



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - SEAD**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**VERBENA SANTOS ARÁUJO**

**NEXOS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA  
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**2012**

VERBENA SANTOS ARAÚJO

**NEXOS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA  
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba/SEAD, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Adriana Paula Braz Sousa**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

A658v Araújo, Verbena Santos.  
Nexos e desafios da educação em saúde para idosos na atenção básica [manuscrito] / Verbena Santos Araújo. – Campina Grande, 2012.  
71 f.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof<sup>a</sup> Ma. Adriana Paula Braz Sousa, Faculdade Maurício de Nassau”.

1. Educação em saúde. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Profissionais da saúde. 6. Promoção da Saúde I. Título.

21. ed. CDD 362.2

VERBENA SANTOS ARAÚJO

**NEXOS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA  
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

APROVADA EM: 26 de Junho de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

*Adriana Paula Braz de Souza*  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Ma. Adriana Paula Braz Souza - Orientadora**

*Sanuyla de Albuquerque Oliveira*  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Ma. Sanuyla Oliveira - Examinadora**

*Patricia Geórgia Diniz Pinheiro*  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Ma. Patricia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro – Examinadora**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2012**

## DEDICATÓRIA

*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, Olíveiros 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!*

## 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. A educação em saúde torna-se uma excelente aliada nesse contexto e encerra-se na prática profissional como uma alternativa viável para melhorar a vida dessa população. Este estudo buscou revelar os impasses e desafios pelos quais perpassam as ações educativas, voltadas para os indivíduos idosos, realizadas em Unidades Básicas de Saúde da Família, assim como as estratégias utilizadas para enfrentar tais adversidades. Como método utilizou-se da pesquisa qualitativa e o Discurso do Sujeito Coletivo constituído por doze profissionais de saúde. Os resultados indicaram que os profissionais de saúde acreditam na educação em saúde como ferramenta aliada a sua prática profissional, porém revelaram que há fragilidades presentes na atenção à saúde dos idosos e que muito pode ser feito para melhorar as questões que nortearam o estudo, encarando essa prática como desafio profissional. Conclui-se que os ajustes necessários permeiam maior investimento na infraestrutura 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, maior incentivo e apoio da gestão as ações educativas propostas.

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

---

## ABSTRACT

Brazil has been living with the aging of exponential population, which is not more synonymous with illness, because currently there are subsidies to improve the quality of life of elderly people. In this context, health education and an effective alternative for overcoming the biomedical model, centered in disease as individual phenomenon and in medical assistance curative, becoming effective tool to ensure that these users develop the capacity to intervene on their own lives. Health education is an excellent ally in this context and ends in professional practice as a viable alternative to improve the life of this population. This study sought to reveal the difficulties and challenges by which pervades the educative actions, focused on the elderly individuals, carried out in Basic Health Units of the family, as well as the strategies used to deal with such adversity. As method was used for qualitative research and the Discourse of the Collective Subject consisting of twelve health professionals. The results indicated that the health professionals believe in health education as a tool together with its professional practice, but have revealed that there are weaknesses present in the health care of the elderly and much can be done to improve the questions that have guided the study, viewing this practice as professional challenge. It is concluded that the adjustments required permeate greater investment in the infrastructure of the areas available, better organization in schedules of activities executable, in the qualification and simplification of didactic materials and methodology for the practice of educational actions, stimuli to the participation and frequency of community meetings systematic groups, effective participation of all professionals active in the proposal and, mainly, greater incentive and support of management educational activities proposed.

**KEYWORDS:** Health education. Aging. Quality of life. The Family Health Strategy. Health professionals. Health Promotion.

---

## SUMÁRIO

**RESUMO**  
**ABSTRACT**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO .....	16
1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO .....	23
<b>2 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>34</b>
2.1 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	35
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	71
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</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.

O perfil da população idosa brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2007) vem crescendo exponencialmente e 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 necessitarem 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 ferramenta eficaz 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 foi 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 equipe 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? Quais são as principais ações de educação em saúde voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família? Quais os impasses, desafios e possibilidades encontrados pelos profissionais de saúde perante as ações educativas propostas?

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.
- Identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família.
- Avaliar os impasses, desafios e possibilidades encontrados pelos profissionais de saúde perante as ações educativas voltadas aos idosos.



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 complementarmente 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: adscrição 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 maternas, 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 médica 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 DISCURSO DE SUJEITO COLETIVO

Na busca por conhecer experiências e desafios que assolam a 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).

De acordo com Marconi e Lakatos (2005), a metodologia científica representa o caminho que o estudo deve seguir auxiliando o pesquisador nas decisões, através de conhecimentos validos e adequado e pesquisa.

A pesquisa apresentada foi do tipo exploratória e descritiva por expor “características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações, entre variável e definir sua natureza [...]” (VERGARA, 2003), com abordagem qualitativa.

Para Gil (2002), um dos objetivos primordiais das pesquisas descritiva é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis, principalmente com a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados questionários e observação sistemática.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa ressalta a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é pesquisado buscando uma verdade mais profunda.

O estudo se propôs conhecer as experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde voltada para os idosos na Estratégia Saúde da Família; as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família e avaliar os seus impasses, desafios e possibilidades.

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 foram selecionados os sujeitos da referida 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.

A definição dos sujeitos da pesquisa 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.

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).

E, 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.

Após a definição dos participantes da pesquisa, lhes foram passadas todas as informações sobre a pesquisa (identificação da pesquisadora, objetivo da pesquisa, relevância, metodologia), com a assinatura e em seguida, emitido em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), ficando uma com o pesquisador e outra com o pesquisado respeitando assim, o princípio da autonomia, anonimato quando da publicação dos resultados e sigilo de confidencialidade dos dados dos mesmos. Objetivando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Vale ressaltar que em relação às considerações éticas, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do 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) para posterior execução. 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).

Sabendo que o determinante da metodologia é o objeto de estudo, ou seja, a necessidade que o objeto apresenta de ser trabalhado, a pesquisa empírica, elegeu para a sua viabilização como instrumento, a técnica de entrevista direcionada por um formulário contendo questões abertas inerentes aos objetivos propostos na investigação. As entrevistas foram gravadas por meio do sistema de gravação com autorização prévia dos participantes. A

escolha da técnica da entrevista se deu por considerar um instrumento metodológico adequado para este trabalho, o que permitiu realizar um levantamento qualitativo dos dados. Assim permeando a percepção dos enfermeiros sobre o tema educação em saúde, que segundo Neto (1994) representa:

...uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico.

Compreende-se ainda que, a entrevista é “... do ponto de vista sociológico, uma interação entre dois indivíduos (sujeito observador e informante), em que o primeiro tenta obter do segundo, por meio de estímulos verbais parciais, respostas verbais...” (ABRAMO, 1979), o que significa como expressa-se Taylor e Bogdan (1992) em “La entrevista em profundidad”:

...reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encunetros éstos dirigidos hacia la comprensión de lãs experiencias o situaciones, tal como lãs expresan com sus propias palabras. Lãs entrevistas em profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de um intercambio formal de preguntas y respuestas.

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.

Em se tratando de um recorte da dissertação de mestrado intitulada: Educação em Saúde para idosos na Atenção Básica: Olhar de Profissionais de Saúde construiu-se, o a partir das falas dos entrevistados, uma nova abordagem metodológica, visando aprimorar a temática em discussão, então, para subsidiar o material empírico produzido, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo que para Lefèvre (2005), possibilita analisar um conjunto de indivíduos submetidos a uma circunstância, possibilitando resgatar e identificar as ideias, opiniões e sentimentos para estruturar os modos de pensar e interpretar. Assim como coloca Lefèvre (2005, p.141), (...) Os indivíduos atuam como uma categoria que detém hábitos e

representações semelhantes, que se traduzem em determinadas práticas sociais e modalidades de discurso que as expressam.

De acordo com Lefèvre (2005), o Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. A proposta de tal discurso consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado, extraindo-se de cada depoimento, as Idéias Centrais (IC) e ou ancoragens, as suas correspondentes Expressões-Chave (EC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Sujeito Coletivo se expressa, através de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva.

Assim reafirma Lefèvre (2005), p.16, ao citar sobre o Discurso do Sujeito Coletivo:

“ ... um pressuposto socioantropológico de base na medida em que se entende que o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos, ou formações discursivas, ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre esse tema, do qual, segundo a ciência social, os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir, pensar ...”

Desta forma, foi possível a análise dos Discursos Coletivos descrevendo-se a realidade das ações educativas voltadas aos idosos, vivenciadas pelos profissionais da Atenção Básica de Campina Grande-PB, buscando respaldo em autores conceituados que auxiliam nas estratégias promissoras para um crescente número de realizações e efetivação dessas ações dentro da área de Educação em Saúde.

### 3 Resultados e Discussão

Este capítulo foi reservado para comentar e discutir os pontos comuns e os divergentes encontrados nos discursos dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa – Nexos e Desafios da Educação em saúde para idosos na atenção básica, 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, a fim de buscar compreender o universo de desafios que permeiam as relações educativas na Atenção Básica, sendo a análise orientada pela interpretação do conjunto de falas, gestos e significados que permeou os discursos.

A pesquisa qualitativa tem como um principal objetivo uma compreensão particular daquilo que se estuda; não se preocupa com generalizações populacionais e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (MARTINS, 2001).

A apresentação dos dados qualitativos está posta de forma narrativa, o que possibilita uma maneira de contemplar questões que extrapolam a mensuração qualitativa, como o inexplicável ou abstrato, através do concreto. Todo o material empírico obtido foi analisado de forma qualitativamente através da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, descrita por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em um conjunto de procedimentos de tabulação e organização dos dados discursivos, provenientes dos depoimentos dos participantes do estudo, nos quais serão retiradas as idéias centrais para serem consolidadas em um discurso-síntese o qual representará o pensamento coletivo, seguindo uma lógica de execução.

Vale ressaltar que os colchetes foram colocados entre as falas, para separar os discursos de cada indivíduo, a fim de facilitar o entendimento de cada opinião prestada nos questionamentos seguintes. As questões propostas foram detalhadamente analisadas, realizando-se uma reflexão das informações colhidas, com a finalidade de buscar a coerência e relação entre as respostas durante toda a análise e interpretação dos discursos.

Em seguida, vejamos os Discursos dos Sujeitos Coletivos:

<b>1- O que você entende por Educação em Saúde?</b>	
<b>Idéia central – 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo – 1</b>
É toda e qualquer atitude de um profissional, diante do seu usuário, que possa representar a melhoria da sua qualidade de vida.	<i>Acho que são ações realizadas através dos profissionais [...] que visam a prevenção de danos á saúde do indivíduo, da comunidade [...] que tem o objetivo de impedir doenças, 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 [...], ou seja, ajuda na conquista da qualidade de vida para os idosos [...], a educação em saúde trabalha em prol da qualidade de vida dos usuários, não só com o idoso, mas também com os demais usuários [...]. Então, a educação em saúde como ponto de partida na questão da melhoria da qualidade de vida desses usuários [...].</i>
<b>Idéia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo - 2</b>
Educação em Saúde é fonte de conhecimento para os idosos.	<i>Educar em saúde é trabalhar no sentido de orientação das pessoas para promover saúde [...], orientando para que eles venham ao posto para cuidar da sua saúde, indicando o tratamento, muitas vezes encaminhando para outros profissionais [...], é a maneira pela qual se transmite os conhecimentos que se tem em relação à saúde e sua prevenção para os usuários, ou seja, é tratar com as pessoas questões importantes em relação à saúde [...], ou seja, é uma maneira que existe de proporcionar um pouco de conhecimento para as pessoas [...], 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 [...].</i>

No primeiro questionamento direcionado aos profissionais, indagamos sobre o seu entendimento a respeito da Educação em Saúde. O que é definida por L'abbate (1994), como um campo de práticas que se dão no âmbito das relações sociais normalmente estabelecidas

pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

Partindo desse conceito, concordamos com a idéia central 1, expressando o discurso dos profissionais ao relatar seu entendimento no que se refere a 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. [...].

Este discurso é deveras 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).

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.

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.

Nesse contexto, a educação em saúde torna-se uma ferramenta indispensável na busca da qualidade de vida dos idosos sendo, portanto, excelente subsídio para alcançar a qualidade de vida desejada para os idosos.

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.

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).

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.

A idéia central 2 está relacionada ao entendimento dos profissionais sobre a temática em estudo que segue: „, *“educação em Saúde é uma maneira que se tem 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”*, revela que esse mecanismo metodológico auxilia na manutenção de uma saúde estável e na prevenção das doenças, uma vez que transmite conhecimentos de maneira a instigar a autonomia e proporcionar melhoria na qualidade de vida.

Nota-se nessa idéia uma conscientização do profissional quanto ao seu dever de informar e educar os usuários através de seus conhecimentos, pois é delegado a ele o dever e a capacitação de levar as informações necessárias sobre a saúde e o aperfeiçoamento do usuário. Sabe-se ainda que, quando essas informações ao serem passadas corretamente, obtêm-se resultados positivos em relação a saúde e qualidade de vida dos usuários, principalmente nos idosos, parcela da população tão vulnerável e tão fragilizada devido o avançar da idade.

A Educação em Saúde promove a oportunidade dos indivíduos e comunidades de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, ambiente favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis.

Ressaltamos, então, que tanto os profissionais como os grupos sociais, tem a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existente na sociedade. Sabemos que a Educação em Saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde (LEVY, 2000 *apud* MOURA e SOUZA, 2002).

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 fundadores 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.

Sendo assim, a educação em saúde não pode ser encarada como um mero 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.

Estas assertivas equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

A tudo isto deve ser acrescentado que a educação em saúde é um dos mais importantes elo 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).

Quando os profissionais foram indagados sobre qual a importância das ações de educação em Saúde voltadas aos idosos na Atenção Básica e quais ações educativas, efetivamente, são realizadas na Unidade de Saúde e que atuam, seus discursos levaram a construção da idéia central revelada a seguir:

<b>2- Qual a importância das ações de educação em Saúde voltadas aos idosos na Atenção Básica e quais ações educativas, efetivamente, são realizadas na Unidade de Saúde de sua atuação?</b>	
<b>Idéia Central -1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo-1</b>
A educação em saúde é essencial, deve ser atividade número um em todos os momentos de abordagem ao idoso.	<i>No âmbito individual, se aborda o usuário em qualquer momento [...], no coletivo, principalmente através de muitas palestras, onde se discute sobre todo tipo de assunto [...]. Faz-se uso de álbuns multiseriados, promoção de cursos [...], uso da leitura para aqueles que se encontram sozinhos ou que estão acamados [...], saída d a unidade na sexta-feira de manhã para fazer caminhadas, assim, não se fica apenas com a fala, se tem a chance de colocar em prática, ao levá-los ara fazer atividades junto com os profissionais. Se trabalha na prevenção a partir da busca ativa, para ver se as pessoas se orientam sobre as questões de saúde [...], busca-se proporcionar para eles uma atividade física, para saírem daquela rotina [...], também é importante fazer educação em saúde no domicílio, e isso é comum nas abordagens ao idoso [...], além de propor atividades lúdicas através de cursos [...] e</i>

	<i>realização de alguns passeios para os idosos [...].</i>
--	--

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.

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, o que foi bastante evidente nos discursos, fazendo-se emergir a idéia central 1: “... a educação em saúde é essencial, deve ser atividade número um em todos os momentos de abordagem ao idoso, deve ser feita sempre e em qualquer momento de abordagem ao idoso”.

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 promoventes da autonomia dos sujeitos.

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).

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.

A utilização de métodos informais de educação em saúde incorporados ao processo educativo na Atenção Básica é muito interessante, pois facilita o acesso ao usuário e torna-se um mecanismo de aproximação e de parceria entre os sujeitos envolvidos, permeando uma relação de confiança e troca de experiências. Conforme sugere a idéia central 1, há uma tendência para realização de conversas e/ou orientações informais dos profissionais da saúde com os idosos, em diversos momentos do atendimento, fator indispensável na conquista do usuário e nas relações que envolvem a saúde, 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.

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 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.

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, 2003).

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

O quadro síntese abaixo descreve, em suas idéias centrais, o posicionamento dos profissionais de saúde que participaram do estudo, ao serem questionados em relação aos pontos positivos encontrados nas práticas educativas com os idosos, revelando sua satisfação em trabalhar com essa parcela da população, que cresce espontaneamente.

<b>3 - Quais os pontos positivos encontrados nas práticas educativas com os idosos?</b>	
<b>Idéia Central – 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo -1</b>
Os profissionais relatam satisfação em relação ao trabalho com idosos.	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 [...].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 [...].Os idosos são a parcela população que mais participa na sala de espera, são aqueles que dão mais atenção aos momentos educativos [...]. Trabalhar com grupos é muito bom, eles são sempre muito participativos com relação a sua saúde [...]
<b>Idéia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo - 2</b>
Os idosos são colaborativos e ajudam as ações educativas a acontecerem.	O que é bom nos idosos é que eles aprendem e repassam informações importantes para os filhos [...]. Sempre se percebe 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 [...], eles ouvem e valorizam o que é dito, conseguindo mudar também o ambiente onde vivem [...], na medida em que se passa a oferecer esse tipo de trabalho para essa parcela da população, eles

	<p>começam a assumir posturas diferentes [...]. Quando o idoso adquire o conhecimento necessário e consegue identificar melhor determinadas patologias, acaba prevenindo as doenças e melhorando sua qualidade de vida [...].</p>
--	---

A idéia central 1 apontam a satisfação pessoal de cada profissional em trabalhar com educação em saúde voltada aos idosos, uma vez que eles se sentem úteis e parte do processo.

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.

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, fato esse bastante evidenciado nas falas dos profissionais entrevistados.

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.

Em relação a colaboração dos idosos nas ações educativas propostas, os profissionais relatam uma satisfação imensa, uma vez que eles se tornam parceiros do processo, como sugere a idéia central 2: “...Os idosos são colaborativos e ajudam as ações educativas a acontecerem”.

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.

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.

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.

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.

Partindo desse pressuposto, 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. E, principalmente quando se torna parceira para mudança de hábito individual e coletivo, assumindo um papel

indispensável na consolidação de um estilo de vida melhor e que constitua um diferencial na dinâmica de toda uma população.

Em relação às dificuldades encontradas pelos profissionais para execução das atividades educativas voltadas aos idosos na atenção básica, o quadro síntese revela três idéias centrais, a saber:

<b>4 - Quais as dificuldades encontradas nas práticas educativas voltadas aos idosos na Atenção Básica?</b>	
<b>Idéia Central – 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo -1</b>
Dificuldades materiais e operacionais encontradas para a realização das ações em Educação em Saúde.	<i>A adesão é baixa [...] e boa parte da população não se interessar em estar participando, achando que é algo que pode ser deixado de lado [...], o nível de escolaridade das pessoas não é lá tão bom quanto o desejável [...], muitas vezes não gosta dessas atividades, não tem a cultura para isso e não tem interesse. A área física do nosso posto é pequena, e os profissionais não possuem uma área para acolher a população com ações educativas como ela merece [...], o salão da unidade é pequeno, quente, abafado e dificulta a execução dessas atividades, o recurso audiovisual é muito difícil, não se tem uma televisão, nem tão pouco um DVD, logo a escassez é grande [...]. A falta de material para a equipe não permite que façam aquilo que desejam com os usuários [...], não se tem sequer cadeiras e as nossas condições são bem precárias [...], falta para os profissionais, material educativo e insumos que dêem para trabalhar nessa perspectiva. A quantidade de famílias por equipe de saúde da família é muito grande [...], e a cobrança por metas é alta, tem que se apresentar números, atingir metas, falta tempo para encaixar mais essa atividade na rotina unidade, então, a sobrecarga de famílias atrapalha muito a questão da educação em saúde [...].</i>
<b>Idéia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo - 2</b>
Descredibilidade ou falta de apoio/interesse da equipe	<i>Há uma desvalorização da educação em saúde [...], se tem enfrentado certa dificuldade de envolver alguns dos</i>

multiprofissional	<p><i>profissionais, há resistência por que a maioria deles se restringe à rotina e não tem valorizado muito a educação em saúde [...], há alguns profissionais que não se sentem atraídos por essa questão da educação em saúde [...]. É verdade que alguns profissionais têm menos habilidade, por diversos motivos [...], nem todo mundo que trabalha na unidade contribui com essas ações educativas da mesma forma [...], têm alguns profissionais que não se sentem atraídos por essa questão. Alguns colegas não dão a importância necessária para a atividade educativa [...], falta à colaboração efetiva dos demais profissionais. Alguns aqui ainda têm resistência ao grupo, alguns, infelizmente, ficam dizendo que é besteira [...], há um descrédito por parte de alguns profissionais [...].</i></p>
<b>Idéia Central – 3</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo - 3</b>
<p>Dificuldades impostas pela gestão, desde a cobrança das metas até a falta de apoio em relação à educação em saúde e a falta de incentivo e capacitação dos profissionais.</p>	<p><i>É preciso ter apoio também da gestão, porque ela cobra essa questão da atividade educativa, mas não nos dá o apoio necessário [...], procura-se justificar a necessidade da educação em saúde falando da importância dessas ações educativas, mas os profissionais são interpretadas de forma negativa [...], encaram isso como “estão enrolando” sabe? então a secretaria acha isso e isso na minha concepção é essa politicagem [...]. Eu sei que o Município hoje é o gestor maior das ações, mas nesse âmbito nós não conseguimos cumprir o planejamento, nós não temos apoio, não temos nada [...]. As ações que a gestão tem feito são pontuais e essa falta de apoio está fazendo com que, também, tenhamos atividades pontuais que são muito falhas, inclusive [...]. A gestão deve ter o mesmo raciocínio que os profissionais em relação à educação em saúde, para poder a coisa fluir, e isso não acontece [...]. Não tem o incentivo à educação e à capacitação dos profissionais para trabalhar essas questões [...], o próprio Ministério, acho que negligencia muito [...]. Não existe nenhum tipo de contribuição da gestão e isso é</i></p>

	<p><i>muito desgastante, chateia os profissionais e os desestimula [...], quando se procura solicitar junto à secretaria algo necessário para essas ações, tudo fica no papel e nunca se consegue nada [...]. Assim, trabalhar com a gestão nessa perspectiva é muito complicado [...].</i></p>
--	---

A idéia central 1 revela as várias dificuldades que são encontradas, pelos profissionais, para a realização das ações em Educação em Saúde, desde a freqüência das pessoas à falta de espaço e materiais adequados e tempo em função da demanda.

Uma dificuldade de grande relevância indicada pelos profissionais é a falta de participação da população e a falta de interesse devido a outras prioridades como a busca pelo atendimento apenas curativo. Necessita, assim, maiores estímulos à participação de todos, divulgações buscando, desta forma, maior freqüências às atividades.

A falta de tempo para execução das atividades educativas em detrimento da cobrança por números, por metas compromete bastante a execução dessas propostas, uma vez que não se encontra espaço disponível nos calendários para incorporação dessas atividades, deixando-se a cada dia mais distante da população em geral, principalmente a população idosa, que clama por um atendimento humanizado e voltado para suas necessidades mais imediatas.

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.

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 participante, principalmente quando idosos, que necessitam de mais aconchego e maior atenção, porém na impossibilidade de haver local para as reuniões de grupo na unidade pode-se estabelecer parcerias com locais sociais na comunidade (BRASIL, 2005).

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.

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 hidrocor, 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.

Necessita-se, portanto, de melhorias quanto ao fornecimento de materiais didáticos, ou seja, infere-se a necessidade do Distrito fornecer todos os insumos necessários para as ações educativas, para não haver a descontinuidade do serviço. Como também, infere-se a necessidade de passar mais informações e orientações para a comunidade, reafirmando o compromisso com sua realização, mostrando-se a pouca prática dessas atividades de importâncias tão relevantes para o bem estar da população, além de incentivar a comunidade a participar das festividades, encontros e atividades planejadas.

Na idéia central 2, identifica-se a preocupação dos profissionais em relação a credibilidade dispensada pela equipe de trabalho para com as ações educativas e sugerem a necessidade da incorporação de todos os profissionais nessa bandeira de luta e de conquista, pois visa a melhoria dos serviços de saúde e o aperfeiçoamento 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 situações na qual ela ocorra.

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.

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.

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.

Outra questão bastante relevante foi destacada na Ideia Central 3 sobre a contribuição da gestão no processo educativo, onde os profissionais revelaram uma imensa insatisfação, uma vez que não há apoio e/ou incentivo para que o processo ocorra, muito pelo contrário, as barreiras impostas são desestimulantes, uma vez que permeiam várias situações, desde a cobrança das metas até a falta de incentivo e capacitação dos profissionais.

Em relação a essa questão observa-se a necessidade de uma maior integração entre os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família e a gestão, que muitas vezes se

mantém distante e omissa as necessidades pertinentes à operacionalização da educação em saúde. 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.

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.

A falta de apoio é realmente um fator limitante para execução das atividades educativas, uma vez que desestimula os profissionais de saúde na realização de suas propostas, pois as dificuldades enfrentadas perante os órgãos competentes e as burocracias que permeiam o processo, desencadeia uma série de insatisfações por parte dos profissionais, refletindo-se na prática equivocada das ações educativas.

Ainda na idéia 3, apesar de ficar explícito a falta de apoio da gestão, podemos verificar o desejo e a necessidade de melhorias na qualificação dos profissionais, para tornarem-se mais capacitados pedagogicamente às práticas educativas. Então, cabe aos órgãos gestores viabilizar essa qualificação, para que os profissionais possam apropriar-se de novas técnicas e metodologias viáveis a execução das ações educativas.

A OPAS<sup>1</sup> e a OMS reconhecem que a educação em Saúde e a participação comunitária, como uma de suas formas de intervenção, precisa se transformar em fato regular do sistema de saúde, ou seja, precisa tornar-se permanente. Para que a Educação em Saúde se torne bem sucedida precisa contar com técnicos altamente qualificados, por treinamento, que possam garantir a implementação das melhores soluções e procedimentos possíveis,

---

<sup>1</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Coopera, através de governos seus técnicos e cientistas, com os para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimulando o trabalho em conjunto com os países. Contribui, ainda, para o fortalecimento do setor saúde nos países para que os programas prioritários sejam executados e para que sejam utilizados enfoques multisetoriais e integrais de saúde. Suas atividades são dirigidas à busca da equidade nas ações que beneficiem grupos mais vulneráveis, em especial, as mães e as crianças, os trabalhadores, os mais pobres, os mais velhos, os refugiados e os desabrigados.

orientando também outros profissionais da saúde quanto às ações com mais probabilidade de êxito.

Diante dessa realidade, é de extrema relevância considerar que a necessidade de mais apoio, no tocante à disponibilidade de recursos 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.

Portanto há uma imensa necessidade de treinamento dos indivíduos envolvidos na práxis educativa, quanto a metodologias de planejamento, educação e comunicação, implementação, supervisão, administração, acompanhamento e avaliação, etapas necessárias ao processo educativo. Há também uma necessidade urgente de aproximação entre a tríade formada pela gestão, profissionais de saúde e ação educativa, para promoção de uma conjuntura integralizada e capaz de fazer acontecer, não mais pontualmente, mas efetivamente as ações educativas para as populações mais vulneráveis e para toda pessoa que dela necessitar, pois essa ferramenta não se utiliza apenas na base da boa vontade, mas principalmente na base do apoio e na certeza de que ela consegue mudar o estilo de vida de uma comunidade, quebrando paradigmas e levando a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida.

Nesse sentido, os discursos dos profissionais sugerem que mesmo diante das impossibilidades ou dificuldades vivenciadas, eles encontram mecanismos satisfatórios para driblarem todos os impasses, criando possibilidades e parcerias, sem medirem esforços para a execução de suas ações educativas junto à comunidade idosa, enfrentando de cabeça erguida todas as carências e dificuldades político-administrativas que encontram pelo caminho.



## *4 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.

É nesse sentido de transformação, de mudança, de quebra de paradigmas, de vontade de acertar mediante dificuldades que a Educação em Saúde, indubitavelmente, 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 inúmeros 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. Os entrevistados 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 em relação as dificuldades e os desafios que burlam a prática, observou-se que tanto os profissionais quanto a gestão precisam se tornar parceiros nessa caminhada, pois há uma necessidade imediata de união para que se possa realizar um trabalho, efetivamente, eficaz e que possa trazer frutos positivos em relação a dinâmica do trabalho e as respostas em relação a situação saúde-doença dos idosos da nossa região.

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, e agora como especialista na área de gestão em saúde, 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 e suas maiores dificuldades, 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*

ABRAMO, Perseu. **Pesquisa em Ciências Sociais**. In: HIRANO, Sedi (org). **Pesquisa Social: Projeto e Planejamento**. São Paulo: T. P. Queiroz, 1979.

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.

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.

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**. Volume 1. 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 em: 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.

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. 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. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

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.

CAMPOS, S. **Medicina Avançada**. 2008. Site <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/21620>>. Acesso em: 06/10/2010.

CASTANHO, D.; ALMEIDA, M. H.; TAGLIARI, M. H. O SIAB como elemento para o planejamento das ações de saúde. **Rev. Técnico-Cient Enferm.**, 4(14): 10-7, 2006.

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.

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.

CIANCIARULLO, T. I. (Org). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe editorial, 2002.

COELHO, T. **Stress e Ansiedade**. Disponível em: <[http://stededicadas.uol.com.br\\_quavida.htm](http://stededicadas.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**, vol. 19, n. 3, Jun 2003.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org) **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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)>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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.

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.

IDEC – Instituto de Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo, abril. 2003.

L'ABBATE, S. **Educação em saúde: uma nova abordagem**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 1994.

LEFÈVRE, Fernando, LEFÈVRE, Ana Maria C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2.ed. Caxias do Sul, RS. Educs, 2005.

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.

MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2001.

MARTINS, J. J. *et al.* Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 9(2): 443-456, Mai-Ago, 2007.

\_\_\_\_\_. 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, n. 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. 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**, vol.8, n.2, abr./jun, 1992.

NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 3 ed. Campinas: Papirus, 2001.

NETO, Otávio Cruz. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: Maria Cecília de Souza Minayo(Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 57

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 freqüentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, vol.40, n.4, p. 734-736, 2006.

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), 30(4):685-91, dez., 2009.

PAVARINI, S. C. I. *et al.* A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. **Texto contexto - enferm.** vol.14, n.3, p.398-402, set. 2005.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

*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. **Cad. de Saúde Pública**, vol. 19, n. 19, Jun. 2003.

ROCHA, I. A. *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 62(5): 687-94, set-out. 2009.

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. Latino Am. Enfermagem**. 10(6):757-64, nov./dez., 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Trabalhando com gestantes**: manual para profissionais de saúde. São Paulo: FESIMA, 1988.

SCHONS, C. R.; PALMA, L. T. S. (Orgs.) **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS, Universidade de Passo Fundo, 2000.

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.

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**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3. Jun., 2003.

SIMPSON, C. A. *et al.* Trajetória de vida de um homossexual. **Cienc. Cuid. Saude.**, 6(4):424-432, out/dez., 2007.

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.**, (14) 5:1325-1335, 2009.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3, Natal. 2003.

TAYLOR, S. J. & BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados**. Barcelona: Paidós, 1992, pp. 100-132.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

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**, vol. 9, n. 2, abr/jun, 2004.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2003.

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.

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.



*Apêndices*

## *Apêndice A*

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Esta pesquisa é sobre Educação em Saúde voltada para Idosos e está sendo desenvolvida por Verbena Santos Araújo, aluna do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba/SEAD, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Msc. Adriana Paula Braz de Sousa e tem como 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; identificar as ações efetivas de educação em saúde, voltadas para os idosos, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família e avaliar os impasses, desafios e possibilidades encontrados pelos profissionais de saúde perante as ações educativas voltadas aos idosos. 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

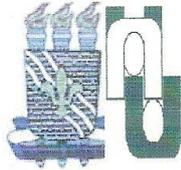
Contato:

(83)

8886-9014



*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