de tantas demandas do Ministério da Saúde, o que podemos fazer é dar esse suporte a esse grupo já existente [...].

Fazemos um levantamento a cada início de ano das reais necessidades dos idosos e todo semestre é feito um planejamento para nortear as ações educativas, onde os idosos podem opinar. Na realidade é muito difícil tirar deles as coisas que almejam, a maioria não sabe expressar verbalmente o que deseja, mas a gente, sempre que possível, aplica técnicas e dinâmicas que façam com que eles possam participar, porque uma coisa é você fazer da sua forma, sem ter um planejamento, sem ter, realmente buscado a necessidade do idoso, então fazemos o planejamento depois de perceber algumas necessidades a serem trabalhadas.

É de fundamental importância a participação dos agentes comunitários de saúde nas ações de educação em saúde, porque eles têm uma convivência diária com os idosos da comunidade a partir da visitação a essas famílias, então eles nos repassam suas necessidades, por exemplo, eles percebem a questão do desleixo do cuidador com o idoso, quando não está dando a assistência devida, quando não está tendo cuidados na higiene e na alimentação, percebem quando os idosos não querem ou recusam tratamentos, identificam os que estão com depressão, porque há um crescimento muito grande nessa questão psicossocial [...], e esse olhar diferenciado é realmente muito importante.

Nós buscamos contribuir naquilo de maior necessidade, porque a educação em saúde só tem sentido se for trabalhada de acordo com as necessidades dos usuários e para isso é necessário planejamento, levantamento, uso de técnicas que realmente apreendam essa realidade, para poder dar essa contribuição, e nessa realidade cada profissional tem sua participação. A Estratégia Saúde da Família é composta por uma equipe multidisciplinar onde nós temos a oportunidade de trabalhar com outros profissionais que vêm congregados com seus

conhecimentos nesse sentido e assim podemos trabalhar com a perspectiva psicossocial, médica e tantas outras que sejam necessárias [...].

Em minha opinião, essas ações educativas são de fundamental importância, eu tenho tido, junto com as equipes, a oportunidade de desenvolver um trabalho razoável, pois todas as equipes têm tido esse olhar, que na verdade é ótimo. Mas, realizar ações educativas depende da sensibilidade de cada profissional [...], do perfil profissional de cada um deles, então eu não posso responder que todos têm a mesma sensibilidade, cada um dá a sua contribuição de acordo com o seu olhar diante da questão, eu entendo que cada equipe tem uma forma de atuar [...].

Eu trabalho nas três equipes e cada uma delas tem a sua disponibilidade e sua forma de agir, até porque são muitas demandas e muitas coisas a fazer [...], então sempre que possível, quando há eventos em que as posso envolver todos os profissionais nas suas especialidades eu peço apoio para eles, todos contribuem como podem [...], então nesse sentido eu tenho tido retorno. Especificamente cada equipe contribui da sua forma, não posso dizer como cada uma atua, pois cada uma tem sua própria metodologia e uma forma única de atuar [...].

Infelizmente nós temos enfrentado certa dificuldade de envolver alguns dos profissionais, há resistência por que a maioria deles se restringe à rotina e não tem valorizado muito a educação em saúde, então temos tido o cuidado de sensibilizá-los cada vez mais, porque muitos já chegaram a dizer que isso é coisa de assistente social, que não precisam se envolver porque já trabalham muito [...].

Há uma desvalorização da educação em saúde [...] e, na medida do possível, a gente vem tentando estimular e mostrar que o fundamental no PSF, a razão maior dessa estratégia é a educação em saúde, é a promoção da saúde. Não é fácil envolver todos os profissionais, é tanto que quando tem um evento maior, sempre há aqueles que se recusam, que não querem participar e acham que é desnecessário contribuir [...]. Esse olhar ainda existe, há um descrédito por parte de alguns profissionais. É um desafio nosso tentar estimulá-los, mostrar a importância e assim fazer um trabalho em que eles possam realmente fazer parte, mostrar que é possível trabalhar nessa perspectiva e tentar resgatar aqueles que ainda não estão tão sensibilizados, a realizarem um trabalho em que eles possam se sentir importantes, se sentir atraídos a contribuir.

Existe uma preocupação muito grande nossa de tentar chamar atenção de todo esse público para os idosos, que estão sendo negligenciados, que não estão tendo seus direitos garantidos e que possamos a partir desse trabalho de educação em saúde, que eu acho de

fundamental importância, mostrar que é a única maneira, é o único instrumento viável para está chamando atenção do poder público para essas pessoas.

É uma população muito carente de apoio, porque, infelizmente, a sociedade ainda não tem esse olhar para a população idosa e muitas pessoas realmente não a respeita, é um motorista do ônibus que não para, que não tem paciência de esperar [...], é a questão da falta de acessibilidade, a questão do afeto muitas vezes negado, a falta de prioridade no atendimento, mesmo sabendo que está lá no estatuto do idoso que a prioridade no atendimento tem que ser dado tanto a criança quanto ao idoso, mas, infelizmente, nem todos os profissionais, nem todas as equipes são preparadas para isso, então é uma luta e essa bandeira é necessária.

Precisamos encarar a educação em saúde como um desafio profissional e pessoal, em busca da melhoria da qualidade de vida da população idosa, por isso temos que está sensibilizando também outros órgãos, fazendo um trabalho para envolver os outros profissionais e também secretarias e a política, pois é um trabalho de articulação multisetorial, para que possamos realmente conseguir algo que almejamos muito, pelo menos enquanto assistente social aqui do PSF, é fazer valer o que está lá no meu código de ética e no meu projeto político que é contribuir para cada população vulnerável e isso vem sendo feito na medida do possível [...], mas, para isso, tem que ter todo esse aparato social, político, econômico e mudar toda essa conjuntura que realmente não nos permite fazer valer os direitos dos mais carentes e necessitados.

# Água Marinha

*"Revela-se uma pedra preciosa;  
Brilhante e, mais que tudo, valiosa,  
Desperta em cada ser vontade enorme  
De unirem-se num só, qual gema pura.."*

*(Autor desconhecido)*

Agente Comunitária de Saúde muito atuante no grupo de idosos da Unidade Básica de Saúde da Família onde trabalha. Foi indicada para participar da pesquisa pela Assistente Social da própria unidade, por se destacar durante as ações educativas realizadas com o grupo e pelo seu excelente relacionamento com os idosos da comunidade, parte em razão de ter nascido e viver na localidade. É uma pessoa interessada sobre os assuntos relacionados à terceira idade e envolvida no processo de educar para transformar através da prevenção.

A nossa conversa aconteceu na própria unidade de saúde, num clima de descontração e de maneira agradável. Ela se mostrou uma pessoa simples, de poucas, porém significantes palavras. Demonstrou afeto aos idosos da comunidade e comprometimento com a melhoria de sua qualidade de vida. Durante todo o tempo ela transpareceu serenidade, autoconfiança e afetividade, manifestou satisfação em contribuir com o nosso trabalho e desejou que o processo de educação em saúde acontecesse com outros grupos sociais, de maneira efetiva e também junto aos adolescentes. Esta experiência é interessante, eis o seu relato:

*...as ações educativas são uma distração para os idosos, eles aprendem mais e assim melhoram a sua condição de vida...*



Educação em Saúde significa trabalhar com a população da nossa comunidade no sentido da prevenção, orientando para que eles venham ao posto para cuidar da sua saúde, indicando o tratamento, muitas vezes encaminhando para outros profissionais como o dentista. Trabalhar educação em saúde é trabalhar a questão da promoção da saúde a partir da prevenção, sempre no sentido de estar orientando a família para essa prevenção.

Temos grupos formados, como o de saúde do idoso, o de hipertensos e diabéticos, às vezes pequenos, mas consideráveis. A gente trabalha na prevenção a partir da busca ativa, para ver se as pessoas se orientam sobre as questões de saúde, como no caso da alimentação [...]. Na verdade, no grupo de idosos, trabalhamos com a família toda, fora aqueles idosos que se enquadram no grupo como os diabéticos e os hipertensos, também proporcionamos lazer para eles, palestras educativas, temos o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e, assim, o grupo vai se fortalecendo.

Como muitos dos idosos são sedentários, sempre buscamos proporcionar para eles uma atividade física, para saírem daquela rotina, para ver se melhora a saúde deles [...]. A maioria deles toma medicação, e com as orientações repassadas nas reuniões e a adesão à atividade física até diminui essa medicalização, deixando a família satisfeita [...].

Fazemos as visitas domiciliares, convidamos os idosos para virem à Unidade e nessa oportunidade também fazemos educação em saúde no domicílio [...]. Temos um número determinado de pacientes para cobrir, planejamos com a equipe o que fazer cada semana ou quinzenalmente, às vezes no mês fazemos passeios pelo próprio bairro, caminhadas com o acompanhamento da equipe de saúde, em especial da enfermeira, e de todos os agentes de saúde.

Proporcionamos aulas de educação física para os idosos com os profissionais do NASF, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, e nesse momento eles ficam satisfeitos por que estão cuidando da sua saúde e se divertindo ao mesmo tempo, eles adoram se divertir [...] e é isso que a gente traz para eles, promoção da saúde física e mental.

Nós dividimos o grupo, e aqueles que são diabéticos e/ou hipertensos passam pela triagem, realizada pela auxiliar de enfermagem, onde são pesados e medidos, e para todos é verificada a pressão, também disponibilizamos o teste de glicemia em todos eles e, em seguida os levamos para auditório, eles lancham e só então é que iniciam-se as palestras. Já passamos vídeos orientando sobre o uso da insulina, ensinando direitinho sobre a medicação, quais atividades devem ser feitas e, em cada semana, abordamos um tema diferente, não só sobre diabetes, porque também temos idosos que não são diabéticos, é um grupo misto, para pessoas com mais de sessenta anos [...]. Sempre procuramos trazer uma equipe diferente,

como o grupo da educação física, para dinamizar as atividades, mas toda semana acontece teste de glicemia para eles, verificação de peso e medida.

São muito positivas essas ações de educação em saúde que nós realizamos, agora, infelizmente nem todos acham dessa forma, tem uns que ficam, às vezes, omissos e não comparecem, vão deixando de lado e sempre inventam uma nova desculpa. Eu acho que nós temos que nos unir mais enquanto equipe de saúde da família, porque o público que nós atingimos, que são os idosos, gosta muito dessas atividades. As ações educativas são uma distração para os idosos, eles aprendem mais e assim melhoram a sua condição de vida, então eu acho que deveríamos nos unir mais, pois existem alguns profissionais ausentes.



# Opala

*“A lua crescendo sendo-a triste e bela  
reflete numa pedra sua luz difusa  
Ilumina a pedra lapidada opala...”*

*(Bilé Bernardes)*

Enfermeira atuante na atenção básica do município deste agosto de 2006. Foi indicada pela assistente social de sua equipe, devido à sua dedicação e experiência com educação em saúde e a sua perspicácia em formar e tornar ativos diversos grupos, como o de idosos daquela comunidade.

A entrevista aconteceu na própria unidade, local onde, segundo ela, passa boa parte da sua vida realiza-se enquanto profissional e articula processos educativos interessantes. Naquele dia a unidade estava calma, proporcionando um ambiente sereno e livre de barulhos externos. Tivemos uma conversa despojada, num clima ameno, onde a colaboradora pôde expor suas experiências, sentimentos e ressentimentos. Fiquei feliz com sua narrativa, deixarei que a própria opala revele-se:

*...só realiza a verdadeira educação em saúde aquelas pessoas que têm perfil para trabalhar em PSF...*

Educação em saúde tem significado de prevenção, porque quando realizamos ações educativas, com uma pontuação eficaz das doenças que mais acometem os usuários, estamos fazendo um trabalho de prevenção, que é o nosso foco aqui dentro do Programa de Saúde da Família.

Com relação à educação voltada para o idoso, acho extremamente importante que aconteça e normalmente, tentamos inseri-lo dentro da sociedade através de um grupo exclusivo para eles. Naturalmente os idosos gostam muito de passeios, porque eles costumam ficar em casa sozinhos, enquanto os filhos trabalham, os netos estudam e permanecem sozinhos por muito tempo e aí a gente tenta fazer um grupo voltado mais para passeios, mas sem deixar de lado aquela questão da saúde em si [...], trabalhando em paralelo temas voltados para várias doenças das quais, geralmente, eles são acometidos, como diabetes, pressão alta e osteoporose, mostrando a importância de estar fazendo uma atividade física regularmente. Buscamos saber deles o que realmente gostariam que fosse abordado nos encontros, quais são os temas que eles necessitam saber.

A educação em saúde se torna importante dentro da estratégia, porque a gente vai tratar da prevenção para que eles não tenham, futuramente, alguma complicação decorrente de sua idade ou doença. Trabalhamos também o psicológico, pois muitos quando chegam à fase de velhice, sessenta anos ou mais, são acometidos por depressão, então procuramos destacar temas voltados para a higiene mental [...].

Trabalhar com grupos é muito bom, pois a partir do momento em que os idosos participam desses encontros, e eles são sempre muito participativos com relação a sua saúde, então param de ficar esperando só pela sua família para tomar a iniciativa, eles mesmos têm essa iniciativa de vir à unidade tirar as suas dúvidas com o médico ou com a enfermeira, pois temos uma equipe multiprofissional, e sempre estamos ajudando-os de todas as formas, não só na consulta, mas na atividade educativa que fazemos pelo menos uma vez por mês, importante para a questão da prevenção das doenças que atingem mais os idosos e na melhoria da qualidade de vida que tem tudo a ver com essa questão da prevenção.

Todos os meses têm um dia específico para o grupo de idosos, às vezes essa atividade é feita aqui mesmo dentro do posto e, às vezes, fora [...]. Sempre solicitamos ajuda à Secretaria, fazemos brechós para arrecadar dinheiro, até os próprios profissionais trazem coisas de casa para vender e com o que conseguimos, compramos alguma coisa para os grupos e poupamos para ficarmos com uma reserva para os passeios, pois quando não conseguimos o ônibus da prefeitura, temos sempre um dinheirinho em caixa para contratá-lo e levá-los para atividades lúdicas no parque da criança, no Complexo Esportivo Plínio Lemos



onde eles já foram para fazer atividade física. Então, esse grupo está mais voltado para essa questão de lazer mesmo, onde nós saímos da rotina para fazer passeios, como, por exemplo, para as fazendas no São João.

Contamos com uma equipe multiprofissional, daqui mesmo do posto, e com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), como fisioterapeutas, educadores físicos e psicólogas, que participam bastante do grupo, sem falar da farmacêutica que também nos apóia.

Temos a preocupação de colocar os idosos em contato com o grupo de diabéticos e hipertensos, porque a maioria deles desenvolve essas doenças, e daí trabalharmos bastante a questão da prevenção da diabetes, incentivando a atividade física, o cuidado em relação a essas patologias e na manutenção das boas taxas de colesterol.

Em relação à integração dos demais profissionais com as ações educativas, de uma forma ou de outra, a equipe é bem unida em relação a isso, nessa questão dos grupos há participação efetiva dos multiprofissionais, como a dentista e a assistente social. Mas, é importante salientar que não são todos que participam, é claro que alguns não têm interesse, e como aqui no posto são duas equipes, uma das equipes é mais empenhada para fazer atividades educativas e a outra um pouco menos [...]. Não é todo o grupo que participa, têm alguns profissionais que não se sentem atraídos por essa questão da educação em saúde e têm outras pessoas que realmente gostam de participar [...]. Temos agora o pessoal do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, tem a dentista da nossa unidade que participa bastante, a assistente social, criando uma equipe bem participativa.

Eu vejo essas ações educativas pelo lado positivo porque a base do programa saúde da família é a prevenção e é o que realmente a gente pensa quando trabalha no PSF, apesar da cultura da população não ser voltada muito para tal finalidade, vejo que alguns os idosos não aderem muito às palestras e preferem muito mais passear que mesmo conversar sobre temas de educação em saúde, sobre a prevenção de alguma coisa [...].

Já em relação à população em geral, em certas ocasiões, quando abrimos nossa unidade para fazer uma palestra ou uma oficina, como a que a que está acontecendo sobre diabetes e como a oficina para gestantes que irá ocorrer hoje à tarde, a adesão é baixa, pois apesar de ser um programa de saúde da família, muitos profissionais não têm interesse de fazer educação em saúde, além de boa parte da população não se interessar em estar participando, achando que é algo que pode ser deixado de lado.

É importante que comecemos a repensar a nossa prática do dia a dia [...], como é que estamos fazendo essas ações educativas, pensar se tem alguma coisa que precisa melhorar

[...]. É preciso começar a analisar, a passar aquele filme na cabeça de como é que está sendo realizado o nosso grupo, será há realmente um objetivo? Todo grupo tem que ter um objetivo, para ver se vamos alcançá-lo ou não [...].

Só realiza a verdadeira educação em saúde aquelas pessoas que têm perfil para trabalhar em PSF [...], na atenção básica mesmo [...], e o que percebemos no dia a dia no trabalho é que existem pessoas que não possuem o perfil de trabalhar no programa de saúde da família e sim para trabalhar em hospital ou em clinica.

É preciso ter apoio também da gestão, porque ela cobra essa questão da atividade educativa, mas não nos dá o apoio necessário [...] e no dia que nós resolvemos fechar o posto porque terá uma atividade educativa, uma palestra ou porque vamos fazer uma atividade importante nessa perspectiva, não podemos executá-la, então enfrentamos essa dificuldade [...]. Nós temos que apresentar números, atingir metas, e se não fizermos citológico hoje de manhã porque vamos fazer uma atividade com as gestantes, podemos ser chamadas a atenção, e se nos justificamos falando da importância dessas ações educativas, somos interpretadas de forma negativa.

Às vezes o profissional tem perfil, são poucos os que gostam e têm a consciência que a atividade educativa em saúde é importante, mas você não vê a facilidade [...], nem pela própria população, que muitas vezes não gosta dessas atividades, não tem a cultura para isso e não tem interesse, nem pelos órgãos públicos, pois aqueles profissionais que têm perfil não conseguem fazer uma atividade educativa permanente, porque não tem oportunidade e não tem apoio da Secretaria [...].

# *Ametista*

*Este cristal encantado  
De brilho arroxeadado  
Tráz lá dentro escondido  
Um mundo mágico*

*(Anna Geralda Paim)*

É odontóloga especializada na área de pediatria, atua na atenção básica do município de Campina Grande a quatro anos, fazendo parte do corpo de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Possui o seu próprio consultório instalado dentro da unidade onde atua, privilégio que, como diz ela mesma, é para poucos. Foi indicada pela enfermeira de sua equipe para colaborar com o nosso trabalho, em razão de sua boa vontade para realizar ações educativas e de sua disposição para colaborar com o grupo de idosos.

A nossa conversa aconteceu na própria unidade de saúde, onde ela nos recebeu calorosamente para revelar suas experiências e enriquecer o trabalho. Afirma está retomando suas atividades educativas, após a licença maternidade, e que se sente lisonjeada em trabalhar com o grupo de idosos, pois afirma ser uma parte da população excluída. Considera de suma importância sua participação nas atividades educativas voltadas para esses usuários, já que o Brasil é um país de numerosos desdentados.

E assim, num clima de espontaneidade, a experiência educativa com idosos foi contada por ametista:

*...quando penso em educação em saúde, penso em melhorar a qualidade de vida dos indivíduos...*

Educação em Saúde é a maneira pela qual transmitimos os conhecimentos que temos em relação à saúde e sua prevenção para os usuários, ou seja, é tratar com as pessoas questões importantes em relação à saúde, bem como escutar o que o paciente tem de conhecimento prévio, até talvez modificar uma coisa que ele conheça que não esteja totalmente correta e muitas vezes até aprendendo coisas novas com essa perspicácia de ouvir, de fazer essa escuta do conhecimento prévio do paciente.

Fazemos parte de uma equipe multiprofissional e não realizamos as atividades educativas separadas, nós sempre trabalhamos em conjunto e assim [...], eu sempre tento inserir no contexto das atividades educativas, a parte de saúde bucal, vamos supor que vamos fazer uma atividade sobre nutrição e dieta, então, dentro desse assunto, tento abordar a parte de saúde bucal, a importância da dieta, da nutrição nessa perspectiva, pois existem as alterações que são normais para a terceira idade em relação à cavidade bucal, e eu aproveito para repassar para eles.

Executamos as atividades em relação ao contexto, por isso quando se separa a educação bucal do restante, eles não gostam nem de vir para unidade para fazer a atividade educativa [...], então se separamos os assuntos, fica mais difícil ainda de conseguirmos abordar os idosos e envolvê-los.

Essa questão da saúde bucal nos idosos é delicada, pois muitos deles já perderam todos os dentes, e por isso acham que essa temática já não faz mais parte da sua realidade e aí procuramos abordá-la junto com o restante dos profissionais e não de forma isolada.

Quando penso em educação em saúde, penso em melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e aumentar a sua expectativa de vida, e como já realizamos esse trabalho junto aos idosos da comunidade há algum tempo, conseguimos observar de alguma forma, não a partir de um estudo científico, por que a gente não conseguiu fazer isso ainda, mas, sim, nos relatos que temos no grupo, essa diferença em relação a qualidade de vida, não em todos os idosos, mas em muitos deles, principalmente na parte de saúde mental e isso no futuro vai refletir positivamente na sua qualidade de vida [...], e é essa a nossa pretensão.

Nós fizemos entrevistas com os idosos há mais ou menos um ano e meio atrás, e o que eles relataram sobre as ações educativas promovidas pelos profissionais da nossa unidade recaiu justamente na melhoria da sua saúde mental, não foi em relação aos conhecimentos de saúde propriamente ditos, foi mais em relação a essa parte da depressão, pois é no grupo que eles conseguem relaxar durante as atividades do grupo, porque nós realizamos rodas de conversas, fazemos passeios, fazemos festas, promovemos a socialização do grupo, pois o idoso fica muito excluído realmente [...], muitas famílias não o incluem na sua rotina. O que



eles mais relataram foi a melhoria na qualidade de suas vidas, pois se sentiam mais alegres e mais úteis, porque depois das oficinas de trabalhos manuais por exemplo, conseguiram aprender alguma coisa.

Nós tivemos dois momentos com esse grupo, um momento inicial onde realizamos toda essa parte de promoção da educação através do processo ensino-aprendizagem, através da transmissão verticalizada de conhecimentos a partir das palestras, de formação dos grupos, onde executamos diversas dinâmicas de entrosamento. Hoje em dia, estamos vivenciando um segundo momento que tem se voltado mais para atividades lúdicas e de lazer, tivemos muitos cursos e atividades dinâmicas desenvolvidas, apesar de agora esse grupo já não está com todos esses trabalhos, devido à alta demanda na unidade.

O que os idosos gostam mais são dos passeios e da atividade física, sendo assim essa metodologia da educação em saúde através de palestras e rodas de conversa não está mais acontecendo com tanta frequência. Estamos tentando incentivar mais os idosos e retomar o grupo em sua totalidade, porque eu acho que até com o tempo eles ficam cansados e por causa disso diminuíram sua adesão.

Como nós temos duas equipes de saúde da família e uma de saúde bucal instaladas num mesmo prédio, e como houve várias mudanças de profissionais que foram sendo relocados, observamos que hoje uma equipe atua mais nas questões educativas do que a outra. Atualmente, a equipe dois é a que está atuante com relação aos grupos de forma geral, todos os agentes comunitários de saúde participam efetivamente dessa postura e há um bom entrosamento entre todos que a compõe, já na equipe um não observo tanto interesse nessa área, acho que aí também tem a questão da identificação com o trabalho [...]. Como essa unidade mais atuante tem a oportunidade de ter a odontologia como parceira, eu acredito que se torna uma contribuição a mais [...], já que em muitas unidades daqui de Campina Grande não tem a saúde bucal.

Infelizmente sentimos falta de outros profissionais para participar do grupo, mas agora contamos o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e, aos pouquinhos, eles estão se integrando na equipe, nessa parte de educação em saúde, porém, como o NASF é intersectorizado, fica mais difícil.

## Jade

*São lágrimas de jade esses olhos teus...  
Compressas mansas a acalmar meu sono!  
Cativos pirilampos, incendiando o peito meu...  
São pedras verdes de encantados pomos!*

*(Ledaalge)*

Enfermeira, atua na atenção básica desde o ano de 2001. É uma pessoa extremamente simpática, simples e muito espontânea. Desde o primeiro contato se dispôs a contribuir com a pesquisa.

A conversa aconteceu na unidade básica de saúde da família onde atua, num clima tranquilo e descontraído. Nesse dia, não estava havendo atendimento na unidade, e a entrevista aconteceu de forma breve e sem interrupções.

Afirmou gostar de trabalhar com grupo de idosos e ter prazer em executar esse tipo de metodologia educativa com eles, uma vez que consegue atingir uma massa populacional maior, obter resultados consideráveis numa única abordagem e dar prosseguimento aos seus trabalhos nas reuniões seguintes. Na oportunidade, ainda indicou uma colaboradora importante para o nosso estudo, por apontar sua dedicação e interesse pelo tema.

Seu envolvimento na educação em saúde voltada para idosos é muito significativa. A emoção pulsa nas entrelinhas de seu discurso:

*...a educação em saúde é essencial, deve ser a atividade número um em todos os momentos de abordagem ao idoso...*

A educação em saúde é uma atividade executada no processo de trabalho de qualquer natureza e, no nosso, especificamente, da atenção básica, é quando procuramos orientar o usuário para que ele possa ter uma melhor qualidade de vida em todos os aspectos. No geral, realizamos atividades educativas para qualquer membro da família e, sempre que possível, formamos grupos, e quando isso não é possível, trabalhamos com qualquer um que possa ser abordado por nós.

A educação em saúde voltada para o idoso traz muitos benefícios para ele, apesar dele já se encontrar no extremo da vida, mas é uma pessoa que convive com as demais, com os familiares, com a sociedade como um todo e, por serem muito atentos, quando os orientamos, repassam o que aprenderam para os outros, servindo de multiplicadora dessas atividades. Além disso, os idosos dispõem de mais tempo e assim, eu acredito que seja um grupo bem mais fácil para trabalharmos.

Apesar de alguns pensarem ao contrário, nós entendemos que os idosos se adequam muito bem ao grupo, aceitam o convite para participar mais facilmente, têm mais disponibilidade, escutam, refletem e se expressam também. É muito bom trabalhar com os idosos, pois eu acho que essa faixa etária tem tudo a ver com a educação em saúde, já que além de servir para ela própria, eles ainda levam das atividades educativas as orientações para os demais membros da família, da sociedade e do grupo onde convivem.

Nós percebemos que os idosos fazem um “feedback” conosco, sendo muito importante essa comunicação, essa troca de experiências de vida, onde eles nos ajudam muito no processo de trabalho, então tudo que você faz ou você diz, eles já têm certa experiência e essa troca nos auxilia muito para buscarmos mais dados, mais informações para complementar essa atividade educativa, corrigindo alguns desvios na vida deles com relação à sua saúde e à sua qualidade de vida.

Os hábitos negativos que eles constroem no decorrer da vida, nós conseguimos desconstruir através de uma atividade de orientação, muito bem passada, diga-se de passagem, o que se reflete no ambiente onde eles convivem. Eles refletem isso muito bem, porque ouvem e valorizam o que nós dizemos, conseguindo mudar também o ambiente onde vivem.

Infelizmente, aqui na unidade não temos especificadamente um grupo da terceira idade, mas o primeiro grupo formado, além do voltado para o público infantil e materno infantil, foi o de hipertensos e diabéticos, dada a demanda dessa patologia no nosso meio e, coincidentemente, a grande maioria dessas pessoas está com idade acima de sessenta anos, então ficou quase como um grupo de idosos.

Quem trabalha nessa parte educativa, no caso sou eu enquanto enfermeira da unidade, apesar da médica e outras pessoas da equipe participarem também, porém, efetivamente, as ações de procurar mecanismos para envolver as pessoas no processo de educação em saúde, eu que faço, até porque tenho mais habilidade, já que em outros momentos da minha vida como profissional trabalhei e gosto de trabalhar com essa prática, então assim [...], eu consigo fazer isso bem. Aqui, todos participam e se envolvem, mas o planejamento estratégico é de minha responsabilidade e o agente comunitário de saúde o executa.

No âmbito individual, sempre abordamos o usuário em qualquer momento, seja ele idoso ou não, mas falando especificamente do idoso, iniciamos esse processo a partir da unidade de consulta individual ou da atividade grupal. Às vezes, acabamos de dar uma orientação no grupo e de repente surge uma pergunta, logo tiramos a dúvida e, se for necessário, orientamos o idoso novamente, e tudo que nós falamos, é absorvido por eles como orientação de saúde.

Nós podemos abordar qualquer tema, mas, normalmente, trabalhamos ouvindo a demanda do usuário e, a partir daí, organizamos o plano de ação, a proposta da educação em saúde, dentro da necessidade daquele grupo, também consideramos as necessidades da nossa demanda, do material que utilizamos aqui no dia a dia. Às vezes fazemos alguma ação específica, como agora, que estamos trabalhando a questão da vacina A, quando aproveitamos o momento educativo e fazemos a abordagem bem especificada.

O ideal seria sempre realizarmos essas ações com a participação deles, ou seja, eles próprios preparando a ação [...]. Sempre sondamos o que eles gostariam de ouvir, apesar de nem sempre conseguirmos respeitar isso aí, mas, quando dá, abordamos o que esse usuário almeja e planejamos o material para esse fim.

Infelizmente o que nós realizamos mais no grupo é a abordagem oral e algumas dinâmicas, pois o recurso audiovisual é muito difícil, nós não temos apoio, não temos nada [...], o próprio Ministério, acho que negligencia muito, devíamos ter acesso ao material, mas é tudo entregue ao Município [...]; eu sei que o Município hoje é o gestor maior das ações, mas nesse âmbito nós não conseguimos cumprir o planejamento, pois não envolvemos as pessoas sem ter um material bom, já que não temos recurso audiovisual nenhum, nós não temos uma televisão, não temos um DVD, não temos nada [...], se quisermos fazer algo diferente, realmente, temos que trazer de nossas casas, deslocar tudo ou pedir na secretaria com muita antecedência. Diante dessas dificuldades nós usamos mesmo aquilo que temos, normalmente, uma sala, onde possamos trabalhar uma dinâmica [...], pois a falta de material para a equipe não nos permite fazer aquilo que queríamos.



Antes, inclusive, tínhamos um trabalho mais efetivo, pois até meados do ano passado, essa atividade educativa era bem mais expressiva, mas a deixamos um pouco de lado, porque chegou final de ano, festas, férias, mudança de equipe profissional e teve um momento de paralisação dos agentes comunitários de saúde e da própria equipe também, fazendo com que ficássemos meio perdidos e, só agora é que estamos retomando esse trabalho, com uma proposta nova de trazermos convidados, utilizando também o apoio do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), que é muito importante, pois os profissionais se envolvem nessa perspectiva também [...], temos o apoio do educador físico, que na hora que nós o chamamos ele se dispõe a participar do grupo e tem a fisioterapeuta que faz parte da equipe e também nos auxilia nesse sentido.

Mas a execução desse trabalho não é só da nossa equipe, agora nós estamos tendo apoio permanentemente das Universidades Estadual e Federal, que abriram campo de estágio nessa unidade e contamos com a colaboração dos estagiários dessas instituições que estão prestando assistência aos nossos idosos, num projeto de pesquisa deles, orientados por uma professora de Psicologia que também está envolvida no grupo de atenção. Então, agora que nós retornamos, eles estão participando, efetivamente, dessas atividades educativas, corroborando conosco nessa intenção.

Eu acredito que as ações educativas deveriam ser realmente as atividades número um da atenção básica, como preconiza o Ministério da Saúde, mesmo porque nós temos um déficit na intersetorialidade, com uma integração deficiente entre o setor de saúde e o setor de educação. Pois, sabemos que o nível de escolaridade das pessoas não é lá tão bom no nosso país e assim, temos que suprir essas dificuldades [...].

Se as pessoas tivessem acesso à escola, lógico que todo mundo já teria uma amplitude maior dentro do conhecimento de uma forma geral, o que facilitaria o acesso à informação, mas como geralmente eles não têm esse acesso, principalmente os idosos que não tiveram a mesma oportunidade de hoje, nós é quem suprimos essa demanda de educação e de saúde e, por causa de vários fatores, nem todo mundo faz, então assim [...], nessa conjuntura, deveria ser mais valorizada essas questões.

A educação em saúde é essencial, deve ser atividade número um em todos os momentos de abordagem ao idoso, pois nada pode ser feito sem uma boa orientação, é tanto que, o médico na consulta dele, a enfermeira na sua atividade individual, trabalham dentro de uma proposta de educação, ou seja, orientam, reorientam, constroem, desconstroem e tentam reconstruir com o usuário alguma coisa que ficou pendente, mas assim [...], ainda existe um certo comprometimento, pois essas atividades deveriam ser um pouco melhores.

Eu acho essencial a atividade educativa, eu acredito que esse seja o pensamento da equipe também. Em relação à capacidade que os membros da equipe têm para desenvolver ações educativas, seja no âmbito individual ou coletivo, observa-se que uns tem mais facilidade para trabalhar no individual, outros mais no âmbito coletivo.

No caso dos agentes comunitários de saúde, eles gostam mesmo dessa prática, se precisarmos, eles a executam na mesma hora [...], e apesar de algumas dificuldades, eles orientam tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. Em relação aos outros profissionais é preciso que estejamos puxando-os, porque é necessário chamar sua atenção de alguma forma, eles, como a gente, também têm dificuldades, pois não têm material que os ajude e que fortaleça essa atividade, então eles também se sentem fragilizados.

Nós até tentamos fazer como almejamos, mas às vezes não dá [...], os agentes comunitários de saúde, são realmente muito comprometidos, reconhecem muito essa atividade essencial, e quando nós paramos de fazer com esse grupo as atividades educativas da forma como estávamos fazendo antes, eles começaram a reclamar e reivindicar [...].

A médica também tem muita habilidade para conduzir o grupo, embora ela diga que não [...], e na hora da atuação na educação mesmo, na sala de espera nós aproveitamos seus conhecimentos para fortalecer o grupo. Foi retomada a atividade da sala de espera, onde estamos executando ações educativas também, onde estão todos e onde muitas informações fluem. A gente entra, e se diverte com eles, nesse momento, tudo que falamos se torna importante e todos valorizam [...], uns mais, outro menos [...]. É verdade que alguns profissionais têm menos habilidade, por diversos motivos, mas, mesmo assim, todo mundo sabe o que é importante, o que é essencial [...].

## Pérola

*“Pérolas, continuo pela procura,  
mesmo que more em sua ternura  
seja incolor ou colorida.  
uma busca que nunca finda  
pois sei que é muito linda  
e faz parte da minha vida.*

*(Gil de Oliveira)*

Médica atuante na atenção básica a dezesseis anos. Também trabalha no Hospital Alcides Carneiro – HU de Campina Grande, local onde aconteceu a sua entrevista. Foi indicada para colaborar com a pesquisa por ser uma profissional atuante nas questões educativas das unidades de saúde da família em que já atuou. Em sua monografia de especialização em PSF realizou um excelente trabalho sobre educação em saúde, o qual foi premiado pelo Ministério da Saúde, sendo, portanto, mais uma colaboradora importante, haja vista sua vasta experiência na área.

Ela se mostrou, desde o primeiro contato, muito interessada e disposta a participar desse estudo, disponibilizando-nos um tempo, denominado por ela precioso, antes de iniciar seu plantão para conversarmos. Ela demonstrou propriedade nas questões educativas e por várias vezes lamentou não poder estar atuando como gostaria, mas que sonha retomar suas atividades de educação em saúde com afinco, pois acredita ser esta a saída para a diminuição da morbimortalidade nas diferentes esferas sociais. Foi nesse clima, que Pérola deixou-se revelar:

*... a partir do momento que se tem esse espaço de conversa, de diálogo, é que realmente se faz educação em saúde...*

Educação em saúde é toda e qualquer atitude de um profissional, diante do seu usuário, que possa representar a melhoria da sua qualidade de vida, seja num atendimento individual ou trabalhando com grupos, sempre respeitando o direito do outro em saber o que está sendo feito com ele e, além disso, estar explicando todo o processo, quais são as suas hipóteses, o que é e o que não é [...] e, além disso, está orientando esses usuários frente às diversas formas que eles têm, para melhorar a sua qualidade de vida.

Eu gosto de executar ações de educação em saúde independentemente do tipo de consulta que vou realizar. Às vezes, chega um paciente só para me pedir um exame de vista, então, eu começo a conversar com ele, abre-se um diálogo, pergunto uma coisa ou outra, daí percebo que ele está bem, mais existem outras questões a serem consideradas, pois está apresentando dores de cabeça e tem uma postura errada para dormir ou para assistir televisão [...].

Então, a partir do momento que se tem esse espaço de conversar, de dialogar com o usuário é que realmente se faz educação em saúde, por que vai haver troca, ele lhe dirá o que tem para oferecer e o profissional mostrará o que tem para lhe retribuir, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Fazer educação em saúde não é como muita gente pensa, aquela forma autoritária: você deve fazer isso, você tem que fazer aquilo, isso é uma ordem médica, assim não funciona [...]. Na medida em que se conversa, orienta, explica os motivos daquela orientação, é que se consegue, realmente, que o paciente se sensibilize. Mudar a prática será uma decisão dele, porque não se pode decidir por ninguém, nossa obrigação é orientar, agora, dependendo de como esse processo acontece, pode-se ter êxito ou não nesse aspecto.

Em relação à educação em saúde voltada aos idosos, eu penso que na medida em que se passa a oferecer esse tipo de trabalho para essa parcela da população, eles começam a assumir posturas diferentes. Essa questão de educação em saúde nos ajuda a trabalhar nessa realidade e passa a ser fundamental para tentar melhorar a qualidade de vida deles, pois são pessoas que tiveram menos acesso a educação formal e informal também, geralmente vieram da roça, do campo mesmo, então poucos sabem ler e escrever, nessa perspectiva, contribui bastante, pois muitas vezes as pessoas acham que uma consulta médica é só para examinar, prescrever e dar ordens e não funciona desse jeito [...], pois na maioria das vezes tem que se conversar numa consulta com um idoso que vem se queixando de insônia, sobre o problema de um neto que está envolvido com uma turma que não é muito boa e tentando ver quais as soluções e até as vezes puxar a família, para estar fazendo essa consulta de maneira coletiva, de forma a está orientando, também, os cuidadores desses idosos.

O que nós vemos, muitas vezes, são esses cuidadores na condução errada dos idosos, por falta de acesso à informação, e aí na medida em que oferecemos essa informação, explicando os prós e os contras de cada atitude, as pessoas podem ou não querer modificar, mas elas vão está decidindo com sua própria consciência sobre o que estão fazendo, então nesse aspecto a educação em saúde para os idosos é de fundamental importância, porque vai tentar diminuir a morbimortalidade de uma população que tem uma saúde bem mais fragilizada.

De uma maneira geral, estar trabalhando com os idosos a questão de cuidados com queda, atividade física, alimentação, saúde, lazer, todas essas questões, vai proporcionar para eles uma qualidade de vida melhor, porque eles vão aprender a se cuidar mais e vão aprender o que muitos ainda não sabem: que têm o direito de se divertirem, de passearem, de serem felizes, que não é por ser idoso que têm que ficar numa cadeira assistindo TV o dia inteiro, que eles podem sair, se relacionar com outras pessoas e, na medida em que esses grupos são formados, isso cada vez mais se fortalece.

Infelizmente estamos passando por uma fase no Programa de Saúde da Família na qual isso se desregulou bastante, então a tivemos uma perda nessa questão de qualidade de atenção à saúde do idoso, em termos de grupos operativos, onde se fazia uma reunião, debatia-se um tema, depois se dançava, desenhava, ocupava a cabeça dessas pessoas de forma lúdica e isso diminuía muito os agravos a saúde, porque apesar de ter havido um aumento no número de equipes na cidade, nós infelizmente não tivemos, junto com esse aumento, o incentivo à educação e à capacitação dos profissionais para trabalhar essas questões e isso é uma coisa que na universidade a gente não nos é oferecido, o que dificulta essa proposta.

Agora é que está começando a melhorar um pouquinho, em relação a essas práticas educativas, porque contamos com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas, infelizmente, nem sempre eles conseguem dar conta de tudo aquilo que temos vontade de fazer, por que uma equipe de NASF tem que apoiar sete ou oito equipes de saúde da família, então isso significa que ela passa um dia por semana para atender as demandas de gestante, de idoso, de asmático, de problema de coluna, e problemas sociais, de todas as questões [...]. A equipe do NASF é uma equipe multiprofissional e se houvesse uma equipe como essa para cada duas equipes de saúde da família pelo menos, conseguiríamos dar, realmente, o apoio necessário a esses usuários; se tivéssemos pelo menos uma dessas equipes trabalhando diretamente e exclusivamente com a comunidade, iríamos ver surtir efeito, pois antes, quando tínhamos uma assistente social para cada duas equipes, isso ainda era bem mais estimulado.



A quantidade de famílias por equipe de saúde da família é muito grande, para dar conta de tudo que tem que fazer, pois precisamos trabalhar com a parte da medicina, fazer diagnósticos, realizar o tratamento, tentar a reabilitação dentro das perspectivas que temos e ainda fazer a promoção [...], então trabalhar com setecentas a mil famílias, que precisam ser bem atendidas, para não recebermos tanta reclamação dos usuários, é muita responsabilidade, pois se atendermos de qualquer jeito não conseguimos resolver o problema. É importante lembrar que se há muita gente não é porque o povo gosta de se consultar e sim, porque as pessoas têm doenças também [...].

Até para se fazer promoção da saúde, se faz necessário fazer uma avaliação. Não se pode está falando em qualidade de vida, fazendo grupos e mais grupos, sem verificar uma pressão numa paciente obesa, sem pedir os exames, sem ver a glicemia, sem estar vendo o problema de coluna, então nós temos que fazer várias coisas ao mesmo tempo [...].

Quando nós sofremos a perda da assistente social daqui da unidade, piorou significativamente a situação porque não dá para darmos conta dessas ações sozinhos [...], por que antes nós trabalhávamos a questão da geração de emprego e renda, trabalhávamos a questão da violência contra a mulher de forma mais efetiva, agora estamos trabalhando em consultas individuais, porque a demanda da população para o atendimento é imensa, mas não porque eles gostem de ir no posto se consultar, e sim porque existe uma demanda realmente grande.

Levando em conta o número de famílias, se a gente tivesse o dobro do horário ainda não conseguiríamos dar conta, não estamos dando nem a cobertura de citológico como deveria ser [...]. Para o número de mulheres que a gente tem só se aumentar o número de dias de citológico e, nesse caso, vai ficar faltando tempo para acompanhar as crianças de menos de um ano, para fazer a consulta de hipertenso [...]. Eu tenho em torno de duzentos e cinquenta a trezentos hipertensos e diabéticos e são, na sua maioria idosos na minha área, dos quais, quase cinquenta hipertensos [...]. Então, a sobrecarga de famílias atrapalha muito a questão da educação em saúde e a questão de estar trabalhando de forma mais lúdica e impede até que se tenha mais efetividade junto a nossa comunidade.

Durante a consulta nós conversamos com o idoso, os orientamos, damos explicações, os escutamos, mas para quem já passou uma hora e meia numa sala de espera pequena, quente, barulhenta, e chega para ser consultado, já está um pouco agoniado, então isso dificulta a abordagem [...]. Se a gente fizesse um pacto nessa historia, ficaria melhor [...].

Tirando a parte educativa de cada consulta individual e as da sala de espera, a nossa equipe não tem mais um grupo de idosos funcionando, por falta de tempo para encaixar mais

essa atividade na rotina unidade, porque precisaria, realmente, de uma equipe multiprofissional para dar conta do atendimento, pois no dia que eu saio para um grupo educativo, termina que eu diminuo meu atendimento e existe todo um cronograma que precisa ser seguido, então isso dificulta [...], fazendo com que tenhamos atividades pontuais que são muito falhas, inclusive [...].

Quando chega a época do São João sempre fazemos um passeio com os idosos para o sítio São João, mas não são também todos os idosos que vão, são idosos selecionados, cada agente comunitário tem direito de levar três ou quatro de sua área e não são idosos que participem de um grupo de atividades, então são atividades pontuais que servem apenas para fortalecer vínculos com a equipe, mas que, em termos de impacto real para vida deles, é pouco, é muito pouco, é um passeio por ano, é uma coisa única e isso também dificulta a proposta da educação em saúde.

As ações que a Secretaria de Saúde tem feito também são pontuais, teve agora uma ação onde cada agente comunitário só podia levar dois idosos, onde existem vinte, trinta, quarenta idosos em cada área [...], é complicado por que o restante deles como é que fica? Então, isso dificulta o trabalho, falta para gente, além desse apoio, material educativo e insumos que dêem para trabalhar nessa perspectiva.

Antes, quando a gente tinha um grupo de idosos ativo, na época em que eu trabalhava no bairro do Pedregal, quando era dia de reunirmos esses usuários para cada uma contar uma história de como era a vida deles, então era papel e lápis para desenhar alguma coisa que a gente levava, era lápis de cor, um lanche que a gente oferecia para eles, tudo era a equipe que levava [...], então, falta esse apoio [...], apesar da Secretaria de Saúde, de certa forma, fazer algumas atividades pontuais e, para mim, atividades pontuais não têm uma repercussão realmente efetiva na vida dessas pessoas, porque é um ponto e pronto, acabou-se aí e eles como ficam? Me esqueceram de novo? É um ponto de partida que tem um fim ali mesmo [...] e, às vezes, eu prefiro dizer que deixem a minha equipe fora disso porque termina que cria confusão para os agentes comunitários porque escolheram A e B e não C, D, E, F, H, I e J [...].

Na verdade nós terminamos ficando refém de um círculo vicioso, e como não tem alguém que dê o pontapé inicial para começar essas ações educativas de forma efetiva, porque existe sobrecarga e o outro também não começa, vai rodando assim, sem começo nem fim [...]. Mas, na medida do possível, nos dias de grupos de idosos hipertensos, por exemplo, se fala alguma coisa, se realiza uma atividade educativa lá, mas mesmo assim, não é o que nós almejamos e esperamos de um grupo educativo e muito menos o que esperamos de um grupo

de idosos, até porque o salão da unidade é pequeno, quente, abafado e dificulta a execução dessas atividades, pois para se trabalhar com idoso, fazendo alguma atividade, mesmo que seja uma atividade de relaxamento num local quente, sem ventilação, é querer que eles tenham problemas de saúde, então dificulta muito [...].

Fazemos o possível durante algumas atividades, realizamos algumas iniciativas do cuidado domiciliar, de ir lá fazer um curativo, de conversar um pouquinho, de verificar a pressão, mas não é muito mais do que isso não [...].

Se as ações educativas nos grupos realmente acontecessem do jeito que tem que ser, eu acho que iríamos diminuir bastante o número de consultas por dor de cabeça, insônia, tristeza, depressão e solidão, que são os maiores problemas que os idosos têm, além dos problemas físicos concretos pertinentes a sua idade e isso iria melhorar a qualidade de vida deles, eles iriam conseguir ter uma “melhor idade”, porque, na realidade, quando se chega a essa etapa da vida, que até eles tem muito mais tempo de fazer um monte de coisas, mas não podem executá-las, pois as limitações das dores aqui, dores ali, dores acolá, não deixam [...].

Se houvesse uma organização melhor, uma equipe multiprofissional comprometida e um número de famílias por equipe menor, com certeza daria para montar um bom grupo de idosos e fazer um pelo menos uma reunião mensal com eles, daí passar a ser uma reunião semanal, onde eles teriam aquele encontro para conversar, ou para pintar, ou para jogar, ou para dançar, [...] eles adoram dançar, até quem não dança adora ir no dia que tem música e termina se sacudindo um pouquinho e isso pra eles é lazer [...]. Estaríamos fazendo alguma coisa de bom para eles, porque, na maioria das vezes, eles só tem o ônus de ter que cuidar dos netos ou sustentar o restante da família com o benefício que recebem do governo [...].



# Rubi

*Mulher, falar de ti: é falar de pedras preciosas,  
da pureza dos diamantes,  
é falar do vermelho sangue dos rubis*

*(Katy Gomes)*

É uma jovem bonita de expressões marcantes, muito sorridente e cheia de expectativas na sua vida profissional. Trabalha como auxiliar de enfermagem na atenção básica a cerca de quatro anos. Almeja alçar vãos altos, é estudante de enfermagem e sonha com o dia em que terminar o seu curso superior para atuar mais efetivamente como enfermeira e pôr em prática seus planos direcionados a educação em saúde.

Foi indicada pela atual enfermeira do seu posto por ter realizado junto à equipe de saúde da família na qual atuava anteriormente um projeto bastante significativo com a comunidade idosa no tocante ao tema proposto.

Conversamos na própria unidade, num clima descontraído e bastante sossegado. Apesar de comedida nas palavras, observei sua paixão pelo tema, satisfação em executar esse tipo de trabalho e vontade de realizar novas ações na perspectiva da educação em saúde junto aos idosos, como percebemos em sua revelação:

*...a educação em saúde promove nos idosos uma mudança em relação a sua qualidade de vida, é muito bom trabalhar com eles...*

Educação em Saúde é uma maneira que nós temos de proporcionar um pouco de conhecimento para as pessoas, com o intuito de evitar, no caso dos idosos, problemas crônicos que eles já têm, para que consigam uma maneira melhor de viver e conviver com esses problemas e de certa forma, evitar que aconteça mais alguma coisa agravante.

A prática educativa com os idosos visa à melhoria da qualidade de vida deles, e se dá a partir de mais orientações sobre alimentação, sobre atividades físicas, sobre higiene mental, trabalhando algumas atividades que eles possam estar desenvolvendo, conversas, escuta [...]. Com certeza, as atividades educativas vão, de alguma forma, chegar até os usuários idosos e promover neles algum tipo de melhoria na qualidade de vida através da prevenção.

A maioria dos idosos vive com a família, e nessa família, geralmente, os mais jovens trabalham o dia inteiro, daí eles passam o dia sozinhos em casa e não têm quem lhes dê orientação ou quem os ajude a tomar remédios e se alimentar direito; por isso, a partir do momento que nós reunimos esses idosos, formamos um grupo e passamos essas orientações, eles vão conseguindo, de alguma maneira, administrar a sua própria vida, promovendo autocuidado.

A educação em saúde promove nos idosos uma mudança em relação a sua qualidade de vida, é muito bom trabalhar com eles, pois para eles a palavra da equipe de saúde é como se fosse lei, e seguem tudo o que a gente diz direitinho, daí começamos a notar mudanças, por exemplo, eles não têm mais pique de hipertensão, melhoram a sua alimentação, e não mais apresentam problemas com a desregulação das taxas.

Na unidade em que trabalhava anteriormente tínhamos o grupo de idosos, que pelas circunstâncias se desfez, onde nós saíamos na sexta-feira de manhã para fazer caminhadas com eles e a educadora física e outras atividades lúdicas. Tínhamos uma reunião com os idosos de cada microárea semanalmente, onde eram passadas as orientações sobre alimentação, atividade física, tabagismo, uso abusivo de álcool [...], contávamos com a ajuda da psicóloga que conversava com eles sobre relacionamento com a família e outros temas. Fazíamos inúmeras palestras e utilizávamos álbuns multiseriados, que era o que tínhamos naquela unidade.

Nesses encontros contávamos com a participação de toda a equipe e eu, pelo menos, acho isso muito importante para esses idosos, já eles sentem falta de alguém que os ouça, de alguém que lhes dê atenção, então, o que equipe procurava era dar o máximo de atenção a esses idosos, para que eles não se sintam tão sós e, a partir daí, colocarmos em prática tudo aquilo que podíamos em termos de orientação [...]. Todos da equipe estavam envolvidos na

mesma intensidade: o médico, os Agentes Comunitários de Saúde, o psicólogo, a equipe do NASF, todos se envolviam no grupo.

Seria muito bom que todas as equipes desenvolvessem trabalhos dessa natureza, porque aí teríamos bem menos casos de depressão nos idosos, que é algo muito presente em suas vidas, pois diversas vezes eles entram em depressão por se sentirem sozinhos, porque não têm família ou sua família é ausente e sentem falta de alguém que lhes dê um pouco de apoio, de forma que seria muito bom que houvesse um progresso dessas atividades nas unidades básicas de saúde da família.



## Turquesa

*Sabe falar e tudo o que profere é belo, como se viesse de outro mundo paralelo. É como música, pois todas as suas notas são melodia, esta pedra tem o poder de tornar a noite em dia*

*(Autor desconhecido)*

Enfermeira da atenção básica de Campina Grande a três anos e meio. Foi indicada pela assistente social da sua unidade por encarar a educação em saúde como uma proposta indispensável à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A entrevista deu-se na unidade onde trabalha atualmente, num clima ameno e de muita descontração. Durante toda a conversa, sentiu-se a vontade para desabafar e fazer críticas construtivas. Demonstrou ter muito amor pelo trabalho que realiza e aparentou várias vezes tristeza com o descrédito das pessoas em relação à educação em saúde e certa indignação com a secretaria de saúde. Diz não desistir por acreditar que a educação e saúde é realmente o caminho a ser seguido, por isso permanece na sua luta, fazendo valer o seu grupo de idosos. Foi nesse clima de entrega e revelações que Turquesa nos contou sua experiência:

*... o que fazemos aqui não é fácil, porque muitas pessoas da própria comunidade encaram isso como “estão enrolando” sabe? É um desafio mesmo...*



Educação em saúde é uma forma de estar passando questões do autocuidado em saúde para os indivíduos, para que eles possam ter domínio sobre sua própria saúde, de uma forma preventiva, relacionada aos agravos, sempre buscando a melhoria da sua qualidade de vida.

Na minha concepção, essa é uma forma de aproximar mais o público idoso das questões de saúde nessa faixa etária, que muitas vezes é muito complicada. O pessoal relaciona o idoso com doença e a partir de ações educativas conseguimos quebrar essas questões estigmatizantes e revelar que é um período da vida como outro qualquer, que agora o idoso vai ter que lidar com outros questionamentos e pode ser que tenha mais doenças ou não [...].

A educação em saúde proporciona uma forma mais amena de encarar essas situações, ajudando o idoso a passar por essa fase de mudanças e vivenciar essa fase de uma forma melhor.

Acredito que as ações educativas contribuem para que os idosos consigam lidar com patologias, com agravos, porque dessa maneira eles vão saber o que querem, vão saber, por exemplo, o que é uma hipertensão e vão controlá-la, porque à medida que nós fazemos essas atividades esclarecemos o que acontece dentro das patologias, mostrando para eles diversas particularidades, que podem acometê-los.

Quando o idoso adquire o conhecimento necessário e consegue identificar melhor determinadas patologias, acaba prevenindo as doenças e melhorando sua qualidade de vida. Quando se tem um conhecimento prévio, por exemplo – quando você é amigo de alguém, você conhece aquela pessoa, então você sabe agradar ou desagradar àquela pessoa [...], se tem um domínio maior sobre a sua situação de saúde e no caso dos idosos eles podem vivenciar melhor essa fase de vida. Nós não impomos nada, damos um direcionamento, daí eles podem seguir ou não as orientações, pois em nenhum momento a gente diz assim: você tem que deixar de comer isso! [...] Não, nós mostramos o que é que aquilo vai trazer de benefício ou não, e eles vão fazer suas próprias reflexões se desejam ou não fazer aquilo, nada impositivo, mas é uma forma de autocuidado reflexiva.

Nessa perspectiva de educação em saúde fazemos palestras e passeios com os idosos e agora, com a parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, fazemos programações diversas. Para a execução dessas atividades realizamos caixinha de sugestões com eles e como já faz um certo tempo que os conhecemos, porque esse grupo de idosos daqui da unidade não é tão recente, conseguimos facilmente identificar o que eles almejam.

Realizamos várias atividades para o grupo de idosos, nós já trouxemos aqui para unidade educadores físicos, e inclusive a atleta Pretinha, corredora do nosso estado [...] para

realizar uma atividade física com eles, realizamos cafés da manhã, orientando como eles devem fazê-lo em casa, fazemos caminhadas no próprio bairro, tratamos de questões relacionadas a sexualidade, que foi um tema sugerido por eles, e agora estamos implantando o projeto de levá-los ao cinema, porque nós também proporcionamos atividades lúdicas.

A gestão também deve ter esse mesmo raciocínio que os profissionais em relação à educação em saúde, para poder a coisa fluir, e isso não acontece [...].

Não há apoio, veja que nós tínhamos um grupo de adolescentes anteriormente, e recebemos algumas críticas, por ter levado-os ao cinema [...] e fizemos isso por que eles nunca tinham ido ao cinema, nenhum deles, não é que a gente estava fazendo um grupo só para ir ao cinema [...], vimos que eles eram adolescentes carentes que não tinham muito com o que se motivar dentro da comunidade [...], porque aqui não tem praça, aqui não tem quadra, aqui não tem nada! [...] E, quando as pessoas da secretaria trazem cursos para a unidade, trazem de que? De pintura, de manicure, de crochê, ou seja, subestimando a capacidade dos indivíduos [...]. Por que não trazem um curso de informática? Eu sei que é um pouco mais complicado, mas podia ser um curso de línguas, algo que valorize o indivíduo, não é por que todo mundo que mora aqui é pobre, que vai ser empregado doméstico [...], isso na minha concepção não existe! [...], então a secretaria acha isso e isso na minha concepção é essa politicagem [...], eu não concordo.

Para executarmos esse projeto, fizemos rifa para arrecadar dinheiro para podermos levá-los ao cinema, para eles conhecerem o ambiente, e na hora de conseguirmos o transporte ficou um pouco complicado junto à secretaria [...], conseguimos patrocínio para o lanche, porque queríamos que eles fossem comer pipoca no cinema como todo ser humano faz [...], e daí a nós recebemos muita crítica da secretaria, do topo entende? Soubemos que disseram: [...] ah! Não estão trabalhando não, estão agora indo para o cinema e assim fica difícil [...], e nós fomos num horário fora do expediente, fomos à noite [...]. Então assim [...], isso nos deixa um pouco desacreditadas em realizar essas atividades, o que fazemos aqui não é fácil, porque muitas pessoas da própria comunidade e a gestão encaram isso como “estão enrolando” sabe? É um desafio mesmo [...].

São coisas dessa natureza que nos deixa desmotivada para estarmos realizando essas atividades [...] se a comunidade não acredita nessas ações, algumas pessoas, porque agora já desmistificou, e a própria gestão continua assim [...]. Solicitamos cadeiras para fazer as reuniões do grupo de idosos, não nos mandaram [...], quer dizer que as nossas condições são bem precárias e aí a gente termina fazendo apenas o básico [...].

Proporcionamos alguns passeios para os idosos, como levá-los para o Sítio São João todos os anos, eles gostam muito de passeios assim [...]. No grupo havia um sanfoneiro e ele faleceu, mas quando ele estava vivo nós fazíamos inúmeras atividades de música com eles, agora fazemos apenas um passeio anual ao Parque do Povo, vamos ao museu da universidade e no final do ano os levamos para verem as ornamentações natalinas [...]. Sempre que possível, juntamos o grupo e os levamos para passear na cidade, fazendo o *city tour*, e aí eles se sentem especiais, as mulheres se arrumam, fazem as unhas, ajeitam os cabelos, se preparam para aquele momento, então elevamos a sua autoestima.

Já os levamos para a companhia de energia elétrica daqui de Campina, a Energisa, para eles conhecerem o laboratório de lá, e isso é uma forma de cidadania também, porque muitas vezes o idoso é muito rechaçado pela sociedade e pela própria família [...]. A família trabalha fora, tem outras atividades e o idoso já tem aquelas dificuldades inerentes a sua idade, como a acuidade visual precária, então não sai sozinho para pegar ônibus, entre outras coisas [...]. É uma série de circunstâncias que fazem com que o indivíduo fique recluso no seu ambiente e aí surgem os problemas de saúde.

As temáticas que nós abordamos nos encontros com os idosos são bem diversificadas e provocativas, sempre procurando resgatar a cidadania e autoestima deles. Como eu estou terminando uma especialização em saúde mental, eu também trago algumas coisas de lá para aqui, para poder ajudar nas reuniões.

Infelizmente, na minha visão, nem todo mundo que trabalha na unidade contribui com essas ações educativas da mesma forma [...], contribui entre aspas [...], porque nós estamos sempre puxando os demais profissionais para participar, já que é uma equipe multiprofissional, nós acreditamos que existe um conhecimento que, inevitavelmente, não vamos conseguir passar, seja na minha especialidade de enfermeira, seja na especialidade da assistente social, porque cada profissional é fundamental. Eu tenho notado que os outros profissionais deixam muito em nossas mãos [...], dizem que são as meninas, eu e a assistente social, que tomamos conta desse grupo, então não se envolvem porque não querem mesmo [...], e ainda aquela questão: o médico que trabalha comigo é um médico mais preocupado com a quantidade de pacientes e não a qualidade do atendimento [...].

Buscamos sempre inserir esses profissionais, agora dizer assim: não, hoje eu quero participar ou vamos ver se para o mês você me encaixa numa palestra [...], realmente isso acontece! A participação de alguns deles é por livre e espontânea pressão, não é vontade não, é pressão mesmo [...], mas eu acredito que é uma construção, e que essa realidade ainda vai mudar [...].



Em relação ao grupo, para mantê-lo ativo, no início era bem difícil, era mais uma troca, eles queriam troca mesmo [...], eles iam mais pelo lance e decidimos que não iríamos mais fazê-lo, por que os idosos têm que participar do grupo em busca de outra coisa; e aí, eu dizia para eles: um copo de suco e um pão com queijo vocês acham ai em qualquer canto, na casa da vizinha [...], mais isso que nós trabalhamos no grupo, vocês só vão encontrar aqui e hoje [...], então fizemos vários pactos com eles, pacto de data, de horário de chegar, de horário de sair, de silêncio, contratos que foram feitos, construídos com eles para que o grupo se firmasse [...], e foi isso que aconteceu.

Eu encaro a educação em saúde como uma contribuição ímpar para o PSF, já que a demanda é muito grande, porque muitos questionamentos são resolvidos no próprio grupo, é tipo um filtro [...]. Muita coisa nós resolvemos no próprio grupo e passa pouca coisa por essa peneira e é a partir desse filtro que fazemos os encaminhamentos daqui, desafogando bastante as nossas ações, por que temos uma sobrecarga de trabalho, já que a nossa população é extremamente pobre e a maior parte do bairro é de terreno invadido, então a demanda é muito alta.

Na minha concepção, essas ações educativas devem ser expandidas para as demais faixas etárias, é o que nós estamos fazendo [...], fora o grupo de idosos, temos também o grupo de gestantes, o grupo hiperdia, formado por hipertensos e diabéticos e tínhamos o de adolescentes que foi extinto e não tivemos fôlego para reabri-lo, mas é uma proposta que pensamos em retomar, porque a quantidade de gestantes adolescentes que nós temos no bairro é grande, menores de vinte anos, Às vezes com treze, quatorze anos de idade [...].

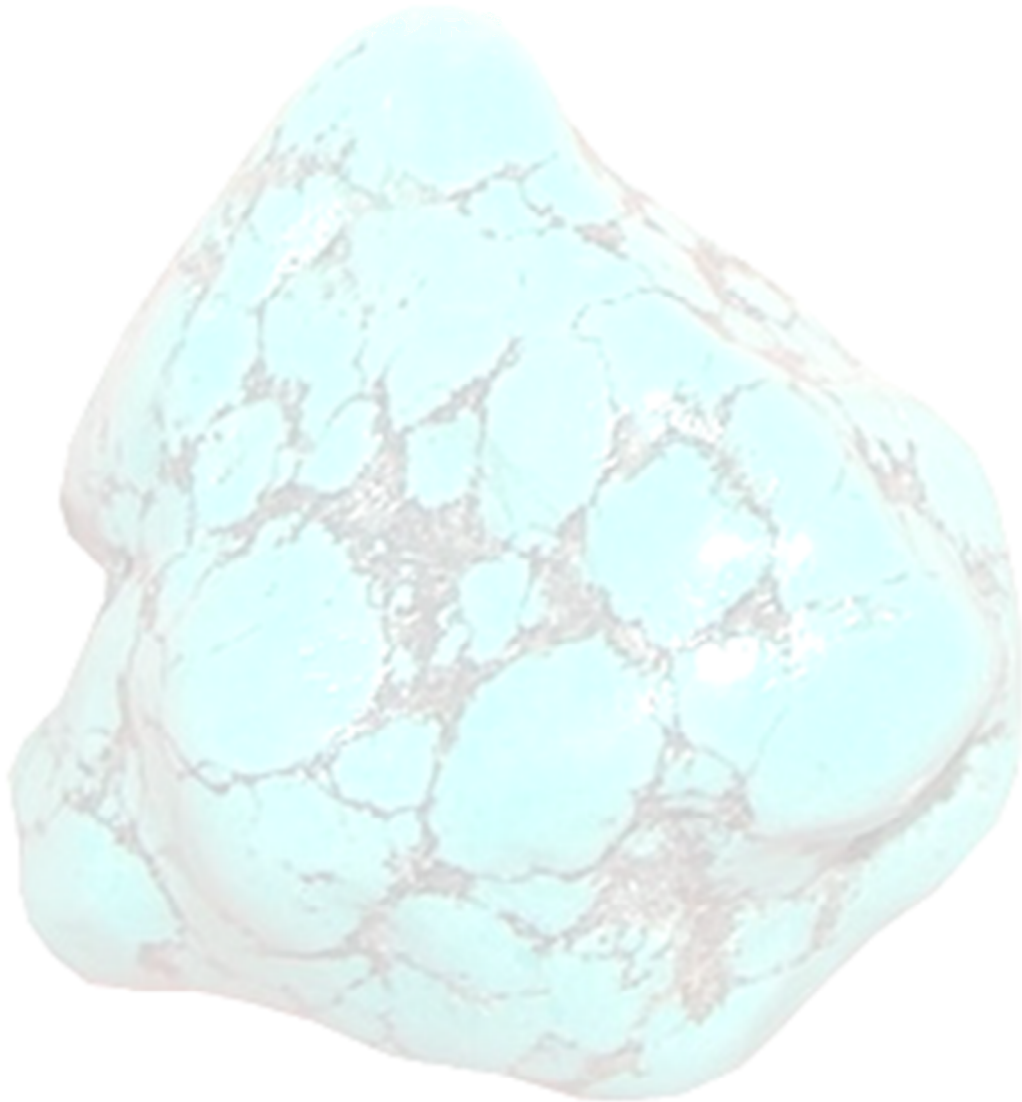
Dizer-lhe tudo que penso sobre esse tema precisaria pensar uma coisa mais transcendental [...]. Em relação ao apoio que nós precisamos para executar ações educativas eu acho que está deixando muito a desejar, porque o apoio da gestão nós não temos [...]. Dizem que tem uma coordenadora de saúde do idoso na secretaria, eu particularmente não a conheço, se eu lhe disser que ela já esteve aqui, eu estarei mentindo [...], nesses quase quatro anos que eu estou trabalhando nessa unidade e nesses três anos e meio que ativamos o grupo de idosos, essa coordenadora nunca apareceu [...]. Todas as atividades do grupo a convidamos, mas o que eu noto é que não há o interesse [...].

No grupo existem inúmeros idosos que têm problema de acuidade visual, que são carentes e que não têm dinheiro e nem condições de pagar os óculos de grau, então procuramos solicitar junto à secretaria, mas tudo fica no papel e nunca conseguimos nada [...], é uma coisa que parte totalmente da gente, só da gente [...]. Não temos contribuição alguma



de lá e isso nos desgasta, nos chateia mesmo [...] e eu até deixo de ir lá para cobrar, por que nos desgastamos muito, e isso não é bom [...]

Diante dessa temática é importante uma reflexão séria nossa, da nossa prática [...], para conseguirmos alcançar um numero maior de idosos, refletir o que é que pode ser feito para eles participarem mais do grupo, em que podemos melhorar [...]. Se há idosos não estão comparecendo as reuniões é porque alguma coisa ainda que não está interessante para eles. Onde é que nós estamos errando? E aí a gente vai se amoldando [...].



## Ônix

*Uma forma de quartzo  
Um poema em rocha  
Um brilho em céu  
Uma esponja de vida borbulhante  
Nascente de vivências*

*(Carlos Teixeira Luis)*

Assistente Social, atuante na atenção básica a seis anos e bastante engajada nas questões educativas das unidades básicas de saúde da família que atende. Manifesta o desejo incessante de poder atuar mais ativamente numa única unidade de saúde para executar todos os seus planos em relação ao tema em análise.

A entrevista aconteceu em uma das unidades de saúde onde atua, num espaço reservado para tal fim. Durante todo tempo se manteve ansiosa para responder os questionamentos que lhe eram feitos.

Durante suas revelações deixou transparecer um pouco de apreensão e certa preocupação com a pouca credibilidade de suas ações perante a comunidade e o poder público, mas afirma trabalhar com amor e muita dedicação, assumindo esse desafio com afinco, como revela o seu discurso:

*... educação em saúde deve ser uma prática em todas as unidades de saúde, apesar de ser difícil, precisa ser um desafio para a equipe...*

Educação em saúde é contribuir para a melhor qualidade de vida das pessoas, como no caso dos idosos e como a saúde é ampla, trabalharmos com ela não é só trabalhar com prevenção e doença, mas também com promoção e prevenção, então, educação em saúde é estar trabalhando com a promoção da saúde e estar prevenindo também algumas doenças que podem estar sendo ocasionadas por falta dessa promoção.

Na minha concepção a educação em saúde trabalha em prol da qualidade de vida dos usuários, não só com o idoso, mas também com os demais usuários. É importante que tenhamos essas atividades educativas com os idosos, porque iremos ampliar seus conhecimentos e passar algumas informações que são imprescindíveis que eles conheçam, com relação não só as questões de saúde, mas as questões relacionadas à cidadania, como as questões de direito.

Durante a atividade educativa com os idosos, eles passam para gente a sua experiência de vida, promovendo uma troca na verdade entre o profissional de saúde e o idoso, tanto a gente contribui como também a gente recebe, e nessa troca observamos melhora significativa nessa questão da qualidade de vida, porque eles ficam mais bem informados, lutam mais pelos direitos, procuram viver melhor com algumas dicas que falamos e com aquilo que eles já conhecem, então através dessas atividades conseguimos ampliar o conhecimento deles e contribuimos para que eles possam viver melhor.

Na parte da assistência social, os idosos têm alguns direitos que muitas vezes eles desconhecem e que através dessas atividades educativas eles vão atrás, como por exemplo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é exclusivo para os idosos que não têm renda e que têm acima de sessenta e cinco anos de idade.

Nos encontros com o grupo de idosos já conseguimos na prática que alguns deles procurassem esse benefício que até então era desconhecido e agora já estão recebendo-o, e isso é um ganho para qualidade de vida deles porque eles não tinham a renda e agora têm, não é um favor e sim um direito [...]. Na medida em que eles conhecem os direitos, eles vão atrás e se apropriam deles.

As ações educativas que tratam da importância da atividade física, da alimentação, do uso da medicação correto, na prática vêm dando certo [...], é bem interessante porque nós estamos sempre falando sobre essas questões e muitas vezes oportunizamos algumas atividades sobre esses assuntos, não ficamos apenas com a fala, colocamos em prática, levando-os para fazer atividades junto conosco.

Uma vez por mês proporcionamos uma atividade física para eles com a ajuda do fisioterapeuta e do educador físico, também os levamos para fora da unidade, inclusive estamos com uma atividade prevista junto ao SEST/SENAT (Serviço Social de Transporte/ Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte) para que eles façam uma aula de academia com os professores de lá. Então assim [...], é bem interessante porque não só falamos da importância de cuidar da saúde, mas também levamos para eles ações práticas, e são essas ações concretas que vão dar resultado na melhor qualidade de vida deles.

Formamos o grupo de idosos há mais ou menos três anos e até o início desse ano nos encontrávamos mensalmente. A participação deles nesse grupo varia muito, tem dias que tem trinta, tem dias que tem vinte, tem dia que tem quinze idosos na reunião, mas quando promovemos algum evento fora, porque sabemos que é disso que eles gostam, aí lotamos o ônibus, vão quarenta, trinta e cinco idosos [...], e quando é para sair da unidade para conhecer outros lugares percebemos que a demanda é ainda maior, até pela necessidade deles mesmos [...], então nesses casos a adesão é significativamente maior. Este ano estamos trabalhando quinzenalmente, estamos sentindo a adesão dessa mudança e acreditamos que eles estão gostando, não sei se vamos conseguir permanecer assim, senão voltaremos a trabalhar mensalmente [...].

No grupo sempre procuramos trabalhar as ações preventivas com os idosos, a questão da saúde bucal, por exemplo, é feita com a dentista, porque essas ações não são desenvolvidas apenas por um profissional, mas pela equipe toda. As atividades desenvolvidas com o grupo de idosos acontecem com a ajuda da enfermeira, da médica, da assistente social, da dentista e também tem a participação de outros profissionais que convidamos para aumentar essa questão da intersectorialidade, temos o apoio dos profissionais do NASF, como o educador físico e também de outras instituições com profissionais que se dispõem a fazer palestras.

Esse trabalho é interessante porque não trabalhamos só uma questão, mas todas as questões relacionadas a essa etapa de vida, trazemos para o grupo e até assuntos que não dizem respeito diretamente à saúde, como a questão de lazer, por exemplo; fazemos passeios com eles, trabalhamos envolvendo os eventos culturais da nossa cidade, como na época do São João, período em que fazemos o passeio no Parque do Povo, no salão do artesanato e tem um momento que fazemos a partilha dos alimentos, para estar lembrando essa data.

No final do ano sempre os levamos para o Parque da Criança, eles gostam muito dessas atividades que tenham lazer, porque eles não têm esse acesso, pois aqui no bairro não dispomos de muitos equipamentos que possam disponibilizar essa questão do lazer, então por ser um bairro pequeno que não tem muitas opções, muitos equipamentos sociais, só tem a

escola e a igreja, eles gostam muito de fazer atividades fora, e sempre que podemos os levamos para conhecer outros lugares.

A ampliação da questão cultural e de lazer, que para eles é muito importante nessa idade, e também a sua socialização com os outros, são pontos muito importantes para que não fiquem isolados, para prevenir a questão da depressão, para estar compartilhando as experiências. Se os idosos vêm à tarde para o grupo ou se vão para outro lugar com o grupo, eles têm essa oportunidade de está conhecendo novos ambientes, de estar conversando, de ficar solitário em casa e, também estar socializando os problemas e discutindo-os, solucionando-os dentro do próprio grupo e se os mesmos forem ligados as questões de saúde, vamos dando propostas [...], se não resolvemos integralmente seus problemas pelo menos eles estão se colocando, e esta é uma maneira importante de não ficarem isolados em suas casas, sofrendo sozinhos [...], então esse espaço que eles têm no grupo de saúde do idoso é muito importante, nessa questão da socialização principalmente.

Enquanto profissional eu creio que essas atividades educativas são extremamente importantes, é uma das atividades que eu tento fazer bem, até porque como assistente social eu só venho uma vez por semana na unidade, porque tem outras unidades também que eu trabalho [...], então, eu tento fazer o máximo e estar o mais presente possível nas atividades educativas, dessa forma eu trabalho com o grupo e não trabalho apenas individualmente, porque eu priorizo as atividades educativas, então para mim é de suma importância que elas ocorram sistematicamente, pois é a maneira que temos de contar com um maior numero de pessoas num mesmo lugar e podemos estar passando ensinamentos e também estar trocando experiências com o usuário.

Realmente as ações educativas são muito importantes para o crescimento da unidade e enquanto programa saúde da família, que tem como tripé a promoção, a prevenção e a recuperação, estar trabalhando atividade educativa, estar trabalhando educação em saúde é muito significativo, porque aí já está priorizando a questão da promoção de saúde e a prevenção de doenças. Não dá para conceber o programa saúde da família só com essa parte da recuperação, porque é importantíssimo que estejamos trabalhando a promoção e a prevenção e metodologicamente a parte educativa é essencial, não só pra mim enquanto profissional, mas para o próprio contexto da estratégia saúde da família.

Essa atividade educativa só é completa se tiver a equipe multiprofissional trabalhando em conjunto, porque é união de conhecimentos de que se precisa, sendo assim, o conhecimento da assistente social, o conhecimento do médico, o conhecimento da enfermeira,



um completa o outro e juntos ajudarão o grupo, acho muito importante que trabalhem juntos, em equipe.

Em relação aos outros demais profissionais, percebemos que alguns colegas não dão a importância necessária para a atividade educativa, preferindo mais o atendimento individual, talvez por falta de teoria na academia mesmo [...], com relação à importância de atividades educativas. Notamos que um ou outro não gosta de ficar trabalhando com grupos, mas sempre conseguimos fazer essa interação entre a equipe e quando não estão todos presentes nas reuniões, pelo menos um deles comparece e no próximo encontro com certeza o outro vai estar presente ou os dois estarão presentes, então sempre que possível estamos fazendo essa junção dos saberes profissionais diferenciados para estar contribuindo com o grupo.

Trabalhar educação em saúde com os idosos deve ser uma prática em todas as unidades de saúde, apesar de ser difícil, precisa ser um desafio para a equipe, apesar dos profissionais terem muitas outras atribuições.

A formação de grupos, principalmente aqueles grupos de doenças ou de doentes, é muito mais difícil, mas eu acho que todos os usuários, principalmente os idosos, deveriam ter essa oportunidade de estarem participando de reuniões sistemáticas, porque estariam realmente melhorando a sua qualidade de vida, justamente quando no Brasil a expectativa de vida está aumentando cada vez mais, diante disso se torna imprescindível o trabalho voltado para a promoção e prevenção de doenças.

## 4 *Discutindo as Experiências*

Este capítulo foi reservado para comentar e discutir os pontos comuns e os divergentes encontrados nos discursos das colaboradoras da pesquisa - Educação em saúde para idosos na atenção básica: olhar dos profissionais de saúde, por meio, dos quais, procurou-se obter respostas às indagações empíricas colocadas para o desenvolvimento da pesquisa como objetivos propostos para a mesma, permeando as discussões baseadas nas literaturas científicas pertinentes.

Os recortes feitos permitiram compreender as experiências dos profissionais de saúde junto aos idosos, na companhia da educação em saúde enquanto parceira de um processo transformador, sendo a análise orientada pela interpretação do conjunto de falas, gestos e significados que permeou o discurso das colaboradoras. Do material empírico trabalhado emergiram três eixos temáticos, extraídos e revelados a partir dos depoimentos das colaboradoras, percorridos de maneira contínua, desvelando o objeto de estudo em foco: Educação em Saúde no envelhecimento enquanto espaço de partilha e empoderamento; Ações de Educação em Saúde como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde da população idosa e Ações Educativas na Estratégia Saúde da Família: impasses, desafios e possibilidades.



#### 4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ENQUANTO ESPAÇO DE PARTILHA E EMPODERAMENTO.

O *empowerment* é um conceito bastante complexo que teve sua origem, enquanto idéia, nas lutas por direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social”, durante a segunda metade do século XX. Sofreu ajustes na década de 1970 pela influência do movimento de auto-ajuda e na de 1980 pela psicologia aplicada. Já nos anos de 1990 pelo influxo de movimento, o qual buscava o direito a cidadania, incluindo-se nesse contexto a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (CARVALHO, 2004).

Para Teixeira (2002) o empoderamento, tradução do conceito de *empowerment*, faz parte do campo de ação da promoção da saúde, campo que pela leitura da Carta de Otawa (1986) é definido como um processo de desenvolvimento na comunidade da capacidade de controle e habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, a partir da mobilização coletiva, sendo, portanto, uma importante estratégia de ganho para a saúde.

O mesmo autor comenta que o empoderamento também está inserido em outro campo de promoção da saúde: o de desenvolvimento das habilidades pessoais. A Carta de Otawa (1986) enfatiza essas habilidades a partir da caracterização do quadro de envelhecimento populacional e aumento da morbidade por doenças crônico-degenerativas, entendendo que as causas e os principais fatores de risco para tal estariam relacionados diretamente aos modos de vida, riscos de trabalho e ambientais relacionados ao indivíduo.

Wendhausen e Suape (2003) consideram que a educação em saúde é de extrema importância para a consolidação histórica de uma assistência integral aos indivíduos, podendo ser caracterizada como instrumento de empoderamento e alargamento do cuidado a saúde.

Sendo assim, a participação da comunidade nos processos de promoção da saúde assume significativa importância, pois pode ser considerada como um fator psicossocial significativo para melhorar a confiança interpessoal, a satisfação com a própria vida e a capacidade de enfrentar os problemas.

Para Schiavo e Moreira (2005), o termo empoderamento:

Implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve somar-se uma mudança de atitude que impulse a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva.

Dentre os diversos aspectos desencadeadores do *empowerment*, o papel dos profissionais de saúde assume grande importância, pois eles são elementos essenciais para a viabilização desse processo, uma vez que reconhecem e valorizam os recursos potenciais dos indivíduos e comunidades, enquanto co-participantes e co-gestores do processo de saúde, como podemos apreciar no tom vital do depoimento da colaboradora Diamante:

*...tenho imensa satisfação em executar ações de educação em saúde, pois os idosos participam e contribuem significativamente...*

Partindo desse pressuposto, o conceito de empoderamento implica que a participação efetiva dos sujeitos, enquanto participantes do processo de saúde, amplia o controle sobre suas próprias vidas, na busca efetiva de transformação de sua realidade social, política e ambiental, relacionando-se intimamente com a promoção da saúde, pois se concretiza como sendo um instrumento eficaz de capacitação sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Segundo Fontes (2001), um dos princípios de maior significância para a promoção da saúde dos indivíduos, na perspectiva de *empowerment*, é a valorização da participação desses indivíduos no processo, pois se apóia no princípio dos movimentos de auto-ajuda, encorajando-os a encontrar modos próprios de gerenciar sua saúde e da sua comunidade.

Esse fenômeno é, de fato, indispensável para a mudança de paradigmas equivocados sobre o processo de saúde e para a mudança de comportamento dos sujeitos envolvidos, como podemos verificar mediante as revelações a seguir, de várias colaboradoras desse estudo:

*...eles mesmos nos ajudam a educar os outros mais novos, e nos dão sempre resposta do que desenvolvemos através da fala para eles. Por exemplo: aquele idoso que não fazia caminhada, hoje a gente vê aos poucos fazendo, e essa resposta é importante... (Diamante)*

*...uma idosa chegou e disse: eu não sabia que mesmo com essa idade, tinha de fazer eu deveria está fazendo o meu exame de mama [...], ou outra que disse: eu não tenho mais a mãe do corpo, eu não tenho mais as trompas, e eu não sabia que devia fazer o citológico [...], então, são situações que a partir da educação em saúde você consegue obter as respostas imediatamente... (Alexandrita)*

*...os hábitos negativos que eles constroem no decorrer da vida, nós conseguimos desconstruir através de uma atividade de orientação [...]. Eles refletem isso muito bem, porque ouvem e valorizam o que nós dizemos, conseguindo mudar também o ambiente onde vivem... (Jade)*

Os depoimentos mostram que as pessoas, ao longo do desenvolvimento das ações de educação em saúde, empoderam-se e transformam o seu modo de viver.

O conceito de empoderamento é defendido por vários autores e tem sua importância dentro do âmbito da saúde, pois leva a mudanças e ações que estimulam os indivíduos a evoluir e fortalecer-se.

Teixeira (2002) corrobora com essa assertiva a cerca do empoderamento:

É a habilidade de pessoas/grupos conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para agir de modo a melhorar sua situação de vida.

Kleba (2005) comenta que a partir de um processo de conscientização, traduzido no desenvolvimento pessoal no qual é apreendida a realidade de forma produtiva, o empoderamento caracteriza-se como sendo um processo emancipatório, ou seja, um processo de conscientização crítica. Segundo a mesma autora, esse processo não se restringe apenas ao âmbito individual, já que se encontra inserido num processo social, estando seu desenvolvimento intrinsecamente relacionado ao meio sócio-ambiental, ao espaço de vida dos indivíduos que o experimentam.

Para Guimarães (2006), o conceito de *empowerment* traduz a idéia de poder e de controle, de maneira positiva, centrada no individuo em prol de melhorar a sua qualidade de vida. Como podemos observar nos depoimentos das colaboradoras:

*...estar trabalhando com os idosos a questão de cuidados com queda, atividade física, alimentação, saúde, lazer, todas essas questões, vai proporcionar para eles uma qualidade de vida melhor, porque eles vão aprender a se cuidar mais... (Pérola)*

*...com certeza, as atividades educativas vão, de alguma forma, chegar até os usuários idosos e promover neles algum tipo de melhoria na qualidade de vida através da prevenção... (Rubi)*

Em relação ao papel do empoderamento no âmbito da saúde, observa-se que:

...depende por um lado de expectativas e objetivos subjetivos das pessoas e grupos que se motivam a intervir de forma crítica sobre a realidade, e por outro de influências e acontecimentos sociais, relacionados ao meio sócio-ambiental, ao espaço temporal e geográfico onde se concretiza (KLEBA, 2005).

O empoderamento é um processo no qual uma coletividade adquire poder à medida que fortalece laços de coesão, capacita-se e habilita-se para promover seu autodesenvolvimento (NASCIMENTO, 2000).

A educação em saúde constitui-se como uma excelente ferramenta de empoderamento, quando abre espaço para o diálogo, a escuta, a fala e a partilha de experiências do cotidiano, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente daquelas que, por motivos alheios a sua vontade, ficam desamparadas e muitas vezes segregadas pelos

familiares, por serem idosos e não conseguirem reinserir-se tão facilmente na sociedade, por vezes discriminatória e excludente. Esta conjuntura, foi evidenciada em vários trechos dos depoimentos das colaboradoras, como seguem:

*...porque eles (os idosos) costumam ficar em casa sozinhos, enquanto os filhos trabalham, os netos estudam e permanecem sozinhos por muito tempo... (Opala)*

*...o idoso fica muito excluído realmente [...], muitas famílias não o incluem na sua rotina... (Ametista)*

*...diversas vezes eles entram em depressão por se sentirem sozinhos, porque não têm família ou sua família é ausente e sentem falta de alguém que lhes dê um pouco de apoio... (Rubi)*

*...é uma série de circunstâncias que fazem com que o indivíduo fique recluso no seu ambiente e aí surgem os problemas de saúde... (Turquesa).*

A educação em saúde apresenta-se como uma ferramenta instigadora do cuidado integral e de empoderamento aos idosos e sua família, pois permite uma aproximação do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde com a vida cotidiana das pessoas, oferecendo desse modo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas em saúde (ALVES, 2004/2005). Além de permitir um espaço efetivo de troca de conhecimentos firmada entre o senso comum, oriundo da experiência de vida dos idosos e o conhecimento científico inerentes aos profissionais de saúde.

Diante das inúmeras situações os quais afetam a saúde mental dos idosos, como problemas familiares, exclusão, isolamento e outros aspectos que geram sofrimento e/ou patologias para o idoso, torna-se importante o surgimento de alternativas capazes de minimizar esses efeitos e, que quando aliadas a educação em saúde, possam reverter as situações de risco.

Nesse panorama destacam-se, as práticas terapêuticas não alopáticas como a Terapia Comunitária, que focalizam o sujeito como ser integral, valorizando-o de maneira holística, sendo hoje, alvo de inúmeros trabalhos de pesquisa no tocante a melhoria da qualidade de vida dos idosos e do sofrimento mental, surgindo, como uma propositura, já que vem se constituindo como espaço de partilha, onde a subjetividade marca o processo e faz com que esses usuários manifestem a tentativa de agir no mundo e responder aos seus problemas.

Rocha *et al* (2009), corroboram com a assertiva do parágrafo anterior e complementam ao afirmar que a Terapia Comunitária é entendida como um espaço de partilha para alívio do sofrimento mental, muitas vezes originado de um sofrimento psíquico, que atinge inúmeros usuários do serviço de saúde.

Esse mecanismo surge como uma tecnologia de cuidado, de escuta e de acolhimento, que não traz maiores custos aos gestores e tem respondido satisfatoriamente às expectativas de seus beneficiários, sendo, portanto, mais uma ferramenta eficaz de trabalho, podendo ser utilizado pelos profissionais da saúde, aliada a educação em saúde, no cuidado com pessoas na comunidade.

Destarte, apresenta-se como um excelente mecanismo de ação dentro da educação em saúde voltada aos idosos, contribuindo para minimizar os efeitos negativos, oriundos dos processos de depressão, tão comuns nessa etapa de vida, ou de outras patologias relacionadas.

Andrade *et al* (2010) consideram que para não adoecer torna-se necessário verbalizar os sentimentos, anseios e emoções intrínsecas, estejam elas escondidas ou reprimidas, a partir de um diálogo, expresso com a fala. Portanto, esse mecanismo constitui um poderoso efeito terapêutico.

Com o intuito de instigar o idoso a gerir sua própria vida, visando o desenvolvimento da sua autonomia e da sua responsabilidade no cuidado com a saúde, emerge a educação dialógica cujo objetivo não é simplesmente informar para saúde, pela imposição do saber técnico científico puramente, mas transformar os saberes já existentes através do desenvolvimento da compreensão das situações de saúde.

Objetiva-se que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada neste modelo é a comunicação dialógica, que busca à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado o qual capacite os indivíduos a decidirem as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A cerca da educação em saúde enquanto processo pedagógico, Lopes *et al* (2007), corroboram:

A educação em saúde como processo pedagógico que concebe o homem como sujeito, principal responsável por sua realidade, onde suas necessidades de saúde são solucionadas a partir de ações conscientes e participativas, organizadas com elementos específicos de sua história, sua cultura seu modo de vida, promove mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente, nas pessoas.

Na perspectiva de troca de saberes e experiências a partir da comunicação oriunda dos processos educativos, várias colaboradoras afirmam trabalhar dando ênfase ao saber popular e as necessidades mais imediatas dos idosos, respeitando o seu conhecimento prévio, conseguido através de sua vivência, como observado nos discursos apresentados pelas colaboradoras abaixo:

*... falamos sobre todo tipo de assunto, agora mesmo teve palestra sobre o dia mundial da saúde, outra vez debatemos sobre o dia da consciência negra, instigando-lhes a participar e provocando-os sobre o tema, diante do que sabem ou que já ouviram falar através de alguém ou pela TV... (Diamante)*

*... para se fazer educação em saúde você tem que propor uma pergunta chave para resgatar o que eles sabem, respeitando, principalmente, os padrões culturais deles, o saber popular, para daí dar seguimento as relações... (Alexandrita)*

O empoderamento torna-se um elo primordial para que se estabeleçam a aprendizagem dialógica e o desenvolvimento de consciência crítica, instigando o idoso a procurar alternativas viáveis para obter o viver saudável, autônomo e personalizado.

Carvalho (2002) afirma que apenas a informação técnico-científica, oferecida aos usuários durante os processos educativos, por si só, não será o agente modificador dos comportamentos em relação ao estilo de vida dos idosos, embora o conhecimento seja uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento. Outras variáveis, como a atitude, terão de ser mudadas, tendo em vista a modificação de determinados comportamentos nocivos.

A comunicação é um fenômeno esplêndido que permeia as relações, e para os seres humanos assume uma função vital, uma necessidade básica, pois promove interação entre os sujeitos. Na educação em saúde torna-se essencial, uma vez que mantém um *feedback* positivo entre os profissionais de saúde e os usuários, principalmente quando estes são idosos, os quais muito tem para contribuir devido à sua vasta experiência de vida. Sobre essa temática direcionada aos idosos, as colaboradoras comentam pertinentemente:

*... a educação em saúde é um canal efetivo de comunicação para essa população idosa, que precisa dessa atenção diferenciada... (Alexandrita)*

*... nós percebemos que os idosos fazem um “feedback” conosco, sendo muito importante essa comunicação, essa troca de experiências de vida, onde eles nos ajudam muito no processo de trabalho... (Jade)*

Uma construção adequada de conhecimentos é extremamente importante, principalmente quando se trata de usuários idosos, os quais tem suas limitações em relação a diversos aspectos, como os psicossociais e cognitivos, e que necessitam de uma atenção diferenciada.

Reiterando a posição da educação em saúde como mecanismo de troca e parcerias, Levy *et al* (2004), remete ao fato de que a veiculação de qualquer conteúdo educativo dá-se mediante a comunicação, esta por sua vez caracteriza-se como um processo de troca de mensagens entre duas ou mais pessoas envolvidas no processo. Neste sentido,

independentemente da forma como se processe a ação educativa, seja ela individualmente ou em grupos, necessita-se, portanto, de um transmissor ou emissor e de pelo menos um receptor para que a comunicação se efetive, ou seja, ela deve acontecer visando um certo destinatário ou público, em um processo que ocorre através de um meio, denominado canal.

Através desse canal, o profissional em saúde, ao incorporar o papel de educador em saúde, passa a ser não mais um simples transmissor de conhecimentos de forma verticalizada, unilateral e não dialógica, mas um facilitador do processo de ensino-aprendizagem e os usuários, aprendizes de novos conceitos e experiências, que saem de suas posições de receptores passivos de informações para os de protagonistas do processo.

Sobre essa concepção que demanda uma capacidade qualificada de escuta do outro, Freire (2005) afirma que o educador que escuta pacientemente e criticamente o outro, aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, conseguindo falar com ele e entendê-lo.

Algumas colaboradoras trabalham com a perspectiva da escuta qualificada da demanda de necessidades dos usuários, importante do ponto de vista prático, pois é a partir dela que será gerado o diálogo e poderão ser traçadas as ações educativas mais viáveis no sentido de sanar as expectativas imediatas dos idosos em relação às questões de saúde, como observado nos relatos a seguir:

*... buscamos saber deles o que realmente gostariam que fosse abordado nos encontros, quais são os temas que eles necessitam saber... (Opala)*

*... trabalhamos ouvindo a demanda do usuário e, a partir daí, organizamos o plano de ação, a proposta da educação em saúde... (Jade)*

*... às vezes, chega um paciente só para me pedir um exame de vista, então, eu começo a conversar com ele, abre-se um diálogo, pergunto uma coisa ou outra... (Pérola)*

Ainda nessa perspectiva, Freire (2005) acrescenta:

O diálogo é o “selo” do ato cognoscente, desvelador da realidade, e, por isso, imprescindível na educação problematizadora, comprometida com a libertação. Ela se faz assim, num “esforço permanente através do qual, homens vão se percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo, com que e em que se acham”.

As ações educativas proporcionam aos profissionais de saúde um espaço de descobertas, partilha de experiências, escuta e diálogo, que fortalecem o vínculo entre eles e os idosos e provocam um *feedback* positivo, além de facilitar no mecanismo de ensino-aprendizagem.



Essa troca de informações ajudará na identificação e análise crítica dos problemas que permeiam a vida dos usuários e na elaboração de estratégias de ação em busca da melhoria da sua qualidade de vida, como nos revela o tom vital da colaboradora Pérola:

*... a partir do momento que se tem esse espaço de conversa, de diálogo, é que realmente se faz educação em saúde...*

Sobre essa troca, essa partilha de conhecimentos, reconhecida e valorizada perante o diálogo estabelecido no processo educativo, Martins (2007) aponta que:

[...] educar é comunicar, portanto precisamos dizer que o trabalhador que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na área da saúde e a população a qual visa informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realiza um trabalho de mediação entre este conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga.

A educação em saúde é pressuposto básico para o empoderamento, e quando ela se dá, todos os seus participantes devem se colocar como integrantes do processo contínuo de educar, respeitando os parâmetros de conhecimento já preestabelecidos, a cultura da comunidade e o saber técnico científico. Segundo Pedrosa (2003), as práticas de educação em saúde devem levar em consideração o compartilhamento de saberes fundamentadores das visões de mundo das pessoas, respeitando-os e potencializando-os, para que o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais realmente se revele.

Diante da perspectiva do empoderamento, a educação em saúde é vista como uma ferramenta de colaboração entre o profissional de saúde e o idoso e visa à construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre diversos temas relacionados ao processo de envelhecimento e suas consequências, de maneira que o idoso possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si e também sobre a melhoria da qualidade de sua vida.

A educação em saúde não pode ser um processo pontual, pois se constrói e reconstrói a todo o tempo, além de ser relacional e progressista. Deve valorizar as experiências de vida dos sujeitos envolvidos, o modo e o contexto em que se encontram, transformando-os em sujeitos mais críticos e criteriosos em relação a sua saúde, além de agentes participativos do processo de mudança da sua própria realidade, constituindo-os como cidadãos e protagonistas de sua história de vida.

## **4.2 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA.**

O envelhecimento humano é um processo universal, de caráter progressivo e gradual. Nesse contexto, tornou-se comum, no âmbito da saúde, associar a saúde do idoso a sua qualidade de vida, numa realidade em que o processo de envelhecimento não é mais sinônimo de ausência de doença, e sim, um estado de bem-estar integral, sendo admitidas todas as dimensões do indivíduo em suas peculiaridades e necessidades imediatas.

O envelhecimento e a qualidade de vida são dois aspectos relevantes mas que até bem pouco tempo atrás pareciam muito distantes um do outro, porém hoje se tornam cada vez mais próximos, devido ao aumento exponencial da expectativa de vida no mundo.

A realidade mundial é profundamente marcante, pois o envelhecimento é crescente e anda a passos largos, como mostra Camarano (2001), ao apontar que o índice de idosos no Brasil passou de 6,2%, em 1960, para 13,9%, em 1991, e estimativas afirmam que este índice aumentará consideravelmente em 2050. Neste período, a composição da razão de dependência demográfica passa do predomínio da parcela jovem da população, observada atualmente, para a dependência idosa no final do mesmo período.

Em função desse desenvolvimento marcante da “terceira idade”, emerge o conceito de envelhecimento ativo, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em meados de 1990, como uma proposta de adaptação dos idosos a essa realidade. O termo ativo foi incorporado e adotado com a intenção positiva de transmitir uma mensagem mais completa que a de envelhecimento saudável, bem como reconhecer os fatores os quais, além da atenção sanitária, atingem efetivamente a maneira de envelhecer dos indivíduos e das populações (OMS, 2002).

Segundo WHO (2002), envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Buscar alternativas mantenedoras da saúde e da autonomia na velhice, como a boa qualidade de vida, é o norte buscado para se preservar o auge dessa fase de vida, a fim de reduzir os aspectos relativos ao cuidado com o idoso e diminuir os fatores de risco para morbimortalidade.

Nota-se que hoje, com os avanços das áreas ligadas à saúde, as pessoas estão conseguindo viver mais e melhor. Todos os caminhos da ciência remetem ao mesmo fim: alcançar o mais alto prolongamento da vida.

A educação em saúde torna-se uma ferramenta indispensável na busca da qualidade de vida dos idosos, uma vez que essa parcela da população oportuniza a execução de um bom trabalho. Os profissionais de saúde têm condições de trabalhar com o olhar voltado especificamente para os idosos com vistas a obter resultados positivos, como observado no tom vital da colaboradora Turmalina:

*...na minha visão, essas ações educativas voltadas para os idosos são muito positivas, é realmente uma saída para melhorar a qualidade de vida...*

Segundo Santos *et al* (2002) a qualidade de vida é uma preocupação constante da humanidade, reconhecendo-se a existência de um movimento mundial de busca contínua de uma vida saudável, bem como do bem estar biopsicosocial com atenção às condições de vida, relacionado a aspectos de saúde, de moradia, de educação, de lazer, de transporte, de liberdade, de trabalho, de autoestima, entre outras.

Campos (2008) ressalta que a qualidade de vida está vinculada a percepção do indivíduo tanto na posição na vida quanto no contexto de cultura na qual se insere. Acrescenta que ter qualidade de vida é estar em equilíbrio consigo mesmo. Tal equilíbrio diz respeito ao controle sobre aquilo que acontece a sua volta, como por exemplo, sobre os relacionamentos sociais.

Minayo, Hartz e Buss (2000) reforçam a expressão qualidade de vida a partir de uma declaração feita por Rufino Neto, na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia em 1994:

[...] qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes.

Segundo Coelho (2008), qualidade de vida é mais do que uma boa saúde física ou mental, é estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio. Para Atalla (2008), a qualidade de vida está diretamente ligada ao jeito como cada um vive sua opção pessoal, condicionada ao nível de informações que recebe para poder conscientizar-se.

De acordo com Paredes Moreira *et al* (2009), envelhecer com qualidade de vida é, essencialmente, atender as necessidades humanas, que vão além da manutenção de um bom estado de saúde física. Portanto, torna-se imperativo uma visão do idoso mais ampla, de maneira holística, pois o ser humano necessita de respeito, reconhecimento, segurança e de se sentir participativo dentro da sua comunidade, a partir da explanação de suas opiniões, interesses e anseios, ale da troca de experiências.

As ações educativas tornam-se um excelente subsídio para alcançar a qualidade de vida desejada para os idosos. O tom vital da colaboradora Ametista revela a preocupação dos profissionais de saúde com essa questão:

*...quando penso em educação em saúde, penso em melhorar a qualidade de vida dos indivíduos...*

Tal posicionamento é relevante, pois mostra a preocupação dos profissionais de saúde em relação à melhoria da qualidade de vida dos idosos frente à realidade encontrada mundialmente em relação ao processo de envelhecimento humano. Projeções indicam que em 2050 a população idosa será de 1,9 bilhões de pessoas - montante equivalente à população infantil de zero a 14 anos de idade representando um quinto da população mundial (BARBOSA, 2001).

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), o trabalho na atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família realiza uma adequada abordagem da pessoa idosa. Nesse panorama, as ações educativas são de extrema valia, pois leva a mudanças significativas em relação à qualidade de vida desses usuários, como afirma o tom vital da colaboradora Rubi:

*...a educação em saúde promove nos idosos uma mudança em relação à sua qualidade de vida, é muito bom trabalhar com eles...*

A integridade da saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente nas fases finais de vida, e uma das alternativas mais importantes para assegurar essa saúde é a manutenção da sua autonomia e independência. O resgate e reconhecimento de seus direitos, como também o envelhecer saudável são as principais metas das ações educativas. Como mencionam algumas colaboradoras em seus discursos:

*...é importante que tenhamos essas atividades educativas com os idosos, porque iremos ampliar seus conhecimentos e passar algumas informações*

*que são imprescindíveis que eles conheçam, com relação não só as questões de saúde, mas as questões relacionadas à cidadania, como as questões de direito... (Ônix).*

*...quando os usuários chegam até a gente, ensinamos com um olhar voltado para os direitos deles e para a sua saúde, que são os seus pontos fracos, pois muitos não sabem nem dos seus direitos... (Diamante).*

*...eu acredito que a educação em saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos a partir do momento que eles são sensibilizados que são sujeitos de direitos... (Safira).*

Intervenções que visam à tão necessária melhoria da qualidade de vida são palco para diversos atores sociais atuarem na promoção do bem-estar humano e na organização de uma sociedade cada vez melhor, considerando seu caráter multidimensional. Nesse contexto, as ações dirigidas à saúde, em particular, adquirem grande relevância (SOUZA; CARVALHO, 2003).

No âmbito da atenção básica, as ações de educação em saúde são utilizadas como ferramentas essenciais para incentivar os usuários a readquirirem sua autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, a partir de reflexões as quais levem a mudança de comportamento. Segundo Nora *et al* (2009), as ações de educação em saúde são uma estratégia articuladora entre a concepção da realidade no contexto de saúde e a busca de possibilidades e atitudes geradoras de mudanças, frutos do trabalho em equipe e dos diversos serviços que visam uma transformação no panorama de saúde da população.

Com apoio em Néri (2001) indicamos estarem os níveis de saúde insatisfatórios na velhice diretamente ligados aos altos níveis de depressão e angústia e com níveis baixos de satisfação de vida e bem estar. O mesmo autor também afirma que as dificuldades encontradas pelos idosos para realizar suas atividades da vida diária estão relacionadas a problemas físicos, dificuldades nas relações sociais e manutenção da autonomia, trazendo sérios prejuízos à sua saúde emocional:

*A solidão, o descaso, o desamor acabam se instalando pouco a pouco na vida cotidiana, trazendo sentimentos de insegurança, baixa autoestima, tristeza... Além das necessidades biológicas, todos nós precisamos de atenção, de zelo, de cuidado, de uma palavra que nos conforte e de alguém que nos acolha (DIAS *et al*, 2008).*

Em seus discursos, várias colaboradoras afirmam trabalhar não só as questões de saúde, mas numa perspectiva maior, a autoestima e aspectos mentais, físicos e sociais, dentro de um contexto educativo de inclusão e reinserção do idoso na sociedade em que vive, como mencionado nos trechos a seguir:

*...trabalhamos também o psicológico, pois muitos quando chegam à fase de velhice, sessenta anos ou mais, são acometidos por depressão, então procuramos destacar temas voltados para a higiene mental... (Opala).*

*...e nesse momento eles ficam satisfeitos por que estão cuidando da sua saúde e se divertindo ao mesmo tempo, eles adoram se divertir [...] e é isso que a gente traz para eles, promoção da saúde física e mental... (Água marinha).*

O conceito de promoção em saúde ancora-se no de educação da saúde, pois tratam de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da vida cotidiana e não apenas das pessoas com risco de adoecer. Esta noção está baseada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem estar, integrador de aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais e sociais (MACHADO, 2007).

A educação em saúde pode e deve ser encarada como uma estratégia de promoção à saúde num processo de conscientização coletiva e individual de direitos voltados a saúde e responsabilidades, visando estimular ações que atendam aos princípios do SUS. A partir desse enfoque, Catrib *et al* (2003) afirmam ser de extrema importância eleger estratégias didáticas condizentes com uma transformação dos sujeitos socialmente inseridos no mundo, para ampliar sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável.

Para os profissionais os quais trabalham com o processo do envelhecimento, nas mais diversas áreas de saber, é importante tentar proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde, o bem estar biopsicosocial dos idosos, principalmente através de ações educativas que visem à adequação dos mesmos ao processo de envelhecer, indicando as melhores possibilidades de adaptação e potencializando suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase de vida:

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É também a perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (ASSIS, 2005).

As ações educativas voltadas aos idosos assumem importância fundamental para a melhoria da qualidade de vida dessa população e precisam ser encaradas como prática social e proposta efetiva de trabalho, uma vez que exercita a autonomia de tais usuários e funciona como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde, como sugere o tom vital da colaboradora Safira:

*...precisamos encarar a educação em saúde como um desafio profissional e pessoal, em busca da melhoria da qualidade de vida da população idosa...*

Segundo Assis (2001), nas práticas educativas consegue-se alertar para o papel da promoção da saúde ao longo da vida como forma de reversão gradual da imagem da velhice como sinônimo de doença. Trabalhar nesse sentido é importante, visto que, ao perceber a educação em saúde como mecanismo de sua promoção trás benefícios para vida dos idosos, pois eles passam a encarar a sua situação de vida de outra forma.

Sobre esse enfoque corrobora Silva (2005) ao comentar que a educação e promoção da saúde caminham juntas, gerando inúmeras possibilidades para o usuário gerenciar sua própria condição de saúde e tomar as devidas providências em função da melhoria sua qualidade de vida. Sobre tal afirmativa, as colaboradoras abaixo, teceram suas considerações:

*...trabalhar educação em saúde é trabalhar a questão da promoção da saúde a partir da prevenção, sempre no sentido de estar orientando a família para essa prevenção. [...] para ver se as pessoas se orientam sobre as questões de saúde... (Água marinha).*

*... educação em saúde é estar trabalhando com a promoção da saúde e estar prevenindo também algumas doenças que podem estar sendo ocasionadas por falta dessa promoção... (Ônix).*

Trabalhar educação em saúde, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde dos usuários, é prerrogativa da Estratégia Saúde da Família, oportunizando aos profissionais de saúde se aproximarem mais dos seus usuários, o que facilita o intercâmbio entre eles e as possíveis intervenções no processo saúde-doença. Segundo Girondi *et al* (2006) a educação em saúde prevê a interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e destas com o mundo circundante, visando a mudança de comportamento de ambas as partes.

Neste sentido, o tom vital da colaboradora Alexandrita demonstra a preocupação em se trabalhar a educação em saúde nessa perspectiva na Estratégia Saúde da Família, ao revelar:

*...para mim, educação em saúde é o pano de fundo de qualquer ação de saúde na perspectiva de promoção de saúde...*

A adoção de práticas saudáveis na vida do idoso, no sentido de promover-lhe saúde, tradicionalmente é o objeto direto das ações educativas em saúde na linha de estímulo e capacitação para o autocuidado e restabelecimento da autonomia desses usuários. Podem ser



mobilizadoras de participação à medida que não se reduzam a um “dever ser” para o outro, outrossim, sejam tomadas como estímulos para os idosos pensarem sobre suas vidas e agirem sobre o que favorece ou não o seu bem-estar, em termos pessoais e sociais (ASSIS, 2005).

Nessa perspectiva, Pereira (2003) expõe sua ótica ao ressaltar que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades favoráveis à manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas direcionadas à conquista da autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Ou seja, educação em saúde é o pleno exercício de construção da cidadania.

A educação em saúde é considerada por Volschan e Soares (2002) um processo básico no trabalho de promoção de saúde. Desta maneira, a educação em saúde e a promoção da saúde permanecem intimamente relacionadas, pois a promoção da saúde depende da participação ativa da população, que deve estar bem informada a fim de poder vincular-se ao processo de mudança, e a educação em saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (BRASIL, 2008).

#### **4.3 AÇÕES EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPASSES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Martins *et al* (2007) afirmam que a prática de educação em saúde constitui um dos mais importantes elos entre os desejos e as expectativas da população na busca por uma qualidade de vida melhor. É um caminhar educativo, um processo construído passo a passo, que direciona as pessoas a reflexão e a buscar o prazer de viver bem.

O conceito de educação em saúde não deve ser encarado apenas como ciência ou arte, mas como disciplina de ação. A junção desses elementos poderá propiciar de forma mais holística e humanizada o envelhecimento saudável (SAUPER *et al*, 1997).

A prática de ações educativas em saúde é, de fato, um caminho integrador do cuidar, caracterizando-se como um excelente espaço de reflexão-ação, norteado por inúmeros saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício da democracia, capaz de promover mudanças individuais significativas e prontidão para atuar na comunidade e na família, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas em prol de uma transformação social (CATRIB *et al*, 2003).

Para que as práticas educativas surtam efeito, faz-se necessário os profissionais de saúde assumirem o seu papel de mediadores e facilitadores, acreditando na geração de mudanças individuais e coletivas. Acima de tudo, essa proposta precisa ser reconhecida como essencial dentro do processo de trabalho, como revelado no tom vital da colaboradora Jade:

*...a educação em saúde é essencial, deve ser a atividade número um em todos os momentos de abordagem ao idoso...*

Sob a mesma ótica, em vários momentos as colaboradoras revelam suas crenças em relação à educação em saúde, como segue:

*...educação em saúde é uma ferramenta fundamental para a mudança do estilo de vida dos usuários, onde o mais importante é saber lidar com essa metodologia e com essa ferramenta... (Alexandrita)*

*...e educação em saúde é fundamental [...], pois sem educação não conseguimos quase nada... (Safira)*

Todos os profissionais de saúde devem ter capacidade para atuar como educadores e realizar ações de natureza educativa, visando trabalhar as necessidades dos usuários.

Educação é tarefa de todos os profissionais de saúde: insere-se em todas as atividades. deve ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a população, dentro e fora da unidade de saúde (BRASIL, 1987).

Através das ações educativas concretizadas, o profissional de saúde pode tornar-se responsável pelo usuário, o qual passa a sentir-se responsável pela sua saúde. Esse mecanismo dá oportunidade para o educador em saúde pautar-se em ações além da assistência médica curativa e implementar atividades diversificadas, comprometidas com o desenvolvimento da consciência crítica dos usuários, da solidariedade e da cidadania, em busca de melhorar a qualidade de vida.

O processo deve ser encarado como uma política efetiva de trabalho e visto como uma estratégia de promoção à saúde, sendo um desafio para que os profissionais venham a desenvolver a dimensão político-social exigida no contexto de ensino aprendizagem, no qual se efetivem práticas pedagógicas, que promovam definitivamente a autonomia dos sujeitos, como se observa na fala de Alexandrita:

*...é através das ações educativas que nós buscamos resgatar a autonomia, e foi pensando nisso que no ano passado realizamos o primeiro encontro da terceira idade...*

Segundo o Estatuto do Idoso, no seu art. 3º, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Por um lado, pensar a cidadania para o idoso e a magnitude do fenômeno que é o envelhecimento humano, nota-se que é um tema ainda pouco explorado, e que a sua problemática retrata um lado sombrio de uma realidade social em que o investimento na atenção básica à saúde dos idosos ainda deixa a desejar no Brasil, por mais avanço que já se tenha conseguido (PAREDES MOREIRA *et al*, 2009).

A educação em saúde pode e deve ser executada em qualquer ambiente; como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que haja um propósito e ambiente propício (SILVA, 2005).

Dentre as diversas possibilidades, a sala de espera é um dos locais propícios a execução de práticas educativas em saúde, onde se torna possível abranger um bom número de usuários ao mesmo tempo prontos e ansiosos para receber um bom atendimento. Na Estratégia Saúde da Família, transformar a sala de espera em espaço de estreitamento das relações e diálogo entre o idoso e o educador em saúde é de suma importância, já que representa um local de aconchego, partilha e conversa para os usuários, onde se pode estimular a humanização do atendimento, proporcionar um ambiente de acolhimento, principalmente aos idosos e familiares os quais utilizam os serviços de saúde.

Conforme Ronzani e Silva (2008):

A atenção básica caracteriza-se pelo atendimento de forma preventiva e promocional, visando o indivíduo holisticamente, seu contexto social, psicológico e físico, deixando de lado as percepções de cura e do individualismo, assumindo assim o cuidado integral ao indivíduo.

Veríssimo e Valle (2006) corroboram quando afirmam que o grupo de sala de espera é caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, ao transformar o período de espera dos usuários pelas consultas médicas em momento de trabalho. Nesse espaço podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns, possibilitando a interação do senso comum e o técnico-científico.

As ações de educação em saúde executadas na sala de espera passam a constituir um alicerce para melhorar a sua qualidade de vida e assessorar a comunicação dentro da unidade de saúde, o que reflete num serviço mais humanizado, ampliando o conceito de cuidado biológico para um cuidado holístico, no ambiente onde o acolhimento dos usuários é realizado

pelos profissionais de saúde. Sobre essa condição de execução de ações educativas na sala de espera as colaboradoras tecem seus comentários:

*...a sala de espera é realmente o local preferido para fazermos as ações de educação em saúde, principalmente nas quartas-feiras, quando nós temos uma demanda muito grande de idosos, que são os hipertensos e diabéticos, então, nesse momento a gente tenta trabalhar com eles temas importantes... (Alexandrita)*

*...foi retomada a atividade da sala de espera, onde estamos executando ações educativas também, onde estão todos e onde muitas informações fluem...(Jade)*

A prática educativa pode existir em todas as relações que envolvam saúde, sejam elas terapêuticas ou preventivas, individuais ou grupais, intencionais ou não intencionais, independente de onde aconteçam, na sala de espera, no consultório, em rodas de conversa ou em grupos direcionados.

Diante das inúmeras possibilidades que existem para se trabalhar educação em saúde com idosos, um atendimento individual ou coletivo pode e deve ser um momento de rico aprendizado mútuo, de confiança entre ambas as partes, pois é capaz de ajudar bastante no contexto saúde-doença como mecanismo de orientação e troca, entre o profissional de saúde e o usuário, principalmente quando este é idoso e necessita de um atendimento especializado, no qual o profissional de saúde deve preocupar-se em sanar todas as suas dúvidas e anseios.

Discursos como de algumas colaboradoras revelam a tendência de realizar ações educativas com os idosos de maneira coletiva ou individual como forma de se aproximar ao máximo do idoso:

*...durante a consulta nós conversamos com os idosos, os orientamos, damos explicações, os escutamos... (Pérola)*

*...no âmbito individual, sempre abordamos o usuário em qualquer momento, seja ele idoso ou não, mas falando especificamente do idoso, iniciamos esse processo a partir da unidade de consulta individual...(Jade).*

Porém, nota-se que nos grupos há condições mais propícias ao desenvolvimento de ações educativas em saúde eficazes, como a maior disponibilidade para a apreensão e debate de informações e a troca de experiências entre os participantes. A atividade de grupo representa uma excelente oportunidade de repor a questão saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos, propor novas abordagens lúdicas, dimensões ainda pouco valorizadas no contexto assistencial (ASSIS, 2001).

Através de atividades grupais são executadas ações educativas em massa e o profissional tem a oportunidade de estimular os participantes a buscarem alternativas viáveis

segundo estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos na comunidade (SOUZA *et al*, 2005).

Em relação ao método de abordagem grupal, as colaboradoras revelaram inúmeras experiências satisfatórias, dentre as quais se destacam:

*...eu me sinto satisfeita em trabalhar com o grupo de idosos, porque eles falam que saem das reuniões educativas repletos de paz, demonstrando alegria através de ações de carinho, e isso nos recompensa... (Diamante)*

*...trabalhar com grupos é muito bom, pois a partir do momento em que os idosos participam desses encontros, e eles são sempre muito participativos com relação a sua saúde, então param de ficar esperando só pela sua família para tomar a iniciativa... (Opala)*

*...os idosos dispõem de mais tempo e assim, eu acredito que seja um grupo bem mais fácil para trabalharmos... (Jade)*

A atenção dispensada a grupos pode contribuir eficazmente na promoção da saúde, proteção individual e coletiva e controle de diversas situações de doença. Constata-se que, em consultas individuais, o oferecimento de orientações e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social (ZIMERMAN, 1997).

É importante ressaltar que os sentimentos de ajuda, de partilha e de acolhimento encontram-se cada vez mais distantes da realidade aplicada aos serviços de saúde. O cuidado holístico, realizado de maneira humanizada, seja coletivo ou individual, é a única maneira de amenizar sofrimentos e favorecer a criação de vínculos sociais em prol de melhores condições de vida (SARAIVA *et al*, 2008).

Nos grupos, criam-se vínculos importantes entre os sujeitos envolvidos, otimizando o tempo e estreitando as relações de confiança, o que torna a comunicação mais eficaz e a interpretação mais fácil, funcionando como um filtro por onde passam apenas problemas pessoais e intransferíveis ou de caráter mais peculiar. Sobre o trabalho educativo em grupos as colaboradoras comentam:

*...a formação de grupos, principalmente aqueles grupos de doenças ou de doentes, é muito mais difícil, mas eu acho que todos os usuários, principalmente os idosos, deveriam ter essa oportunidade de estarem participando de reuniões sistemáticas, porque estariam realmente melhorando a sua qualidade de vida... (Jade)*

*...se as ações educativas nos grupos realmente acontecessem do jeito que tem que ser, eu acho que iríamos diminuir bastante o número de consultas por dor de cabeça, insônia, tristeza, depressão e solidão... (Pérola)*

*...muita coisa nós resolvemos no próprio grupo e passa pouca coisa por essa peneira e é a partir desse filtro que fazemos os encaminhamentos daqui, desafogando bastante as nossas ações... (Turquesa)*

Os problemas voltados à velhice estão demandando, atualmente, diligências no sentido de manter o idoso dentro do contexto social. Uma das formas de inserção do idoso na sociedade é através da formação de grupos, nos quais a pessoa idosa encontra espaço para colocar-se e/ou desenvolver atividades (LEITE *et al*, 2002).

O idoso necessita socializar-se, sendo assim, a formação de grupos de idosos na comunidade incentivá-los-á a continuar vivendo, além de buscar uma vida social sadia e mudanças no comportamento, ampliando o círculo de amizade, evitando momentos de solidão, como relado no tom vital da colaboradora Água Marinha:

*...as ações educativas são uma distração para os idosos, eles aprendem mais e assim melhoram a sua condição de vida...*

Barroso (1999) destaca que mesmo na velhice é de extrema importância as pessoas não perderem o interesse pelas alegrias da vida. É igualmente essencial prosseguirem desenvolvendo tarefas físicas, lúdicas e intelectuais, sem esquecer-se de aproveitar também os momentos de lazer e que a sociedade continue a beneficiar-se com sua eficiência.

As colaboradoras afirmam trabalhar nessa perspectiva, incluindo os idosos em atividades diversificadas de lazer e descontração, em busca do seu bem-estar, restabelecimento da autoestima e a revalorização individual:

*...então, esse grupo está mais voltado para essa questão de lazer mesmo, onde nós saímos da rotina para fazer passeios, como, por exemplo, para as fazendas no São João... (Opala)*

*... é um grupo voltado exclusivamente para população idosa do distrito, em que há um trabalho direcionado para o lazer, proporcionando interação com outros grupos, visitaçao ao Centro de Convivência do Idoso, passeios, bingos semanais e grupo de dança... (Safira)*

*...sempre que possível, juntamos o grupo e os levamos para passear na cidade, fazendo o city tour, e ai eles se sentem especiais, as mulheres se arrumam, fazem as unhas, ajeitam os cabelos, se preparam para aquele momento, então elevamos a sua autoestima... (Turquesa)*

Além da necessidade do restabelecimento da saúde física, os idosos precisam de apoio para solucionar os problemas psicológicos inerentes a idade, como os sentimentos de isolamento, inutilidade e incapacidade e a desesperança. Com o intuito de atenuar seus

sufrimentos, os idosos são estimulados a frequentar grupos de terceira idade, nos quais são oferecidos espaços para que sejam divididas suas vivências (LEITE *et al*, 2002).

A inclusão de idosos em atividades de grupo representa uma relação diferencial, no sentido de suas experiências de vida, pois favorece a vivência de um estado de plenitude, proporcionando um reforço em seu sentido existencial e ajudando a perceber seu futuro como uma história em construção (PAPALEO NETO; PONTE, 2007).

Criar a possibilidade de ter um espaço, no qual se podem realizar diferentes atividades e, ao mesmo tempo, conversar, sorrir e estar com outras pessoas, promovendo assim momentos de lazer e descontração, é de fundamental importância, pois favorece o bem-estar do idoso e o liberta dos sentimentos negativos inerentes a essa faixa etária, em prol de uma melhora significativa na qualidade de vida desses usuários.

Caldas (1998) corrobora com essa assertiva quando diz que os idosos necessitam imensamente de participar das atividades de lazer para não se sentirem sozinhos. Então, participar de um grupo específico, o qual atenda suas necessidades e anseios, faz com que o idoso encontre um espaço onde se podem partilhar afetos e experiências, refletindo no bom relacionamento com a família e/ou cuidadores. Sobre essa temática, Areosa e Ohlweiler (2000), afirmam ser a inserção de idosos nos grupos de terceira idade, além de redimensionar a sua identidade, promotora da satisfação pessoal, do aumento dos relacionamentos e do reconhecimento do outro perante a sociedade e do grupo.

Fazer parte de atividades programadas para serem desenvolvidas em grupo faz com que o idoso pertença a um espaço no qual seus integrantes caracterizam-se pela vontade de envelhecer ativamente, utilizando o tempo livre (LEITE *et al*, 2002).

Neste sentido, é de extrema importância a criação de serviços para acolher as pessoas que vivenciam a terceira idade na tentativa de atender as necessidades mais imediatas dessa faixa etária, que lhes ofereça oportunidades para saírem da condição de isolamento estabelecendo vínculos com pessoas diferentes, aumentando e fortalecendo as suas relações pessoais (ROCHA *et al*, 2009).

Diante do exposto, torna-se importante, principalmente para as pessoas idosas, o convívio em grupo, pois dessa forma adquire-se um bom equilíbrio biopsicossocial, a partir da oferta de apoio social para superar as diversas dificuldades encontradas na velhice, com o intuito de minimizar ou remover conflitos pessoais e ambientais, fazendo com que haja um processo de ressocialização para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (VICTOR *et al*, 2007).



Através das atividades desenvolvidas nos grupos, os idosos sentem-se mais valorizados e úteis adquirindo ou reafirmando sua cidadania, como sugerem os discursos abaixo:

*...o que eles mais relataram foi a melhoria na qualidade de suas vidas, pois se sentiam mais alegres e mais úteis, porque depois das oficinas de trabalhos manuais por exemplo, conseguiram aprender alguma coisa... (Ametista)*

*... um exemplo maravilhoso é o de Dona Petronila, de oitenta anos, ela era oficineira do nosso grupo de idosos, porque a gente buscava os talentos dentro da própria comunidade e ela fazia trabalhos manuais fantásticos de papel jornal [...], ela também era aluna para ser alfabetizada e o primeiro presente que dona Petronila nos deu, dentro da comunidade, foi uma carta para a equipe, agradecendo a oportunidade de com de ser alfabetizada aos oitenta anos, isso para nós foi um dos melhores e maiores presentes para nossa vida profissional... (Alexandrita)*

*...interessante que muitas delas aprenderam com o curso e até nos ensinaram e aos outros idosos também e hoje estão, inclusive, vendendo esse material... (Turmalina)*

Bustorff (2006) afirma que para uma efetiva realização de ações educativas, faz-se necessário estabelecer componentes metodológicos, considerando que estas devem ser: estimulativas, almejando atrair o indivíduo na participação do processo educativo, exercitativas, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadoras, que enfocam os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didáticas, responsabilizando-se pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; e acima de tudo terapêuticas, que permitam retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

Porém, Silva *et al* (2001) destacam que de um modo geral a participação da clientela nas ações educativas é passiva e as sessões são conduzidas pela mera transmissão de informações ditas por quem sabe (os profissionais de saúde) para quem não sabe (o usuário).

Nos discursos de algumas colaboradoras, observa-se a prevalência do modelo tradicional, caracterizado por Alves (2004) como a adoção de estratégias de ação que incluem informações verticalizadas, cujo principal objetivo é informar para a saúde, sendo os indivíduos (idosos) tratados como carentes de informações. As revelações abaixo traduzem esse modelo:

*...já passamos vídeos orientando sobre o uso da insulina, ensinando direitinho sobre a medicação, quais atividades devem ser feitas... (Água marinha)*

*...dessa maneira eles vão saber o que querem, vão saber, por exemplo, o que é uma hipertensão e vão controlá-la, porque à medida que nós fazemos*

*essas atividades esclarecemos o que acontece dentro das patologias... (Turquesa)*

As palestras são caracterizadas, dentre os métodos formais, como o símbolo das práticas de educação em saúde. Para Vasconcelos (1997), esse método é o mais tradicional meio de educação em conjunto nos serviços de saúde e tem como objetivo fazer com que os usuários aceitem uma visão sobre si mesmos, não construída por eles. Nessa perspectiva, denotam os discursos das colaboradoras:

*...nós fazemos muitas palestras, falamos sobre todo tipo de assunto, agora mesmo teve palestra sobre o dia mundial da saúde, outra vez debatemos sobre o dia da consciência negra... (Diamante)*

*...realizamos toda essa parte de promoção da educação através do processo ensino-aprendizagem, através da transmissão verticalizada de conhecimentos a partir das palestras... (Ametista)*

*...fazíamos inúmeras palestras e utilizávamos álbuns multiseriados, que era o que tínhamos naquela unidade... (Rubi)*

Em relação aos métodos informais de educação em saúde, observou-se através dos discursos das colaboradoras a utilização de conversas e/ou orientações informais dos profissionais da saúde com os idosos, em diversos momentos do atendimento, como sugerem Whendhausen e Suape (2003), ao afirmarem que a educação em saúde deve permear toda e qualquer ação desenvolvida pela equipe de profissionais da saúde:

*...começamos a falar sobre temas interessantes como a higiene íntima, tanto para os meninos quanto para as meninas, advertindo-lhes para evitar roupas apertadas, evitar que a calcinha esteja sempre úmida porque o idoso tem mais urgência de estar no banheiro, não prender tanto o xixi por que isso pode aumentar a população dos fungos, das cândidas, enfim [...], aí de repente, depois dessa conversa na sala, uma idosa chega para mim na consulta e diz: eu não sabia disso que conversamos na sala de espera e eu tinha vergonha de lhe dizer que eu tinha isso, já pensou, eu bem velha [...], vão me chamar de quê? Que velha enxerida, tem corrimento!!... (Alexandrita)*

*...um dia ela fez uma visita com a Agente Comunitária de Saúde lá na outra área, que fica um pouco distante daqui e a usuária, que era uma idosa, disse que nunca tinha entrado uma médica na casa dela daquela forma, porque ela entrou, sentou, conversou, foi logo examinando e perguntando se ela tinha tomado banho, se não tinha... (Diamante)*

O trabalho de visita domiciliar na comunidade dá subsídios aos profissionais de saúde para conhecer as suas potencialidades e a realidade da mesma, facilitando o seu desempenho enquanto mediador de ações educativas preventivas e promotoras de saúde, que não devem ser executadas de forma a limitar-se a atendimentos individuais e de demanda.

Neste sentido, independentemente do local em que aconteça, a adoção de metodologias ativas para operacionalização da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família torna-se indispensável para a adesão dos usuários, principalmente em se tratando de idosos, parcela da população que necessita de atenção especial devido às limitações impostas pelo avanço da idade, entre outros fatores.

É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população (SÃO PAULO, 1988).

Atualmente existem inúmeras possibilidades de abordagens de ensino para trabalhar com educação em saúde, mas considerando os discursos das colaboradoras e o que essas abordagens tem em comum, observamos a tendência crítico-social dos conteúdos, no qual há participação dos usuários, através das trocas de experiências e escuta qualificada da demanda em relação às suas necessidades imediatas de saúde a partir do diálogo exercido entre os usuários e o profissional de saúde.

O conhecimento nessa abordagem resulta da troca de experiências e na aquisição de um saber vinculado às realidades sociais. Aprender é desenvolver a capacidade de interiorizar as informações e trabalhar com os estímulos do ambiente, com o objetivo de construir uma educação a partir da situação concreta de vida dos indivíduos (LIBÂNEO, 2003).

No caso de idosos, é muito importante que os profissionais de saúde engajados na perspectiva de educação em saúde atentem para a necessidade de incluí-los diretamente no processo educativo, não como meros coadjuvantes, mas como protagonistas da sua própria história de vida, pois têm muito a oferecer e a ensinar. Os idosos possuem uma experiência de vida riquíssima, em razão dos muitos anos já vividos, capaz de ajudar no trabalho do profissional de saúde enquanto mediador e facilitador do mecanismo de ensino-aprendizagem.

Para Freire (2002), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria construção”. A educação não se resume a transmissão de conhecimentos, mas sim, a uma profunda e constante interação entre educador e educando, ou seja, entre o idoso e o profissional de saúde, sendo o diálogo um caminho fundamental para que ocorra a construção e a troca dos saberes.

Segundo Pereira (2003):

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre dois campos, tanto em qualquer nível da atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes

profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender.

As colaboradoras traduzem sua prática didático-pedagógica em função dessa dinâmica, como sugere o discurso da colaboradora Alexandrita:

*...eu acho que todo profissional tem que ter um pouquinho de Paulo Freire que é o mestre dos mestres, uma referência mundial para a educação, em qualquer ciclo da vida, porque quando falamos em educação, não é só aquela da sala de aula presente, o próprio berço da nossa formação ainda a metodologia ultrapassada de transmissão de conhecimentos, onde o professor fala e o aluno aceita o que foi dito de maneira passiva...*

Sob a ótica de uma ação pedagógica crítica, baseada nas concepções de Paulo Freire, torna-se imprescindível mergulhar no mundo do sujeito, partindo do lugar onde estão e se situam socialmente, com o intuito de providenciar outras formas de fazer em saúde. Parte da compreensão da realidade, para se verificar que é possível fazer, a favor de quem e para quê (BRASIL, 2003c).

A tarefa educativa desenvolvida na Estratégia Saúde da Família precisa ser trabalhada no sentido de desenvolver um profissional realista e crítico de sua prática, capaz de elaborar as mudanças imprescindíveis na sua realidade, e não somente na ênfase e na aquisição de habilidades técnicas (BEZERRA *et al*, 2005).

É importante que o profissional atuante na atenção básica tenha perfil para trabalhar com educação em saúde, assumindo sua posição de educador em saúde e realize ações educativas continuamente como mecanismo de prevenção de doenças e promoção da saúde dos usuários, principalmente os idosos, sem olhar a quem e em qualquer situação ou adversidade. Sobre essa questão, o tom vital da colaboradora Opala fala por si só:

*...só realiza a verdadeira educação em saúde aquelas pessoas que têm perfil para trabalhar em PSF...*

Ainda na perspectiva da temática em discussão, outras colaboradoras teceram seus comentários:

*...por que médico de PSF tem que ter perfil, tem que ser médico de periferia mesmo, de bairro pobre, porque senão ele não vai conseguir entrar na casa de ninguém... (Diamante)*

*...mas, realizar ações educativas depende da sensibilidade de cada profissional [...], do perfil profissional de cada um deles... (Água marinha)*

Alguns profissionais de saúde não percebem que em suas ações diárias está implícita uma ação educativa, mesmo que inconscientemente. Em contrapartida, outros reproduzem uma ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença e de educação como mera transmissão de informações, segundo o entendimento de Assis e Silveira (2002). Pedrosa (2003), por sua vez, afirma que é extremamente fácil encontrar profissionais de saúde, apenas reproduzindo ações educativas verticalizadas na perspectiva da pedagogia da transmissão a partir da execução de ações prescritivas, individualistas, autoritárias e disciplinadoras de condutas.

Os profissionais da área de saúde, que lidam e trabalham as questões de saúde com os idosos, enquanto educadores por aptidão que são, ou, pelo menos, deveriam ser, precisam assumir esse papel a partir do desenvolvimento de novas práticas educativas a fim de criar vínculos efetivos com a comunidade, numa perspectiva de humanização, garantindo a equidade, a acessibilidade e a integralidade da assistência aos idosos. Nesse contexto, o trabalho da equipe interdisciplinar é de fundamental importância e deve qualificar a relação entre o profissional e o usuário de maneira solidária e humanizada.

Segundo Assis e Silveira (2002), dentro contexto assistencial da Estratégia Saúde da Família é comum o não reconhecimento e a não valorização da educação nas práticas de saúde. Quando essa desvalorização é evidenciada entre os próprios profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, nota-se a necessidade de maiores investimentos para que se possa entender o real sentido dessa proposta, a qual vai muito mais além de repassar conhecimentos ou reconhecer necessidades. Ta questão foi evidenciada nos discursos reveladores abaixo:

*...há uma desvalorização da educação em saúde [...] e, na medida do possível, a gente vem tentando estimular e mostrar que o fundamental no PSF, a razão maior dessa estratégia é a educação em saúde, é a promoção da saúde. [...] Esse olhar ainda existe, há um descrédito por parte de alguns profissionais... (Safira)*

*... percebemos que alguns colegas não dão a importância necessária para a atividade educativa, preferindo mais o atendimento individual, talvez por falta de teoria na academia mesmo [...], com relação à importância de atividades educativas... (Ônix)*

*...muitos profissionais não têm interesse de fazer educação em saúde, além de boa parte da população não se interessar em estar participando, achando que é algo que pode ser deixado de lado... (Opala)*

Diante dessa realidade, a colaboradora Ônix exhibe seu ponto de vista no tom vital do seu discurso:

*... educação em saúde deve ser uma prática em todas as unidades de saúde, apesar de ser difícil, precisa ser um desafio para a equipe...*

A educação em saúde assume o caráter de desafio na Estratégia Saúde da Família e para quem nela acredita e/ou trabalha, pois a falta de apoio da gestão, dos profissionais omissos e até da própria população pode ser um tanto quanto desestimulante, haja vista que nada é executado de maneira eficaz sem apoio e efetiva participação. A partir do seu tom vital, desabafa a colaboradora Turquesa:

*... o que fazemos aqui não é fácil, porque muitas pessoas da própria comunidade encaram isso como “estão enrolando” sabe? É um desafio mesmo...*

Observa-se a necessidade de uma maior integração entre os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, no tocante a questão da sua participação efetiva nas ações educativas, pois tem-se notado uma certa distância da realidade para a necessidade propriamente dita. O distanciamento da gestão é perceptível na fala das colaboradoras, que expõem sua preocupação em relação ao descrédito dado às ações educativas e a falta de apoio para se executarem ações mais eficazes, como sugerem os seguintes discursos:

*...a gestão também deve ter esse mesmo raciocínio que os profissionais em relação à educação em saúde, para poder a coisa fluir, e isso não acontece... (Turquesa)*

*...é preciso ter apoio também da gestão, porque ela cobra essa questão da atividade educativa, mas não nos dá o apoio necessário... (Opala)*

*...então, falta esse apoio [...], apesar da Secretaria de Saúde, de certa forma, fazer algumas atividades pontuais e, para mim, atividades pontuais não têm uma repercussão realmente efetiva na vida dessas pessoas, porque é um ponto e pronto, acabou-se aí e eles como ficam?... (Pérola)*

Sobre esse sentimento de falta de apoio revelado nos discursos das colaboradoras, Albuquerque e Stotz (2004) comentam que:

Em alguns casos, a “falta de apoio” é concreta, e expressa em política ou atitudes políticas como quando é cobrada a produtividade em consultas, que dificulta a disponibilidade de tempo para as atividades educativas. Ou quando não são viabilizadas condições mínimas para essas atividades como: espaço físico, equipamentos (desde cadeiras, e aparelhos de televisão e vídeo), bem como o acesso a materiais educativos, audiovisual ou de apoio.

Contudo, percebe-se nos discursos das colaboradoras o reconhecimento da importância da educação em saúde voltada aos idosos, e a vontade de desenvolvê-la de maneira mais efetiva e envolvente como revelam os discursos seguintes:

*...em minha opinião, essas ações educativas são de fundamental importância, eu tenho tido, junto com as equipes, a oportunidade de desenvolver um trabalho razoável, pois todas as equipes têm tido esse olhar, que na verdade é ótimo... (Safira)*

*...eu tento fazer o máximo e estar o mais presente possível nas atividades educativas, dessa forma eu trabalho com o grupo e não trabalho apenas individualmente, porque eu priorizo as atividades educativas, então para mim é de suma importância que elas ocorram sistematicamente, pois é a maneira que temos de contar com um maior número de pessoas num mesmo lugar e podemos estar passando ensinamentos e também estar trocando experiências com o usuário... (Ônix)*

Porém, essa disposição esbarra em dificuldades encontradas no processo de trabalho, como a falta de tempo face à alta demanda e sobrecarga de atendimentos em função da cobrança de metas de produtividade.

*...o grupo da unidade se reúne uma vez por mês ou mais com os idosos [...], porém a questão da nossa rotina, do nosso atendimento, atrapalha muito o cronograma das ações educativas... (Turmalina)*

*...levando em conta o número de famílias, se a gente tivesse o dobro do horário ainda não conseguiríamos dar conta, não estamos dando nem a cobertura de citológico como deveria ser [...]. Então, a sobrecarga de famílias atrapalha muito a questão da educação em saúde... (Pérola)*

*...nós temos que apresentar números, atingir metas, e se não fizermos citológico hoje de manhã porque vamos fazer uma atividade com as gestantes, podemos ser chamadas a atenção, e se nos justificamos falando da importância dessas ações educativas, somos interpretadas de forma negativa... (Opala)*

Além da falta de tempo, merece destaque outros desafios encontrados pelos profissionais de saúde para realizarem ações educativas com seus idosos, como a ausência de espaço físico apropriado para a execução das atividades na comunidade e a falta de cadeiras e material qualificado, evidenciando a necessidade de investimentos na infra-estrutura, para tornar o ambiente de recepção mais agradável, atrativo e adequado para as atividades junto à comunidade, como sugerem os discursos:

*... o salão da unidade é pequeno, quente, abafado e dificulta a execução dessas atividades, pois para se trabalhar com idoso, fazendo alguma atividade, mesmo que seja uma atividade de relaxamento num local quente, sem ventilação, é querer que eles tenham problemas de saúde, então dificulta muito... (Pérola)*



*...você pode ver que a área física do nosso posto é pequena, nós não temos uma área para acolher a população com ações educativas como ela merece... (Alexandrita)*

*...solicitamos cadeiras para fazer as reuniões do grupo de idosos, não nos mandaram [...], quer dizer que as nossas condições são bem precárias... (Turquesa)*

Como destacado anteriormente a falta de material de apoio educativo para a operacionalização das ações educativas é mais um impasse que limita as atividades grupais, pois os insumos são importantes para a concretização das ações de educação em saúde, haja vista a necessidade de ilustrar e dinamizar essas ações, como observado nos discursos:

*...quando era dia de reunirmos esses usuários para cada uma contar uma história de como era a vida deles, então era papel e lápis para desenhar alguma coisa que a gente levava, era lápis de cor, um lanche que a gente oferecia para eles, tudo era a equipe que levava [...] Então, isso dificulta o trabalho, falta para gente, além desse apoio, material educativo e insumos que dêem para trabalhar nessa perspectiva... (Pérola)*

*... não temos recurso audiovisual nenhum, nós não temos uma televisão, não temos um DVD, não temos nada [...], se quisermos fazer algo diferente, realmente, temos que trazer de nossas casas, deslocar tudo ou pedir na secretaria com muita antecedência... (Jade)*

Numa pesquisa realizada por Araújo (2004), afirma-se que:

A dificuldade para conseguir material de expediente para as atividades de grupo (papel, cartolina, cola, lápis hidrocolorido, entre outros) é relatada pelos(as) profissionais como um fator que prejudica a realização de atividades de Educação em Saúde.

Diante dessa realidade, é de extrema relevância considerar que a necessidade de mais apoio, no tocante à disponibilidade de materiais didático-pedagógicos, insumos, mecanismos audiovisuais, e treinamentos especializados para os educadores em saúde, enfim, o mínimo de condições para se realizar um trabalho efetivamente satisfatório, junto a população carente de informações, gerador de transformações.

Mas, mesmo diante das impossibilidades ou dificuldades vivenciadas e já demonstradas nos discursos anteriormente citados, as colaboradoras encontram mecanismos satisfatórios para driblarem tais impasses e, como relatam os discursos a seguir, criando possibilidades e parcerias, sem medirem esforços para a execução de suas ações educativas junto à comunidade idosa, enfrentam as carências e dificuldades político-administrativas e/ou de infra-estrutura:

*...o grupo funciona na casa da família, porque aqui não tem espaço [...]. A questão de espaço aqui é séria [...], quando essas reuniões aconteciam na própria unidade era bastante complicado [...] e na casa da família não [...],*

*existe aquele dia reservado só para isso, e lá nessa manhã eles estão exclusivamente para o grupo de idosos... (Diamante)*

*... então nós temos tido diversas oportunidades de trabalhar com os idosos, não somente com grupos preconizados pelo Ministério, mas com esse grupo que damos suporte. Até seria muito interessante, de muito valor, que cada equipe tivesse um grupo de idosos próprio, mais diante de tantas demandas do Ministério da Saúde, o que podemos fazer é dar esse suporte a esse grupo já existente... (Safira)*

É recomendável que o espaço físico leve em conta a otimização e o aproveitamento da estrutura existente em cada unidade para criar ou adaptar ambientes a fim de que os idosos possam sentir-se à vontade. Os espaços destinados as ações educativas como as salas de espera, auditórios ou salas de reunião deveriam permitir a necessária privacidade e mínimo de conforto para os participantes, principalmente quando idosos, que necessitam de mais aconchego e maior atenção, porém na impossibilidade de haver local para as reuniões de grupo na unidade podem-se estabelecer parcerias com locais sociais na comunidade (BRASIL, 2005).

Bustorff (2006) comenta que as realizações dessas atividades educacionais podem ocorrer tanto no ambiente da Unidade de Saúde da Família como proporcionar a saída deste ambiente para tornar-se mais estimulativa. Segundo a mesma autora, podem-se utilizar áreas de clubes, associações de moradores e praças para a realização de palestras, reuniões, feiras de saúde, cafés da manhã comunitários e comemorações de datas festivas. Dentro dessa visão, as colaboradoras revelam suas estratégias:

*... nós saíamos na sexta-feira de manhã para fazer caminhadas com eles e a educadora física e outras atividades lúdicas... (Rubi)*

*... também os levamos para fora da unidade, inclusive estamos com uma atividade prevista junto ao SEST/SENAT (Serviço Social de Transporte/ Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte) para que eles façam uma aula de academia com os professores de lá... (Ônix)*

*... planejamos com a equipe o que fazer cada semana ou quinzenalmente, às vezes no mês fazemos passeios pelo próprio bairro, caminhadas com o acompanhamento da equipe de saúde... (Água marinha).*

O discurso da colaboradora Água Marinha aponta para a necessidade de planejamento das ações educativas, que de acordo com Bustorff (2006), deve ocorrer mediante uma reflexão da realidade local vivenciada pela população atendida, levando em consideração as políticas oficiais de saúde. A Educação em Saúde deve estar baseada na reflexão crítica da comunidade quanto aos problemas e às ações necessárias às melhorias de qualidade de vida. Deve-se, ainda, estimular as sugestões da comunidade na escolha das ações as quais se identificam,

buscando uma melhor compreensão e dinâmica para a participação ativa e coletiva da população.

Incorporando esse raciocínio, a instrumentalização metodológica da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família torna-se um ponto de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população. E, certamente, um desafio constante para a equipe de educadores em saúde, pois precisa ser atrativa, diferenciada e prender a atenção dos usuários sobre a temática exposta. Cabe ao profissional de saúde, engajado nessa perspectiva, detectar as principais necessidades de sua população idosa e traçar objetivos, determinando o tema a ser trabalhado, o material a ser utilizado como insumo e os mecanismos metodológicos para a sua viabilização, como refletem as colaboradoras:

*...sempre sondamos o que eles gostariam de ouvir, apesar de nem sempre conseguirmos respeitar isso aí, mas, quando dá, abordamos o que esse usuário almeja e planejamos o material para esse fim... (Jade)*

*...fazemos um levantamento a cada início de ano das reais necessidades dos idosos e todo semestre é feito um planejamento para nortear as ações educativas, onde os idosos podem opinar... (Safira)*

De acordo com Silva (2005), o profissional de saúde deve possuir uma visão globalizante e crítica sobre as reais necessidades de saúde da clientela; e, sobretudo, estar envolvido com o sujeito nos processos educativos, grupos e comunidade. O autor, ainda ressalta que a atenção direcionada ao usuário e as suas peculiaridades, podem proporcionar maior receptividade e aceitação das informações transmitidas. Sobre isso, a colaboradora Alexandrita destaca que:

*...para realizar ações educativas é imprescindível conhecer o perfil dos usuários, como por exemplo, o seu grau de escolaridade, do que eles adoecem e morrem, estilo de vida, profissão e, diante desse retrato, nortear todas as ações de saúde, partindo do princípio das necessidades deles, porque não adianta chegar dentro de um grupo e falar de algo que eles não têm nenhum interesse [...]. É necessário conhecer as suas reais necessidades, para que se planejem ações de educação em saúde, obedecendo os padrões socioeconômicos e culturais da comunidade...*

Para que se desenvolvam ações educativas positivas é realmente imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde no processo, e atenção às características econômicas, sociais, culturais e psicológicas dos seus usuários, principalmente em se tratando de idosos que apresentam vários posicionamentos estigmatizantes e enraizados sobre sua própria saúde e outros conceitos.

Para se iniciar o processo junto com os idosos e não propor ou executar ações de educação em saúde sem a efetiva participação dos mesmos, de maneira impositiva ou

autoritária, seja em relação aos esquemas de conduta que eles não vão poder adotar ou qualquer outra situação que por ventura seja necessário intervir, o profissional de saúde deve adotar posturas imparciais, a partir da adoção de mecanismos de ensino-aprendizagem satisfatórios, onde haja diálogo e troca de experiências, pois o não atendimento a tais requisitos podem funcionar como barreiras à aprendizagem e se tornar uma tendência equivocada de educação, onde há um mero transmissor de conteúdos, que sabe de tudo e um captador de informações técnicas, que supostamente, não sabe de coisa alguma.

Freire (2007) critica e posiciona-se de maneira controversa em relação a vários conceitos inerentes a essa tendência pedagógica, denominada por ele como “educação bancária”. Observa-se um processo educativo autoritário e alienante por parte dos educadores, de conteúdos os quais refletem a ideologia dominante como verdades universais para os alunos, não havendo a possibilidade de diálogo e reflexão sobre o mundo, o que impossibilita sua conscientização no tocante à necessidade de transformação da realidade social.

Vasconcelos (2001) caracteriza esta forma de abordagem como educação “toca-boiada”, na qual a população é conduzida de forma direcionada e impositiva, pelos educadores em saúde, para os caminhos que deve seguir, “usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça)”.

Alves (2004) corrobora afirmando que, nessa tendência, a relação entre o profissional de saúde e o usuário é completamente assimétrica e a prática educativa configura-se como sendo uma mera transmissão de informações, na maioria das vezes, descontextualizada e de cunho moral e disciplinador.

Sobre essa forma paternalista e autoritária de fazer educação em saúde, as colaboradoras colocaram-se contrárias nos seus discursos:

*...fazer educação em saúde não é como muita gente pensa, aquela forma autoritária: você deve fazer isso, você tem que fazer aquilo, isso é uma ordem médica, assim não funciona... (Pérola)*

*...nós não impomos nada, damos um direcionamento, daí eles podem seguir ou não as orientações, pois em nenhum momento a gente diz assim: você tem que deixar de comer isso! [...] Não, nós mostramos o que é que aquilo vai trazer de benefício ou não, e eles vão fazer suas próprias reflexões se desejam ou não fazer aquilo, nada impositivo, mas é uma forma de autocuidado reflexiva... (Turquesa)*

*...eu acho muito negativo, quando as pessoas impõem o “tem que fazer isso”, pois você tem que respeitar os padrões daquela família, os padrões daquele usuário e sensibilizá-lo da importância de algumas mudanças no seu estilo de vida para que ele tenha aquela famosa qualidade de vida, que até hoje eu ainda busco... (Alexandrita)*

É valioso que o educador em saúde posicione-se em relação a sua maneira de encarar o processo educativo e tenha conhecimentos dos métodos educativos vigentes a fim de adquirir sua própria maneira de agir. Não deve ele ter uma visão limitadora e não se levar pela circunstância da detenção do saber técnico científico, encarando a educação em saúde como um mecanismo de partilha e de aprendizado mútuo, que pode ser executada dentro do processo de trabalho, no qual se tem a possibilidade de retirar os usuários de condições subalternas e elevá-los a sujeitos do processo.

A colaboradora Alexandrita também faz oposição a essa tendência e mostra-se extremamente preocupada com a prática de alguns profissionais em relação à adoção desse tipo de metodologia, quando, em seu discurso revela:

*... é muito importante que os profissionais busquem alternativas para fazer educação em saúde, preconizada no manual do Ministério da Saúde, mas o que eu costumo ver é aquela metodologia bancária, a platéia sentada, o profissional dono do saber fazendo a exposição do seu conhecimento...*

Deve-se então, priorizar as ações de Educação em Saúde como metas de acesso universal e equânime à saúde e a sociedade, devendo ser realizadas e estabelecidas dentro do cronograma por todos os profissionais. Para tal, faz-se necessário estarem baseadas na reflexão crítica do grupo quanto aos problemas e às ações necessárias à melhoria da qualidade de vida.

Observa-se a importância de se adotarem, nas ações educativas voltadas aos idosos, a concepção de processo democrático, relacional e comunicativo, no qual se criam possibilidades de promover o empoderamento desses usuários, que se encontram no extremo da vida e necessitam de atenção diferenciada e especializada, aumentando-lhes a autonomia e a autoestima e concedendo-lhes a transformação social. Os discursos das colaboradoras abaixo revelam a tendência:

*...nos encontros abordamos diversos temas como o direito dos idosos, a violência contra eles, e todos os temas relacionados a idosos que eles sugerem, a gente inclui para discussão no grupo... (Turmalina)*

*...as temáticas que nós abordamos nos encontros com os idosos são bem diversificadas e provocativas, sempre procurando resgatar a cidadania e autoestima deles... (Turquesa)*

*...a melhor arma que um ser humano pode ter contra tudo que o exclui dentro do processo saudável de uma sociedade é o conhecimento [...]. Ele pode ser analfabeto, mas pode, também, ser doutor de todos os seus conhecimentos e fazer disso uma arma saudável para conquistar o seu espaço, de maneira mais justa, inclusiva e respeitosa com esses idosos, e isso nós respeitamos... (Alexandrita)*

Porém, as práticas educativas executadas pelas colaboradoras não refletem somente esta concepção, pois há momentos em que os profissionais em saúde envolvidos no processo tornam-se abertos ao diálogo e exercem o seu papel de educadores, ao executarem ações mais democráticas. Percebe-se que ao invés de criar possibilidades de reflexão e discussão de temas de interesse, utilizam de saberes científicos transmitidos como verdade universal, através de palestras, dinâmicas de entrosamento e outros mecanismos, como a consulta individualizada ou atividades puramente curativistas, possibilitando ao idoso apenas a manifestação de dúvidas, como revelam os discursos:

*...realizamos toda essa parte de promoção da educação através do processo ensino-aprendizagem, através da transmissão verticalizada de conhecimentos, de formação dos grupos, onde executamos diversas dinâmicas de entrosamento... (Ametista)*

*...infelizmente o que nós realizamos mais no grupo é a abordagem oral e algumas dinâmicas... (Jade)*

*...fazemos o possível durante algumas atividades, realizamos algumas iniciativas do cuidado domiciliar, de ir lá fazer um curativo, de conversar um pouquinho, de verificar a pressão, mas não é muito mais do que isso não... (Pérola)*

Segundo Bustorff (2006), para realizar a Educação em Saúde de maneira efetiva, adequada e satisfatória faz-se necessário ressaltar alguns pontos importantes como a necessidade de uma devida interação entre profissionais e usuários, pois não se pode pensar em serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores e sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas.

A autora supracitada complementa seu raciocínio quando relata que é justa e necessária a capacitação profissional para a busca constante do aperfeiçoamento intelectual dos mesmos e para a efetivação das relações sociais que se desenvolvem no dia-a-dia dos serviços, numa perspectiva crítica de visualizar com naturalidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação na qual possa ocorrer.

Diante do exposto, em relação à operacionalização do componente educação em saúde na atenção básica, verifica-se que há uma imensa necessidade de treinamento e/ou capacitação dos indivíduos envolvidos nessa prática, para capacitá-los a adotarem as metodologias ativas aplicadas à educação, de acordo com as peculiaridades do ambiente e da população-alvo.



## 5 Considerações Finais

*Nós vivemos em um tempo de raro privilégio,  
um tempo onde novos horizontes  
e possibilidades estão em nós.*

*(Matthew Foz)*

A frase de Matthew Foz, utilizada como epigrafe para iniciar as considerações finais desse estudo nos remete a reflexão a cerca de nossa capacidade, enquanto seres humanos inseridos num contexto de compasso acelerado marcante nos tempos modernos, de lapidar pedras brutas e transformá-las em pedras preciosas.

Iniciei o trabalho com o intuito de conhecer de perto a capacidade de transformação e perseverança embutidas nas ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família, aqui denominados pedras preciosas, em relação aos idosos. Nesse caminho, houve revelações inusitadas, outras obviamente já não eram novidades, e algumas, até certo ponto, foram surpreendentes.

No clima da mistura de sentimentos revelados a partir dos depoimentos das colaboradoras se lapidou a pesquisa com a certeza de que mediante a educação em saúde obtêm-se subsídios ímpares de atuação direta e participativa junto à população idosa, no tocante a melhoria da qualidade de vida desses usuários, individualmente e em sua coletividade, incentivando uma nova postura frente o autocuidado, ao utilizar a Estratégia Saúde da Família como espaço singular para a efetivação das práticas educativas. Confirmando que a educação em saúde é um processo representado por toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo capaz de modificar-lhe o comportamento, trabalhando suas necessidades e embutindo-lhes o real sentido da vida, que é viver bem consigo mesmo e com os outros, beneficiando-se e aproveitando o melhor ela pode oferecer.

Tais revelações, responderam aos objetivos traçados para a execução desse trabalho: conhecer as experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família; verificar a contribuição da educação em saúde como subsidio para se atingir a melhoria da qualidade de vida da população idosa e identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pois permitiram conhecer um pouco mais sobre a prática educativa voltada para os idosos, inerentes ao processo de trabalho



das colaboradoras desse estudo, retratando a situação real dessa prática na Estratégia Saúde da Família e como esses profissionais conseguem lapidá-la e transformá-la em mecanismo de ação e transformação.

O estudo foi marcado pelo despertar de emoções e inquietações, resultado da prática das colaboradoras que gentilmente compartilharam conosco suas experiências no tocante ao tema proposto para pesquisa: a educação em saúde voltada aos idosos na Estratégia Saúde da Família.

A escolha da História Oral Temática foi muito importante, por se tratar de uma metodologia participativa e que respeita o sujeito nas suas limitações, fazendo-o compreender enquanto narradores de sua própria história.

Todo o material empírico produzido foi construído por meio de entrevistas, as quais permitiram a reflexão sobre um tema na história de vida do entrevistado e sua prática profissional, bem como a revelação de muitas feridas ainda não cicatrizadas e outras já transformadas em pérolas.

Diante dos objetivos traçados para esse estudo, e a partir da análise do material empírico, fruto das revelações das colaboradoras, evidenciou-se a necessidade da Educação em Saúde tornar-se uma prática regular na atenção básica, principalmente quando direcionada aos idosos, parcela da população que cresce exponencialmente e precisa de uma atenção diferenciada, devido às peculiaridades inerentes ao avançar da idade.

As funções educativas se concretizam como ações estimulativas, buscando incentivar o indivíduo a participar do processo educativo, condição tal indispensável para a formação e para a mudança de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadoras, que enfocam aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didáticas, responsabilizando-se pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; e terapêuticas, as quais possibilitam retificar os eventuais desajustes dos processos educativos.

Evidentemente que a interação da educação com a saúde, é de fato importante, pois ajuda, diretamente ou indiretamente, os indivíduos a conseguirem se autocuidar, obtendo um controle mais eficiente sobre sua própria saúde e conseqüentemente sobre suas vidas, principalmente quando se fala de idosos que requerem uma atenção diferenciada e um olhar revelador do cuidador, já que eles apresentam limitações que podem ser muitas vezes sinônimo de dependência.

Os resultados alcançados revelaram o quanto à comunicação é importante para efetivação do processo educativo junto aos idosos, pois permite a troca de experiências e

aproxima-os dos profissionais de saúde, criando vínculos de confiabilidade, o que vai garantir o sucesso do processo, a partir da recepção ativa do conhecimento e posterior mudança de comportamento.

As revelações demonstraram que a educação em saúde abre, realmente, excelente espaço para partilha e empoderamento, pois implica na participação efetiva dos idosos, enquanto participantes do processo de saúde, favorecendo a ampliação do controle sobre suas próprias vidas, na busca efetiva da transformação pessoal e de sua realidade social, política e ambiental.

No tocante a melhoria da qualidade de vida dos idosos, apontamos, enquanto propositura para melhoria da saúde mental e qualidade de vida dos idosos, a Terapia Comunitária, que ao se associar com a Educação em Saúde torna-se mecanismo de ação no combate aos transtornos psiquiátricos comuns nessa faixa etária, por meio de ações as quais potencializem a participação desses usuários no restabelecimento de sua saúde, com a troca de saberes e experiências, instigando-lhes ao diálogo baseado na discussão e realização de um trabalho de saúde mental preventiva, trabalhando-a enquanto estratégia de promoção a saúde mental, fazendo funcioná-la como mola propulsora para o atendimento das necessidades emocionais mais imediatas desses usuários.

O estudo mostrou que mediante a educação em saúde, obtêm-se excelentes resultados no tocante a melhoria da qualidade de vida dos idosos, trazendo-lhes novas perspectivas em relação a sua reinserção social, autoestima e projeções futuras em relação às questões de saúde.

Indubitavelmente, a Educação em Saúde reflete-se como uma estratégia promissora na conscientização e participação social, enquanto meio para atingir os fins de promoção da saúde numa visão geral e não apenas na prevenção ou cura das enfermidades, pois tem um papel muito mais amplo de formar opiniões e de mudá-las, num trabalho árduo, executado em longo prazo e não de maneira pontual, mas de caráter construtivista, baseado na confiança entre o profissional de saúde que atende e o usuário que é atendido.

Como nem toda pedra bruta ao ser burilada se transforma em uma jóia, encontramos também, nas revelações das colaboradoras, impasses e desafios a serem trabalhados, no sentido de aperfeiçoar o processo educativo junto aos idosos, a fim de promovê-lo de forma mais eficiente. Mas, mesmo não conseguindo lapidar uma pedra bruta para torná-la assim tão preciosa, pode-se garantir que ela se transforme numa obra de arte, a qual não perde seu brilho e nem o seu valor. As colaboradoras em seus discursos conseguiram revelar as

possibilidades de fazer o diferencial, mesmo diante das inúmeras dificuldades encontradas no percurso.

Em relação às experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família, percebeu-se que na prática há inúmeras fragilidades presentes na atenção a saúde dos idosos e que muito pode ser feito para melhorar as questões que permearam este estudo, como: investimentos nos profissionais da área de saúde em relação às questões metodológicas, a partir de treinamentos especializados para a execução das ações de educação; maior incentivo governamental para distribuição de material didático de boa qualidade, a fim de garantir melhor aproveitamento das orientações repassadas; incentivo às práticas terapêuticas alternativas que proporcionem o equilíbrio físico e mental para o fortalecimento da identidade e cidadania dos idosos, potencializando a participação efetiva desses usuários no restabelecimento da sua saúde, entre outros requisitos capazes de suprir lacunas existentes, no que diz respeito ao assunto abordado.

Ainda sob este enfoque, observou-se durante a execução desse trabalho, que são necessários inúmeros ajustes para a realização eficaz de práticas educativas na Estratégia Saúde da Família, tais como: maior investimento na infra-estrutura das áreas disponíveis, melhor organização nos cronogramas de atividades executáveis, na qualificação e simplificação dos materiais didáticos e metodológicos para a prática das ações educativas, estímulos à participação e frequência da comunidade às reuniões sistemáticas dos grupos, efetiva participação de todos os profissionais atuantes na proposta e, principalmente, a qualificação dos educadores em saúde, independentemente de sua titulação.

É importante destacar que mediante as revelações das colaboradoras, percebeu-se claramente o quanto elas pretendem acertar, o quanto elas se esforçam para os grupos de idosos realmente se efetivarem, para que a educação em saúde seja um diferencial na vida desses usuários, o quanto elas inovam e como elas se dedicam a esse trabalho, sendo, portanto, pedras preciosas e de raro brilho, que reconhecem a importância da educação em saúde na vida dos idosos, como algo indispensável e recompensador, quando executada com afinco e amor.

O estudo foi de extrema importância tanto para mim quanto para a Estratégia Saúde da Família, pois me proporcionou maior aproximação e aprofundamento com a temática, saciando meus anseios e inquietações e contribuiu para exibir as experiências vivenciadas pelos seus profissionais de saúde, retratando um panorama situacional real em relação às ações educativas voltadas aos idosos, operacionalizadas nas suas unidades, que deve

contribuir significativamente para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde, repercutindo nos seus usuários de forma direta, proporcionando-lhes melhoria na qualidade de vida.

Vale salientar que nenhum trabalho científico encerra verdades absolutas, muito pelo contrário, levantam muitas outras questões relevantes, possibilitando novas pesquisas que irão contribuir para o desenvolvimento de novas ações que possam atender as necessidades dos usuários.

Espero que as inferências aqui apresentadas sirvam de estímulo para todos os profissionais de saúde realizem ações educativas direcionadas não apenas para os idosos, mas a todos aqueles que delas necessitarem, com o intuito de contribuir com futuras discussões acerca das práticas das equipes de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família e compreender o papel que cada um de nós, enquanto protagonistas dessa história, realmente representa no processo de construção da saúde, e assim possamos assumir uma postura diferenciada, concretizadora de práticas humanizadas, e direcionadas a melhoria da qualidade de vida da população.



# Referências

ALBERTI, V. Histórias dentro da História. In: PINSKY, C. B. (Org.). **Fontes Históricas**. São Paulo: Contexto, 2005.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. M. A educação popular na atenção básica no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunica Saúde Educ.** 2004; 8(15): 259-274.

ALMEIDA, M. I. **Programa Saúde da Família: Significados e Imagens**. Dissertação de Mestrado, Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. 2001.

ALVES, R. *Gaiolas ou Asas: A arte do vôo ou a busca da alegria de aprender*. Porto: Edições Asa, 2004.

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa saúde da família**. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

\_\_\_\_\_. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, B. F. *et al.* Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 19, nº. 1, jan/mar, 2010.

ARAÚJO, F. M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB**. 2004. (Curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB). UEPB; NESC-UFPB; SMS de Campina Grande.

ARAÚJO, V. S. **A instrumentalização da educação preventiva em saúde, aplicada pelos profissionais das equipes de saúde da família, no bairro do Tambor na cidade de Campina Grande – PB**. (2008). Monografia. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas – FCM, Campina Grande – PB, 2008.

AREOSA, S. V. C.; OHLWEILER, Z. N. C. **Redes**, Unisc, v. 5, n. 1, p. 179-187, 2000.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**. v. 8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Uma Nova Sensibilidade nas Práticas de Saúde. In VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: HUCITEC. 2001.

ASSIS, M.; SILVEIRA, T. P. (org.). Ação Educativa em Saúde com Idosos, in ASSIS M.(Org.). **Promoção da Saúde e Envelhecimento: Orientações para o Desenvolvimento de Ações Educativas Com Idosos**. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, Março, 2002.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Volume1. São Paulo: Atheneu, 2006.

ATALLA, M.. **Vida e Saúde**. Disponível em: <[http://bemestar.globo.com/index.php?modulo=corporate\\_mat&id=22](http://bemestar.globo.com/index.php?modulo=corporate_mat&id=22)>. Acesso dia 06/10/2008.

BARBOSA, J. H. P. Educação física em programas de saúde. In: **Curso de extensão universitária Educação Física na Saúde**, 2001. Centro Universitário Claretiano-CEUCLAR- Batatais, SP.

BARRETO, M. L., CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Col**. 2006: 12(Supl): 1779-1790.

BARROSO, M. J. L. C. R. A Iniciativa Pública e Privada nos Serviços de Saúde, Educação, Cultura e Lazer. **A Terceira Idade**, n. 17, p. 28-38, 1999.

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 22-28. jan./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Minas Gerais, Belo Horizonte, 1982. Ação Participativa: avaliação de experiências. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: 1994.

\_\_\_\_\_. **Promoção da Saúde**: carta de Otawwa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Informação: Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2003c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento de implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: avaliação da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2.ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil** – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. [Secie C. Projetos, Programas e Relatórios]. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.



BOM MEIHY, J. C. S. **Canto de Morte Kaiowá: história Oral de vida**. São Paulo: Loyola, 1991.

\_\_\_\_\_. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

\_\_\_\_\_. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

\_\_\_\_\_. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto: 2007.

BUSTORFF, L. A. V. C. **Educação em Saúde: uma análise das ações desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF no Bairro de Mandacaru**. (2006). Monografia. (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ/ PB.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: problema para quem? **Rev. Bahia Análise & Dados**. Salvador – BA, v.10, n.4, p.36-48, Março, 2001.

CAMPOS, S. **Medicina Avançada**. 2008. Site <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/21620>>. Acesso em 06/10/2010.

CARVALHO, G. S. Literácia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro M, Araújo M, Costa M, organizadores. **Saúde: as teias da discriminação social**. Braga (PT): Universidade do Minho; 2002.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.669-677, 2004.

\_\_\_\_\_. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção a saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. jul-ago 2004.

CASTANHO, D.; ALMEIDA, M. H.; TAGLIARI, M. H. O SIAB como elemento para o planejamento das ações de saúde. **Rev. Técnico-Cient Enferm** 2006; 4(14): 10-7.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAÍDE, M. B. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. **Educação sem saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde (BR), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): MS; 2001.

CIANCIARULLO, T. I. (Org). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe editorial, 2002.

COELHO, T. **Stress e Ansiedade**. Disponível em: <[http://stededicas.uol.com.br\\_quavida.htm](http://stededicas.uol.com.br_quavida.htm)>. Acesso dia 06/10/2008.

COHN, A., ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 e suas complementações**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: MS, 2002.

CORBO, A. D'. A.; MOROSINI, M. V. Saúde da família: historia recente da reorganização da atenção a saúde. In: \_\_\_\_\_. Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). **Texto de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSAC (Coordenação de Saúde da Comunidade), **Programa Saúde da Família**. Brasília: COSAC, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. 1997.

COSTA, M. F. L; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**. Jun 2003, vol 19, nº 3.

DIAS, M. D.; SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. O. Práticas Terapeuticas na Rede Informal com ênfase na Saúde Mental: história de cuidadoras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 1004-1014, 2008.

FONTES, W. D. **Promoção da saúde e empowerment da mulher**: modelo metodológico de pesquisar-cuidar. Tese (doutorado) – UFC/DE. Fortaleza, 2001.

FORTALEZA. Secretaria de Estado da Saúde. **O jeito cearense de fazer o SUS – um guia para os gestores municipais**. Org. Isabel Cristina Cavalcanti, Fortaleza, 2004.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 9. ed. São Paulo: Paz e terra, 2001.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2002. Disponível em: <[http://www.sgep.org/modules/contidos/PAULOFREIRE/Pedagogia\\_da\\_Autonomia.pdf](http://www.sgep.org/modules/contidos/PAULOFREIRE/Pedagogia_da_Autonomia.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 42.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 30.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2007.

GIRONDI, J.; NOTHAFT, S.; MALLMANN, F. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enferm.** 2006 Maio/ Ago; 11(2):161-5.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Educação em Saúde: Objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem.** Brasília (DF), v.57, n.6, Nov/dez. 2004.

GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados agregados (SIDRA)/2007**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 de Nov. de 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 16 de Set. de 2010.

IDEC – Instituto de Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo, abril. 2003.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 18 – 25, 2002. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LEVY, S. N. *et al.* **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas.** Brasília: Ministério da saúde. 2004.

\_\_\_\_\_. **Programa Educação em Saúde.** Outubro 2000. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em 02 de Set. 2009.

LIBANEO, J. C. **Democratização da escola pública.** A pedagogia crítico-social dos conteúdos. 19.ed. São Paulo: Loyola, 2003.

LOLLAR, D. J; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. **Rev. Public Health.** 24: 195-208. 2003.

LOPES, E. F. S. *et al.* Educação em Saúde: Um desafio para a transformação da práxis no cuidado em Enfermagem. **Rev. HCPA,** v. 2, n. 27, p. 25-27, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- Uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 2, n. 12, p. 335-342, 2007.

MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MARTINS, J. J. *et al.* Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev eletrônica de enfermagem.** 2007. Mai-Ago; 9(2): 443-456.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** vol.10, nº 3. Rio de Janeiro 2007.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na política de assistência a saúde no Brasil:** autores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERCADANTE, O. A (Org). Evolução das políticas e do sistema único de saúde do Brasil. In: \_\_\_\_\_. FINKELMAN, J (org). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2000. vol.5, n. 1, ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413)>. Acesso em 24/05/2010.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Pública**. abr./jun. 1992, vol.8, n.º.2.

NASCIMENTO, H. M. **Capital Social e Desenvolvimento Sustentável no Sertão Baiano: A Experiência de Organização dos Pequenos Agricultores do Município de Valente**. Campinas: Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP: 2000.

NERI, A. L. (Org). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 3 ed. Campinas: Papirus, 2001.

\_\_\_\_\_. **Maturidade e velhice: Trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus; 2001.

NORA, C. R. D.; MÂNICA, F.; GERMANI, A. R. M. Sala de Espera uma Ferramenta para Efetivar a Educação em Saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 397-402, set./dez. 2009 - ISSN 1983-1870.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem - uma abordagem ético-legal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.

OLIVEIRA, D. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**. 2006, vol.40, n.4, pp. 734-736.

OMS. Envelhecimento Ativo: Um Marco Político. **Rev Esp. Geriatr Gerontol**. 37(S2):74-105, 2002.

PAPALÉO NETO, M; PONTE, J. R. **Envelhecimento: desafio na transição do século**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

PAREDES MOREIRA, R. S.; FEITOSA ALVES, M. S. C.; SILVA, A. O. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre.(RS) 2009, dez., 30(4):685-91.

PAVARINI, S. C. I. *et al*. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto contexto - enferm**. Set 2005, vol.14, n.º.3, p.398-402.

PEDROSA, J. I. **É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação popular.** RADIS comunicação em saúde, nº 13, setembro de 2003, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.

PEREIRA, A. L. **Educação em saúde.** In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão, 2003.

\_\_\_\_\_. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed; 2005.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública.** 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública.** Jun 2003, vol 19, nº 19.

ROCHA, I. A. *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm.** Brasília. 2009, set-out; 62(5): 687-94.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto – Enfermagem.** Jul /Set 2007, vol 16, nº 3.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 13, p. 23-34, 2008.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latinoam Enfermagem.** 2002, nov./dez.;10(6):757-64.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Trabalhando com gestantes:** manual para profissionais de saúde. São Paulo: FESIMA, 1988.

SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**

2008; 10(4): 1004-14. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a12.htm>>. Acesso em: 08/11/2010.

SAUPER BRITO, V. H.; VIORGI, M. D. M. **As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem.** Florianópolis (SC), 1997.

SCHONS, C. R.; PALMA, L. T. S. (Orgs.) **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social.** Passo Fundo, RS, Universidade de Passo Fundo, 2000.

SHIAVO, M. R.; MOREIRA, E. N. **Glossário social.** Rio de Janeiro: Comunicarte: 2005.

SILVA, I. Z. Q. J. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Rev Interface-Comun Saúde Educ.** 2005.

SILVA, J. L. L. **Educação em saúde e promoção da saúde.** Informe-se em promoção da saúde, n.1.p.03. jul-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em 07/04/2010.

SILVA, M. C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.** Textos sobre envelhecimento. Vol 8, nº 1. Rio de Janeiro, 2005.

SILVA. L. F.; DAMASCENO, M. M. C.; MOREIRA, R. V. O. Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2001 julho/setembro; 54(3):475-81.

SILVESTRE; A. J; COSTA NETO; M. M. Caderno de Saúde Pública. **Abordagem do Idoso no Programa de Saúde da Família.** SCIELO. Public Health... 1395, que aprova a PNSPI. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil V.19, n. 3. Rio de Janeiro, junho de 2003.

SIMPSON, C. A. *et al.* Trajetória de vida de um homossexual. **Cienc Cuid Saude.** 2007. Out/Dez; 6(4):424-432.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUSA M. F.; HARMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cienc Saúde Colet.** 2009: (14)5:1325-1335.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, J. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enfer.** Porto alegre (RS). 2005 ago; 26(2): 147-53.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D. História Oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta paul. enferm.** vol.23. nº.4. São Paulo. 2010.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. **Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia.** Estudos de Psicologia. v.8, nº.3. Natal. 2003.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção a saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. Sobre Educação Popular em saúde. **Interface**, São Paulo, v.5, n.8, p.121-126, 2001.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva.** Abr/Jun 2004, vol 9, nº 2.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E. R. M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicologia argumento**, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 45-57, jun. 2006.

VICTOR, J. F. *et al.* Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2007, vol.41, n.4, pp. 724-730. ISSN 0080-6234.

VOLSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L. Educação em saúde. **Rev ABOPREV.** 2002; 5(2):27-32.

WENDHAUSEN, I.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família / Concepts of health education and family health strategy. **Texto & contexto enferm.** 12(1):17-25, jan.-abr. 2003.



WHO/NMH/NPH. **Active ageing: a policy framework.** Geneve: World Health Organization, 2002.

YUASO, D. **Treinamento de Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência em Acompanhamento Domiciliário.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas: Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2000.

ZIMERMAN, G. I. **Grupos com idosos.** IN: ZIMERMAN, D. E. (Org.). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas; 1997.



*Apêndices*

## Apêndice A

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Esta pesquisa é sobre Educação em Saúde voltada para Idosos e está sendo desenvolvida, pela mestranda Verbena Santos Araújo, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Djair Dias. Os objetivos do estudo são: Conhecer as experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família; Verificar as contribuições da educação em saúde como subsídio para se atingir a melhoria da qualidade de vida da população idosa e Identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família. A finalidade deste trabalho é contribuir para que as Unidades Básicas de Saúde da Família possam trabalhar a educação em saúde como mecanismo para promover a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Solicitamos sua colaboração em participação de nossas entrevistas, que serão gravadas, como também sua autorização para apresentação dos resultados desse estudo em eventos nas áreas de educação e saúde e publicação em revistas científicas. Será salvaguardado e garantido o sigilo de dados confidenciais. Informamos ainda que esta pesquisa não oferece riscos previsíveis para sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Sr(a) não é obrigado(a) a fornecer informações e/ou colaborar com a pesquisadora. Caso não queira participar do estudo, ou resolver a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação nas relações. Os pesquisadores se colocam a sua inteira disposição para prestar qualquer esclarecimento, que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento e autorizo a publicação com meu nome civil nos resultados da pesquisa.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Contato: (83) 8886-9014

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

## Apêndice B

### Ficha Técnica

**TÍTULO DA PESQUISA:**

Educação em Saúde para Idosos na Atenção Básica: Olhar de Profissionais de Saúde.

**MESTRANDA:**

Verbena Santos Araújo

**ORIENTADORA:**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Djair Dias

**QUESTÕES DE CORTE:**

- O que é educação em saúde?
- Qual o significado da educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família?
- Qual a contribuição da educação em saúde para a melhoria da qualidade de vida desses idosos?
- Quais são as ações educativas de saúde desenvolvidas para os idosos na Unidade Básica de Saúde da Família em que você atua?
- Na sua equipe, como você vê essas ações educativas, e os seus colegas como você acha que eles as vêem?

## Apêndice C

### Carta de Cessão

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Prezado(a) Senhor(a).

Eu, \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, portador(a) de RG nº. \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins de direito, que cedo espontaneamente os direitos da minha entrevista, realizada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, para a mestrandia Verbena Santos Araújo, a ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e publicação, que está sob a guarda da referida aluna.

Declaro ainda, que estou ciente dos objetivos do estudo que são: Conhecer as experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família; Verificar as contribuições da educação em saúde como subsídio para se atingir a melhoria da qualidade de vida da população idosa e Identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_



*Anexos*



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
 HUMANOS - CEP**

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 13/04/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: olhar dos profissionais de saúde**. Protocolo CEP/HULW nº. 093/10, da pesquisadora VERBENA SANTOS ARAÚJO.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 13 de Abril de 2010.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
 Coordenadora do Comitê de Ética  
 em Pesquisa - CEP/HULW

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW