

FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública

Doutorado em Saúde Pública

Área de Concentração: Endemias, ambiente e sociedade

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Cidadania

TESE DE DOUTORADO

*Promoção da Saúde e Envelhecimento:
avaliação de uma experiência no ambulatório do
Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ*

Autora: Mônica de Assis

Orientador: Prof^o dr^o Victor Vincent Valla

Segundo orientador: Prof^a dr^a Zulmira M. A. Hartz

Rio de Janeiro

2004

FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública
Doutorado em Saúde Pública
Área de Concentração: Endemias, ambiente e sociedade
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Cidadania

*Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma
experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao
Idoso da UnATI / UERJ*

Autora: Mônica de Assis

Orientador: Prof^o dr^o Victor Vincent Valla

Segundo orientador: Prof^a dr^a Zulmira M. A. Hartz

Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutor em Saúde Pública**.

Rio de Janeiro

2004

*Aos meus pais **Vilma e Geraldo**, recém-partidos, cujas histórias me ensinaram,
um tanto por linhas tortas, o apreço à saúde como potência de vida.*

A Nariá, filha e companheira querida.

*Aos idosos da minha vida, e especialmente aos da UnATI,
por fazerem do meu trabalho cotidiano uma maravilhosa experiência de vida.*

AGRADECIMENTOS

A Victor Valla e Zulmira Hartz, meus orientadores, pelas pessoas belas que são e pelo suporte, firmeza e companheirismo decisivos para tornar esta árdua tarefa uma experiência gratificante e enriquecedora;

À Liliane Carvalho Pacheco, pela parceria segura e fraterna na coordenação do Projeto de Promoção da Saúde do NAI, e a todos os residentes e estagiários que diretamente ajudaram a construí-lo, pessoas sem as quais a história aqui contada não teria existido;

A Luciana Motta, Renato Veras e a todos os companheiros de trabalho do NAI e da UnATI, tantos que impede nomeá-los, pelo compromisso, competência e dedicação que fazem a diferença;

Aos amigos da disciplina de medicina integral, especialmente a Ricardo Donato e Maria Inês, por tudo que nos ensinam com seus exemplos e pelo empenho em tornar possíveis formas mais sensíveis e generosas de “fazer saúde”;

Às pessoas da Redpop saúde, pelo aprendizado diário que me possibilitam, pela beleza e coragem com que se empenham em construir um futuro melhor; e especialmente a Julio Wong Un, pelo esforço de integrar o que deve ser integrado e por encorajar em nós a poesia necessária, mesmo no espaço acadêmico;

Às colegas e residentes do Serviço Social do HUPE, pelo tanto que temos construído e aprendido juntas, e pelo prazer de poder partilhar de nossos esforços de pesquisa;

Ao Dimas, Antônio, Hebréia e César, amigos que compartilharam de perto os dilemas desta tese e colaboraram diretamente na revisão dos originais;

À Mariana, Vanessa e Carlinhos, pelas incontáveis ajudas na organização da documentação do projeto e nos reveses da informática;

Aos professores Takumi e Ana Glória, pela disponibilidade de pensarem comigo o recurso da estatística no desenho metodológico proposto;

Ao meu irmão Marcelino, à Vânia e Aymê, meus afetos essenciais, e a todos os meus familiares, por serem quem são e estarem sempre ali;

À Edna, parceira fiel, pelo amparo cotidiano e preservação da normalidade essencial da vida doméstica, nos bons e nos maus tempos.

Aos meus amigos, de ontem e de sempre, especialmente a Monique, Sandra e Silvana, pela sintonia apesar das ausências forçadas.

E ainda ao Chico, por tudo, por apreciar o mar e as montanhas, suportar o insuportável e partilhar comigo os encantamentos e desafios da vida a dois.

“O maior sonho da Educação Popular é deixar de ser um movimento alternativo. (...) Nosso sonho é que isso se espalhe pelo sistema de saúde e ajude a fazer um SUS mais criativo e participativo. É preciso que o SUS sirva de instrumento de dinamização da vida, da busca de intensidade de um viver maior nesse Brasil, que seja um elemento de busca de uma saúde plena, proporcionando uma cidadania ativa.”

Eymard Mourão Vasconcelos

“Ai de nós, educadores, se deixarmos de sonhar sonhos possíveis”

Paulo Freire

RESUMO

Esta tese apresenta uma pesquisa avaliativa sobre análise de implantação do projeto de promoção da saúde, desenvolvido no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade / UERJ. O projeto é interdisciplinar e baseado em princípios da Educação Popular em Saúde, conjugando a prática educativa do grupo *Encontros com a Saúde* com a *avaliação multidimensional de saúde e qualidade de vida*, aplicada individualmente com fins preventivos e assistenciais. O estudo aborda o ideário de envelhecimento saudável a partir da gerontologia e do debate contemporâneo da promoção da saúde. Um modelo teórico-lógico das ações orientou as medidas de avaliação, combinando dados qualitativos e quantitativos obtidos através da documentação do projeto e do estudo de evolução de uma coorte de idosos reavaliada após dois anos. A comparação de dados quantitativos nas duas avaliações foi feita quanto aos eixos *autocuidado, utilização de serviços preventivos e assistenciais, controle de doenças crônicas, participação social e política e saúde e bem-estar subjetivos*. Uma revisão sistemática da literatura sobre avaliação de programas de promoção da saúde do idoso foi realizada para situar a experiência no âmbito nacional e internacional. A análise incorporou as falas dos idosos nas produções de grupo e as impressões captadas pela observação participante. As repercussões ao final dos grupos indicam alcance dos objetivos de socialização e debate de informações sobre saúde e envelhecimento, reforço da auto-estima e ampliação dos contatos e da rede social. Os indicadores quantitativos analisados apontam discretas mudanças nos eixos analisados, favoráveis em alguns aspectos e desfavoráveis em outros, permitindo inferir certo grau de estabilização considerado positivo em se tratando de população idosa e das perdas comuns na velhice. A análise problematiza fatores que influenciam a relação dos idosos com as ações preventivas e o autocuidado em saúde. Conclui-se que o projeto é um *processo em construção* na direção de incorporar a perspectiva política e sociocultural mais ampla da promoção da saúde, mas que traz elementos que potencializam a reorientação das práticas de saúde em direção a uma atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos sobre questões que afetam a saúde e o bem-estar, nos planos individual e coletivo.

Palavras-chaves: promoção da saúde – avaliação de programa – ação educativa em saúde – grupo de idosos – educação popular em saúde

ABSTRACT

This study evaluates the consequences of a health promotion project developed by the Elderly Group from the Third Age Open University, in Rio de Janeiro State University (UERJ). It is a multi-disciplinary project based on principles of popular education. The project combines the educational actions of the group *Encounters with Health* with the individually applied, preventive *Multidimensional Health and Life Quality Assessment*. They both apply the fundamentals of healthy aging based on the contemporary debate of health promotion and gerontology. The principles of the project are presented amongst polemic matters on these subjects and so is the logical-theoretical model used for the evaluation of the examined actions. The methodology applied combines qualitative and quantitative data obtained in the analysis of the project's documents and on the study of a sample of participants re-evaluated after a period of two years. A quantitative comparison between the two evaluations was made taking into account self-care, use of preventive and supportive services, control of chronic diseases, social and political participation and subjective health and welfare. The analysis contained the testimony of the elderly within the group discussions as well as participant's observations, using as reference the literature on evaluation of health promotion programs for the elderly. The observations revealed the reach of the socialization objectives and the debate on health and aging, selfcare and networking. The quantitative variables indicate slight changes, favorable on some aspects and unfavorable on others, allowing the inference of a certain stability, which can be considered positive, considering elderliness and the common losses associated with it. The analysis relates the factors that facilitate or handicap the elderly to take part in preventive actions and health self-care. The conclusion is that health promotion, critically assumed and oriented by the perspective of Popular Education, opens room for health practices reorientation towards radical humanization, autonomy enhancement and the participation of individuals on matters that affect health and welfare, both individually and collectively.

Key words: health promotion – health education – programs evaluation –
elderly's groups – popular education

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Anos de vida esperados, por sexo, segundo Região do Brasil, 2000	13
Tabela 2. Revisão bibliográfica sobre Programa de Promoção da Saúde do Idoso, nas bases de dados lilacs e medline, 1990-2002	81
Tabela 3. Revisão bibliográfica sobre <i>Programa de Promoção da Saúde do Idoso</i> segundo foco temático – <i>lilacs</i> e <i>medline</i> , 1990-2002	82
Tabela 4. Revisão bibliográfica sobre <i>Programa de Promoção da Saúde do Idoso</i> em periódicos selecionados e outras fontes	83
Tabela 5. Retorno do convite para reavaliação no PPS do NAI/UnATI	86
Tabela 6. Formato da ação educativa nos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil, 1990-2002	107
Tabela 7. Bases teóricas dos programas de promoção da saúde do idoso	108
Tabela 8. Dimensões avaliadas nos programas de promoção da saúde do idoso	110
Tabela 9. Atividades realizadas, nº de treinandos e nº de idosos do PPS do NAI/UnATI, 1996-2003	129
Tabela 10. Avaliação da qualidade do preenchimento da AMSQV, através do item impressões e condutas , no ano de 2001	131
Tabela 11. Abordagens educativas utilizadas nos GES segundo os eixos temáticos, 2001-2002	133
Tabela 12. Razões da correspondência do projeto às expectativas dos idosos, 2001-2002	137
Tabela 13. Avaliação dos idosos quanto aos temas abordados no GES, 2001-2002	139
Tabela 14. Novas formas de vivência do processo de envelhecimento a partir da experiência do GES, 2001-2002	148
Tabela 15. Características sócio econômicas da amostra (n = 41)	154
Tabela 16. Tendência de evolução bianual do IMC em idosos do PPS do NAI/UnATI	161
Tabela 17. Alguns indicadores de controle de doença crônica em idosos hipertensos e diabéticos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003 (n=21)	168
Quadro 1. Objetivos básicos dos eixos temáticos do Grupo Encontros com a Saúde	66
Quadro 2. Matriz Lógica para Avaliação do Projeto de Promoção da Saúde do NAI / UnATI	81

Quadro 3. Revisão dos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil, segundo <i>características das ações</i> , 1990-2002	100
Quadro 4. Revisão dos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil, segundo <i>desenho metodológico e resultados da avaliação</i> , 1990-2002	113
Quadro 5. Avaliação da estrutura na implantação do PPS do NAI / UnATI	146
Quadro 6. Avaliação do processo na implantação do PPS do NAI / UnATI	146
Figura 1. Previsão de evolução da composição etária da população mundial, 1998 e 2050	12
Figura 2. Saúde como <i>continuum</i>	21
Figura 3. Relação entre saúde e bem estar	21
Figura 4. Modelo de Promoção da Saúde	29
Figura 5. Atividades do Projeto de Promoção da Saúde do NAI/UnATI	71
Figura 6. Modelo teórico-lógico do Projeto de Promoção da Saúde da NAI/UnATI	73
Figura 7. Modelo da Análise de Implantação do PPS do NAI/UnATI	97
Gráfico 1. Proporção de idosos na população brasileira – 1980-2020	13
Gráfico 2. Atividade física regular reportada por idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	155
Gráfico 3. Índice de massa corporal de idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	160
Gráfico 4. Avaliação ginecológica ou urológica periódica segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	164
Gráfico 5. Avaliação odontológica anual segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	165
Gráfico 6. Inserção dos idosos do PPS do NAI/UnATI em atividades formais de participação social, em 2003	169
Gráfico 7. Satisfação com a vida segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	175
Gráfico 8. Expectativa em relação ao futuro segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	176
Gráfico 9. Problemas importantes do cotidiano segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003	177

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AMSQV – Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida

AP – Área Programática

ASAPREV – Associação dos Servidores Aposentados da Previdência Social

AVDs – Atividades de Vida Diária

CIPI – Cuidado Integral à Pessoa Idosa

CRDE – Centro de Referência e Documentação em Envelhecimento

EBS – Envelhecimento bem-sucedido

GES – Grupo Encontros com a Saúde

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro

PPS – Projeto de Promoção da Saúde

HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto

MS – Ministério da Saúde

NAI – Núcleo de Atenção ao Idoso

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SMS / RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UIPES - União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
I – INTRODUÇÃO	1
1.1 Motivações de partida	1
1.2 O desafio de avaliar	2
1.3 Objetivos do estudo	5
1.4 Caminhos percorridos	5
II – ENVELHECIMENTO E SAÚDE DO IDOSO	7
2.1 A saúde e o bom envelhecer: um horizonte desejado	7
2.2 Razões sócio-demográficas e as políticas para o envelhecimento	12
2.3 Envelhecimento com qualidade de vida e políticas públicas	17
2.4 A relação entre saúde e bem-estar	19
III – PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E AÇÕES EDUCATIVAS: BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS NO DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS COM IDOSOS	22
3.1 Origens e proposta contemporânea da promoção da saúde	23
3.2 O debate conceitual: promoção, prevenção e educação em saúde	27
3.3 Contrapontos à promoção da saúde: emancipação ou neohigienismo?	31
3.4 Educação em Saúde e a perspectiva da Educação Popular	40
3.5 Promoção da saúde com idosos: princípios gerais dos programas	47
IV – O PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO NAI / UnATI	52
4.1 Contexto institucional e político	52
4.2 Histórico do projeto	54
4.3 Perspectiva teórico-metodológica	57
4.4 Características das ações	63
4.5 Modelo teórico-lógico	72
4.6 População alvo e perfil dos idosos	74
V – DIRETRIZES METODOLÓGICAS DA AVALIAÇÃO	76
5.1 Avaliação em promoção da saúde	76
5.2 Desenho do estudo e técnicas de pesquisa utilizadas	78
5.3 Matriz de medidas da avaliação	89
5.4 Considerações éticas	95

VI – PANORAMA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO	98
6.1 Características institucionais e perfil da população envolvida	98
6.2 Estruturação e bases teóricas das ações	107
6.3 Desenho metodológico e principais resultados	109
6.4 Limites e recomendações	119
VII – AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSOS DO PPS DO NAI/UNATI ..	123
7.1 Aspectos estruturais	123
7.2 Panorama das ações desenvolvidas	127
7.2.1 Dimensões quantitativas	127
7.2.2 Apreensão da proposta pela equipe	129
7.2.3 Processo de trabalho	132
7.3 Receptividade dos idosos	136
VIII – APROXIMAÇÕES QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DAS REPERCUSSÕES DO PROJETO	147
8.1 Percepções dos idosos ao final dos grupos	147
8.2 Saúde e qualidade de vida do idoso: o que muda ao longo do tempo?	153
8.2.1 Autocuidado em saúde	155
8.2.2 Utilização de serviços preventivos	164
8.2.3 Controle das doenças crônicas	165
8.2.4 Participação social e política	168
8.2.5 Saúde e bem-estar subjetivos	173
IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	178
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXOS	200
1. Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida	201
2. Modelo teórico-lógico do PPS do NAI/UnATI (em relação ao ensino)	212
3. Formulários de avaliação utilizados no PPS	215
4. Termo de Consentimento	220

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

“O grande problema é que alguma coisa se passa do lado de lá, e nós não estamos equipados para dar conta disso. Queremos que o que se passa do lado de lá seja aquilo que queremos como expectativa. Mas alguma coisa se passa do lado de lá, talvez aquilo que estamos estimando, ou algo mais. Talvez esteja aí o caminho do método.”

Fausto Neto (1998)

1.1 Motivações de partida

O envolvimento com práticas educativas em saúde tem sido a tônica de minha experiência como profissional de saúde em unidades de atenção primária e secundária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como assistente social e sanitária inserida na relação direta com a população usuária dos serviços, acompanha-me a inquietação quanto ao pequeno reconhecimento ou restrita apreensão da importância da educação nas práticas assistenciais, em contraste com seu potencial para uma abordagem mais ampla e profunda da saúde, consoante com a construção do modelo de atenção humanizado e integral proposto no processo de Reforma Sanitária brasileira.

Há nove anos tenho atuado na área de saúde e envelhecimento no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), uma unidade docente-assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O NAI é vinculado também à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), onde atualmente funciona, no 10º andar da UERJ, *campus* do Maracanã, bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Neste serviço tive a sorte de encontrar profissionais competentes e motivados para a qualificação da atenção e a abordagem interdisciplinar. Atuando numa lógica de construção coletiva, pautada em reuniões sistemáticas para planejamento e avaliação do trabalho cotidiano, a

equipe elaborou o **projeto de promoção da saúde**, concebido como conjunto integrado de ações educativas, preventivas e assistenciais, articulado a ações de ensino e pesquisa, cuja estratégia é desenvolver modelos que possam ser implantados nos serviços de saúde e em outros espaços da sociedade, em resposta às demandas sociais geradas no processo de acelerado envelhecimento populacional.

O projeto consiste de duas linhas de atuação integradas: o grupo *Encontros com a Saúde* (GES), que reúne idosos para a abordagem de temas relacionados à saúde no envelhecimento; e a *Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida* (AMSQV), concebida como instrumento de pesquisa e de atuação educativa e preventiva em nível individual, aplicada paralelamente ao trabalho dos grupos.

A prática educativa no projeto tem por referência princípios da Educação Popular em Saúde e seu horizonte é ampliar reflexões e ações que favoreçam o bem-estar dos idosos, através de um processo que estimule pensar a relação corpo/vida, na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde. A experiência busca ser uma contribuição à promoção do envelhecimento saudável, temática relevante no contexto da política de saúde em nível mundial, assumida como diretriz da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil (2000).

A longevidade com qualidade de vida é um ideal convergente com premissas da promoção da saúde. A promoção da saúde é uma idéia antiga na saúde pública que nas últimas duas décadas tem sido alvo de atenção dos organismos internacionais como estratégia mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo (OPAS, 1994). O conceito emerge como paradigma para as políticas públicas no sentido de ampliar o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além do controle estrito de doenças.

É no diálogo entre a experiência em curso no NAI e as referências conceituais e políticas no campo da promoção da saúde no envelhecimento que emergem as questões deste estudo, aglutinadas em torno do processo de avaliação.

1.2 O desafio de avaliar

Ao longo dos oito anos de implantação do projeto vem sendo constatada a ótima receptividade do trabalho pelos idosos, percebida pela equipe como estímulo à sua permanência, ampliação e difusão. Mas como avaliar forma sistemática e mais profunda as ações de promoção da saúde? Qual a estratégia mais adequada para captar

possíveis repercussões dessas ações no complexo e multifacetado terreno que influencia o lidar com a saúde? Através de que indicadores os resultados poderiam ser expressados?

No Brasil, a avaliação de ações educativas em saúde foi objeto de debate pela equipe do IEC (*Informação, Educação e Comunicação em Saúde*), do Ministério da Saúde, no final de 1997. Partiu-se do reconhecimento da ausência de uma cultura de avaliação no âmbito das instituições públicas e da necessidade de métodos e instrumentos avaliativos diversificados, dadas as especificidades das intervenções na área social. Segundo os técnicos, o modelo tradicional de avaliação – sobretudo de impacto – não consegue, em muitos casos, dimensionar a amplitude da intervenção. A questão que se coloca é “*como identificar a melhor forma de avaliar cada uma dessas intervenções?*” *E ainda, o quê privilegiar: produtos ou processos?* (Brasil/MS/IEC, 1998:05). Presente neste debate, Eymard Vasconcelos chama a atenção para a complexidade do trabalho educativo, o que exige pensar a avaliação também de maneira complexa.

Visão similar é apontada por Pedrosa (2001:267) ao destacar a amplitude dos princípios da promoção da saúde, referidos a aspectos objetivos, subjetivos e/ou políticos. Em relação a ações educativas em saúde, o desafio para avaliações mais consistentes exige a articulação de técnicas quantitativas e qualitativas, capazes de abarcar os “velhos princípios” (mudanças comportamentais) e os novos princípios do campo, “*(...) em que a educação em saúde se traduz em práticas que objetivam a introjeção da vontade de mudar, de fazer algo, produzindo novos sentidos para as experiências vividas.*”

Este caminho é ainda pouco percorrido. Na área de envelhecimento, poucos são os estudos avaliativos em promoção da saúde, apesar do certo acúmulo de evidências positivas sobre o caráter promocional das UNATIs e dos centros de convivência (Neri e Chafioni, 1999). Em relatos de experiências sobre ações educativas em saúde com idosos, a avaliação tende a reafirmar os propósitos das equipes que as conduzem sem o correspondente apoio numa sólida estrutura metodológica e conceitual. Por outro lado, é ainda inicial o diálogo com princípios contemporâneos da promoção da saúde, sobretudo no que se refere à operacionalização de indicadores para a avaliação.

Tal lacuna marca as dificuldades próprias de um campo em constituição e que comporta elementos de mudança paradigmática das intervenções em saúde¹. Além disso, ressalta-se no país a pequena cultura de avaliação nos serviços de saúde (Silva e Formigli, 1994). Em geral as práticas são pouco sistematizadas, as informações disponíveis não geram conhecimento e as condições de trabalho dos profissionais são insuficientes e/ou inadequadas para ações efetivas de planejamento.

Apesar da complexidade, a avaliação é estratégica para qualificar as práticas e possibilitar seus avanços. No campo das ações de informação, comunicação e educação em saúde, por exemplo, previstas em todos os níveis de atenção do SUS, as normas operacionais prevêm a avaliação como imperativo ao seu desenvolvimento (NOB/96). Preocupação similar é corrente na área de envelhecimento: *“Pesquisas devem ser desenvolvidas para avaliar e definir necessidades, desenvolver e avaliar modelos de intervenção, disseminar as melhores práticas e subsidiar políticas.”* (Carta de Brasília, 1998)²

Assumindo a complexidade do propósito de avaliar, esta tese apresenta a avaliação da implantação do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI, em caráter exploratório, direcionada a apreender possíveis repercussões em alguns aspectos da saúde e da vida dos idosos. Quais os ganhos a partir de sua participação no projeto? Que mudanças podem ser aferidas em indicadores de saúde e qualidade de vida nesta população ao longo do tempo e como são influenciadas por aspectos do contexto sociopolítico, econômico e cultural? Que reflexões e desafios podem ser apontadas quanto à promoção da saúde no envelhecimento e às práticas educativas com os idosos, implementadas na dinâmica assistencial de um serviço de saúde?

A análise de uma única experiência, apesar de sua marca singular e contextual, pode contribuir para aumentar os recursos teórico-metodológicos no campo da avaliação de ações educativas em saúde, sobretudo com a população idosa. Os resultados podem ser parâmetros para avaliação de outras experiências, aumentando a base de conhecimento que informa programas similares (Rootman et al., 2000).

¹ No V Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Curitiba, março/2002), conferencistas internacionais como Louise Potvin (Canadá) e David Macqueen (EUA) destacaram as novas implicações e desafios que o campo da promoção da saúde tem trazido para a concepção do objeto da saúde pública e do próprio modelo de produção de conhecimento.

² Documento resultante do Seminário Internacional para o desenvolvimento de uma agenda para o século 21, promovido pelo governo brasileiro em colaboração com o Programa Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde.

1.3 Objetivos do Estudo

Geral

- ⇒ Desenvolver pesquisa avaliativa sobre a implantação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso, da UnATI/UERJ, em caráter exploratório, no período de 2001 a 2003.

Específicos

- ⇒ Realizar revisão sistemática da literatura sobre avaliação de programas de promoção da saúde do idoso e contextualizar os dados obtidos no cenário nacional e internacional;
- ⇒ Elaborar o modelo teórico-lógico da implantação do projeto;
- ⇒ Avaliar o grau de implantação das ações nas dimensões de estrutura e processo;
- ⇒ Analisar a evolução de indicadores de saúde e qualidade de vida dos idosos após dois anos.

1.4 Caminhos percorridos

Para responder às indagações propostas, a opção adotada foi valer-se da documentação do projeto e de estratégias de pesquisa já previstas em sua rotina. A intenção com isso foi aproveitar as informações existentes e não sistematizadas, bem como perceber o potencial e os limites para os esforços de avaliação na própria dinâmica assistencial. Seguindo perspectivas reiteradas no campo da avaliação, a estratégia metodológica buscou articular dimensões quantitativas e qualitativas de análise, vislumbrando o diálogo mais fecundo da educação em saúde com a epidemiologia em face das questões suscitadas pela promoção da saúde e o envelhecimento populacional.

O trabalho está estruturado de acordo com a seqüência lógica da própria avaliação, convergente com os objetivos específicos da tese.

Nos capítulos II e III são firmadas as bases teóricas que balizam o objeto central de estudo. Ao lado do debate sobre envelhecimento e saúde, privilegiou-se a abordagem sobre o sentido ético e político da promoção da saúde, especialmente suas

interfaces com prevenção e educação. Este caminho resultou da necessidade de posicionamento dada a polissemia deste campo conceitual e da oportunidade de ressaltar os princípios da Educação Popular em Saúde como referencial coerente e promissor na direção de práticas mais amplas e integrais. Aqui são abordados também os pressupostos e ações que orientam os programas de promoção da saúde com idosos.

O capítulo IV entra no mérito da experiência do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI, caracterizando-o em seu histórico, proposições e forma de operar as ações, a partir do que é apresentado o modelo teórico-lógico do projeto construído no processo de avaliação. Com o esquema aí representado são traçadas, no capítulo V, as diretrizes metodológicas do estudo e a matriz de medidas com a qual os resultados foram gerados.

No capítulo VI é apresentado um painel sobre programas de promoção da saúde do idoso nos últimos dez anos. A intenção foi aprender com as experiências e torná-las uma referência para a avaliação da coerência (validade externa) da experiência em foco.

O capítulo VII destina-se à análise do grau de implantação das ações do projeto previstas como componentes a serem avaliados na pesquisa. De que forma as ações foram realizadas, a partir de que condições, com que alcance quantitativo e qualitativo, incluindo a visão dos idosos participantes, são as interrogações aqui trabalhadas.

Com esse reconhecimento prévio parte-se para a reflexão sobre as possíveis repercussões das ações, apresentadas no capítulo VIII segundo dois eixos de sistematização dos dados: os depoimentos dos idosos e os dados obtidos através da análise de evolução de uma coorte de idosos participantes do projeto.

A tese conclui-se com o capítulo IX, dedicado a alinhar reflexões suscitadas no processo de avaliação e, a partir delas, sugerir caminhos que potencializem avanços no campo da avaliação em promoção da saúde do idoso.

Espera-se que o conjunto de dados e reflexões aqui trazido possa contribuir para maior visibilidade das ações educativas em saúde e de seu valor para a população idosa, ao mesmo tempo ponderando sobre os limites e desafios das práticas de promoção da saúde. A tese alinha-se aos movimentos em várias direções que buscam novos modos de *fazer saúde*, capazes de diálogos mais efetivos com os sujeitos, que aproximem-se de sua dinâmica de vida e que possam transcender os limites da orientação biomédica hegemônica, alavancando ações comprometidas com um mundo mais justo e solidário, promotor do envelhecimento saudável para o conjunto da população.

CAPÍTULO II

ENVELHECIMENTO E SAÚDE DO IDOSO

“Eu gostaria de poder trabalhar, fazer tudo o que eu fazia antes, não posso não pela idade mas sim porque não tenho saúde, isto me deixou desanimada.”

Idosa do GES

“O que é uma realização extraordinária para este século será um dos grandes para o próximo: garantir a qualidade de vida de uma numerosa e sem precedente população idosa. Central para este desafio é a saúde, a qual é vista em sociedades ricas e pobres como o mais valioso bem para uma boa qualidade de vida, particularmente em anos tardios.”

Alexandre Kalache (1999)

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude do envelhecimento da população mundial, sem precedente na história. A longevidade com qualidade de vida está em cena do debate contemporâneo, por ser um horizonte em vista do qual se poderá considerar o aumento da expectativa de vida como valiosa conquista humana e social.

Viver mais e bem é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla como potencial de satisfação das aspirações humanas. É nessa linha que a temática da promoção do envelhecimento saudável hoje se coloca não só para a atenção ao idoso mas para as práticas de saúde em geral. Um olhar sobre a velhice e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual buscaremos refletir sobre este ideário e sua articulação com questões atuais relacionadas à promoção da saúde.

2.1 A saúde e o bom envelhecer: um horizonte desejado

Envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais.

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como *senescência*³ (Filho, 1997), trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas. Velhice é, portanto, um fato biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia segundo o contexto social (Ferrari, 1999).

Considerando velhice e envelhecimento como realidades heterogêneas, Neri e Cachioni (1999) afirmam as possíveis variações em sua concepção e vivência conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias de vida pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros. Ressaltam também a importância de compreender tais processos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação com dimensões diversas da vida. Para as autoras:

“O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico.” (Neri e Cachioni, 1999:121)

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, agravadas em sociedades excludentes e desiguais, a saúde ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de estigmas e preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice. A representação negativa normalmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Conforme Scrutton (1992), no imaginário popular de saúde na idade avançada, reforçado pela própria medicina, velhice é associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. São exemplos:

³ Processo de alterações fisiológicas que leva à diminuição da capacidade de adaptação do organismo ao meio. *Senilidade*, por sua vez, corresponde às modificações resultantes de afecções ou patologias que acometem com frequência os idosos. De acordo com Filho (1997), a diferença entre senescência e senilidade nem sempre é clara e sofre influência do estágio alcançado na evolução do conhecimento. O autor exemplifica com o aumento da hipertensão arterial sistêmica com a idade, cujos limites considerados fisiológicos ou patológicos na velhice têm sofrido alterações nas últimas décadas.

“(...) perda de energia e controle pessoal; necessidade significativamente maior para descanso; longos e crescentes períodos de adoecimento; permanente experiência de dor e desconforto; crescente imobilidade; gradual perda de controle e responsabilidade; incontinência, com resultante perda de dignidade e auto-respeito; crescente confusão; e, por fim, a mais temível condição de todas, a senilidade.” (Scrutton, 1992:10)

A perda da saúde associada à decadência física é uma das insígnias que sustentam a concepção de velhice como fase do ciclo de vida marcada por decadência inexorável. De modo similar ao autor citado, Lazaeta (1994) afirma que para esta visão contribuiu o próprio modelo médico tradicional ao definir o envelhecimento em termos de déficit e involução. Entretanto, em que pese o desgaste dos anos, velhice não é igual à doença e incapacidade e é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada:

“É certo que o organismo humano experimenta o desgaste inerente à finitude dos seres vivos, mas esta diminuição não significa necessariamente déficit já que o organismo funciona com níveis variados de superávit ou de reserva e, o que é mais importante, existe a possibilidade de intervir para atenuar e compensar os efeitos de tal desgaste sobre a capacidade dos indivíduos de seguir desempenhando por si mesmos suas atividades cotidianas.” (Lazaeta, 1994:59)

A distinção entre velhice e patologia e a possibilidade de diminuição da ocorrência de incapacidades em idosos, através da provisão de serviços de saúde e de bens e serviços essenciais para a qualidade de vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (1996). De acordo com o Documento:

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

A observação de padrões diferenciados de envelhecimento e a busca por compreender os determinantes da longevidade com qualidade de vida têm motivado estudos na linha de compreensão do que constituiria o *bom envelhecer*.

Na revisão de Neri e Cachioni (1999), são apresentadas possíveis classificações acerca de padrões de velhice e admite-se que nenhuma é isenta de limitações e confusões. A primeira delas, de Baltes e Baltes (1990), considera *velhice normal* como aquela caracterizada por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice, mas sem patologias; *velhice ótima* seria a possibilidade de sustentar um padrão

comparável ao de indivíduos mais jovens; e *velhice patológica* corresponderia à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes.

Em outra semelhante ordenação, *envelhecimento primário ou normal* é identificado com as mudanças irreversíveis, progressivas e universais, porém não patológicas; *envelhecimento secundário* com o padrão referente às mudanças causadas por doenças que são dependentes da idade (maior tempo vivido, maior exposição a fatores de risco) ou relacionadas a idade por fatores intrínsecos de degeneração; e *envelhecimento terciário* como o declínio terminal na velhice avançada.

Nesse leque de possibilidades, pensar o bom envelhecimento – *envelhecimento bem-sucedido, exitoso, produtivo, ativo* – tem sido uma forma de reação à associação entre velhice e inatividade. Conforme Rowe e Kahn (1997), nos anos 90 o termo envelhecimento bem-sucedido tem se popularizado no campo gerontológico e um corpo considerável de pesquisas tem sido acumulado na perspectiva de identificar estratégias que incrementem a proporção da população idosa que envelhece bem.

Na revisão sobre o tema, os autores propõem que envelhecimento bem-sucedido compõe-se de três componentes principais: baixa probabilidade de doença e de incapacidade doença-relacionada, alta capacidade funcional física e cognitiva, e engajamento ativo com a vida. Os termos se relacionam e a relação entre eles é em alguma medida hierárquica.

Na definição apresentada, envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambos são importantes e fundamentais mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que representaria o conceito mais amplo de velhice bem-sucedida. Como exemplificam os autores, capacidades cognitivas e físicas são *potenciais* para atividade pois dizem o que uma pessoa pode fazer e não o que ela faz. O conceito proposto vai além do potencial e envolve atividade, seja no plano das relações interpessoais, que “*envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta*”, seja no âmbito de uma atividade produtiva⁴, considerada como aquela que cria valor societal, mesmo não reembolsado (Rowe e Kahn, 1997:433).

⁴ As manifestações de produtividade na velhice estão associadas à possibilidade de envelhecer bem e têm significado mais abrangente que a dimensão econômica. Segundo diversos autores (Kart 1997; Hooyman e Kyiak 1996 apud Neri e Cachioni, 1999:118), incluem: exercício do trabalho não-remunerado mas economicamente valioso (cuidar da casa, dos netos, de outros idosos ou desenvolver trabalhos na comunidade); envolvimento em atividades de lazer (produtivas para a própria pessoa); contribuições para a economia (novos nichos de consumo); contribuições para a melhoria da saúde, da capacidade funcional e da satisfação dos idosos; exercício de trabalho remunerado.

De modo semelhante à ampliação conceitual da saúde ocorrida nas últimas décadas, a conclusão dos autores é que a Gerontologia⁵ está migrando de uma perspectiva de preocupação prévia com doença e incapacidade para uma visão mais robusta que inclui o envelhecimento bem-sucedido. A pesquisa nessa área é multidimensional e interdisciplinar e envolve os três domínios citados no conceito: prevenção de doença e incapacidade, manutenção de alta função física e cognitiva e engajamento sustentado em atividades sociais e produtivas. O interesse tem sido relacionar a redução dos riscos de eventos adversos e o incremento da resiliência⁶ em sua presença. Como destacam Rowe e Kahn (1997:439): *“Muitos preditores de risco e de níveis funcional e de atividade parecem ser potencialmente modificáveis, ou pelos indivíduos ou por mudanças em seus ambientes imediatos”*

Na ótica de minimização dos prejuízos do envelhecimento sobressai a necessidade de ativação das capacidades de reserva para o desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual permitida pela idade, condições de saúde, estilo de vida e educação. Isto é: *“O elemento essencial do conceito de velhice bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a idéia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial de desenvolvimento do indivíduo.”* (Neri e Cachioni, 1999:121) grifo meu

Em sintonia com a idéia de que envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, Ferrari (1999) reconhece a velhice como uma etapa marcada por limitações que tendem a se agravar com o tempo, mas que tem potencialidades únicas e distintas, exemplificadas pela autora como serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social. É considerada hoje uma fase do desenvolvimento humano e não mais um período exclusivamente de perdas e incapacidades.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice é o horizonte a partir do qual se poderia enfrentar o paradoxo sustentado pelo desejo corrente das pessoas de quererem viver mais mas não quererem ser velhas. (Scrutton, 1992) Tal possibilidade é também

⁵ O termo Gerontologia foi introduzido em 1903 e significa o estudo científico do envelhecimento em geral e não apenas do envelhecimento humano, área reservada à Gerontologia Social. Geriatria, de acordo com definição da OMS, trata da saúde dos idosos em seus aspectos preventivos, terapêuticos, clínicos e de reabilitação. Ferrari (1999)

⁶ Conforme Stotz e Valla (1998), este termo é originário da física e corresponde à capacidade dos corpos de retornar à sua condição normal após pressão externa. Baseado no conceito de Manghan, Reid e Stewart (1996) definem resiliência como a capacidade de enfrentar adversidades ou riscos com sucesso.

uma via de redução do impacto das questões extremamente delicadas e complexas que envolvem a dependência do idoso e as dificuldades familiares e sociais para o cuidado. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

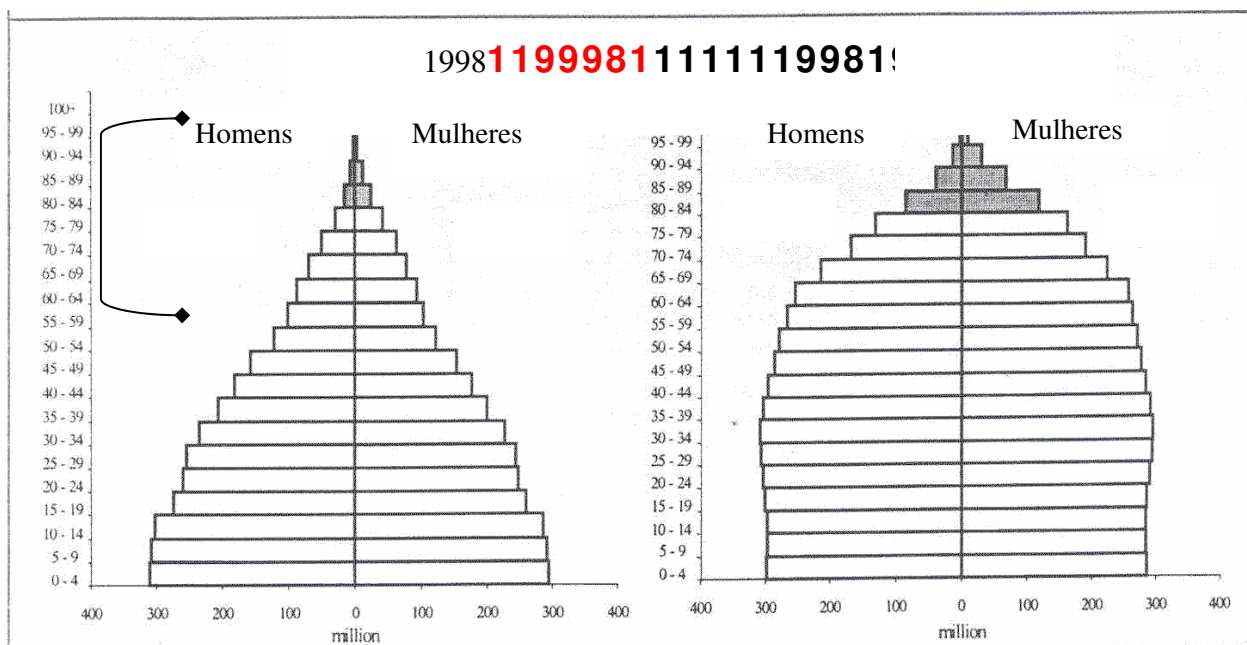
2.2 Razões sócio-demográficas e as políticas para o envelhecimento

A promoção do envelhecimento saudável integra atualmente as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso em nível internacional. As preocupações partem das análises demográficas que apontam o envelhecimento da população mundial como fenômeno sem precedentes na história humana (Kalache, 1999).

Segundo dados da ONU, a população idosa mundial está crescendo 2% a cada ano e a proporção de idosos cresce mais rápido do que a de qualquer outro grupo etário. Como mostra a figura 1, o grupo dos muito idosos, com 80 anos ou mais, é o que mais cresce. Por volta do ano 2050, os *mais velhos dos velhos* representarão 1/5 dos indivíduos idosos (Kanapaux, 2002:1).

Figura 1

Previsão de evolução da composição etária da população mundial - 1998 e 2050



Fonte: Adaptado do boletim da OMS, 2000

O aumento da esperança de vida tem também se verificado nos países subdesenvolvidos. Na região das Américas passou de 51 anos, no início dos anos 50, para acima de 68 anos atualmente, chegando a 75 anos em vários países (OPAS, 1998).

Na América Latina e Caribe, em 2020, cerca de 82 milhões de pessoas terão mais de 60 anos, dos quais cerca de 45,9 milhões terão 75 anos de idade ou mais. Mas haverá grande heterogeneidade inter e intra países. Em quase todos os países do mundo, o grupo populacional que mais cresce é o de pessoas idosas (OPAS, 2000).

No Brasil, segundo dados do Censo de 2000, a expectativa média de vida é de 68,6 anos. Conforme mostra a tabela 1, há, consideráveis diferenças entre os sexos em favor das mulheres, além de disparidades regionais que expressam a influência das condições socioeconômicas e ambientais nos padrões de envelhecimento:

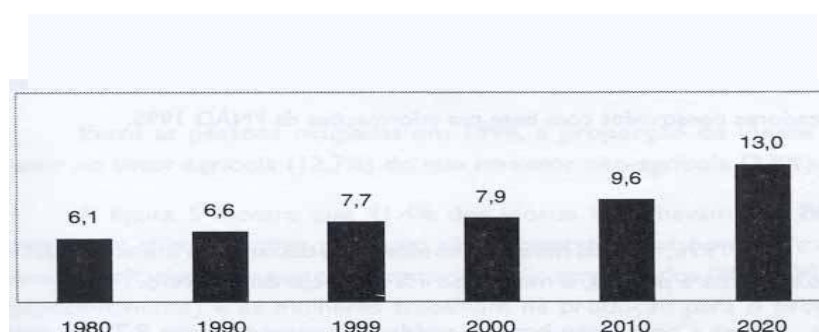
Tabela 1. Anos de vida esperados, por sexo, segundo Região do Brasil, 2000

Região do Brasil	Expectativa de Vida		
	Masc	Fem	Geral
Região Norte	65,63	71,73	68,47
Região Nordeste	62,72	68,86	65,78
Região Sudeste	65,11	74,32	69,58
Região Sul	67,27	75,02	71,03
Região Centro-Oeste	66,24	72,97	69,42
Brasil	64,77	72,55	68,55

Fonte: IBGE/Contagem populacional e projeções demográficas preliminares

A evolução proporcional da população idosa no Brasil tem sido acelerada. Passou de 4,2% em 1960 para quase 8,0% em fins dos anos 90 (Neri e Cachioni, 1999). Até 2020, como mostra o gráfico 1, o país praticamente duplicará o percentual de pessoas acima de 60 anos. Segundo projeções demográficas, o índice de envelhecimento, ou proporção de pessoas de 60 anos ou mais por cada 100 menores de 15 anos, passará de 24 em 1995, para 58 em 2020, e 74 em 2025 (OPAS, 2000).

Gráfico 1. Proporção de idosos na população brasileira, 1980-2020



Fonte: dados do IBGE apud Araújo e Alves, 2000.

Numa visão retrospectiva, Veras (2002) lembra que a expectativa de vida ao nascer do brasileiro dobrou em menos de cem anos, passando de 33 anos em 1900 para 68 anos, em 2000. O autor alerta para a necessidade de planejamento social amplo em face das questões advindas do envelhecimento populacional, uma vez que viver mais sem qualidade não é uma vitória e sim motivo de preocupação.

De fato, países subdesenvolvidos terão os desafios mais difíceis. A atenção às demandas dos idosos terá que se organizar em meio à pressão já existente sobre sistemas públicos de proteção sobrecarregados e à persistência de problemas sociais e sanitários típicos do subdesenvolvimento. *“Isto levará a gaps maiores nos serviços e suportes disponíveis para idosos adultos”* (Kanapaux, 2002:2), grupo etário cuja atenção é tradicionalmente secundarizada diante das necessidades prioritárias da infância, juventude e adultos em fase produtiva e reprodutiva.

A dimensão epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional acena para o crescimento das despesas decorrente da mudança no padrão de enfermidade. Doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico contínuo:

“Conforme aumenta a proporção de pessoas de idade avançada, aumenta o percentual da população que padece de enfermidades crônicas e incapacidades, gerando uma maior necessidade de recursos sanitários para estes pacientes, enquanto que os custos da atenção de casos agudos ou curáveis permanecem bastante constantes.” (OPAS, 2000:61)

Além das pressões sobre o sistema de atenção à saúde, outros aspectos são apontados como preocupações que acompanham o envelhecimento populacional e que repercutem na economia dos países e no bem-estar dos mais velhos e dos mais jovens. Dentre esses incluem-se a pressão sobre os sistemas de pensão e aposentadoria, a composição e modalidades de participação da população ativa, arranjos quanto à habitação e as possibilidades da família e do cuidado informal (OPAS, 2000).

Diante do exposto, perspectivas de políticas de atenção às questões do envelhecimento têm sido traçadas por organismos internacionais e nacionais. Segundo a OPAS (2000:60)⁷, apesar das desigualdades entre os países, *“(...) há um princípio comum para a ação que se radica em concentrar esforços para promover a saúde e reduzir a dependência deste grupo da população.”* É ressaltada a intenção de que a

⁷ O trabalho da OPAS na área do envelhecimento tem como marco histórico o ano de 1980. Em 1982, a assembléia mundial das nações unidas aprovou o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. Em 1985, a OPAS aprovou a elaboração de um programa sobre a Saúde do Adulto e das Pessoas de Idade.

longevidade alcançada pela maior expectativa de vida represente um potencial de recursos humanos e sociais e não um incremento de incapacidades, com conseqüente explosão de custos das políticas de assistência.

O marco conceitual da OPAS, em certa sintonia com o debate anteriormente apontado sobre velhice bem-sucedida, baseia-se na premissa de que “(...) *o bom envelhecimento depende em grande medida da prevenção das enfermidades e da incapacidade, da manutenção de uma grande atividade física e das funções cognitivas, e da participação ininterrupta e atividades sociais e produtivas.*” (OPAS, 2000:63).

Em recente fórum mundial de debates sobre envelhecimento⁸, esta posição foi afirmada, ressaltando-se a necessidade dos países e organizações implantarem “*políticas de ‘envelhecimento ativo’ e programas que incrementem a saúde, independência e produtividade de cidadãos idosos*” (Kanapaux, 2002).

A perspectiva do *envelhecimento ativo* é a que norteia atualmente o programa da OMS sobre Envelhecimento. O conceito é definido como: “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.*” (OMS, 2002:12) Na visão dos formuladores, este conceito adotado nos anos 90 é mais inclusivo do que envelhecimento saudável, na medida em que seu fundamento é o sentido de participação e não somente a habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho. A participação é pensada em sentido abrangente, na família, em assuntos sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, e como possibilidade afeita também aos idosos com doença ou incapacidade, nos limites de sua condição (Kalache, 1999).

O programa da OMS articula saúde e bem-estar e destaca como desafios, ao lado da provisão de cuidados e da prevenção, questões éticas, políticas e socioculturais como a feminização da velhice, intergeracionalidade, discriminação étnica, segurança econômica e iniquidades sociais, dentre outras. Propõe a abordagem do curso de vida para o envelhecimento ativo, ou intervenções que criem ambiente de suporte e favoreçam escolhas saudáveis em todos os estágios da vida, e a possibilidade de prevenção ou postergação de doenças não transmissíveis, principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade de idosos em todo o mundo.⁹

⁸ 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid (2002), vinte anos após a primeira Assembléia (Viena, 1982). O evento teve como propósito debater e adotar um plano de ação e estratégias de longo prazo para responder às questões do envelhecimento.

⁹ As principais condições crônicas que afetam idosos em todo o mundo são: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, condições músculo-esqueléticas, condições de saúde mental (demência e depressão), cegueira e prejuízo visual. (OMS, 1998)

No Brasil, as estratégias de política do idoso traçadas desde meados dos anos 90 também acompanham alguns pressupostos afirmados em nível internacional. Dentre esses estão a importância de se promover saúde ao longo da vida e de relacioná-la não à ausência de doenças mas à manutenção da capacidade funcional, considerando sobretudo as peculiaridades do organismo que envelhece (Ferrari, 1999). O conceito de capacidade funcional, conforme definido na Política Nacional de Saúde do Idoso promulgada em fins de 1999, é a “*capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma*” (Gordilho et al., 2000:47). Pode ser compreendido como a possibilidade de se conviver com eventuais limitações ou doenças, preservando uma perspectiva de vida pessoal e social.

Consoante com a idéia de integralidade da atenção prevista como princípio do SUS e afirmada nas definições globais da política nacional do idoso (1994 e 1996)¹⁰, a referida política de saúde do idoso prevê ações em todos os níveis. Seu propósito basilar é a promoção do envelhecimento saudável, diretriz a qual se somam: “*a preservação e/ou melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade*” (Gordilho et al., 2000:25).

Além das ações citadas no campo específico da política de saúde, um aspecto a ser ressaltado nas definições da Política Nacional do Idoso (1994 e 1996) é a pretensão de pensar de forma global e articulada um conjunto de ações intersetoriais, envolvendo saúde, previdência, educação, cultura, habitação, justiça, dentre outras, voltadas às diversas necessidades relacionadas ao bem-estar dos mais velhos.

Em que pese o esforço das iniciativas e seus ganhos, há uma grande distância entre o conjunto de proposições políticas e institucionais e a realidade da velhice e da atenção aos idosos, sobretudo em países periféricos como o Brasil. É preciso contextualizar os horizontes desejados não só do ponto de vista das condições reais de existência que balizam o envelhecimento, mas também da ótica da proteção social que recua em tempos neoliberais, lesando agudamente os países onde nunca se estabeleceu

¹⁰ Na Lei de 1994, é explicitado como objetivo “*garantir aos idosos a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do SUS.*” (MS/SAS, 1994) Na Lei de 1996, texto que regulamentou os princípios apontados em 1994, mantém-se a intenção da oferta de um leque de ações, através do objetivo específico de: “*Apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, com a finalidade de se conseguir o máximo de vida ativa na comunidade, junto às suas famílias com maior grau de autonomia e independência funcional possível.*” (MS/SAS, 1996:41)

um *Estado de Bem-Estar*¹¹. A possibilidade de pensar o envelhecimento saudável e o papel das políticas na atenção ao idoso é, pois, indissociável da reflexão sobre a qualidade de vida e o desafio insistente de lidar com uma equação que não se completa entre a perspectiva de direitos e sua sistemática negação.

2.3 Envelhecimento com qualidade de vida e políticas públicas

Do panorama traçado se depreende que não é de idéias, nem mesmo de leis, que se carece hoje para propiciar condições de envelhecimento digno à população. Como denuncia Telles (2001) acerca da dinâmica societária brasileira, a distância entre o Brasil formal e o Brasil real tem sido uma marca na trajetória do país, na qual o discurso político e jurídico afirma direitos em nome de leis universais que não se realizam nas práticas, encobrendo uma lógica silenciosa das exclusões.

A situação de pobreza e desproteção de ampla maioria da sociedade brasileira questiona os limites dos textos oficiais, mas ao mesmo tempo clama a necessidade de que os direitos propostos em termos de bens e serviços essenciais sejam a base da longevidade desejada, não a que se restringe à quantidade de anos a mais vividos mas a que possibilita o desfrute desses anos com qualidade. Observando o papel dos avanços da medicina moderna no aumento da expectativa de vida, Salgado et al. (2000:2) alertam que: *“Este fenômeno massivo de prolongamento da existência biológica lamentavelmente não é acompanhado da manutenção da qualidade de vida. Paradoxalmente, nossa sociedade mantém vivos os idosos para muitas vezes marginalizá-los.”* (Salgado et al., 2000:2)

De fato, pouco se poderá comemorar quanto ao aumento da expectativa de vida no país, sintomaticamente em níveis inferiores aos observados em países desenvolvidos, se a lacuna entre o idealizado e o realizado para o envelhecimento no campo social não puder ser minimizada. Por essa razão o tema da equidade é referido em documentos institucionais de política do idoso¹², forçados a reconhecer a distribuição desigual das

¹¹ O conhecido *Welfare State*, ou padrão de intervenção estatal no campo da proteção social consolidado nos países centrais no período pós-guerra, tem sido o alvo central das críticas do projeto neoliberal em expansão no mundo desde meados dos anos 80. Diferentemente das conquistas sociais obtidas nestes países, não se logrou no Brasil nem nas economias subdesenvolvidas um patamar minimamente digno de condições de vida para o conjunto da população. Conforme Oliveira (1998), a tradução para os países periféricos nunca passou de um *Estado de Mal-Estar Social*.

¹² Em geral, é indicada a necessidade de estratégias nacionais para diminuir desigualdades, ou, no caso da política nacional de saúde do idoso no Brasil (2000), um olhar diferenciado aos mais vulneráveis.

oportunidades de acesso à proteção e à promoção da saúde, itens dos quais em muito depende a saúde na velhice.

A reflexão sobre qualidade de vida é a base, portanto, para se pensar a saúde dos idosos e a saúde no processo de envelhecimento. Em revisão sobre esta temática, Minayo et al. (2000) reconhecem a dificuldade de apreensão do conceito por se tratar de um construto influenciado por aspectos históricos, culturais e de classe, e assumir diversas conotações. Para os autores, trata-se de uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Uma possível expressão do conceito poderia ser: “*A síntese de todos os bens que uma sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar*”. (Minayo, 2000:8)

Do debate apresentado apreende-se que uma visão ampla do termo qualidade de vida comporta uma dimensão referida às condições objetivas de existência, ou patamar mínimo e universal de direitos básicos (alimentação, água potável, vestuário, trabalho, habitação, transporte, acesso a serviços, dentre outros), e em outro plano, aspectos subjetivos como amor, liberdade, realização pessoal, solidariedade, inserção social e felicidade.

Na área da saúde, a pretensão de abordar a qualidade de vida é crescente nos últimos tempos e pode ser vista como um certo arejamento dos pilares medicalizantes e cada vez mais tecnológicos da medicina. Entretanto, como concluem os autores, apesar de iniciativas que tomam um sentido mais amplo do conceito, tem prevalecido uma visão focalizada de qualidade de vida em estudos que buscam aferi-la pela experiência cotidiana dos indivíduos após a ocorrência de doenças, agravos ou intervenções médicas, relacionando-a a estrita capacidade de lidar ou superar as limitações ou seqüelas daí decorrentes. Trata-se de uma dimensão por certo relevante mas que restringe as potencialidades do conceito, cuja melhor expressão encontra-se atualmente no ideário da promoção da saúde, abordado no próximo capítulo.

Partir de uma visão ampla da qualidade de vida e do reconhecimento da influência de determinantes estruturais para a saúde na velhice é essencial numa perspectiva de trabalho orientada ao fortalecimento das lutas por justiça social e pela valorização da vida, fundamento de uma longevidade saudável. Esta posição, porém, não deve instituir o imobilismo e a aceitação da impotência dos serviços e das políticas públicas, espaços contraditórios por excelência, em contribuir no processo político de expansão de um padrão positivo de envelhecimento.

A valorização da promoção da saúde, apreendida como busca de bem-estar e qualidade de vida em sentido amplo, pode ser um canal para acúmulo de reflexões e práticas nesta direção. Antes de abordá-la, porém, torna-se útil clarear os sentidos de saúde e bem-estar, dentro dos limites e propósitos deste trabalho.

2.4 A relação entre saúde e bem-estar

A ampliação do conceito de saúde para inclusão de dimensões que possibilitem bem-estar tem sido uma tendência que acompanha e mobiliza o debate sobre promoção da saúde na atualidade.¹³

A definição de saúde da OMS como *completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade* (1946), apesar de criticada por suas lacunas e excessiva idealização, avança pelo fato de ir além de um sentido negativo (ausência de doença) e comportar um sentido positivo (presença de bem-estar), ainda hoje na prática negligenciado (Downie et al. 1997:10).

Na exploração conceitual desenvolvida pelos autores, saúde no primeiro sentido tem por referência o seu oposto, ou constrangimentos à saúde¹⁴ (*ill-health*), estado em que doença, acidente, incapacidade ou desvantagem se instalam por curto ou longo período, de forma isolada ou combinada.

Neste plano, parte-se da distinção entre doença (*disease*), noção mais técnica ou condição medicamente definida, e mal (*illness*), estado que pode ocorrer na presença ou não de doença, e vice-versa, pela certa independência entre condições objetivas e subjetivas. Em termos da saúde física, doença e mal remetem a noções de desordem (funcionamento ruim do corpo em nível biológico), estados não desejados (condições desagradáveis que limitam as pessoas de fazer o que querem) ou anormais (rótulo complexo pela dificuldade de julgamento do que é o normal, a exemplo das fragilidades e perda de capacidades que acompanham o envelhecimento). Tais características são de mais difícil aplicação se considerada a saúde mental ou social, campo em que a idéia de

¹³ Conforme definição apresentada no editorial do *American Journal Health Promotion*, as dimensões da saúde e os aspectos centrais em cada uma delas são: física (*fitness*, nutrição, autocuidado médico, controle de abuso de substância); emocional (cuidado para crise emocional, administração do estresse); social (comunidades, famílias, amigos); intelectual (educacional, realização, desenvolvimento) e espiritual (amor, esperança e caridade). Consulta ao site <http://www.healthpromotionjournal.com/>, em 14/04/03.

¹⁴ Tradução proposta por Farinatti (1999), em texto que aborda a relação entre autonomia e saúde.

anormalidade ou estado mórbido é menos óbvia e culturalmente mais relativa do que a de estados corporais anormais.

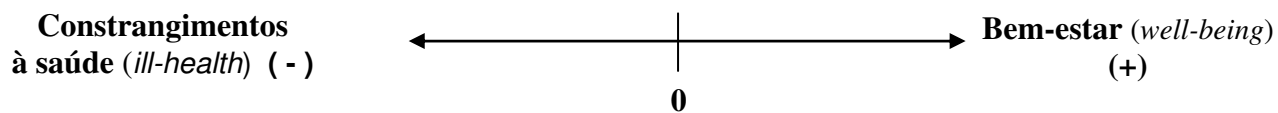
Por outro lado, como destacam, as facetas social, mental e física dos problemas de saúde são interligadas e, apesar de serem estreitamente relacionadas como meta do cuidado de saúde, avaliá-las plenamente no nível pessoal é mais complexo do que o que está implicado no cotidiano do trabalho médico e de outros profissionais. Estabelece-se assim a necessidade de alguma noção de saúde positiva, que inclui mas vai além da ausência de doença ou mal (Downie et al., 1997:18).

Na dimensão positiva, os autores assinalam que saúde como bem-estar é mais do que sentimentos ocasionais de felicidade e alegria, cujas fontes podem eventualmente ser espúrias, como no caso do uso de drogas. “Bem-estar verdadeiro” é expressão de autonomia e tem por referência alguma concepção de boa vida para o ser humano, como a certeza de se ter amigos, de que as necessidades materiais serão satisfeitas, de que não se será preso arbitrariamente, e assim por diante. Importante aqui é ter o “(...) *senso de controle sobre a própria vida, ser capaz de escolher o que se quer fazer ou ser, e ser capaz de desenvolver os próprios talentos.*” (Downie et al., 1997:19)

Problematizando o sentido de bem-estar, Buchanan (2000:108) afirma que este não é resultante direto da eliminação de fatores de risco, referência suprema das práticas de promoção da saúde, mas de viver uma vida de integridade, definida como “*processo de atualizar um modo integrado de perceber e agir*”. Bem-estar é adquirido através do cultivo de certas virtudes ou disposições de caráter que conduzam à reflexão/ação quanto ao tipo de pessoa que se aspira a ser e de que tipo de sociedade que se quer viver. Retomando uma distinção entre saúde e bem-estar feita por Aristóteles - saúde como funcionamento biológico e bem-estar como “florescimento”, “felicidade”, “benção” ou “prosperidade” – o autor sustenta que bem-estar é o *telos* de toda atividade humana guiada pela razão, meta diante da qual saúde e riqueza são bens instrumentais. Neste sentido, bem-estar se aproximaria da idéia de busca da boa vida para os seres humanos, matéria essencialmente ética e política, dependente de autoconhecimento (*mindfulness*) e temperança (*sophrosine*), no nível individual, e de civilidade, confiança, solidariedade e cuidado no plano comunitário.

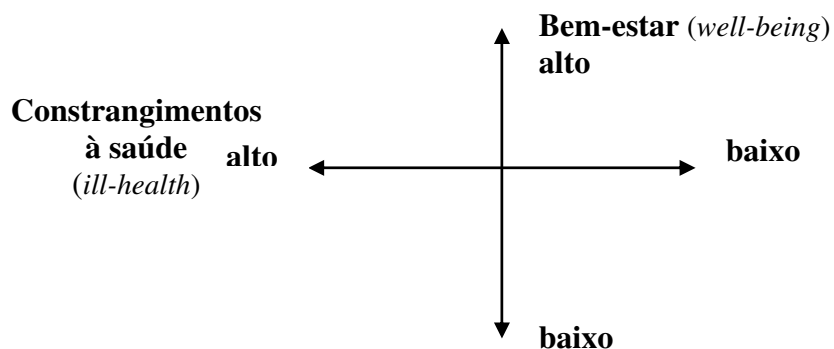
Para Downie et al., a relação entre bem-estar e má saúde expressa como um *continuum*, como mostra a figura 2, é insatisfatória já que pode haver bem-estar com doença que ameace a vida e também boa saúde sem bem-estar. Há, em verdade, quatro situações possíveis para a experiência da relação entre saúde e bem-estar, tal como representada no esquema de eixos cruzados (figura 3).

Figura 2 . Saúde como *continuum*



Catford (1983) *apud* Downie et al . (1997:20)

Figura 3 - Relação entre saúde e bem-estar



Downie et al. (1997:21)

A importância desse debate para a saúde do idoso justifica-se pelas próprias indicações anteriores acerca da saúde no envelhecimento. Comportar a dimensão da doença, prevenção e cuidado deve ser uma referência das ações de promoção da saúde, articulada à perspectiva maior de busca de bem-estar, definido em termos sociais e pessoais.

No capítulo a seguir o intuito é complementar a fundamentação aqui iniciada e estabelecer bases que orientem a avaliação proposta de um programa de promoção da saúde com idosos.

CAPÍTULO III

PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E AÇÕES EDUCATIVAS: BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS NO DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS COM IDOSOS

“Promoção da Saúde não é um conjunto de procedimentos técnico-científicos. É um processo ético e político de trabalhar junto com concidadãos no empenho de aproximar uma concepção mais clara e convincente de bem-estar humano, um ideal em direção ao qual as pessoas queiram trabalhar juntos para realizar.”

D.R.Buchanan, 2000.

Este capítulo objetiva apresentar os princípios teórico-conceituais subjacentes à temática da promoção da saúde e sua expressão nos programas para idosos.

Inicialmente recupera-se brevemente o percurso histórico do conceito atual de promoção da saúde, bem como o debate sobre distinção e interfaces dos conceitos de prevenção, promoção e educação em saúde. Na sequência será apresentada uma visão geral das críticas dirigidas à promoção da saúde e que tocam temáticas complexas e em aberto como a própria noção de saúde, bem-estar e vida, assim como os usos ideológicos, políticos e econômicos do conceito. A pretensão é buscar uma contextualização das tensões, lacunas e riscos subjacentes, a fim de demarcar uma posição orientadora deste estudo através da perspectiva da educação popular.

3.1 Origens e proposta da promoção da saúde contemporânea

A compreensão do que modernamente considera-se como promoção da saúde tem como marco o Informe Lalonde (1974), documento de reorientação da política de saúde do Canadá. Partindo do conceito de campo da saúde como algo que engloba *biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária*, o então ministro da saúde Marc Lalonde fez a crítica ao crescente investimento em assistência médica e seus limites para melhorar a saúde da população, considerando a

influência predominante de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade (Lalonde,1996; Terris, 1996 e Buss, 2000).

Nos anos 80, a discussão sobre promoção da saúde foi impulsionada pela constituição de um grupo de trabalho da OMS (Oficina Regional para a Europa), cujo objetivo era planejar o programa de Educação em Saúde para os próximos quatro anos. Partiu-se do reconhecimento de que a Educação em Saúde isolada de outras medidas não poderia resultar em mudanças radicais requeridas para anunciar uma nova era de melhoria na saúde. Segundo Richard (1995) foi lançado na época um novo programa com um leque de medidas não educacionais implementado concomitantemente ao programa existente.

No documento para discussão resultante do grupo de trabalho, a promoção da saúde foi definida “(...) *como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud.*” Esta definição foi posteriormente consagrada na Carta de Otawa, em 1986, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Kickbusch, 1996:16). Na mesma linha de precursores do conceito¹⁵, a Carta consagra o sentido de saúde como bem-estar amplamente definido, para o qual são pré-requisitos: alimento, abrigo, paz, renda, ecossistema estável, uso ininterrupto de recursos, justiça social e equidade.

A visão ampliada dos recursos fundamentais à saúde e sua aproximação à temática da qualidade de vida fomentou uma concepção de intervenção em saúde para além das clássicas ações assistenciais e preventivas de cunho individual. Os *campos* da promoção da saúde, como apontados na Carta de Otawa, seriam estratégias integradas com o objetivo de interferir positivamente no conjunto dos determinantes da saúde. Esses campos, segundo Buss (2000), podem ser assim sintetizados:

- 1- *Políticas públicas saudáveis*: reconhecimento que decisões políticas têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde e que esta deve ser priorizada como critério de governo; importância das ações intersetoriais que apontem para maior equidade.

¹⁵ O termo promoção da saúde foi originalmente utilizado em 1945, pelo historiador médico Sigerist, que afirmava a importância para a saúde de se proporcionar boas condições de vida e de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso (Terris, 1996). Uma revisão histórica detalhada da trajetória do conceito, campos temáticos centrais e repercussões das cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde, em língua portuguesa, podem ser encontrados em Buss (1998 e 2000), Gentile (2000) e nos primeiros números da revista Promoção da Saúde (Projeto de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Brasília, 1999).

- 2- *Criação de ambientes favoráveis à saúde:* reconhecimento da complexidade de nossas sociedades e a da interdependência entre diversos setores. Proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde. Conquista de ambientes favoráveis e/ou promotores de saúde, como trabalho, lazer, escola, instituições e a própria cidade.
- 3- *Reforço da ação comunitária: empowerment,* ou incremento do poder técnico e político das comunidades, como resultado do acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população; participação comunitária através da auto-ajuda e do apoio social; possibilidade de atuação na definição de prioridades, tomada de decisões e implementação de estratégias para alcançar melhor nível de saúde.
- 4- *Desenvolvimento de habilidades pessoais* favoráveis à saúde em todas as fases da vida: resgate da educação em saúde como responsabilidade das diversas organizações; *empowerment* no plano individual.
- 5- *Reorientação dos serviços de saúde:* fazê-los avançar além da assistência; impõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médico-curativa como foco essencial da intervenção. Implica transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas, assim como nas práticas e na formação dos profissionais.

Em artigo apresentado na Conferência de Ottawa, o ministro da saúde do Canadá naquela época, Jake Epp, seguindo as idéias de Lalonde e baseado nas mudanças do quadro epidemiológico do país, afirmava que os principais desafios para a meta do alcance da *saúde para todos* (1994) era reduzir desigualdades, ampliar o esforço preventivo e aumentar a capacidade de enfrentamento das pessoas em face das doenças crônicas, incapacidades e problemas de saúde mental. Para o autor, os mecanismos intrínsecos nessa direção seriam promover o *autocuidado* (decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua saúde), a *auto-ajuda* (ações que as pessoas realizam para ajudar umas as outras) e *entornos sãos* (criação de condições e ambiente favorecedores à saúde). As estratégias ou processos mais importantes para isso seriam o

fortalecimento da participação popular, a ampliação de serviços de saúde comunitários e a coordenação de políticas saudáveis (Epp, 1994).

Para Buss (2000), o ponto sobre as políticas públicas saudáveis é considerado um diferencial em relação ao entendimento prévio de promoção da saúde, mais associado à prevenção e à adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Essa dualidade, apontada por Terris (1996) como parte da própria evolução da saúde pública e superada, de certo modo, com a integração de dimensões no pensar e no fazer saúde após Otawa, é demarcada com certa dicotomia por autores como Mello (1998 e 2000), Czeresnia (2003) e vários outros.

É ilustrativa, por exemplo, a categorização de Sutherland e Fulton, apresentada por Buss (2000), a qual divide as conceituações de promoção da saúde entre aquelas mais voltadas ao comportamento individual (promoção de hábitos saudáveis), e outras mais voltadas ao coletivo (políticas públicas e fortalecimento do poder político da população). Haveria certa hierarquização das iniciativas, sendo as mais abrangentes identificadas com a “promoção da saúde moderna” (ou “nova saúde pública”), em contraste com o enfoque da prevenção e mudança do estilo de vida.

A tensão entre o acento na dimensão individual ou coletiva da intervenção em saúde tem relação com aspectos históricos na constituição do campo, cujas fontes impulsionadoras incluem, como assinalado, os limites do enfoque tradicional da educação em saúde.

Para Kickbusch (1996a:24), a promoção da saúde surgiu da educação para a saúde, em um processo que evoluiu de acordo com a ênfase dada a determinadas ações ao longo da história da saúde pública. Para a autora, atualmente a perspectiva baseia-se numa visão integrada e ecológica da saúde pública, na qual não há separação entre o indivíduo e o meio, considerados como um todo. Reforça-se a responsabilidade social da saúde e a necessidade de “*marcar metas para la acción política y no solo para el comportamiento individual.*” O objetivo seria a criação de um “*clima favorable à saúde*”, viabilizado através do restabelecimento dos laços existentes entre saúde e bem-estar social, entre a qualidade de vida coletiva e individual.

Em sentido semelhante, Terris (1986:43) sustenta, como há pouco indicado, que a Carta de Otawa se destaca por ser uma síntese dos enfoques no campo da promoção da Saúde. A visão de integração entre a responsabilidade coletiva e individual é presente ao afirmar que a promoção da saúde “*transcende a idéia de formas de vida sãs*” para incluir as condições e requisitos para a saúde, como a paz, a moradia, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade. O autor

destaca também a recusa do enfoque educativo tradicional, no qual a população é passiva e meramente receptora das mensagens, em contraposição à participação ativa da população e o fortalecimento da ação comunitária.

Além da limitada efetividade das estratégias pedagógicas da educação em saúde, Rootman et al. (2000 e 2001) apontam outras fontes do interesse recente pela promoção da saúde, tais como:

- Ênfase crescente na saúde positiva e na qualidade de vida melhorada;
- Reconhecimento da natureza holística da saúde (qualidade de vida social, mental e espiritual);
- Influência dos movimentos de autocuidado e de mulheres e suas lutas por uma mudança na distribuição de poder para indivíduos e comunidades;
- Emergência do conceito de consumidor de cuidados e políticas de saúde;
- Movimento comunitário, iniciativas participativas de baixo pra cima;
- Reconhecimento de que diversos problemas de saúde são interrelacionados com estilos de vida individuais e que *“estes estilos de vida não ocorrem em um vácuo mas têm, eles próprios, potentes determinantes socioeconômicos e culturais.”* (2000:6);
- Pressão para diminuir custos de programas sociais e de cuidados;
- Evidência crescente da fraca relação entre cuidado de saúde e *status* de saúde, especialmente o pobre retorno dos crescentes custos investidos no setor assistencial;
- Melhor pesquisa social, educacional e comportamental sobre questões de saúde e evidência da influência de fatores sociais na pesquisa epidemiológica.

Segundo os autores, a promoção da saúde é resultado da confluência de forças distintas e pretende ir além da proteção à saúde, incluindo a redistribuição de poder e controle sobre questões de saúde individual e coletiva, a redução do impacto negativo da ampla série de determinantes associados com ambiente social, político e econômico, a prevenção de problemas, a atenção aos domínios da saúde além do físico, incluindo dimensões mental, social e possivelmente espirituais, a abordagem ecológica e o reconhecimento do desenvolvimento comunitário e do envolvimento como estratégias legítimas e efetivas (Rootman et al., 2001).

3.2 O debate conceitual: promoção, prevenção e educação em saúde

A introdução de elementos inovadores ao conceito de promoção da saúde, vistos ora numa linha de rompimento com a tônica de práticas anteriores (preventivas e educativas) ora de ampliação com sobreposição, tem mobilizado o debate conceitual na área.

A posição de Rootman et al. (2000:20) é que a promoção da saúde não é nova roupagem / reacondicionamento da prevenção da doença, embora haja sobreposição, pois “(...) *seus princípios e estratégias se aplicam a todos os domínios da saúde, inclusive prevenção primária e secundária, tratamento e reabilitação e cuidado a longo prazo.* Esta visão rompe com o clássico esquema de Leavell e Clark (1976) dos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença, em que a promoção da saúde figura como parte da prevenção primária, destinada às pessoas saudáveis, e referida à melhoria de condições gerais de vida. A mesma lógica de ação poderia ser aplicada em todos as esferas.

Apesar de reconhecerem inúmeras definições de promoção da saúde, Rootman et al. (2001) afirmam que estas diferem mais nas ênfases e perspectivas do que em substância e que há consenso sobre o fato de que envolve um conjunto diverso de ações, as quais visam incrementar o controle e conduzir a maior saúde e bem-estar. O conceito subjacente ou princípio cardinal é o *empowerment*, ou processo de capacitar, fortalecer, “empoderar” indivíduos e comunidades, visto como critério primário para determinar se uma dada iniciativa deve ou não ser considerada promoção da saúde. Outros critérios são assumir visão ampla de saúde, enfatizar equidade, justiça social e colaboração intersetorial.

A idéia de consenso que envolve diversas ações conducentes à saúde é problematizada por alguns autores. Downie et al. (1997:57) afirmam que a popularização do termo promoção da saúde nos círculos profissionais e políticos nos anos 80 implicou em seu uso diversificado, com pouca clareza dos sentidos subjacentes. Ao assumir vários significados ou representar tudo o que pode ser feito para a melhoria da saúde, o risco é ter um significado inexpressivo e pouco útil, esvaziando-se numa fusão perigosa entre provisão de serviços de saúde e o investimento em ações alternativas, ainda negligenciadas: “*Promoção da saúde tem se tornado um deslumbrante trem da alegria, com todos e vários clamando para entrar à bordo, sem dar suficiente atenção ao que é isto e onde está indo.*” A tendência de escrever “promoção da saúde e prevenção de doença” como uma espécie de casal inseparável

revela, segundo os autores, a pequena apreensão das diferenças entre as duas expressões.

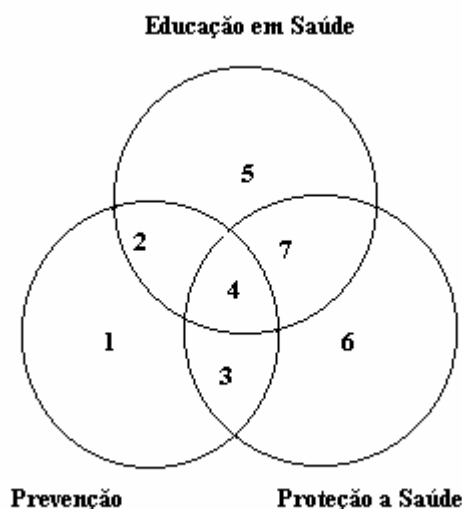
Em texto voltado exatamente à abordagem da discussão contemporânea acerca da diferença entre prevenção – associada ao discurso tradicional da saúde pública – e a promoção, Czeresnia (2003:94) propõe-se a “*compreender melhor algumas das dificuldades que aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros na operacionalização de projetos em promoção, que nem sempre alcançam afirmar claramente sua distinção em relação às práticas preventivas tradicionais.*” Da mesma forma, Mello et al. (1998:584) referem que no Brasil o termo tem sido muito usado a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, mas que há poucas práticas implementadas no cotidiano dos serviços, “*observando-se com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde.*”¹⁶

O modelo proposto por Downie et al. (1997), representado na figura 4, assume uma visão que integra educação e prevenção como componentes da promoção da saúde, mostrando suas interfaces e sobreposições. Para os autores, a educação em saúde é a parte que contribui para todas as metas da promoção. O modelo mostra a ampla série de possibilidades para a promoção da saúde, mas não pretende ser uma tipologia nem comporta separações rígidas. Com base no modelo, definem que promoção da saúde: “*Compreende esforços para impulsionar a saúde positiva e reduzir o risco dos constrangimentos à saúde, através da sobreposição de esferas da Educação em Saúde, prevenção e proteção à saúde.*” (Downie et al., 1997:2)

¹⁶ A confusão com Educação em Saúde pode ser atribuída ao aspecto histórico na evolução da promoção da saúde, como anteriormente visto. Conforme Downie et al. (1997) o fato de muitos considerarem promoção da saúde e educação em saúde como iguais foi uma confusão agravada pelas mudanças de nomes das agências americanas, de *Health Education* para *Health Promotion*. Para os autores, é necessário preservar a distinção que há entre os dois termos.

Figura 4

Modelo de Promoção da Saúde *



* Desenvolvido originalmente por Tannahill, A. e publicado em 1985 (Downie et al.,1997:59)

- 1) Medidas preventivas (ex.: imunização, *screening* para detecção precoce de doenças);
- 2) Esforços educacionais para influenciar estilo de vida na prevenção de problemas de saúde e uso dos serviços preventivos;
- 3) Proteção à saúde preventiva (ex.: fluoretação da água, compromisso político com provisão de medidas preventivas);
- 4) Educação dos administradores de políticas (ex.: uso de cinto de segurança / *lobbying* por legislação protetora);
- 5) Educação para a saúde positiva. Inclui educação em saúde voltada para influenciar condutas sobre grau de saúde positiva (ex: uso produtivo do lazer para o bem-estar), e educação em saúde voltada para desenvolver atributos de saúde positiva (habilidades relacionadas à saúde e alto nível de auto-estima), os quais são centrais para alcançar o verdadeiro bem-estar.
- 6) Dimensão positiva da proteção da saúde (ex.: comprometimento dos fundos públicos com a provisão de lazer acessível e atrativo);
- 7) Medidas de proteção à saúde positiva entre o público e os administradores (compromisso político com provisão de medidas educativas para a saúde positiva).

Em linha semelhante, mas assumindo a idéia de um “*termo guarda-chuva*”, Simnett (1997:16) define promoção da saúde como: “*um amplo leque de atividades as quais realçam a saúde positiva e previnem problemas de saúde, incluindo educação em saúde, medidas preventivas, políticas públicas saudáveis, medidas ambientais e desenvolvimento organizacional e comunitário em saúde.*” De acordo com a autora, Educação em Saúde é uma faceta essencial da promoção da saúde e seu objetivo é: “*garantir que as pessoas estejam bem informadas sobre questões de saúde, tenham a habilidade para fazer escolhas sobre sua saúde e estilos de vida, e tenham as habilidades para implementar ações e comportamentos para perseguir aquelas escolhas. Também aponta para aumentar a consciência da necessidade de mudanças*

políticas dentro das organizações, incluindo governos, e para mudanças ambientais conducentes à saúde.” (Simnett, 1997:16)

Em abordagem das interseções entre promoção da saúde e educação em saúde, Lima et al. (2000:11) afirmam que ambas objetivam o bem-estar global através do incremento do nível de saúde da população e da redução de desigualdades. Neste processo, destacam como papel da educação: *“o fortalecimento da ação social/pessoal como a principal estratégia para o empowerment comunitário; e o desenvolvimento de habilidades individuais para induzir a participação efetiva, consciente, responsável e ética na vida social – logo para a cidadania – assim como para a luta pelos direitos sociais e contra as barreiras econômicas e políticas.”*

Em tese que avalia o desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil, na década de 90, Rocha (2001) entrevista profissionais com inserção expressiva na Saúde Pública e observa que a distinção entre Promoção e Educação em Saúde é feita de várias formas, predominando certa relação de oposição entre os dois conceitos. O primeiro seria mais abrangente, moderno, ligado à dimensão positiva da saúde, enquanto o segundo estaria relacionado a uma prática menor, com alcance limitado e/ou focado na doença, prevenção e mudança de comportamento. Na posição da autora, ultimamente tem se dado maior ênfase à promoção da saúde mas é necessário resgatar que são práticas complementares, cada uma com a sua especificidade, instrumental e possibilidades de atuação. A argumentação proposta segue a linha da reflexão de Candeias (1997), a qual assume, com base nas definições de Green e Krueter, que Educação em Saúde significa quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, enquanto promoção da saúde seria a combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Na prática, a Educação é uma atividade-meio e refere-se à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas. A autora defende a oportunidade de distinção entre foco educativo (mudança comportamental) e foco promocional (mudança organizacional). Em sua visão, aparentemente cética quanto a enfoques multifatoriais no âmbito das instituições, a distinção ajuda a caracterizar melhor os programas que, dependendo da circunstância, podem ser promocionais ou educacionais.

Finalizando esse mapeamento do debate conceitual sustenta-se aqui que manter polarizações rígidas dos termos em análise implica confusão já que prevenção e educação estão contidas na idéia de promoção da saúde, se não na dimensão positiva desta, ao menos no sentido de controle/minimização do risco de doença, também parte

relevante do conceito quando não aprisionada a uma abordagem acrítica e autoritária. Por outro lado, a atuação nas esferas da prevenção e educação tem potencialmente a condição de extrapolar limites individuais, ampliando bases de articulação de ações políticas e intersetoriais. De toda forma, o problema principal não passa pelas polêmicas quanto a denominações mas sim pela possibilidade de que a abertura conceitual emergente com a promoção da saúde possa ajudar a operar transformações positivas nas práticas sanitárias e alinhá-las na direção de maior equidade social. Os riscos das novas promessas desaguarem em velhas práticas são abordados a seguir.

3.3 Contrapontos à promoção da saúde: emancipação ou neohigienismo?

Paralelamente ao que poderíamos denominar de “corrente oficial”, ou linha de pensamento que tem sido expressa nos documentos das conferências internacionais sobre promoção da saúde e nos textos institucionais, vem se criando um campo de reflexão crítica sobre aspectos relativos às práticas e aos próprios fundamentos da promoção da saúde (Nettleton e Bunton, 1995)¹⁷. Os principais eixos de contestação, relacionados mutuamente e referidos a aspectos epistemológicos, filosóficos, políticos e ideológicos, serão adiante apresentados em suas linhas gerais.

a) Limites do conhecimento científico

O questionamento dirige-se aqui à relação entre epidemiologia e promoção da saúde, especialmente pela hegemonia dos estudos de risco como fundamentos para recomendações coletivas de comportamentos e práticas saudáveis. Além das restrições dadas pela contingência de ocultar certas coisas e revelar outras, Czeresnia (2003) alerta para o fato de que nestes estudos a inferência de causalidade é feita utilizando-se o “efeito causal médio”, que se constitui redução tanto do ponto de vista individual como coletivo. A dimensão singular da saúde e do cuidado é obscurecida pela forma

¹⁷ Os autores distinguem *sociologia da promoção da saúde* (abordagem política, pública e social) e *sociologia para a promoção da saúde* (abordagem sociológica). São examinadas três categorias da sociologia crítica: estrutura, vigilância e consumo. O propósito dos autores é construir um mapa conceitual que relaciona estas críticas a algumas áreas substantivas de análise dentro da promoção da saúde, como populações, identidades, risco e meio ambiente. Aspectos da reflexão proposta serão agregados ao texto, juntamente a outros autores estudados.

dominante de produção de conhecimento na área, cujos limites precisam ser percebidos para que se possa aprimorá-la.

Neste processo, a autora destaca a necessidade de revalorizar e ampliar a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade, como a filosofia, a arte e a política. Com base em Atlan e Nietzsche, lembra que a saúde trata não de ‘verdade’, mas de futuro, crescimento, potência e vida, campo em que a ciência encontra limites bem definidos.

Em linha similar, Castiel (1999) faz aguda crítica à epidemiologia “riscológica” e seus efeitos na subjetividade do homem contemporâneo, desconfiando da permanência na promoção da saúde de uma concepção dual corpo-mente, fortemente apoiada na doutrinação sobre estilos de vida saudáveis, apesar de um discurso com pretensões integradoras e multidimensional. Um aprofundamento da temática do risco encontra-se na tese de Oliveira (2001), cujo estudo abordou a percepção dos adolescentes sobre o risco em saúde. A autora faz ampla recuperação da abordagem sociocultural do risco na sociedade moderna e a relaciona às proposições atuais no campo da promoção da saúde.

b) Imposição de estilo de vida

Como apontado no ponto 3.1, a ênfase na difusão de estilos de vida saudáveis marcou inicialmente o desenvolvimento contemporâneo da promoção da saúde e é ainda hoje um dos principais alvos das críticas a este campo, remetendo a complexas questões entre indivíduo e estrutura, entre autonomia individual e saúde pública. Questiona-se a redução das práticas a esse nível¹⁸, apesar da retórica social, e seus limites estruturais por não tomar em conta as desvantagens materiais da vida das pessoas, permanecendo a ênfase sobre comportamentos e seus efeitos em termos de culpabilização da vítima (Nettleton e Bunton, 1995). De outra parte, a crítica dirige-se ao “fascismo” de querer impor certo estilo de vida, queiram as pessoas ou não, além do preconceito cultural intrínseco às definições sobre vida saudável.¹⁹

¹⁸ Na definição do *American Journal Health Promotion*, criado em 1989, afirma-se que “*Promoção da saúde é a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida na direção de um estado de saúde ótimo. Saúde ótima é definida como um equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual. Mudança em estilo de vida pode ser facilitada através de uma combinação de esforços para incrementar a consciência, mudança de comportamento e criar ambientes que suportem boas práticas de saúde.* (grifo meu. Homepage consultada em 14/04/03: <http://www.healthpromotionjournal.com/>) .

¹⁹ Para Nettleton e Bunton (1995), estas são promulgadas por aqueles que são brancos, da classe média e que comumente trabalham dentro de sistemas de valores sexistas, racistas e homofóbicos. Isto contribui

Sobre este último ponto, Downie et al. (1997) afirmam que não há somente um modo de viver, mas há modos que facilitam e que dificultam a natureza humana a florescer. Reconhecem que a promoção da saúde é comprometida moral e politicamente com a idéia que há modos piores e melhores de viver a vida e de organizar a sociedade e distribuir bens e serviços. Buchanan (2000), por sua vez, destaca a relevância do julgamento de valores sobre o que seja um bom modo de vida ser feito junto às pessoas, ouvindo o que elas consideram mais importante, remetendo as questões ao exercício da razão prática. Para o autor: *“Definições sobre a boa vida são verdadeiras na medida em que outros concordem que é uma espécie de vida que eles querem trabalhar para construir.”* (Buchanan, 2000:101)

Na crítica de O’Brien (1995), a fragmentação e a individualização é o centro das preocupações. Estilo de vida como um *“indicador de performance por excelência”*, *“referido a nada mais do que a si mesmo”*, serve para diferenciar a população, fragmentar seus interesses e distanciar seus membros de formas de ação social e coletiva²⁰. Projetos de estilo de vida em programas de promoção da saúde são, na visão do autor, sócios de processos sociais e políticos mais profundos que afetam a vida social contemporânea:

“A associação entre ‘saúde’ e ‘estilo de vida’ é fundamentalmente um empreendimento político, suportado por um consumismo institucionalizado, validado por uma ideologia política liberal e nutrido por um profissionalismo tecnocrático crescentemente orientado para abordagens de solução de problemas para a saúde e a vida social.”
(O’Brien, 1995:193)

No conceito de estilo de vida da OPAS (2002), parece haver a intenção de contornar a crítica de reforço do individualismo e da abstração dos comportamentos de seus condicionantes socioculturais, porém observa-se ainda o acento na subjetividade e na capacidade de escolha, ao lado da omissão de determinantes econômicos:

para a marginalização de certos grupos tidos como desviantes. Exemplo é a construção de esteriótipos ‘raciais’ na literatura da promoção da saúde.

²⁰ Sobre este aspecto, Nettleton e Bunton (1995:45) comentam que a emergência do movimento de saúde comunitária buscava, nos anos 70, se contrapor ao individualismo e que implicava a idéia, contida no conceito atual de *empowerment*, de que os desenvolvimentos de saúde numa comunidade deveriam ser feitos não somente para as pessoas mas pelas pessoas (OMS, 1985). Entretanto, como alertam de modo provocativo e atual para a realidade brasileira e os desafios da participação popular, os limites se colocam: *“quanto poder os ‘grupos comunitários’ realmente têm? Que espécie de mudanças podem eles realisticamente fazer para melhorar sua saúde? Em que medida tais grupos são absorvidos nas estruturas políticas do cuidado à saúde?”*

“A forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, é parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura de nossa região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. (...) Adotar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar como o mundo de uma forma positiva.”

(site <http://www.paho.org/>, acesso em 01/11/2002)

Outra problematização na abordagem do estilo de vida remete-se à dissonância e a questões éticas na relação entre agentes promotores de saúde e população. Comentando o consolo desta no fatalismo como possível efeito da saturação dos apelos “salutistas”, Berlinguer (1993:152) exemplifica: “*‘que prova temos que os agentes da prevenção vivem de maneira mais rica, mais feliz, e por mais tempo do que os que são alvos de suas advertências?’ Mesmo onde fosse possível impor um estilo de vida salutar, ‘não seria errado deixar para os outros a decisão do que é melhor para si?’*”

c) Obsessão pela saúde perfeita e estímulo ao consumo

Acompanhando a crítica da ênfase individualista subjacente a proposições de estilo de vida, vários autores trazem como preocupação a generalizada busca de saúde observada na sociedade contemporânea, a qual tem sido reduzida à dimensão do corpo perfeito e sustentada pelo consumo desenfreado de itens e práticas voltados à saúde.

Para Nogueira (2001), o cultivo da saúde na modernidade tardia²¹ tem se transmutado em mania coletiva, *higiomania*, ou visão superficial e egocêntrica do que seja saúde, tomada como adoração do corpo, ou *somatolatria*. Tal processo, ou “cultura da hipocondria” segundo Buchanan (2000), relaciona-se ao narcisismo contemporâneo alimentado pelos meios de comunicação, sendo necessário questionar em que aspectos e orientações a promoção da saúde teria uma visão diferente. A crítica, novamente, recai sobre a excessiva responsabilização individual pela saúde: “*A higiomania é autonomista no sentido de que entende estar a saúde ao alcance das pessoas, desde que*

²¹ Termo baseado em A.Giddens e atribuído à etapa cultural, política e econômica da sociedade moderna.

todos sigam a norma correta de estilo de vida , adotem certos hábitos e evitem os riscos sobre os quais são advertidos.” (Nogueira, 2001:64)

Da ótica do consumo, segundo Nettleton e Bunton (1995), a análise sociológica sobre promoção da saúde tem recaído em dois campos: sociologia urbana e cultura consumista (estudos culturais que examinam o consumo em relação à construção de distintos estilos de vida) e sociologia do corpo, com foco no consumo de bens e serviços voltados à “manutenção do corpo” e “imagem”, como dieta, esporte, roupas, clubes de saúde, clínicas estéticas, em um ciclo crescente de bens e serviços voltados à saúde, posto em marcha pela economia capitalista. Para os autores, essa descentralização da saúde, não mais confinada aos espaços clínicos mas dispersa por várias arenas sociais e comerciais, tem como um dos efeitos o colapso da distinção entre produção da saúde e consumo da saúde. Interesses comerciais e dos promotores de saúde convergiram na noção de auto-responsabilidade pela saúde e se confirmaria a tendência de indistinção das mensagens entre ambos, tendo em vista que: *“Os limites entre a literatura da promoção da saúde e a literatura comercial sobre saúde, estilos de vida e manutenção do corpo são crescentemente ofuscados.”* (Nettleton e Bunton, 1995:49)

A crítica do consumo mostra, em síntese, que a promoção da saúde envolve processos culturais e econômicos e que toma parte da criação e difusão de um certo modo de vida, especialmente através das técnicas de marketing social cada vez mais utilizadas. O “sadiismo”, por sua vez, identificado como ‘idolatria do corpo formoso, jovem e vigoroso’ pode ser uma armadilha no reconhecimento da fragilidade constitutiva da vida humana. Como alerta Vasconcelos (2003:2):

“Mesmo com o consumo de todos os produtos de saúde, a implementação de todas as técnicas médicas e o seguimento de todos os bons hábitos de vida, nós vamos morrer por meio de doenças e com algum sofrimento. Saúde é também uma adaptação equilibrada e habilidosa ao sofrimento, deficiência, doença, envelhecimento e morte que atinge a vida de todos. Neste sentido, esta preocupação exagerada e individualista com a saúde tem aumentado o sofrimento das pessoas, pois as desvia da busca de caminhos espirituais ou sociais de adaptação criativa para a dor e os defeitos que todos têm. É uma idolatria que insinua a promessa de saúde e juventude eternas, mas que está gerando mais insatisfação e angústia, base de novos consumos e novos lucros para a imensa indústria da saúde.”

No afã da prevenção e diminuição de riscos, alerta-se ainda para o risco de estigmatização dos portadores de doenças ou incapacidades tomadas como alvo de campanhas publicitárias.

d) Redução dos custos com a saúde

A implicação da promoção da saúde com processos sociopolíticos contemporâneos é apontada também na motivação explícita de redução de custos do sistema médico, com a crescente tecnologização do setor e o envelhecimento populacional em contexto de crise econômica, avanço neoliberal e restrição de gastos do Estado com as políticas sociais.

Buchanan (2000) refere que os custos de cuidado em saúde nos Estados Unidos cresceram quase duas vezes a taxa de inflação nos anos 80 e que a expansão da área de *managed care*, termo que designa uma variedade de estratégias para conter tais custos, tem criado poderosa pressão sobre a promoção da saúde. Cresce o interesse em técnicas de intervenção preventivas com favorável custo-benefício como forma de conter a demanda. Isto é feito muitas vezes sem a devida salvaguarda ética. O autor cita exemplos de empresas que gratificam trabalhadores que controlam certos fatores de risco ou que penalizam de alguma forma aqueles que são fumantes ou estão com sobrepeso. Outra medida questionável é a prática de seguros saúde fazerem avaliação prévia para identificar situações potencialmente dispendiosas dos segurados. A Educação em Saúde, em contextos similares, é vista como “administração de demanda”. (Buchanan, 2000:43)

e) Medicalização da vida social e vigilância da saúde

A ampliação conceitual da saúde e as técnicas em curso no campo da promoção de acordo com a nova racionalidade são dois aspectos sobre os quais se apoia este eixo de análise. Bem-estar e saúde positiva representariam ampliação ou nova restrição conceitual? É possível operar com visão tão alargada quanto a própria noção de vida? Ao fazê-lo estaria a promoção da saúde contribuindo para uma nova forma de controle social ou “imperialismo” da saúde?

De acordo com O'Brien (1995) na medida em que a saúde entra na área do bem-estar pode ser compreendida como um processo de não diferenciação da saúde no contexto da vida cotidiana. Isto tem servido para transformar a saúde de um estado ou condição a ser alcançada e valorizada em um processo de vigilância sistêmica ou contínuo monitoramento – voluntário e involuntário – de como vidas saudáveis devem ser conduzidas. Nesta dinâmica aponta a contradição presente na simultânea expansão e contração da idéia de saúde:

“Viajantes de hoje na rota da salvação corporal estão obrigados também a adquirir, produzir e valorizar o ‘bem-estar’, tal que a assimilação para a saúde hoje é assimilação para uma rede de escolhas estruturadas circulando em um caótico mercado de opções estilísticas. O conceito ampliado de saúde como bem-estar representa um projeto biográfico, requerendo conhecimento de processos sociais, psicológicos, políticos e econômicos. É multifatorial, multisetorial e multidimensional; um modelo probabilístico de encontros e adaptações na vida cotidiana.” (O’Brien, 1995:196)

Comentando sobre a afirmação da saúde em sua positividade assumida na legislação brasileira, Czeresnia (2003) reconhece avanço teórico e prático mas alerta para o problema de que promover a vida em suas múltiplas dimensões não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. Envolve tanto ações globais por parte do Estado como a singularidade e autonomia dos sujeitos. Poder-se-ia argumentar que, ao menos em termos discursivos, a idéia de intersectorialidade reconhece limites da área e propõe transversalidade das políticas. De fato, porém, os desafios para sua concretização não são pequenos.

Do prisma da vigilância, Nettleton e Bunton (1995) questionam as tecnologias e programas que servem para regular e monitorar populações e construir novas identidades.²² Ao incorporar diferentes aspectos da vida das pessoas, as técnicas atuais de base compreensiva contribuem para a criação de um “*self* promotor de saúde”, expresso na consciência da responsabilidade individual do cuidado de si. Autores alertam para os possíveis efeitos de constrangimento de tais práticas humanistas e liberais:

“Técnicas contemporâneas de promoção da saúde que apontam para ouvir mais atentamente as visões das pessoas leigas, através de entrevistas qualitativas, observação participante ou diários de saúde, penetram nas vidas e mentes dos sujeitos. (...) embora a partilha e a troca da informação em saúde em termos mais igualitários possam parecer preferível às abordagens didáticas que foram características da educação em saúde tradicional podem ainda ter conseqüências indesejadas. Um regime de saúde mais autoritário pode ser mais fácil desafiar, ignorar ou rejeitar do que um que dê suporte e cuidado e que determina uma agenda para nossos estilos de vida.” (Nettleton e Bunton, 1995:47)

²² Idéias de Foucault sobre o poder disciplinar influenciam este tipo de crítica. O crescente poder do Estado na regulação dos corpos através de legislação e o sistema de vigilância que prolifera na sociedade moderna são extensões do chamado panotismo, sistema de controle total em instituições, cujos principais exemplos no séc.XIX. foram os asilos, escolas, hospitais e prisões.

Relacionada à medicalização, questiona-se ainda o avanço da lógica epidemiológica no espaço clínico e seu efeito na absorção massiva da idéia de controle pessoal dos riscos à saúde. O cuidado médico passaria a estar menos focado sobre os sintomas e mais sobre os fatores de risco (Nettleton e Bunton, 1995), generalizando-se a visão de que não há indivíduo saudável e sim potencialmente doente (Castiel, 1999).

f) Retórica x realidade: promoção da saúde e SUS

A distância entre discurso amplo (social) e prática restrita (comportamental) subjacente a pontos anteriores, mobiliza especialmente o debate quando voltado à realidade dos países periféricos. É aqui lembrada a emergência da promoção da saúde no mundo desenvolvido, assumida por organismos internacionais não tão isentos quanto pretendem fazer crer, estabelecendo-se assim a desconfiança ou o ceticismo quanto à retórica comprometida com equidade e justiça social. Alerta-se para a reedição na prática de velhos modelos e seu pequeno alcance diante da questão social nos países subdesenvolvidos (Araújo, 2001).

Por outro lado, a idéia de “novo paradigma” fica interrogada na realidade brasileira, cuja política de saúde, redefinida na virada da década de 80 para 90 com a formatação do SUS, traz em sua essência elementos do discurso da promoção da saúde, tais como, concepção ampla de saúde, integralidade da atenção, intersetorialidade, participação e controle social. Em que novos rótulos poderiam contribuir, se problemas crônicos como acesso ao sistema, humanização e resolutividade persistem no cenário desta política setorial?

A compreensão do hiato entre discurso e práticas pode ser buscada do ângulo das contradições presentes nas origens e forças propulsoras da promoção da saúde contemporânea. Como assinala O’Brien (1995), se de um lado esta representa um sistema discursivo quase ideal, de outro trata-se de um movimento intrinsecamente em tensão consigo mesmo, tentando reconciliar os requerimentos de diferentes atores. Ou seja, há nela pontos de convergência, e também de conflitos, em torno dos quais reúnem-se interesses públicos, privados e governamentais motivados por razões distintas.

Uma outra linha de argumentação pode ser visualizada a partir do que adverte Parish (1995) sobre o tempo necessário para mudanças e gestação de novas idéias. Estabelecer uma agenda inovadora não significa que ela se seguirá automaticamente. O

autor sinaliza, e isso também é válido para o contexto brasileiro, a necessidade de se reconhecer as pressões que o sistema de cuidados à saúde exerce, determinando prioridades em termos de financiamento dos serviços curativos. Para ele os ganhos a longo prazo do investimento em promoção da saúde não são bem percebidos (são mais demorados que o tempo de vida dos governos) e sua coordenação é complexa pois implica o compromisso de vários setores governamentais e da economia, além de ação em todos os níveis: local, regional e nacional. Na visão do autor, sua maior barreira, entretanto, é o fato de que *“as atuais estratégias desenvolvidas nas louváveis declarações de países por todo o mundo indicam que uma clara visão de promoção da saúde na prática é algo que falta.”* (Parish, 1995:19).

No Brasil foi lançado, no final de 2002, um documento para discussão de uma *Política Nacional de Promoção da Saúde*, proposta não como um nível de atenção ou ações anteriores à prevenção mas como estratégias transversais a todas as políticas, programas e ações do setor saúde. O texto acompanha argumentações expostas nos discursos institucionais e marca a consonância com propósitos e regulamentações do SUS e da Reforma Sanitária no país. É introduzido pelo pensamento do educador Paulo Freire, cujas idéias são incorporadas sob diversos aspectos, e pela seguinte definição trazida de uma cartilha editada pelo ministério: *“A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um.”*

Entre intenções amplas e integradoras e o cotidiano assistencial há, de fato, uma quase total lacuna. O conhecimento sobre o campo de reflexão e desenvolvimento institucional em promoção da saúde somente passa a ser mais difundido no Brasil a partir de final dos anos 90. Enquanto isso o SUS, especialmente em seus princípios mais inovadores e convergentes com a promoção da saúde, apesar de avanços, ainda é um norte a ser perseguido mais que uma realidade evidente para o conjunto da população. Por esta mesma razão, e apesar de ser mesmo “discurso”, com os riscos reais de “vazio” e da falta de operacionalização, o referencial da promoção da saúde pode ser útil para agregar argumentos e forças na direção de mudanças qualitativas na lógica de organização das práticas de saúde, favorecendo sua articulação aos processos sociais voltados à construção de efetivas políticas públicas e de um contexto societário mais favorável à saúde e ao envelhecimento com qualidade de vida. As dificuldades para isso poderão ser melhor reconhecidas, como a própria pesquisa aqui realizada ilustrará, através de processos de avaliação que possam progressivamente revelar as contradições e os desafios de transitar do ideal ao real na dinâmica dos serviços.

Finalizando este painel dos aspectos polêmicos da promoção da saúde, é preciso ressaltar que o debate é aberto, complexo e engloba outras dimensões por ora não enfatizadas. Buchanan (2000), por exemplo, problematiza ainda a “ciência” da promoção da saúde, ou lógica de produção de conhecimentos na área, e os fundamentos do *empowerment*, enquanto Robertson e Minkler (1994) elegem, além deste, outros dois pontos críticos, como a reconceituação da saúde e a participação comunitária. Estes últimos autores debatem a partir da crítica de *tiranía da promoção da saúde*²³ e afirmam a necessidade do compromisso com a promoção da saúde ser acompanhado do cuidado para que esta não seja apenas uma revolução no discurso profissional.

Na perspectiva desta tese, assume-se a complexidade do debate e o limite de abordá-la nos marcos aqui propostos, ao mesmo tempo em que se toma a relação educativa em saúde como ponto nodal a partir do qual enfrentar parte das questões apontadas. Como afirma Czeresnia (2003:708), e assumindo os riscos por ela anunciados: “*Não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da idéia de promoção à saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde.*”

3.4 Educação em Saúde e a perspectiva da Educação Popular

Parte das críticas à promoção da saúde segue linha similar aos questionamentos da Educação em Saúde em seu modelo tradicional, caracterizado como autoritário, normativo e centrado na dimensão biológica e individual. Apesar da variedade de modelos e tendências, o campo teórico da Educação em Saúde é marcado igualmente por uma tensão e/ou polarização entre enfoques limitados à busca de mudanças comportamentais (*preventivista, doença-orientado, individual*) e enfoques alternativos a estes (*radical, saúde-orientado, comunitário, ecológico*), pautados no reconhecimento das dimensões sociopolíticas da saúde e na pretensão de interferências nesse nível. (Oliveira, 2002; Downie et al., 1997; e Keller e Fleury, 2001).

²³ Título do artigo de Marshall Becker, publicado em 1986, no *Public Health Rev*, 14:15-23.

No lastro comportamental sobre o qual se firmou, diversas teorias identificadas na literatura internacional sobre Educação em Saúde estabeleceram-se em torno da questão dos fatores condicionantes de maior ou menor adesão das pessoas às recomendações no campo sanitário. Identificados por Keller e Fleury (2001) como “modelos de mudança de comportamento em saúde” derivados da teoria cognitiva social, tais enfoques incluem: modelo de crenças em saúde (Maimen & Becker, 1974), teoria da ação razoável (Ajzen & Fishbein, 1980), teoria da auto-eficácia (Bandura, 1986, 1997), modelo de prevenção da reincidência (Marlatt & Gordon, 1985) e modelo transteorético (Prochaska & DiClemente, 1984).

O limite das abordagens centradas na redução do risco em saúde através da escolha individual é o ponto crítico a partir do qual propõem-se modelos baseados em comunidade, cujo objetivo é criar ambientes de suporte que tornem mais fáceis as escolhas em saúde. A ênfase é dada numa abordagem integrada, pessoa-ambiente, na qual a responsabilidade pela saúde é partilhada entre indivíduos e sistemas. Estratégias neste campo, como o enfoque ecológico e o modelo das cidades saudáveis, incluem a comunicação e o *marketing* social e visam ao incremento da competência comunitária ou *empowerment*, visto como processo de capacitação dos membros da comunidade para ganhar controle sobre suas vidas, participando do desenvolvimento e mudança de seu ambiente (Minkler *apud* Keller e Fleury, 2001). Para os autores, a complexidade dos esforços de promoção da saúde devido a barreiras como pobreza e acesso a cuidados de saúde, dentre outras, requer mais estratégias de engajamento comunitário. Em sua visão, a combinação dessas com características inerentes aos modelos individuais pode ser o elemento crítico necessário para mudanças em níveis individual e comunitário.

No Brasil, a perspectiva de uma ação abrangente e crítica na abordagem da Educação em Saúde, comprometida com humanização, equidade e justiça social, tem sido a linha adotada por profissionais identificados com a área que vem sendo reconhecida como Educação Popular em Saúde.²⁴ Trata-se de um campo que abriga tendências de matizes diversos mas convergentes quanto a alguns princípios teórico-metodológicos cujas raízes encontram-se nas concepções pedagógicas do educador

²⁴ Sobre este aspecto, ver documento *A Educação em Saúde que a sociedade brasileira necessita: Carta aberta à sociedade brasileira*, resultado do Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular e 2º fórum de saúde OPAS/OMS/UNB, realizado em Brasília, em 04 de agosto de 2000.

Paulo Freire²⁵, intelectual brasileiro reconhecido mundialmente e de grande atualidade no debate internacional sobre as práticas educativas em promoção da saúde.

Esses princípios, tal como observados na produção de autores da área nos últimos anos²⁶, poderiam ser sintetizados como:

a) Compreensão holística de saúde

No lugar da apreensão da saúde através da doença, inscrita na normatividade biomédica transposta às clássicas abordagens de Educação em Saúde, as práticas orientadas pela Educação Popular incorporam a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, abrindo-se ao reconhecimento das dimensões econômica, política, sociocultural e espiritual aí envolvidas. A dinâmica de manter-se saudável, adoecer e se curar é atravessada pelas determinações e influências do contexto social, devendo aí se remeter como possibilidade da construção de um pensar sobre o viver, sobre os constrangimentos que impedem a qualidade de vida e as alternativas buscadas para superá-los. Abre-se com isso o caminho para a politização da saúde, bem como para o diálogo com outros referenciais além da hegemônica medicina científica. O sentido da saúde alimenta-se também da reflexão antropológica e filosófica e comporta pensar as expressões da subjetividade e da cultura, incluindo-se as práticas religiosas, espirituais e os sistemas alternativos de cura. Com base em Menezes (1998), pode ser pensado como equilíbrio dinâmico, sintonia do corpo/alma com os movimentos da vida no planeta, tendo como alimentos a adequada provisão do meio social, a qualidade da água e do ar, das relações com o outro, do amor e da alegria de viver.

²⁵ Pernambucano (1921-1997), Paulo Freire é conhecido por suas idéias e métodos inovadores e libertários. Sua principal obra é *Pedagogia do Oprimido* (1968). De sua vasta produção destacam-se também: *Educação: prática da liberdade* (1967), *Cartas à Guiné-Bissau* (1975), *Extensão ou Comunicação* (1982), *Pedagogia da Esperança* (1992), *À sombra desta mangueira* (1995) e *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1997). Para maiores informações sobre a biografia e obras do autor consultar o *site*: <http://www.paulofreire.org>.

²⁶ A síntese que se segue é apoiada em autores como Vasconcelos (1998, 2001 e 2003), Valla (1998, 1999 e 2000), Stotz (1999), Figueiró (1998), Figueiró e Oliveira (2001), Dantas (2002), Wong (2002), dentre outros, e nas reflexões que circulam no *site* da rede de Educação Popular em Saúde anteriormente mencionado.

b) Opção filosófico-política pela não-opressão / articulação com movimentos sociais

A politização da saúde implica o reconhecimento e a denúncia das desigualdades e da exclusão social geradas sob o signo da exploração do trabalho humano na sociedade capitalista. O horizonte da conquista de melhor qualidade de vida passa por um projeto de sociedade baseado em relações mais equitativas e solidárias, onde condições dignas de vida, produtoras de saúde, sejam garantidas ao conjunto da população. Questionar a opressão social e as formas diversas de autoritarismo de que se faz acompanhar nos marcos da sociedade brasileira²⁷ é parte constitutiva do ato educativo, assim como a perspectiva de fortalecimento da participação popular e a articulação com movimentos sociais de defesa da cidadania. Em lugar de representar estratégia legitimação do poder e de controle dos grupos dominantes, típica das práticas de higienistas, concebe-se a educação como possibilidade de exercício crítico acerca da ordem social, através de sua problematização enquanto promotora ou não de saúde no plano coletivo. Ao mesmo tempo, o espaço educativo é pensado como exercício de relações mais horizontais, afetivas, estéticas e éticas, favorecendo antecipações possíveis da humanização das relações sociais perseguida em escala mais ampla.

c) Educação como processo formativo do humano

Na mesma medida em que saúde não se reduz à abordagem de prevenção ou controle de doenças, educação é mais que transmissão de informação ou capacitações estritamente técnicas sobre conteúdos pré-definidos. Educação envolve o ser no mundo, em seu aprendizado amplo e permanente, integrando o trato de conteúdos específicos à dinâmica de vida de cada um e de todos nós. Abre-se a tudo que constitui o humano e valoriza isso como matéria-prima de reflexão e crescimento de ambos sujeitos da ação educativa. É processo de aprendizagem em mão-dupla, um diálogo de sujeitos, *gente com gente*,²⁸ processo de humanização e encontro onde todos trazem sua cultura, sua memória, seus valores, sua trajetória.

²⁷ Autoritarismo social, segundo Telles (2001), é o termo que designa o traço autoritário enraizado e reproduzido nas relações sociais em todos níveis.

²⁸ Palestra de Miguel Arroyo na abertura do II Seminário sobre Educação em Saúde no contexto da Promoção da Saúde. Brasília, outubro/2001.

d) Reconhecimento e interação com a cultura popular

A percepção do outro como receptor passivo das informações é superada pela visão de que todos produzem saber a partir de suas experiências e de que isso é a base da educação. Ao lidar com o processo saúde-doença, a população se vale de estratégias nem sempre convergentes com parâmetros técnicos, ou reconhecidas dentro destes, mas não necessariamente inferiores, nocivas ou sem valor. Práticas terapêuticas populares, como o uso de ervas e de remédios caseiros, têm vantagens em termos de eficácia e custo, comumente desconhecidas pelos profissionais de saúde, e além disso expressam formas de organização da vida cotidiana a serem tomadas como base do processo educativo. A imposição de valores e saberes dominantes no campo técnico deve ser repensada na base de um processo que permita emergir a lógica subjacente às práticas populares, seu sentido e simbologia, admitindo-se, como propõe Scott (1998), a possibilidade de pluralidade e cognição múltipla, ou convivência de explicações diversas para um mesmo fenômeno.

A cultura sob a ótica das expressões artísticas é, por outro lado, cara às práticas educativas por serem manifestações de criatividade e vida, referências de identidade que aproximam os agentes e renovam ânimos através da beleza, alegria e prazer.

e) Diálogo e reflexão

A educação é fecundada pelo envolvimento ativo do educando através do diálogo, do compartilhamento de seus conhecimentos e experiências, da problematização sobre os conteúdos mediatizados no processo ensino-aprendizagem. As práticas verticais em que emissor e receptor polarizam posições do saber e da ignorância, respectivamente, são questionadas em seu potencial de doutrinação e manipulação. Valoriza-se o estímulo a um pensar crítico e não apenas reprodutor de saberes. A problematização é, para Paulo Freire, um objetivo fundamental em qualquer esforço de educação popular e representa a possibilidade de tomada de consciência da realidade, a partir da reflexão sobre as relações do homem com o mundo e com os outros homens. Para o autor, no fundo, “(...) a problematização é a reflexão que alguém exerce sobre um conteúdo, fruto de um ato, ou sobre o próprio ato, para agir melhor, com os demais, na realidade.” Freire (1982:83) Nas práticas educativas em saúde, reflexão e ação são horizontes que envolvem ambos sujeitos implicados, e que

estão além da apropriação acrítica e imediata de normas comportamentais dissociadas de sua problematização no contexto social.

f) Metodologias participativas

O exercício do diálogo é favorecido por dinâmicas de trabalho promotoras da participação. O grupo é espaço que potencializa a interação e a reflexão crítica, a partir do envolvimento de todos e da construção do coletivo a partir do singular, da história e do pensamento de cada um. Processos participativos são pensados na direção de promover mais amplamente a participação dos sujeitos na sociedade, suscitada pela reflexão conjunta dos problemas vivenciados e da tomada de consciência sobre a necessidade de se trilhar caminhos de superação, de coletivamente assumir a construção da cidadania e romper a lógica de negação de direitos inscrita na realidade e refletida no processo saúde-doença-cuidado.

g) Afirmação de sujeitos e afetividade

O afeto é a base que fecunda o diálogo como possibilidade de encontro e afirmação de sujeitos. Relação de respeito, confiança e de querer bem é exigência do ato de educar e se educar. Nas palavras de Freire (1982:43): *“O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o “pronunciam”, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos.”* O processo é feito não só de razão, mas de emoção, ludicidade, solidariedade, daquilo que une cada um consigo mesmo e com o outro. Acena-se para uma pedagogia desejante, que desperte o desejo de saber e de ser mais, que possibilite às pessoas (re)descobrir seu valor e seu potencial únicos. O reforço da auto-estima e do autoconhecimento, em contexto que possibilite amplo acesso e debate de informações, são pilares de afirmação dos sujeitos no processo educativo e em seu fortalecimento/capacitação para lidar com as questões de saúde.

Em síntese, Educação em Saúde orientada pela Educação Popular pode, como propõem Figueiró e Oliveira (2001:1), ser pensada como:

“(...) um processo contínuo e participativo, que se realiza a partir do diálogo, da troca de conhecimentos, de experiências e de sentimentos, e da construção de novos saberes e fazeres, visando o entendimento sobre a realidade e os condicionantes do processo saúde/doença/saúde. Espera-se com esse conhecimento, possibilitar, cada vez mais, uma

participação crítica, criativa e sensível nos vários setores da sociedade, em busca da melhoria da qualidade de vida.”

Do ponto de vista de mudança nas práticas de saúde, ações orientadas pela Educação Popular são, nos termos de Vasconcelos (1999), *instrumento de alargamento do cuidado em saúde*, contribuindo para a integralidade da atenção, humanização dos serviços e compromisso com o enfrentamento mais global dos problemas de saúde da população.

A idéia de ampliação das práticas é consonante com o pensamento de Brandão (2001), ao afirmar que a Educação Popular em Saúde se realiza quando o trabalho do profissional de saúde pública funde-se em um trabalho cultural de Educação Popular por meio da saúde. Isto é, quando ela não se limita à assistência mas “(..) *se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde.*” (Brandão, 2001:26).

Como se pode observar, embora nem sempre haja uma clara convergência na terminologia utilizada, vários aspectos apontados nesta caracterização da Educação Popular em Saúde encontram sintonia com a visão contemporânea da promoção da saúde, apresentada no ponto 3.1. A posição aqui assumida é a de que a possibilidade de imprimir ao campo uma direção inovadora parece passar, não por uma contraposição em relação a ações educativas, preventivas e assistenciais, mas pelo modo como aí se opera, pelo compromisso dos agentes com uma prática libertadora. Os cinco campos centrais da promoção da saúde podem assumir, como argumenta Melo (1998), uma dimensão social transformadora e questionadora, apoiada no desenvolvimento individual e coletivo, na solidariedade e ajuda mútua, alinhadas à participação e ao controle social. Para isso, na visão da autora: “*A prática com promoção da saúde deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia Freiriana.*” Melo (2000:114)

Atuando nesta vertente mas reconhecendo a oportunidade de integrar elementos complementares dos diferentes enfoques sobre Educação em Saúde, ora centrados na capacidade individual ora na mobilização social e política, Smeke e Oliveira (2001:132) afirmam que “(...) *os processos educativos, na prática, são em si multifacetados, dinâmicos e muito mais complexos do que podem admitir quaisquer recortes teóricos.*” Com base nesta premissa e na suposição de que a forma de lidar com informações em saúde, prevenção e cidadania é que parece ser o diferencial de práticas mais ou menos

inovadoras, busca-se a seguir perceber como a promoção da saúde é apreendida no campo do envelhecimento e traduzida nos programas direcionados aos idosos.

3.5 Promoção da saúde com idosos: princípios gerais dos programas

Como indicado no capítulo II, promoção da saúde na área gerontológica é um tema convergente com a promoção do envelhecimento saudável, ou ativo, para o qual a prevenção de doenças e incapacidades tem presença notável, juntamente com medidas de proteção e promoção social.

O interesse na promoção da saúde dos idosos tem razões demográficas e econômicas, destacadamente a preocupação com a redução de custos do Estado, e também do setor privado, com os sistemas de atenção. Nessa linha, estudos epidemiológicos têm contribuído para estabelecer evidências acerca da efetividade do investimento em programas nessa área. Por exemplo, indicadores recentes mostram que apesar da probabilidade de incapacidades crescer dramaticamente com a velhice, uma população envelhecida não é necessariamente igual a população mais incapacitada. Segundo a OMS, nos Estados Unidos tem havido significativo declínio em incapacidades idade-específicas nos últimos 20 anos (Kanapaux, 2002). Na análise do autor, esta tendência reflete investimentos em ações de promoção da saúde e se for mantida poderá contrariar a expectativa de uma explosão de custos de cuidado em saúde decorrente do envelhecimento²⁹. No mesmo sentido, estudos no Canadá e Reino Unido mostram que idosos de hoje estão menos incapacitados que os de coorte anteriores, o que demonstra que as incapacidades são susceptíveis de modificar-se e que *“alcançar uma idade avançada não é por força sinônimo de incapacidade e enfermidade.”* (OPAS, 1998:61)

Em revisão sobre o tema promoção da saúde do idoso, Keller e Fleury (2001) apontam como intervenções relevantes nesta área a redução do tabagismo, o incremento da atividade física, a prevenção de quedas, avaliação nutricional e do risco cardiovascular (incluindo controle de patologias e condições associadas), além de abordagens psicossociais, como controle do estresse, tratamento da depressão e fortalecimento do suporte social. Destacam também a imunização e discutem a

²⁹ A redução de incapacidades na velhice, conforme Kanapaux (2002:1) resultou numa economia de 17,3 bilhões em custos de *nursing homes*, em 1994 apenas. Por outro lado: *“Tem sido estimado que cada 1 dólar investido em programas que encorajam atividade física moderada resulta em economia de 3,20 dólares em custos médicos.”*

validade do *screening* para vários tipos de câncer em idosos, como o cérvico-uterino, de mama e de próstata, além do câncer bucal e de pele para grupos considerados de risco.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso (Gordilho et al., 2000), a prevenção é referida especialmente nas diretrizes de *promoção do envelhecimento saudável* e de *manutenção da capacidade funcional*. Na primeira relaciona-se à promoção de hábitos e práticas saudáveis (alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse) e ao combate a hábitos nocivos (tabagismo, alcoolismo e automedicação). Paralelamente a estas medidas, são previstas ações que visem à prevenção de perdas funcionais em dois níveis: a) prevenção de agravos à saúde (imunização quanto a tétano, pneumonia pneumocócica e influenza) e b) detecção precoce (enfermidades não transmissíveis e outras: danos sensoriais, risco de quedas, perdas cognitivas, déficits nutricionais, avaliação de capacidades e habilidades funcionais, isolamento social).

Como se pode notar, um princípio dos programas é a perspectiva de diminuição ou *compressão da morbidade* no envelhecimento. Segundo Veras (2002:181), este termo foi cunhado por Fries, nos anos 80, e significa desenvolver estratégias que visem a levar a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da espécie humana. Implica em empurrar para frente, mais perto da morte, o aparecimento de doenças crônico-degenerativas e/ou debilidades a elas associadas.

Ainda que se possa questionar que o principal é a busca de extensão da saúde mais do que extensão da vida (Scrutton, 1992), retardar a morbidade é fator relevante na expansão de um padrão positivo de envelhecimento. Para Darnton-Hill (1995:340), pode mesmo se dizer que a meta real da promoção da saúde é levar à “morte saudável”, o que é interpretado pela maioria dos idosos, no ocidente, como “*permanecer tão independente quanto possível, por tanto tempo quanto possível e ter tanto controle sobre suas vidas quanto possível.*”

A prevenção para idosos assume os sentidos clássicos de retardar ou inibir o aparecimento de doenças (prevenção primária), diminuir a possibilidade de avanço da morbidade, através de detecção precoce de doenças ou condições pré-existentes (prevenção secundária) e reduzir incapacidades relacionadas aos processos de doença (prevenção terciária) (Keller e Fleury, 2001). Com o avançar da idade, por sua vez, as possibilidades para prevenção primária se reduzem enquanto os limites entre esta e os demais níveis tornam-se crescentemente menos nítidos (Darnton-Hill, 1995).

Em texto que aborda ações indicadas nos distintos níveis de prevenção, Sallas (1994) comenta que o cuidado preventivo da saúde envolve a necessidade de avaliar periodicamente os hábitos dos pacientes para orientar sobre mudanças, se necessário. Dentre os hábitos relacionados à saúde, aponta os seguintes: *consumo de cigarros* (fator de risco específico para hipertensão arterial, acidentes vasculares encefálicos, arteriosclerose, infarto do miocárdio, câncer pulmonar e doença obstrutiva oclusiva crônica); *ausência de exercícios* (fator de risco para a mortalidade geral e desenvolvimento de enfermidade coronária, acidentes cerebrovasculares e osteoporose); *dieta inadequada* (carências nutricionais ou obesidade); *abuso de álcool*; e *transtornos do sono* (possível manifestação de problemas como depressão, apnéia e demência).

As práticas preventivas para idosos destacadas pelo autor incluem: *imunizações* (proteção específica contra pneumonia e tétano); controle do *colesterol total* (fator de risco para doença coronariana em jovens e adultos, modificável com dieta, e freqüente entre idosos - 30% dos acima de 65 anos); detecção de *enfermidade dental e periodontal* (problema na gengiva é a maior causa da perda de dentes: 1/3 entre 30 e 70 anos perde os dentes); avaliação da *audição* (perda severa atinge 25% das pessoas acima de 65 anos e 50% das pessoas acima de 85 anos e constitui risco para isolamento social, separação, desorientação, depressão, paranóia e perda da independência funcional); identificação da *hipertensão*; pesquisa de *câncer de mama, câncer cérvico-uterino e de cólon*.

Um nível importante da prevenção e do cuidado para idosos é a monitoração das doenças crônicas. Conforme Veras (2002), esta é hoje uma tarefa fundamental para preservação da saúde no envelhecimento, pois possibilita integrar a doença ao viver sem prejuízo significativo por longo período. Por serem de longa duração e com freqüência concomitantes, as doenças crônicas podem evoluir a ponto de requerer o máximo da parafernália do complexo médico industrial. Torna-se imperioso que serviços básicos de qualidade possam tentar conter e reduzir a debilitação delas resultantes. Razões econômicas relativas à sustentabilidade do sistema de saúde são aqui apontadas, seguindo a linha de vários autores³⁰, mas a seu lado e tão ou mais importante, há a ótica

³⁰ Em análise contundente dessa questão, Ramos (1995) dá o exemplo da hipertensão, que nem leva à morte rapidamente, nem é curável pontualmente, mas sim controlável. Cita que menos de 20% dos idosos na cidade de São Paulo têm a pressão controlada. Dos 600 mil idosos hipertensos, 100 mil estão controlados, enquanto 500 mil vivem na comunidade à espera de um infarto ou derrame, aí sim captados pelo sistema de saúde, com necessidade de CTI para ao final, não havendo óbito, “*devolver à comunidade um indivíduo com possíveis limitações motoras, intelectuais e de ordem médica capazes de transformar por completo a sua dinâmica familiar qualquer que ela seja.*” Ramos, (1995:53)

da qualidade de vida do idoso, favorecida pela preservação funcional: “*O principal objetivo das medidas preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas.*” (Veras, 2001:20)

Em abordagem sobre a ética da prevenção e seu valor humano incompatível com apropriações privadas e mercantis, Garrafa (1995) problematiza a afirmação amplamente aceita sobre a economia para os cofres públicos da execução de programas preventivos. Em termos monetários, como argumenta o autor, isso não é uma verdade absoluta pois a prevenção afasta ou adia doenças mas não evita os gastos terapêuticos elevados que cercam a velhice e o fim da vida. Por outro lado, fazendo um adendo ao contraponto do autor, políticas de prevenção de amplo alcance supõem um sistema público efetivo e resolutivo, para o qual um fluxo de recursos significativamente maior do que o observado no contexto brasileiro é uma exigência.

Diversas e interligadas dimensões da prevenção aqui abordadas convergem com o conceito de autocuidado. No marco da promoção da saúde, autocuidado pode ser compreendido como “*o conjunto de medidas que tomam as pessoas para melhorar sua própria saúde e bem estar no seio de suas atividades cotidianas.*” (Kickbush, 1996b:238) Dentro da nova perspectiva de saúde pública, a autora aborda o autocuidado como *comportamento social ativo* e atribui a este o sentido de adição à competência e habilidade do ser humano. A popularização do conceito ocorre a partir do debate nos anos 70 acerca da emergência de movimentos de bem-estar e auto-ajuda, os quais expressavam o desejo de autonomia, autodeterminação e independência da autoridade médica. Para Kickbush, o autocuidado deve ser apreendido no marco cotidiano da vida dos indivíduos e supõe a investigação sobre estilos de vida baseada no contexto e no significado, diferentemente do enfoque funcionalista que o reduz à questão da responsabilidade individual.

Segundo Derntl (1996), o autocuidado é uma estratégia fundamental da promoção da saúde do idoso e deve ser visto como uma das formas de expressão da autonomia. A autora retoma o sentido ético de autonomia como capacidade de autogoverno do indivíduo e alerta para sua apropriação restrita na área gerontológica, como equivalente à manutenção da capacidade funcional. Na concepção da promoção da saúde, “*(...) o idoso deve decidir livremente seu estilo de vida e este padrão não é, necessariamente, aquele concebido pelos profissionais de saúde.*” (Derntl, 1996:198) O papel da equipe é informar, orientar, apresentar alternativas e assistir.

Outra temática debatida diz respeito às oportunidades reais para o impacto das ações promoção da saúde com idosos: haveria ainda tempo de se colher efeitos positivos de ações preventivas? Sobre este ponto, segundo Heidrich et al. (1998), há opiniões conflitantes que partem do consenso de que o estado de saúde na velhice resulta de condições vividas em etapas anteriores da vida, desde a infância, e que para o envelhecimento saudável são importantes ações ao longo de todo o ciclo de vida. Entretanto, em que pese o limite maior para interferências em certas situações já instaladas, outra posição, talvez mais recorrente, sustenta que a proposição de estilos de vida saudáveis e a conquista de ambientes favoráveis justificam-se na velhice pela reconhecida margem para mudanças positivas e os benefícios em termos de saúde e manutenção da autonomia, especialmente mediante a integração de serviços sociais e sanitários (Fletcher et al., 1999).

A visão de que a abordagem em promoção da saúde deve se encaminhar na direção de conquista de políticas públicas multisetoriais que gerem ambientes favoráveis à saúde é também destacada por Molina (2002). Para o autor, não basta considerar “o que fazer” mas também “como fazer”. Por exemplo, sabe-se que mudanças na atividade física e na alimentação são medidas que podem postergar enfermidades crônicas, porém não é suficiente apenas o aconselhamento clínico, mas a provisão de condições sociais que facilitem a adoção das mudanças. Daí a importância de conceber a promoção da saúde como estratégia multisetorial de longo prazo.

Conforme resultados da revisão bibliográfica apresentada no capítulo VI, a tendência predominante dos programas para idosos não chega a alcançar este nível, ocasionalmente apontado, circunscrevendo-se à busca e aferição de mudanças no plano individual. É presente mas ainda pequena a articulação das práticas ao debate sobre promoção da saúde no que tange a assumir uma perspectiva política e sociocultural mais ampla.

Tomando por base o panorama aqui traçado do debate teórico-conceitual subjacente aos temas principais desta tese, passa-se no capítulo IV a indicar a perspectiva e as características das ações do projeto de promoção da saúde do NAI / UnATI, contextualizando-as no cenário institucional em que é realizado, e sua tradução na forma do modelo teórico-lógico da intervenção.

CAPÍTULO IV

O PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO NAI / UnATI

Este capítulo apresenta o contexto institucional e político do projeto de promoção da saúde, suas perspectivas teórico-metodológicas e a caracterização das ações, incluindo o perfil da população idosa participante. Os elementos aqui trazidos são base da construção do modelo teórico ou lógico do projeto, apresentado ao final, e que orientará a definição das estratégias de avaliação apresentadas no capítulo V.

4.1 O contexto institucional e político

O projeto de promoção da saúde é uma iniciativa desenvolvida e implantada pela equipe interdisciplinar do ambulatório do **Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)**, desde 1996. Nesta época a equipe era um grupo pequeno de *staffs*, composto por médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta.

O NAI foi criado em 1990, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), a fim de oferecer atenção especializada nas questões de saúde e envelhecimento. O NAI destina-se aos idosos com múltiplos comprometimentos de saúde e maior risco para perda da autonomia e independência, assumindo perfil de atenção secundária.

Em 1993, com a criação da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) na UERJ, o ambulatório antes localizado no HUPE passou progressivamente a funcionar no espaço da UnATI, um centro de convivência para idosos estruturado como micro-universidade temática, com ações integradas de ensino, pesquisa e extensão na área de envelhecimento. Pela proximidade física (um quarteirão entre o *campus* e o hospital) e os vínculos institucionais, o ambulatório manteve sua característica de serviço ambulatorial do HUPE, com as mesmas relações técnicas e administrativas anteriores, sendo este sua retaguarda para apoio diagnóstico e interface com serviços e especialidades aí disponíveis. A expansão de suas atividades de ensino, através da

abertura ao treinamento de residentes e estagiários de várias áreas profissionais, tornou o NAI uma unidade docente-assistencial do HUPE. Acompanhando também a lógica da UnATI, o ambulatório foi progressivamente incorporando como missão desenvolver ações de ensino e pesquisa, além da assistência à população.

A UnATI oferece atividades educativas e culturais gratuitas para pessoas acima de 60 anos. Atualmente possui cerca de 2200 alunos cadastrados e oferece vagas em cursos de diversas áreas: artes (dança, música, literatura, artes plásticas e artesanato), línguas estrangeiras, atividades de integração e reflexão e educação para a saúde. O acesso é feito duas vezes ao ano, para o primeiro e o segundo semestre, e o idoso pode freqüentar até três cursos em cada período. A vaga é garantida por sorteio para os cursos mais procurados e por ordem de chegada para os demais.

No campo da pesquisa, a UnATI possui uma biblioteca especializada em envelhecimento³¹ e uma linha editorial que divulga as produções da equipe. No momento está tramitando no Conselho Universitário o projeto de criação do Instituto da Terceira Idade, o qual possibilitará a expansão das atividades de formação de profissionais de Geriatria e Gerontologia, em nível de graduação e pós-graduação. O NAI vincula-se à área de extensão da UnATI, que conta também com outro ambulatório na Policlínica da UERJ, denominado CIPI (Cuidado Integral à Pessoa Idosa), destinado aos idosos em quadro de fragilização e dependência.

Atualmente o NAI possui uma equipe de quinze profissionais (onze *staffs*, quatro contratados e um voluntário) das seguintes áreas: enfermagem, geriatria e homeopatia, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia. Todas recebem alunos de graduação e pós-graduação para treinamento em serviço. Há duas profissionais de apoio administrativo e cinco idosos voluntários que atuam em um ou dois turnos, colaborando nas atividades de recepção e de verificação de pressão arterial. No momento a equipe tem 36 treinandos (14 residentes³², 11 estagiários, e 11 profissionais em treinamento profissional).

A dinâmica assistencial caracteriza-se pela busca de garantir uma atenção organizada e humanizada, exemplificada em aspectos como: ambiente físico adequado (sala-de-espera confortável, ar condicionado central), vínculo profissional/usuário,

³¹ CRDE (Centro de Referência e Documentação em Envelhecimento). No site da UnATI é possível consultá-lo, fazer pesquisas e ter acesso a várias publicações: <http://www.unati.uerj.br>.

³² O NAI é campo do programa de residência do HUPE nas seguintes áreas: geriatria, serviço social, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição. Nas duas primeiras os residentes ficam dois anos integrais em saúde do idoso, enquanto nas demais há rodízio por outros programas, com concentração apenas no segundo ano. Residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade, coordenado pela disciplina de Medicina Integral, também passam por treinamento no ambulatório.

consulta com hora marcada, comunicação telefônica com o idoso quando há imprevistos, prontuário único com abordagem interdisciplinar de rotina (*serviço social, enfermagem e medicina*, informatização dos dados assistenciais). O ambulatório sofre, entretanto, todas as injunções da conjuntura político-institucional do SUS, expressas tanto nas dificuldades do acesso ao apoio diagnóstico e às especialidades do HUPE, sobrecarregado pela desproporção entre oferta e demanda de seus serviços, como nos entraves para ampliação de sua equipe e expansão dos projetos de trabalho.

O NAI é coordenado há nove anos por uma médica geriatra, a qual, a partir desta ótica disciplinar, compromete-se com a constituição do campo interdisciplinar da atenção à saúde do idoso, favorecendo a construção coletiva do trabalho assistencial. Desde sua criação, o ambulatório tem como rotina uma reunião semanal para estudo e discussão dos casos atendidos com toda a equipe, em turno onde não há atendimento. Além desse fórum que agrega toda equipe, há reuniões específicas por projeto e reuniões técnicas e administrativas periódicas para planejamento global do trabalho.

Há atividades em grupo não apenas no projeto de promoção da saúde, mas também, de forma rotineira, no trabalho com cuidadores de idosos dependentes (grupo aberto a comunidade em geral), e em atividades de sala-de-espera.

A construção da interdisciplinaridade é um **exercício** para a equipe e para os alunos na medida em que todos têm oportunidade de trocar informações, experiências e definir atuações em conjunto. Mas há, evidentemente, limites dados pela própria formação acadêmica. Pode-se então caracterizá-la como um processo, por um lado favorecido pela abertura que para isso existe mas intrinsecamente dificultado pela organização estanque do conhecimento de base, a qual determina barreiras na comunicação e a integração entre as áreas, sobretudo entre o campo biomédico e o campo mais ligado às ciências humanas.

4.2 Histórico do projeto

Pelo seu perfil de ambulatório de nível secundário, o NAI organiza o seu acesso através de uma avaliação inicial, estruturada para identificação e acolhida do idoso a ser acompanhado pelo serviço, e também como espaço de informação e orientação da demanda assistencial.

Neste primeiro atendimento, em grande parte acessado espontaneamente, observava-se com frequência a procura de idosos com boas condições de saúde, cuja principal demanda era a prevenção/avaliação de saúde. Muitos preocupavam-se com o

fato de não terem assistência médica há anos e expressavam o desejo de ações preventivas, entendida como *check up* e realização de exames, como relevantes para a manutenção da saúde no envelhecimento.³³

A impossibilidade de absorver esta demanda, contrária à vocação institucional definida pelo serviço, trouxe questionamentos à equipe na medida em que se considerava legítima a demanda preventiva, ao mesmo tempo que estratégica para um trabalho mais amplo em saúde no envelhecimento. Como visto, a *promoção do envelhecimento saudável* e a *manutenção da capacidade funcional* incluem-se hoje como diretrizes centrais da Política Nacional de Saúde do Idoso (2000), em torno das quais é preconizada a valorização de ações preventivas. É necessário que os serviços de saúde possam fazer algo mais que atender as pessoas já adoecidas, assumindo o compromisso de contribuir para diminuir a necessidade social de suas próprias tecnologias assistenciais, o que corresponderia, em nosso caso, a menos pessoas vivenciando quadros de dependência na velhice.

Este foi um dos aspectos centrais na criação do **projeto de promoção da saúde**. Como abordado no capítulo II, o rápido processo de envelhecimento populacional da sociedade brasileira impõe a necessidade de investimento na promoção do envelhecimento saudável para que a maior expectativa de vida das pessoas possa representar na prática uma conquista e não um tempo adicional de problemas e sofrimento.

Paralelamente a isso, a transferência do ambulatório para UnATI reforçou a importância de ações com foco na promoção da saúde, idéia maior em torno da qual se alinha a proposta institucional de ampliar oportunidades de inserção social que contribuam para o bem-estar e a preservação da autonomia das pessoas com mais de sessenta anos. Também em consonância com os objetivos da UnATI, idealizou-se conjugar as atividades oferecidas aos idosos com a idéia de constituição de um banco de dados sobre as condições de vida e saúde desta população, de modo a se ter uma base para o desenvolvimento de estudos sobre a realidade local.

Ao longo de oito anos de funcionamento, o projeto passou por mudanças visando a maior organização e fundamentação das atividades. Inicialmente teve a

³³ Embutida nesta solicitação havia também, ou principalmente em alguns casos, uma preocupação quanto à garantia de acesso à internação, especialmente em caso de emergência. Tal expectativa, embora comum e justificada pela necessidade de sentir-se protegido em caso de agravamento ou emergência de doença, não tem correspondência com a característica assistencial do HUPE. Há anos ele tornou-se uma unidade que não dispõe de serviço emergencial, nem de mecanismos que assegurem a internação sequer de seus pacientes acompanhados em nível ambulatorial.

coordenação de uma enfermeira e, com sua saída do serviço em 1997, passou a ser coordenado por mim e por uma nutricionista. No início todos da equipe se envolviam com a execução direta das ações mas com o tempo o grupo se restringiu, em função da expansão das atividades do ambulatório³⁴ e a priorização de outras frentes.

Desde que foi cadastrado como projeto de extensão, em 1998, e passou a contar com estagiário bolsista, tem se buscado estabilizar uma rotina para as ações. Isto tem sido alcançado em certos aspectos (grupos, eventos, supervisão de treinandos), mas é pendente em outros (materiais educativos, definição das linhas de pesquisa) devido à amplitude da proposta e à ausência de planejamento profundo e sistemático previamente à intervenção. Destacam-se também as repercussões da instável dinâmica institucional, marcada por greves contra o constante desrespeito aos direitos trabalhistas e os cortes orçamentários na universidade, situações que prejudicam agudamente a assistência oferecida à população.

Apesar das dificuldades institucionais, o projeto desfruta hoje de certa solidez institucional, conquistada pela persistente manutenção das atividades, construção de vínculos com os idosos e empenho na busca de inovações. Seu espaço pode ser visto também da ótica do debate conceitual tratado no capítulo anterior. A idéia de promoção da saúde agrega diferentes perspectivas e tem passagem tanto pelo prisma dos interesses institucionais e profissionais focados na prevenção, de modo restrito, quanto de visões mais próximas aos desafios que esta comporta e sua dimensão necessariamente ética e política.

Para os profissionais que atuam diretamente no projeto, os limites e a sobreposição entre os campos da prevenção e da promoção da saúde foram confusos ao longo do desenvolvimento do trabalho. Em sua primeira versão, o projeto denominava-se de *prevenção e promoção da saúde do idoso*. O conhecimento maior sobre o desenvolvimento conceitual da promoção da saúde não era disponível para a equipe na fase de elaboração e implantação do projeto (1995), o que refletia, nesta época, a pequena introdução dessa discussão no Brasil. De toda forma, assumia-se a necessidade de um trato mais crítico da prevenção, o que levou posteriormente à decisão de usar apenas o termo promoção da saúde, reconhecendo com ele a necessidade de contextualização da prevenção no complexo da saúde e qualidade de vida dos idosos,

³⁴ Nos últimos anos, as frentes de atuação da equipe do NAI expandiram-se sem a plena correspondência com a ampliação da equipe. Além dos ambulatórios, o que fica na UnATI e o de neurogeriatria, realizado em um turno no ambulatório CIPI, o NAI atua nas enfermarias 17 e 18 do HUPE, com idosos internados, além de ações extra-muros como a visita domiciliar e o trabalho com idosos asilados do Instituto de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro (IGG).

assim como o esforço de incorporar dimensões da “saúde positiva” e suas implicações políticas, além da meta de evitar / controlar doenças.

O caminho de construção da promoção da saúde no projeto também deve, portanto, ser visto como **processo**. Do projeto original à concepção que baliza hoje as ações há ampliações decorrentes do maior acúmulo de conhecimentos e de experiências da equipe, mas há uma clara distância entre o horizonte idealizado e a prática possível no cenário aqui descrito. Tomando-se isso em conta, apresenta-se a seguir o norte ético e político do projeto.

4.3 Perspectiva teórico-metodológica

De acordo com pressupostos abordados no marco teórico deste estudo, o projeto baseia-se na visão de que o envelhecimento positivo e a manutenção da autonomia na velhice é, de modo geral, uma experiência possível e desejável, relacionada à oportunidade de condições e práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar, tais como: garantia dos direitos básicos, alimentação equilibrada, uso prazeroso do corpo, atividade física, inserção social e ocupação dotadas de significado, apoio e satisfação nas relações familiares e sociais, lazer gratificante, acesso a ações preventivas e adequado acompanhamento assistencial.³⁵

O conjunto desses componentes é visto na dinâmica com a realidade social, em certa medida comportando escolhas e opções, mas balizados pelas restrições/facilidades do contexto sociocultural, ideológico e político, pelo grau de alcance dos direitos fundamentais de cidadania, pela presença efetiva de políticas sociais e de saúde. Apesar da complexidade dos determinantes, considera-se válido, embora não suficiente, que as unidades de saúde promovam a *abertura de espaços educativos* e minimizem barreiras no acesso a serviços, através da *disponibilização de ações preventivas e assistenciais*.

Na primeira linha, sobretudo nos grupos com os idosos, o projeto objetiva socializar e debater informações disponíveis sobre envelhecimento e formas de prevenção e controle das patologias comuns com o avançar da idade, numa abordagem baseada na interação entre as perspectivas técnica e popular, que contemple e

³⁵ Na visão de Molina (2002), o declínio bem documentado nas capacidades funcionais (cardíaca, respiratória, muscular e renal) pode seguir de forma lenta ou rápida de acordo com variáveis genéticas e ambientais. Dentre essas, destaca alimentação, atividade física, estilos de vida, habilidades cognitivas e interações sociais. O declínio normal e progressivo no envelhecimento não necessariamente resultará em incapacidades se as influências citadas forem favoráveis.

problematize os múltiplos determinantes do contexto social. A informação como direito fundamental de cidadania é destacada como um dos princípios da Política Nacional do Idoso no Brasil (1994): “*o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.* (art.3º). Para isso destaca-se na Lei como uma de suas diretrizes o “*estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.* (VII diretriz)

Na abordagem individual acoplada ao eixo educativo (AMSQV), a referência do projeto é favorecer o acesso a orientações e serviços preventivos e assistenciais, mediante a avaliação de tópicos relevantes em saúde do idoso, objetivos igualmente previstos como direito à saúde na legislação específica. Ponderando sobre as implicações e distorções da idéia de prevenção comentadas em itens anteriores, acredita-se que: “*Numa perspectiva essencialmente humana, no entanto, quanto mais tempo se pode postergar as mutilações, a dor ou o sofrimento através de intervenções preventivas, mais se estará sendo coerente com o princípio ético básico da beneficência.*” (Garrafa, 1995:58)

Articulando estes princípios ao debate mais amplo sobre promoção da saúde, algumas posições podem ser demarcadas. Na delicada questão sobre “estilo de vida saudável”, a intenção já sinalizada é não abstrair práticas ou comportamentos saudáveis de seu contexto, nem perder de vista a singularidade da relação de cada pessoa com pautas genéricas de bem-estar. Por outro lado, procura-se orientar as práticas por um trato cuidadoso da dimensão ética envolvida, no que diz respeito à possibilidade de recusa das orientações preventivas e ao valor da informação. Entretanto, como Veras e Camargo Jr. (1995:22) afirmam, as pessoas têm o direito de recusar as medidas preventivas e terapêuticas, mas “*(...) só exercerão efetivamente este direito se tiverem consciência dos objetivos da prevenção na velhice, e se o pessoal da área de saúde for adequadamente treinado para fornecer a informação e o tratamento requeridos, no sentido de beneficiar e melhorar sua saúde.*”

Indo um pouco além, o propósito é criar contextos comunicacionais favoráveis à expressão e à reflexão sobre a forma como cada pessoa lida com a saúde/doença no cotidiano, seu universo de resistências aos saberes dominantes, as dificuldades para o autocuidado e as estratégias adotadas. As práticas educativas pautam-se no respeito aos valores pessoais e culturais a serem partilhados como forma de ampliação do conhecimento e de crescimento dos idosos e profissionais envolvidos. Conforme Portella (1999:363) assinala a partir da abordagem sobre autocuidado com mulheres

idosas em região rural: *“O processo educativo do ser humano é pessoal, singular! Consiste na história de cada um marcada pela singularidade das suas práticas culturais de saúde, pela sua unicidade, compreendendo o que sabe, o que ignora, o que deseja, quais suas necessidades, valores, crenças e hábitos.”* Nesta dinâmica, as ações educativas são oportunidades valiosas para os técnicos reverem conceitos e valores arraigados na cultura profissional.

A reflexão sobre autocuidado e envelhecimento é considerada um ganho mútuo da prática educativa na medida em que os profissionais também lidam com seu próprio envelhecimento e enfrentam, de alguma forma, barreiras socioeconômicas e culturais na busca de saúde e bem-estar. O envelhecimento é um horizonte que causa temor pelos valores negativos sobre ele investidos na sociedade ocidental e esta reflexão é fundamental para que os profissionais incorporem em seu fazer uma atitude crítica quanto a preconceitos, sintonizada a um norte de mudança cultural do lugar da velhice. Nesta linha, a importância de processos educativos em saúde é destacada na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento (1996):

“Educação e treinamento são necessários em todos os níveis para todos os grupos, incluindo os idosos. Isto inclui educação para adultos mais velhos, para melhorar sua capacidade para o autocuidado e auxílio mútuo, advogar e liderar; educação para profissionais de saúde e áreas afins (...) e educação da população para dissipar mitos e estereótipos.”

O sentido da Promoção da Saúde no projeto resultou inicialmente de algumas características a ele atribuídas, baseadas nos princípios do SUS, mas sem conexão explícita com formulações do conceito a partir da Carta de Ottawa (1986). Foram elas:

- compreensão de saúde no contexto da qualidade de vida;
- relevância da avaliação de múltiplas dimensões do viver e não apenas de patologias e fatores de risco tradicionalmente reconhecidos;
- capacitação e promoção da autonomia;
- acento na saúde positiva como contraponto à medicalização da velhice (polifarmácia e excessiva dependência do sistema médico);
- integralidade da atenção (resposta às demandas identificadas, não só de ações preventivas mas também assistenciais);
- interdisciplinaridade como método em direção a uma prática holística e humanizada;
- sentido político da abordagem metodológica das práticas educativas, pautada em princípios da Educação Popular em Saúde.

Dentro desse escopo mais abrangente referido à qualidade de vida, temáticas como trabalho, renda, habitação, família e suporte social, atividades no tempo livre, sexualidade, memória, autopercepção de saúde, projetos futuros e satisfação de viver fazem parte da abordagem do projeto.

A pretensão em abarcar dimensões mais amplas do viver assenta-se na preocupação em não fragmentar a pessoa, mas reconhecê-la em seu contexto e no que aí se apresenta como possibilidade e/ou barreira para melhorar o autocuidado em saúde e a satisfação com a vida. A abordagem de hábitos ou comportamentos deve ser feita de forma não burocrática ou dogmática, mas flexível e integrada ao sentido de potencialização do viver, no âmbito familiar e social, através do reforço/recriação de projetos de vida individuais e coletivos³⁶. O processo educativo vislumbraria ser um “abrir portas” na construção de caminhos para o bem-estar, algo próximo à “*vida de integridade*”, conforme Buchanan (2000) ou do “*ser tudo o que você pode ser*”, conforme Downie et al. (1997:20).

Isto pode parecer delicado na velhice pelos limites temporais e materiais para o alcance de certos objetivos, porém, em alguma medida é ingrediente valioso na recuperação da auto-estima e do senso de controle da própria vida, eventualmente prejudicados pela desvalorização da velhice e as poucas oportunidades oferecidas no contexto social.

A prática educativa proposta no projeto busca, portanto, integrar a prevenção ao escopo maior da promoção da saúde, favorecer o autocuidado simultaneamente à satisfação com a vida, mesmo nos limites da ainda pequena articulação de políticas setoriais em que se estrutura o trabalho, atuando na perspectiva de superá-los. Saúde, educação e lazer são as áreas que fazem interface na proposta da UnATI. Ações voltadas a favorecer ambientes saudáveis deveriam integrar mais amplamente as políticas sociais para diminuir os obstáculos que os idosos, sobretudo os mais pobres, enfrentam para a adoção de práticas mais saudáveis. Segundo Fletcher et al. (1994), e amplamente constatado na dinâmica assistencial, habitação e renda são, por exemplo, áreas em que ações estratégicas são fundamentais para que os idosos possam viver de forma independente e participar da comunidade.

³⁶ A delicada questão de trabalhar o individual sem cair no risco de suas apropriações ideológicas é uma preocupação presente no projeto. Exemplos do risco da excessiva individualização encontra-se fartamente na literatura comercial sobre saúde, tal como a matéria voltada para idosos intitulada *Atitude: encarar a vida de forma mais positiva e responsabilizar-se pela própria felicidade é a proposta da terceira idade para o próximo milênio* (Revista *Cuidados pela Vida*, ano II, n.4, 1999. Biosintética: revista de apoio ao tratamento médico).

Sobre a temática “comportamentos e estilo de vida saudáveis”, vale ressaltar as preocupações de Rey ³⁷ quanto à necessidade de superação do modelo médico organicista / positivista de saúde e da complexidade envolvida na busca de compreendê-la em moldes epistemológicos e práticos alternativos. Para ele não existem condições de saúde universais e ideais e nenhum comportamento é saudável em abstrato pois depende de que nele esteja implicada uma emotividade positiva. Atividade física é uma boa prática, por exemplo, se esta característica é presente; do contrário pode ser danosa ou nula em benefício. Por outro lado, é necessário reconhecer que a emotividade positiva não é saudável em si mesmo. Em vez de comportamento, o autor sustenta, porém, que é preferível falar de modos de vida com tendência saudável e investir na modificação de espaços sociais de práticas. É necessário não confundir universo da informação com universo da mudança e, sobretudo, considerar a dignidade da pessoa humana nas práticas em que se pretende produzir saúde.

Um outro plano sobre a qual se estrutura o projeto é o estímulo à interação social e à ampliação dos vínculos de amizade e cooperação entre os participantes. Isto é pensado sob dois pontos de vista: da ótica do exercício de uma relação mais próxima, ética e afetiva entre profissionais e os idosos, base de um sistema de saúde humanizado, erguido sobre a construção de vínculos e do cuidado; e, por outro lado, do incremento das redes de suporte social e do associativismo entre os idosos. Suporte social é um tema recorrente na Gerontologia e de crescente interesse na pesquisa em saúde coletiva no Brasil pelas evidências de sua relevância na saúde (Valla, 1999 e 2000; Chor, 2000; Lacerda, 2002). Conforme é constatado: *“As pessoas mais engajadas socialmente são as menos propensas a adoecerem, e ao contrário, as mais isoladas são mais ameaçadas em sua saúde.”* (Buchanan, 2000:28) Esta questão é talvez ainda mais sensível entre idosos dada à diminuição ocasional dos contatos sociais e o risco de isolamento com o avançar da idade. De acordo com a revisão de Keller e Fleury (2001), estudos com idosos revelam que a função da rede de suporte e contatos sociais tem sido associada a diversas conseqüências físicas e psicológicas em termos de saúde, incluindo mortalidade, status funcional, habilidade para o autocuidado, bem-estar e qualidade de vida. Contribuir para revitalizá-la é, por conseguinte, um ingrediente essencial das ações de promoção da saúde no envelhecimento.

Em tese, a concepção do projeto do NAI/UnATI pode ser pensada **idealmente**

³⁷ Palestra do psicólogo cubano da área de saúde comunitária, Fernando Gonçalves Rey, durante a Conferência Regional sobre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, São Paulo, 11/12/02.

de forma próxima a uma perspectiva ecológica, por agregar princípios de inter-relação entre fatores biológicos, sociopolíticos, culturais e subjetivos. Entretanto, apesar de partir da formação de grupos, a abordagem não é de base comunitária, no sentido de territorialidade, mas sim com foco no nível individual pela dispersão geográfica da população atendida. Isto é um limite para o desenvolvimento pretendido em termos de expansão de práticas organizativas e comunitárias a partir do projeto. Apesar das dificuldades, a premissa é não dissociar a dimensão educativa dos demais componentes que integram o conceito de promoção da saúde. Nas tipologias apresentadas por Downie et al. (1997), poderia se identificar o projeto como uma abordagem saúde-orientada (foco dual: aumentar a saúde positiva e prevenir doenças), tendo como base metodológica princípios e concepções da Educação Popular em Saúde. De acordo com uma expressão recente acerca dessa área, acredita-se que:

“o diferencial da educação popular não é a concentração nos aspectos políticos formais mas o fato de colocar o Humano, o Ético, a Ternura, a Criatividade, as Artes, a Poesia da Vida, como elemento fundador e diretor das relações sociais que se constroem na ação educativa em saúde.” Wong Un³⁸

Vale ainda considerar a visão do projeto sobre o risco de se reproduzir apreensões reducionistas e ilusórias da saúde, centradas no desempenho corporal e excessivo cuidado de si mesmo, assentado na dependência crescente de serviços médicos. É necessário aqui cuidar para que o vetor medicalizante que potencialmente acompanha as preocupações com a saúde na velhice não encubra ou mistifique os limites dados pela própria finitude humana. Em análise sobre questões bioéticas relativas ao envelhecimento, Salgado et al. (2000:7) alertam para o risco de que a medicalização implique em redução da autonomia por destruir nas pessoas o que seria o fundamento último da própria saúde: *“a capacidade de assumir sua condição e de fazer frente, por si mesmo aos acontecimentos e as provas de sua existência biológica”* A preocupação dos autores é que as pessoas passem a crer que medicalizadas não mais considerem natural o fato de cair enfermas e se curar, envelhecer e morrer. Diante disso comentam que: *“Não querer envelhecer é não dar oportunidade ao que somos, não querer viver o processo completo de nossa existência. A vida é sempre luta, esforço, gozo e sofrimento, desde o momento mesmo de nossa concepção.”* (Salgado et al., 2000:10)

³⁸ Mensagem de Julio Alberto Wong Un na lista de discussão da Rede de Educação Popular em Saúde (junho/ 2003).

Tomando em conta e procurando evitar os limites e/ou efeitos indesejados dos pontos críticos abordados ao longo deste capítulo, pode-se firmar como pressuposto do projeto ora analisado que a busca de uma boa condição de saúde no processo de envelhecimento é algo complexo mas essencial para que as pessoas possam potencializar o próprio viver, partilhar e contribuir com a vida social. A utopia, longe de ser a da “saúde perfeita” e do culto ao corpo encerrado em propósitos estéticos, individualistas e mercadológicos é preservar a capacidade de lidar bem com a vida, mesmo na velhice e na presença de doenças e limitações.

4.4 Características das ações

O projeto de promoção da saúde consiste de duas linhas de ação integradas: o *Grupo Encontros com a Saúde* e a *Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida*. A atividade educativa dos grupos baseia-se no debate sobre temas de saúde no envelhecimento e a avaliação multidimensional conjuga a pesquisa sobre saúde do idoso com ações preventivas, educativas e orientações assistenciais, em nível individual. É também intenção do projeto favorecer o acesso a ações e serviços preventivos e assistenciais, mediante absorção de demandas no próprio ambulatório NAI ou encaminhamentos para serviços / especialidades do HUPE ou da rede pública em geral.³⁹

Os **Grupos Encontros com a Saúde (GES)** são espaços de informação e reflexão sobre aspectos relativos à saúde no envelhecimento. Trata-se de pequenos grupos (média de 10 pessoas), cuja programação atual prevê 14 encontros semanais, de duas horas, que abordam temas como: envelhecimento - possibilidades / limites, alimentação, atividade física, estresse, sexualidade, memória, saúde oral, direitos dos idosos e noções de doenças comuns (hipertensão arterial, diabetes, alterações ósteo-articulares e depressão). Esta programação foi definida após a recorrência com que estes temas surgiam nos grupos realizados nos dois primeiros anos do projeto, por diferentes profissionais. Nesta época os temas eram definidos a partir da dinâmica realizada na segunda reunião sobre o que se entendia por saúde no envelhecimento. A experiência relativamente comum dos grupos suscitou a oportunidade de definir uma

³⁹ Nos casos em que o idoso dispõe de plano de saúde e esteja desacompanhado quanto às necessidades apresentadas, são discutidos os motivos da subutilização e estimuladas alternativas correspondentes, podendo ser também a absorção em alguma especialidade do NAI (exemplo comum é a psicologia, serviço demandado por muitos idosos e não disponível nos planos privados de saúde).

programação mínima para que um material de apoio fosse organizado para os treinandos, já que sua integração ao projeto foi se dando de forma crescente com a expansão das atividades de ensino do NAI. A programação é apresentada no primeiro dia do grupo como proposta e é submetida à apreciação do grupo para que os idosos tenham liberdade de acrescentar ou questionar algum dos temas. Com isso ocorre pequenas modificações no programa de cada grupo, normalmente no sentido de inclusão de temas não contemplados. O quadro 1 mostra os objetivos em cada um dos eixos temáticos.

A coordenação dos grupos é feita por profissionais da equipe do NAI e conta com a participação dos residentes e estagiários das diversas áreas. Um profissional ou residente de segundo ano com experiência no projeto assume a coordenação juntamente com dois treinandos, preferencialmente numa composição interdisciplinar.

Em apoio às atividades educativas dos grupos são distribuídos folders e/ou pequenos textos sobre assuntos tratados em cada reunião, sendo esta uma prática bastante valorizada pelos idosos. São utilizados os folders *Viva Bem a Idade que você tem*, adaptados de uma série produzida pelo Ministério da Saúde. O conteúdo dos textos foi revisado com a participação de profissionais do NAI e da UnATI, porém mantém a essência original. Foram acrescidos dois campos: **informações complementares**, cujo objetivo é oferecer um espaço para orientações individualizadas, e **para refletir**, que aponta questões para provocar a reflexão e problematizar o tema abordado. Os sete folders produzidos são sobre as seguintes temáticas: sociabilidade (*A Vida é a Arte do Encontro*), alimentação (*Alimentação e Saúde*), atividade física (*Vida é Movimento*), sexualidade (*Sexualidade em todas as Idades...*), memória (*Quem tem medo de ficar caduco?*), automedicação (*Você gosta de usar remédio sem receita médica?*) e prevenção de quedas (*Quedas e acidentes: problemas que podem ser evitados*). Há uma vertente do projeto dirigida à produção de materiais didático-pedagógicos de apoio ao GES, a qual comporta pensar a complexidade e desafios da comunicação em saúde. Trabalha-se com a premissa de que os materiais impressos distribuídos aos idosos podem ter alcance na comunidade, já que chegam às famílias e podem ser lidos pelos mais jovens, favorecendo uma disseminação maior das informações.

Com base em princípios da Educação Popular em Saúde, busca-se trabalhar com dinâmicas grupais que favoreçam a expressão dos idosos sobre suas experiências de vida e conhecimentos sobre saúde, valorizando-se sua participação e o diálogo com o saber técnico-científico. Os coordenadores também participam das dinâmicas, sempre que possível, para vivenciar o processo educativo de forma integrada ao grupo e

partilhar as questões propostas também do ponto de vista pessoal.

Periodicamente são realizados encontros destinados aos idosos egressos dos grupos com o fim de manter um fórum de discussão sobre promoção da saúde, assim como para socialização de dados da pesquisa sobre saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Abrir um espaço para educação continuada foi uma forma encontrada para manter, de algum modo, o vínculo com os idosos e realimentar o trabalho, necessidade reforçada pela recorrente sugestão desses para que houvesse alguma continuidade da proposta do GES. Esses eventos são realizados em auditórios da UERJ e atendem também ao compromisso ético de partilhar com os sujeitos da pesquisa o conhecimento gerado através de sua participação no projeto. Isto integra-se ao objetivo de reconhecimento pelos idosos de sua realidade de saúde, como uma base necessária para que possam florescer ações de maior alcance em promoção da saúde. A aproximação com a realidade da população envolvida favorece também a exemplificação e o redimensionamento dos temas abordados nos GES de acordo com as tendências observadas.

Quadro 1. Objetivos básicos dos eixos temáticos do Grupo Encontros com a Saúde

Tema	Objetivo
Envelhecimento: limites e possibilidades	Estimular a reflexão sobre o envelhecimento como processo contínuo de mudanças, buscando favorecer a percepção crítica dos idosos quanto aos limites e as perdas comuns a esta etapa da vida, estimulando as potencialidades e a retomada/descoberta de projetos de vida.
Alimentação	Apresentar e discutir os princípios básicos de uma alimentação equilibrada, visando à reflexão acerca dos hábitos alimentares e suas implicações psicológicas, sociais, econômicas e culturais.
Atividade Física	Informar sobre os efeitos da prática regular de atividade física na saúde e suas implicações no envelhecimento e refletir sobre as dificuldades e estratégias para incorporação deste hábito ao cotidiano.
Estresse	Definir o conceito de estresse e abordar os principais sintomas, fatores geradores e conseqüências, do ponto de vista teórico e vivencial, de maneira a favorecer condições de enfrentamento e busca de equilíbrio.
Depressão	Definir o conceito de depressão e abordar possíveis fatores predisponentes, sintomas e impacto sobre a saúde, a partir das situações concretas vividas pelos idosos, visando à reflexão sobre formas de enfrentamento e busca de ajuda adequada.
Hipertensão arterial e aterosclerose	Caracterizar a hipertensão arterial como problema de saúde pública na atualidade; informar sobre fatores de risco, medidas preventivas, conseqüências e tratamento, contextualizando suas implicações sócio-econômicas, psicológicas e culturais.

Diabetes	Caracterizar o diabetes como problema de saúde pública, enfocando os tipos, causas, sintomas, complicações, aspectos preventivos e tratamento.
Problemas ósteo-articulares	Definir osteoporose e osteoartrose como problemas de grande expressão no envelhecimento e apontar estratégias profiláticas no sentido de minimizar e/ou postergar os efeitos dessas doenças.
Sexualidade	Estimular a reflexão acerca do exercício da sexualidade na velhice, enfocando-a do ponto de vista das mudanças fisiológicas e suas relações com o contexto social, problematizando os preconceitos nesse campo e valorizando a possibilidade de sua expressão como fator de saúde.
Saúde Oral	Informar sobre os principais problemas de saúde oral no envelhecimento e as medidas profiláticas de prevenção e controle.
Memória	Enfocar as questões relativas à memória no processo de envelhecimento, desmistificando tabus e destacando a importância do contexto ideológico e sociocultural na capacidade cognitiva.
Direitos Sociais dos Idosos	Divulgar os direitos conquistados pelos idosos no âmbito da Política Nacional do Idoso, objetivando problematizá-los e estimular a participação social e o exercício da cidadania.

A **avaliação multidimensional de saúde e qualidade de vida (AMSQV)** é o instrumento para ações preventivas e educativas em nível individual e ocorre simultaneamente à participação dos idosos nos grupos. Na dimensão da pesquisa ela transcende seu caráter de atividade-meio, ultrapassando seu objetivo interventivo imediato e viabilizando a produção de conhecimento com alcance além de sua aplicabilidade local.

O instrumento foi construído pela equipe interdisciplinar, tomando por base o

questionário BOAS (*Brazilian Old Age Schedule*)⁴⁰, desenvolvido a partir de outros instrumentos e adaptado para o uso em pesquisas epidemiológicas com idosos no Brasil (Veras, 1994). Segundo Fletcher (2002)⁴¹, avaliação multidimensional significa inquérito sistemático tanto quanto possível de condições e problemas não espontaneamente trazidos à consulta. Trata-se de um método padrão para medir / detectar um problema e entre seus benefícios possíveis está a identificação de problemas não conhecidos cuja abordagem possibilite uma melhor saúde.

A entrevista para aplicação da avaliação dura cerca de 50 minutos e é feita pelos coordenadores de cada grupo. Propõe-se ao idoso que este seja um momento de conhecimento e reflexão sobre o que pode e/ou precisa ser melhorado em sua saúde e qualidade de vida. O instrumento (anexo 1) objetiva compor uma visão ampla da pessoa e seu meio e abrange, além da identificação, dados relativos às seguintes áreas: situação familiar, recursos econômicos, fatores de risco e problemas de saúde, sociabilidade e lazer, utilização de serviços e ações preventivas, e exame físico sumário. Este último envolve a verificação de pressão arterial, peso e altura, o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e a avaliação de exames laboratoriais básicos (glicemia, colesterol, HDL e triglicerídeos), realizados no HUPE se o idoso não tiver outra referência assistencial. Estas checagens relativamente simples são valiosas na prevenção e controle de patologias comuns entre idosos.

Em fatores de risco são observadas a prática regular de atividade física, a ocorrência de quedas, a presença de tabagismo e etilismo. Problemas de saúde atuais são avaliados mediante a morbidade referida, feita através do inquérito de condições patológicas ou queixas mais comuns em idosos. A utilização de ações ou serviços preventivos inclui o questionamento sobre a regularidade da avaliação odontológica, do preventivo do câncer de próstata ou cérvico-uterino e de mama e a da imunização (anti-gripal e anti-tetânica). É também caracterizado o tipo de acompanhamento assistencial que o idoso possui e avaliada sua adequação em face dos problemas apresentados.

No plano referido à qualidade de vida de forma mais ampla, temáticas como satisfação com a relação familiar, atividades no tempo livre, sexualidade, autopercepção de saúde, projetos futuros e satisfação de viver são também abordadas.

Após a coleta de dados, o entrevistador deve construir com o idoso uma síntese

⁴⁰ Este instrumento e seu manual de aplicação estão disponíveis na homepage da UnATI/UERJ (<http://www.unati.uerj.br>).

⁴¹ Palestra no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Abrasco, Curitiba, 2002.

da avaliação a partir das impressões de ambos quanto às situações passíveis de reflexão, orientação e/ou encaminhamentos assistenciais. Especialmente atendendo ao reconhecimento apontado anteriormente sobre a complexidade envolvida na prevenção e adoção de hábitos saudáveis, o profissional deve propor um diálogo sobre as dificuldades envolvidas e alternativas para contorná-las e não “prescrever” o que deve ou não ser feito.

No ano de 2000 houve uma revisão do instrumento da avaliação multidimensional para torná-lo mais sintético e operacional. Foram excluídos alguns itens que não se mostraram relevantes e acrescentados outros, tomando-se por base a versão revisada do questionário *boas* e as necessidades suscitadas pela experiência de sua aplicação no projeto. A partir de 2002, com início da reavaliação periódica dos idosos comentadas adiante nas diretrizes metodológicas, houve pequenos ajustes no instrumento de modo a adequá-lo a um estudo longitudinal de questões abordadas na avaliação. Com a previsão de um acompanhamento, bianual, ao longo de 10 anos, o instrumento foi revisado para reunir informações de cinco avaliações.

Na seqüência da avaliação multidimensional, havendo concordância do idoso, é feito agendamento para a avaliação nutricional, realizada pelo projeto de extensão *Nutrição e Terceira Idade* da UnATI. Neste atendimento, o objetivo é checar a dieta do idoso em termos de equilíbrio nutricional e oferecer orientações individualizadas quando necessário. No próprio NAI são também disponíveis hoje os seguintes serviços assistenciais: acompanhamento geriátrico, consulta médica pontual, psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia e avaliação em saúde oral⁴². Mais recentemente vem se estabelecendo um atendimento específico de fisioterapia para o idoso com história de quedas recente, com vistas a uma abordagem profilática desta questão. Oftalmologia e urologia são especialidades do HUPE também de acesso garantido através de parceria com NAI. Outras necessidades assistenciais são tratadas através de encaminhamentos para o HUPE ou para a rede pública ou privada de saúde, de acordo com a situação apresentada pelo idoso. Isto representa um limite dentro da proposta do projeto, tendo em vista as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde em nosso contexto.⁴³

⁴² O odontólogo do NAI desenvolve um projeto educativo e realiza atendimentos individuais para avaliação, orientações e encaminhamentos. Até o momento não há equipamentos e estrutura física para a disponibilizar tratamento dentário para os idosos.

⁴³ No debate sobre avaliação multidimensional no Congresso citado, Fletcher (2002) comenta a polêmica presente neste ponto, já que para alguns seria antiético identificar problemas e não dispor do serviço, enquanto outros acham que pode ser uma maneira de pressionar para que passem a ser disponíveis. É, de fato, uma questão delicada, mas negar a orientação talvez seja uma dupla exclusão, ao passo que

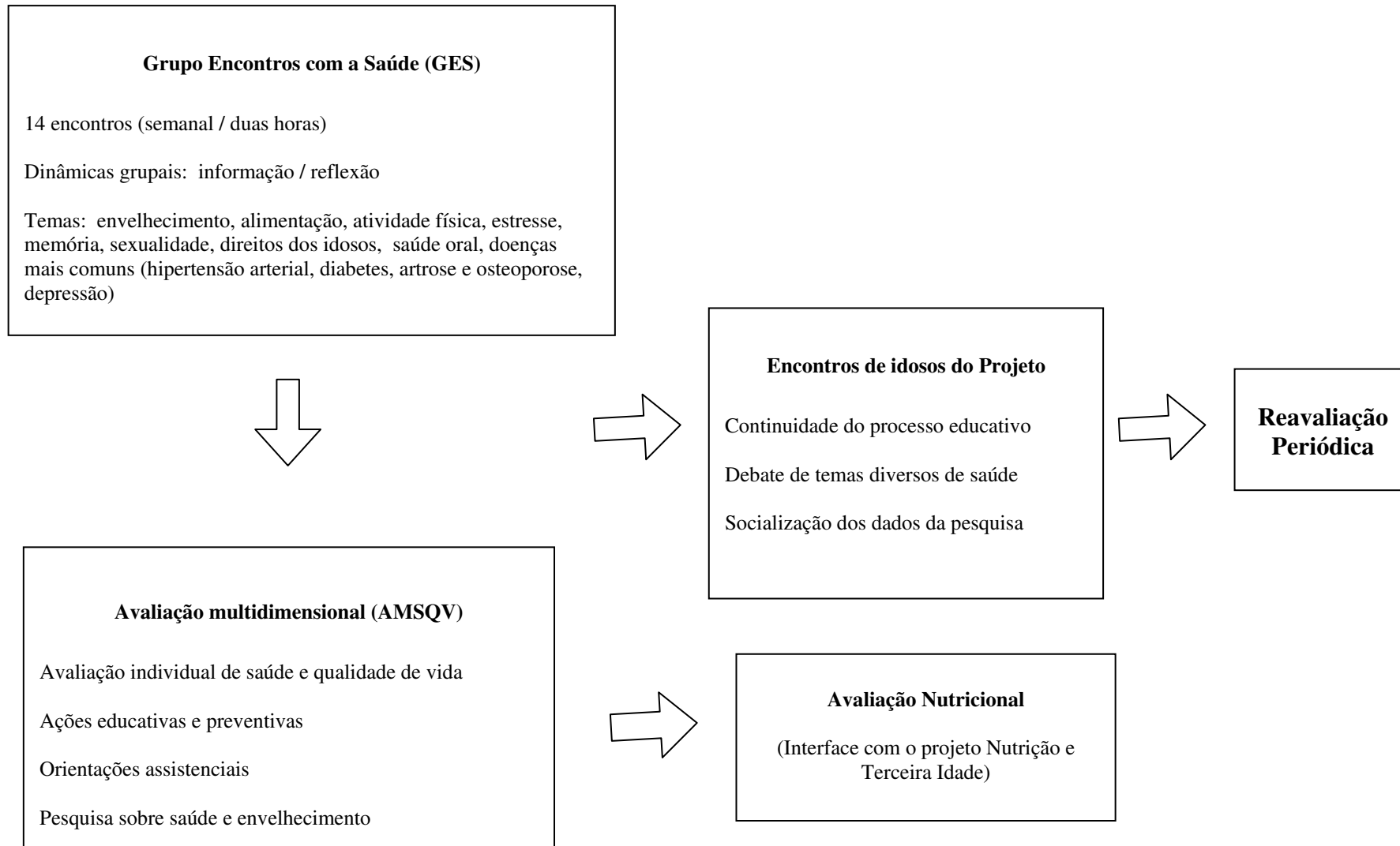
Em outro nível, a identificação de interesses quanto à inserção em atividades sociais e educativas desdobra-se em encaminhamentos para cursos da UnATI e/ou orientações sobre centros de convivência, opções de lazer e programas destinados a idosos no âmbito municipal.

Ao final da avaliação, o profissional deve registrar a síntese e os procedimentos adotados em campo próprio para *impressões e conduta*. Esta avaliação fica arquivada no serviço e o idoso leva um cartão com seu número de cadastramento no projeto para sua identificação quando retornar ao ambulatório em caso de necessidade posterior, possibilidade que fica em aberto para o participante.

A realização das entrevistas individuais da avaliação é feita mediante treinamento específico e com apoio de manual de orientações. Os dados são informatizados e é feita supervisão das equipes para discussão das situações encontradas. Uma visão geral das atividades do projeto de promoção da saúde, tal como passou a valer em 1998 e, mais plenamente, a partir de 2000, é apresentada na figura 5.

dar visibilidade ao problema, através de avaliações por exemplo, pode ser um caminho para aberturas institucionais e avanço na concretização do direito à saúde.

Figura 5 - Atividades do Projeto de Promoção da Saúde



4.5 Modelo teórico-lógico

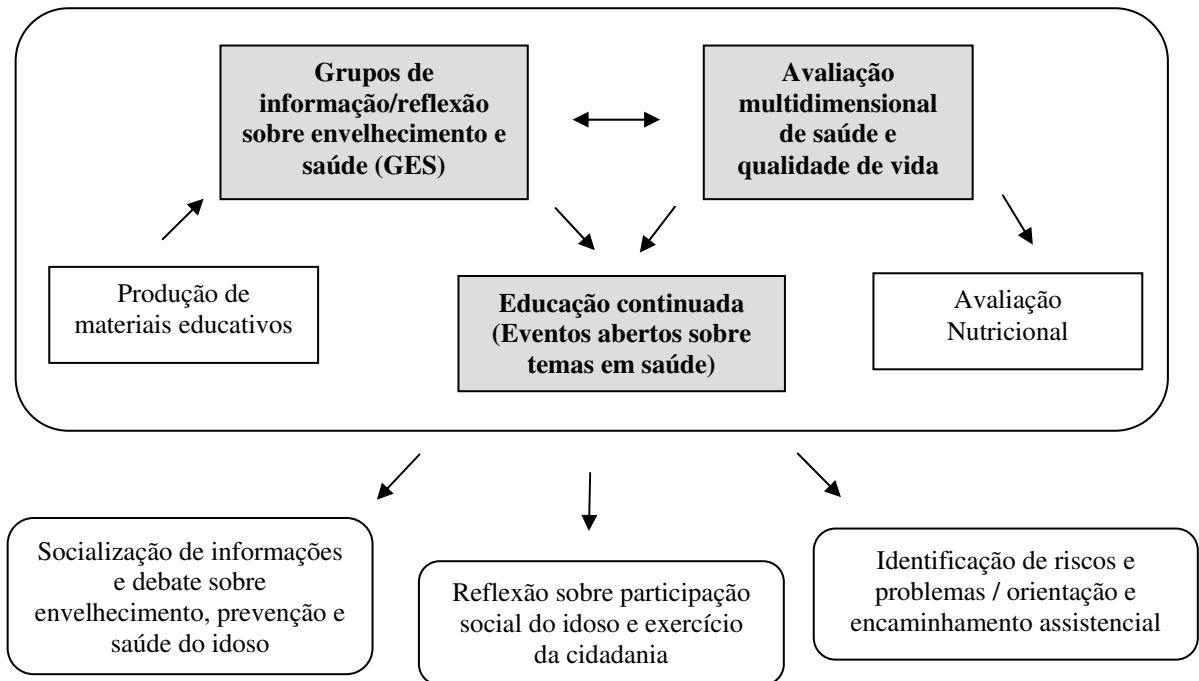
O modelo teórico ou lógico do programa é o desenho que expressa esquematicamente a racionalidade sobre a qual o mesmo se estrutura e sobre como se espera que exerça influência sobre dada realidade. Com base em diversos autores avaliadores, Hartz (1997) sustenta que os modelos ajudam a testar a razão do programa, a partir do conjunto de efeitos lógicos e hierarquicamente esperados da intervenção. Na mesma linha, Keller e Fleury (2000) afirmam que os modelos podem ser guias efetivos para fundamentar teoricamente as práticas e a pesquisa quanto aos programas e fazem uma revisão dos modelos mais frequentes em promoção da saúde do idoso.

Baseado nos elementos que caracterizam o projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI, o modelo teórico-lógico que orienta a atuação junto aos idosos, construído neste processo de avaliação, pode ser esquematizado como mostra a figura 6. As atividades/processos em destaque são as priorizadas para avaliação, de acordo com as diretrizes metodológicas e a matriz de medidas apresentadas no capítulo seguinte.

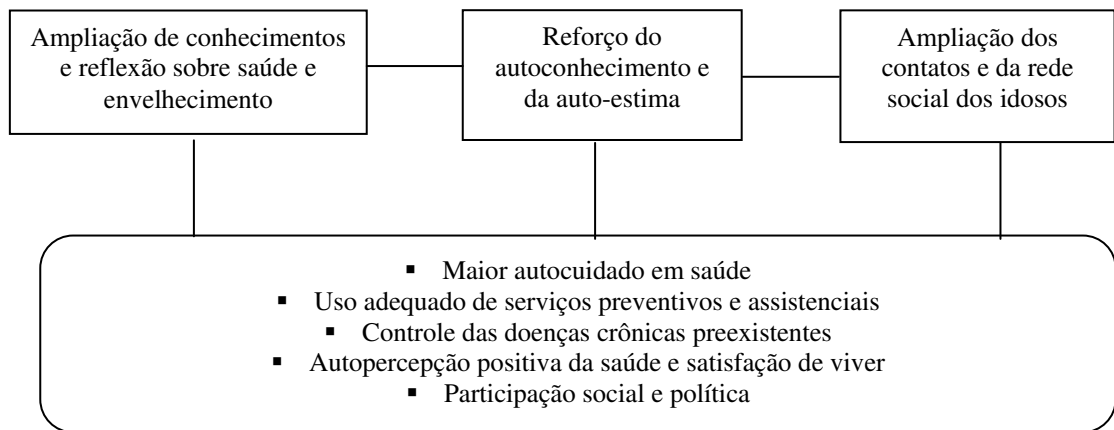
Além da prestação de serviços aos idosos, o projeto possui objetivos em termos de formação e capacitação profissional em todas as suas ações, conforme o modelo teórico-lógico em relação ao ensino, apresentado no anexo 2. Essa vertente, embora tocada na análise do grau de implantação das ações (capítulo VII), não será por ora contemplada neste estudo avaliativo. Ressalta-se, porém, a contribuição que esta faceta do trabalho pode potencialmente significar em termos de sintonia com o modelo assistencial apontado na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), ao promover espaço de exercício da interdisciplinaridade como estratégico para a integralidade e humanização da atenção em saúde.

Figura 6 - Modelo teórico-lógico do Projeto de Promoção da Saúde do NAI/UnATI

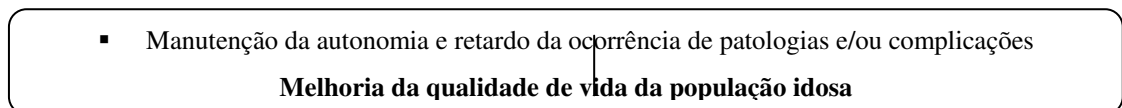
ATIVIDADES / PROCESSO



RESULTADOS



IMPACTO



4.6 Perfil dos idosos participantes

A população a qual se destina do projeto constitui-se de idosos que passam pela avaliação no NAI, inseridos ou não no ambulatório para acompanhamento regular⁴⁴, idosos encaminhados de outros setores do HUPE ou outras instituições, e de idosos que freqüentam atividades da UnATI. A forma de acesso ao projeto ocorre, portanto, através de encaminhamentos ou via demanda espontânea, mediante inscrição feita na recepção do ambulatório nos meses de março e agosto de cada ano.

Esta mesclagem se mostrou interessante para as ações educativas, já que propiciava o contato de idosos com e sem conhecimento da UnATI, favorecendo um intercâmbio de informações e experiências oportuno aos objetivos do projeto. Por outro lado, dependendo da configuração dos grupos, levava às vezes ao questionamento sobre o critério de equidade das ações, pois muitos idosos já tinham uma expressiva inserção educativa na UnATI e acesso a recursos em termos de serviços de saúde, demandando talvez mais o caráter promotor de vínculos sociais do projeto do que seu sentido mais estrito de socializar informações e estimular/proporcionar ações preventivas e assistenciais. Seria justificado, em meio a tantas necessidades sociais, oferecer ações a um grupo de idosos já beneficiado em termos de acesso a atividades relativas à saúde?⁴⁵ De toda forma, como se verá adiante, o apoio social é também um objetivo do trabalho por ser cada vez mais reconhecido como fator positivo na saúde (Valla, 1999; Moura, 2000; Lacerda, 2002), além de outros ganhos no processo educativo, crescentemente demandados pelos idosos.

Os encaminhamentos internos para o projeto são feitos em atendimentos individuais, quando o profissional percebe a relevância de atividades em grupo diante das questões apresentadas, seja da ótica da prevenção e do autocuidado (pessoas com demanda de informação e melhor controle de patologias crônicas), seja pelo aspecto de socialização (pessoas solitárias e desejosas de ampliar contatos sociais e horizontes de

⁴⁴ Apesar de destinar-se inicialmente aos idosos com demanda de prevenção que não se enquadraram nos critérios para acompanhamento do ambulatório, na prática verificou-se a oportunidade de abrir a participação também para os novos pacientes que, apesar de apresentarem problemas de saúde já evidentes, demonstraram interesse ou necessidade de inserção em atividades em grupo no eixo temático proposto.

⁴⁵ O limite para um alcance populacional direcionado à população idosa mais desfavorecida relaciona-se em parte às barreiras de acesso dos idosos à estrutura da universidade. A realização deste trabalho em comunidades periféricas próximas vem sendo considerada mas tem como entrave a insegurança gerada pelo domínio do tráfico de drogas nestes locais. Uma experiência-piloto está em curso com idosos de uma rua de Vila Isabel, próxima à UERJ.

vida). A dinâmica do trabalho é exposta e o idoso opta ou não em participar.

De acordo com dados referentes a 425 questionários, aplicados de 1996 a 2001, no grupo estudado predominam mulheres (88%), entre 60 a 69 anos (51%), 44% com escolaridade primária e 12% com nível superior, moradia própria (69%), sem vínculo conjugal (64%), aposentadas (67%), com satisfação em relação à vida (75%) e projetos futuros (69%). Quanto à renda, há um leque bem variável de situações e distintas percepções sobre sua adequação, predominando condições de vida mais favoráveis que a média da população idosa brasileira. Cerca de 51% dos idosos do projeto possuem planos privados de saúde.

Na morbidade referida destacam-se: problemas ósteo-articulares (58%), hipertensão (46%) e perda visual (37%). A prevalência de queda foi de 33%, predominando as causas ambientais. Cerca de 66% referem atividade física regular e 25% relatam vida sexual ativa. Os principais problemas cotidianos foram: medo da violência (70,5%), preocupação com filhos (56%), problema econômico (53%) e problema de saúde (48%).

A complexidade da integração de ações e o amplo leque de temáticas abordadas trazem inúmeros desafios à intenção de avaliação do projeto descrito. Buscando enfrentá-los em caráter exploratório e sem pretensão de apresentar um “modelo ideal”, esforço sempre aquém da dinâmica da realidade, parte-se no capítulo a seguir para a apresentação das diretrizes metodológicas adotadas na avaliação da experiência aqui enfocada.

CAPÍTULO V

DIRETRIZES METODOLÓGICAS DA AVALIAÇÃO

*“O observador vulnerável seria aquele que se deixa envolver emocionalmente, podendo produzir, desta forma, saberes emocionais sobre os sujeitos pesquisados. Isto não significa, é claro, que se abra mão totalmente da razão crítica e do rigor disciplinar. Um equilíbrio é desejável nestes casos. Da mesma forma, poderíamos pensar em **profissionais vulneráveis**, aqueles que por um processo paciente de aprendizado do/no mundo, podem viver as dimensões emocionais e artísticas das dinâmicas culturais em que estão envolvidos.”*

Julio Wong Un (2002)

5.1 Avaliação em promoção da saúde

Avaliação em promoção da saúde é o tema abordado em livro organizado por Rootman et al. (2001), o qual traduz apropriadamente a complexidade e os desafios da pesquisa e da produção de conhecimento neste campo. Afirmam que as pressões são crescentes para saber se os esforços têm um efeito positivo (impacto) e as razões disso (processo). Questões conceituais, epistemológicas e metodológicas são discutidas por diversos autores e, em síntese, remetem à necessidade de construção de abordagens alternativas diante dos questionamentos dos pressupostos tradicionais.

Segundo Goodstadt et al. (2001:519), iniciativas no campo da promoção da saúde apontam elementos que não são facilmente captados pelo modelo positivista predominante na pesquisa em saúde. Estes elementos são: 1) *ter metas que vão além da prevenção da morbidade, incluindo a melhoria da saúde e do bem-estar;* 2) *ter como foco a saúde positiva, saúde holística, justiça social, equidade e participação;* 3) *usar o empowerment como mecanismo central;* 4) *responder aos determinantes da (ou pré-requisitos para) saúde: fatores de nível macro social; e* 5) *ter ações nas áreas prioritárias da Carta de Ottawa: fortalecer a ação comunitária, construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes de suporte, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.*

Para os autores, os modelos de avaliação devem se orientar pelos princípios do campo e considerar o uso de múltiplos métodos, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos (apesar das dificuldades), a integração da avaliação de processos e resultados e a valorização de abordagens participativas de avaliação.

De acordo com Potvin et al. (2001), o foco tradicional sobre relações causais entre o programa e seus efeitos pode conduzir a avaliação a formular questões estreitas. Programas de promoção da saúde são sistemas abertos e não podem ser dissociados do ambiente (atores sociais, recursos e sistemas de significado) em que são implementados. O foco pode transcender o enfrentamento de determinado problema quando, por exemplo, incorpora questões societárias mais amplas. Pressupostos tradicionais da avaliação (distinção entre processo e resultados / monitoramento administrativo) e a hegemonia do desenho quase-experimental podem limitar, ou mesmo impedir, a produção de conhecimento útil em promoção da saúde.

A complexidade envolvida na realização de pesquisa avaliativa é apontada Contrandiopoulos et al. (1997:37), ao mostrar que esta pode se decompor em seis tipos de análise (análise estratégica, da intervenção, da produtividade, da implantação, do rendimento e dos efeitos), cada uma respondendo a questões diferentes e relevantes acerca da experiência investigada. No dizer dos autores: *“Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias destas análises. Teremos então que freqüentemente apelar para várias estratégias de pesquisa e considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção”*

No Brasil, a discussão sobre avaliação de ações de promoção da saúde foi tema de oficina no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia (2002) e um dos principais pontos enfatizados foi a necessidade de se repensar o modelo tradicional de avaliação como etapa final do programa, para efetivamente inseri-la como parte integrante e articuladora de todas as etapas de planejamento.⁴⁶ Isto significa avançar consideravelmente nos esforços de planejamento, realidade ainda pouco presente nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, como assinalado na introdução desta tese e refletida na história do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI. É neste terreno complexo em si mesmo, confrontado com novos desafios e pouco construído em nosso contexto, que se insere a proposta de avaliação desta tese, a seguir explicitada.

⁴⁶ Divulgação dos resultados do Congresso em Boletim da Abrasco. O Relatório da Oficina é disponível no site <http://www.abrasco.org.br>.

5.2 Desenho do estudo e técnicas de pesquisa utilizadas

A opção do estudo foi realizar uma pesquisa avaliativa sobre o projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI, na linha do referencial da *análise de implantação*, utilizado para identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção (Denis e Champagne, 1997; Hartz, 1997). Conforme estes e outros autores (Potvin et al., 2001; Furtado, 2001; Barreira, 2000), um programa não pode ser dissociado do seu ambiente pois os fatores aí presentes co-atuam positiva ou negativamente nos efeitos pretendidos, devendo então ser reconhecidos e integrados aos modelos de análise. Tal abordagem amplia as possibilidades das avaliações tradicionais baseadas no modelo da “caixa-preta”, cuja intenção era aferir resultados sem se “contaminar” com variáveis do contexto. De acordo com Barreira (2000:59) assume-se aqui a necessidade de considerar “*as variáveis situacionais complexas existentes em uma dado contexto social e sua interferência na implementação, execução e nos resultados do programa.*”

Tal perspectiva afasta-se de um ideal positivista de avaliação de práticas de saúde como procedimento exclusivamente técnico e reconhece a subjetividade e a dimensão política inerente ao processo de pesquisa (Deslandes, 1997), aspectos contemplados também na visão de *complexidade* assumida por Hartz (1997), como forma de pensar e de investigar que reconhece a interdependência das variáveis em sua inserção contextual e assume as incertezas, concebendo a pesquisa como processo de aprendizagem contínua sujeito/objeto.

O modelo de análise de implantação empregado (figura 7 apresentada ao final deste capítulo), procura mostrar a relação entre o grau de implantação das ações (dimensões de estrutura e processos) e os resultados (repercussões) em suas interações, bem como apontar influências do contexto político-social e organizacional nos **limites** das características da pesquisa empreendida, já que não foram dimensões propriamente avaliadas. Como dito no início deste trabalho, a tônica foi aproveitar a própria dinâmica do projeto, rica na produção de informações e carente de esforços de sistematização e análise, não tendo sido criados instrumentos específicos mas um esforço exploratório quanto às possibilidades já presentes no cotidiano da experiência analisada. O diálogo com variáveis do contexto será então feito procurando-se perceber a influência das contradições presentes no SUS e na proposta de promoção da saúde na execução do projeto, assim como o papel das políticas públicas na evolução de aspectos da saúde e

qualidade de vida dos idosos. Como afirma Deslandes (1997), os hiatos entre discurso e práticas e as contradições estruturais que perpassam a atuação do serviço são importantes numa visão histórica e dialética que considere os programas em sua realidade dinâmica.

O estudo proposto combina métodos quantitativos e qualitativos com a compreensão de sua complementaridade na tentativa de triangulação para melhor aproximação do objeto estudado (Gendron, 2001; Baptista, 1999). Para captar repercussões do projeto, a expressão numérica na apreensão de certos indicadores é útil para uma visão de conjunto, ao mesmo tempo que insuficiente para revelar dimensões contextuais e subjetivas acerca da dinâmica das ações e de como interferem na realidade. A utilização de múltiplos métodos é corrente na discussão sobre avaliação e trata de empreitada complexa, com seus riscos, devendo, entretanto, ser experimentada para o avanço do debate sobre compatibilidade ou incongruência quanto aos paradigmas de conhecimento que os informam (Minayo e Sanches, 1993; Peduzzi, 2000).

Para contextualizar a análise de implantação do projeto será incorporada ao estudo uma revisão sistemática da literatura científica contemporânea sobre programas de promoção da saúde do idoso, no sentido de possibilitar parâmetros para análise da experiência em foco. Esta opção foi considerada oportuna para se aprender com os programas em sua diversidade, sobre como organizam e avaliam suas ações, e oferecer uma painel capaz de servir como base de diálogo para quem atua na área.

As técnicas de pesquisa utilizadas neste estudo serão a seguir apresentadas. Algumas informações metodológicas mais específicas serão fornecidas nos próprios capítulos de resultados para facilitar a compreensão dos procedimentos adotados.

a) Revisão bibliográfica sobre programas de promoção da saúde do idoso

A busca bibliográfica foi feita no período de 1990-2002, nas bases de dados *medline* e *lilacs*. Também foram revisados periódicos de saúde pública, envelhecimento e educação em saúde, disponíveis em bibliotecas especializadas (UnATI/UERJ, ENSP, USP, IMS/UERJ). Outras fontes foram os sites e livros sobre as temáticas centrais do estudo.

Por ser um campo extremamente diversificado e pela necessidade de adequação e objetividade da busca aos fins propostos, optou-se pela inclusão apenas de estudos sobre *programas com foco multitemático e características próximas à experiência do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI*, além de artigos sobre temáticas de

interesse geral da tese. No sentido também de maior homogeneidade dos programas a serem analisados, não foram incluídas avaliações globais sobre as experiências das universidades de terceira idade, apesar de se reconhecer estes espaços como promotores de saúde por excelência⁴⁷. Os critérios de inclusão e exclusão definidos no processo de busca foram:

Crítérios	
Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foco na população idosa ▪ Discussão conceitual e/ou institucional sobre promoção da saúde ▪ Programas de promoção da saúde com foco multitemático ▪ Aspectos políticos na implantação de programas PS ▪ Avaliação de autocuidado / problematização sobre prevenção, crenças e comportamento em saúde ▪ Envelhecimento saudável, apoio social e saúde do idoso ▪ Avaliação Multidimensional / estudos epidemiológicos sobre qualidade de vida do idoso ▪ Aspectos sobre práticas profissionais específicas em OS ▪ Comunicação / Educação em Saúde / Aconselhamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas relacionados ao controle de doenças, ações ou fatores de risco específicos (osteoporose, câncer, imunizações, saúde oral, fumo, quedas, doença cardiovascular, depressão, saúde mental, atividade física, alimentação, dentre outras) ▪ Programas dirigidos a subgrupos específicos dos idosos (asilados, área rural, grupos étnicos, etc.) => exceção para mulher e idosos de baixa renda ▪ Programas sem foco na população idosa. ▪ Estudos sobre efeitos da atividade física (pesquisa básica, desporto, etc.) ▪ Estudos sobre questões nutricionais específicas ▪ Comentário de caráter geral (1 ou 2 pág.) ▪ Referência sem resumo e/ou de interesse improvável ▪ Idioma não acessível (outros além do inglês, espanhol e francês).

Em função da disparidade entre a literatura internacional e a literatura latino-americana e brasileira em termos de volume (tabelas 2), os critérios para inclusão de estudos nacionais foram flexibilizados para garantir o acesso a um conjunto mínimo de experiências, possivelmente semelhantes a outras em curso no país mas não avaliadas e/ou divulgadas via publicação. Os estudos não totalmente enquadrados nos critérios são os de Lopes et al. (1998) e Portella (1999) por dirigirem-se também à população adulta, e o de Rodrigues et al. (1998), por razão similar dado o corte etário de 44 anos. Outra característica da produção brasileira, como já sugerido, é que boa parte não se

⁴⁷ Um balanço sobre essas experiências no Brasil pode ser obtido em Neri e Cachioni (1999). Outra referência nesta linha é o livro de Frutuoso (2000) que avalia os impactos para os idosos do programa da UnATI/UERJ.

refere a estudos propriamente de avaliação, mas são relatos de experiência que contemplam aspectos avaliativos.

Tabela 2. Revisão bibliográfica sobre *Programa de Promoção da Saúde do Idoso*, nas bases de dados *lilacs* e *medline*, 1990-2002

MEDLINE					
Palavras-chave		Nº de estudos			
		Relacionados na Base	Pré-selecionados	Eliminados pelo resumo	A revisar
Health Promotion Elderly Program	1999-2002	619	56	2	54
	1994-1998	829	48	0	48
	1990-1993	573	25	3	22
TOTAL		2021	129	5	124
LILACS					
Palavras-chave		Nº de estudos			
		Relacionados na Base	Pré-selecionados	Eliminados pelo resumo	A revisar
Programa Promoção Saúde Idoso		7	1	1	-
Educação em Saúde do Idoso *		45	11	5	6
TOTAL		52	12	6	6

* A busca através dessa expressão ocorreu devido ao o número pequeno de referências obtido com a primeira.

Os estudos a revisar são classificados na tabela 3 conforme os critérios de revisão adotados. Na tabela 4 é possível observar os resultados gerais da busca em fontes nacionais consultadas.

Tabela 3. Revisão bibliográfica sobre *Programa de Promoção da Saúde do Idoso*, nas bases de dados *lilacs* e *medline*, segundo foco temático, 1990-2002

<i>Foco Temático</i>	<i>Nº estudos</i>		
	Medline	Lilacs	Total
Discussão conceitual e/ou institucional	25	0	25
Programas de promoção da saúde	23	3	26
Geral	23	3	26
Atividade Física	11	1	12
Alimentação	1	1	2
Aspectos políticos na implantação de programas PS	2	0	2
Geral	19	0	19
Avaliação de autocuidado / problematização sobre crenças e comportamento em saúde	5	1	6
Atividade Física	5	1	6
Alimentação	1	0	1
Apoio social e saúde do idoso	1	0	1
Avaliação Multidimensional / estudos epidemiológicos gerais sobre qualidade de vida do idoso	6	0	6
Aspectos sobre práticas profissionais específicas em PS	4	0	4
Comunicação / Educação em Saúde / Aconselhamento	10	0	10
Não classificada por falta de resumo	19	0	19
TOTAL	124	6	130

OBS1: Pelo interesse especial na metodologia ou discussão apontada no resumo, foram selecionadas algumas exceções quanto aos critérios (3 estudos não específicos com idosos e 4 realizados com grupos específicos – idosos rurais e grupo étnico);

OBS2: A subdivisão dos itens programa e avaliação do autocuidado (geral, atividade física e alimentação) obedeceu à previsão inicial de um estudo com foco temático. No decorrer da pesquisa optou-se por uma avaliação global, o que resultou na priorização da revisão dos programas de caráter geral.

Tabela 4. Revisão bibliográfica sobre *Programa de Promoção da Saúde do Idoso* em periódicos selecionados e outras fontes

Periódicos das áreas de saúde pública, envelhecimento e outras	Editor ou local	Período	Nº estudos
Cadernos de Saúde Pública	ENSP	1992-2002	0
Saúde em Debate	CEBES	1992-2002	0
Ciência e Saúde Coletiva	ABRASCO	1996-2002	0
<i>Physis</i>	IMS/UERJ	1991-2001	0
Revista de Saúde Pública	USP –SP	1992-2002	0
Revista Panamericana de Salud Pública	OPAS	1992-2002	0
Textos sobre Envelhecimento	UnATI /UERJ	1998-2002	1*
A Terceira Idade	SESC – SP	1988-2001	0
Arq. Geriatria e Gerontologia	SBGG - RJ	1996-2000	0
Gerontologia	SBGG - SP	1993-2000	3
Bulletin on Ageing	Ong Int.	1991-2000	0
Ageing and Society	Cambridge	1995-1999	0
Research on Aging	Londres	1992-2002	1
The Gerontologist	EUA	1990-2002	1
The Journals of Gerontology	ONU	1994-1998	0
Revista Brasileira de Enfermagem	ABENF	1992-2002	1
Outras fontes			
Livros/Capítulos	-	-	1
Sites da área	-	-	1
Teses da Fiocruz	Fiocruz - RJ	1990-2002	1
Banco de Teses Capes	-	1996-2002	0
		TOTAL	10

* Artigo não incluído na revisão por ser referente à experiência analisada nesta tese.

Na seleção de estudos sobre **programas** de acordo com o critério proposto, e recorrendo-se aos meios de comutação bibliográfica disponíveis, foram efetivamente acessados 20 artigos: 11 internacionais e 9 brasileiros. A análise foi organizada segundo as características institucionais dos programas, a forma como estruturam e organizam a ação educativa e as avaliações, os principais resultados, limites e recomendações.

b) Observação Participante

A observação participante caracterizou-se como recurso naturalmente valioso dada minha inserção como coordenadora e participante direta na execução das ações do projeto, além de outras atuações no ambulatório NAI, o que permitiu uma vivência intensa com os idosos participantes, em situações variadas, não só nos grupos e atendimentos individuais mas também nos corredores e salas-de-espera onde contatos de grande interesse ocorrem. A observação é útil para recolher informações sobre as ações dos atores em seu contexto natural (Chizzotti, 1998) e foi usada como estratégia para captar fatos e interlocuções relevantes para a avaliação, sobretudo as que indicassem repercussões da experiência para os idosos e fatores que co-atuam favorável ou desfavoravelmente para isso.

Além das situações cotidianas da assistência envolvendo os idosos participantes do projeto, foram momentos privilegiados para a observação os Encontros de Idosos realizados a partir de 2001 e as reavaliações individuais. Os dados foram registrados em diário de campo, a partir do propósito descrito mas sem roteiro pré-definido.

Pela delicada característica deste estudo de sobrepor a condição do pesquisador à do profissional que atua diretamente na experiência a ser analisada, buscou-se atentar para cuidados metodológicos que preservassem a condução consistente do estudo. Isto foi tentado através do exercício crítico acerca da experiência e da própria avaliação, com acompanhamento epistemológico dos orientadores desta tese, tendo em vista evitar entusiasmo excessivo e reconhecer as possibilidades, mas também os limites, dessa condição particular de investigação.

Os dados qualitativos obtidos através da observação serão incorporados oportunamente à análise como fatos que ilustram ou revelam dimensões de interesse para a pesquisa avaliativa. No capítulo VIII os mesmos serão apresentados na forma como registrados em diário de campo, como pequenas histórias identificadas por **OP** e com nome de pessoas fictício.

c) Análise da documentação

Praticamente toda a documentação do projeto serviu como fonte de consulta, apesar dos limites para apreensão de certos aspectos. Estas fontes foram:

- ⇒ Livro de reuniões da equipe interdisciplinar;
- ⇒ Relatórios anuais de 2001 e 2002, que apresentam balanço das atividades e sistematização dos dados obtidos através dos formulários de avaliação utilizados no PPS (anexo 3):
 - Organização dos relatos de cada reunião do GES segundo temas abordados;
 - Avaliações dos idosos ao final dos grupos;
 - Avaliação dos residentes e estagiários sobre a experiência no projeto.
- ⇒ Avaliação dos idosos sobre os eventos;
- ⇒ Produção dos idosos nas dinâmicas grupais (cartazes, escritos, depoimentos): material utilizado subsidiariamente dada sua heterogeneidade e amplitude.⁴⁸ As falas inseridas no texto, a título ilustrativo, serão identificadas pelas letras **PG** (produção dos grupos).

O objetivo central foi sistematizar e analisar aspectos relativos à implantação das ações e suas repercussões para os idosos. No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, cujo alcance na apreensão dos sentidos pretende-se maior pela busca de inferências sobre as condições de produção das mensagens (Bardin, 1977:42). Para a autora, trata-se de um: *“Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”*

d) Entrevistas de reavaliação

A idéia de reavaliação periódica dos idosos através da AMSQV acompanha o projeto desde sua origem, destinada à realimentação das ações educativas e à produção de estudos longitudinais que pudessem contribuir para ampliar a ainda pequena produção brasileira sobre as condições de vida de sua população idosa. Em função da intensa rotina assistencial, somente em 2002 foi possível fazer uma experiência-piloto de reavaliação com os idosos mais antigos do projeto, ainda que não exatamente

⁴⁸ Foi feita em caráter exploratório uma revisão deste vasto material e organizadas informações referentes a 62 cartazes produzidos nos GES e aos pequenos textos escritos pelos idosos em dinâmicas de grupo. As informações foram organizadas segundo os eixos temáticos recorrentes e os principais foram: envelhecimento, saúde, alimentação, estresse, direitos dos idosos.

estruturada como projeto de pesquisa epidemiológica e/ou educacional. Dessa experiência concluiu-se pela oportunidade desta ação ser empreendida com periodicidade bianual, tomando 2001 como ano de partida, momento em que o instrumento de AMSQV estabilizou-se em moldes próximos aos atuais.

Aproveitando então a própria dinâmica do projeto, optou-se por realizar a reavaliação dos idosos que ingressaram em 2001 para analisar também dimensões que pudessem trazer subsídios para a reflexão sobre repercussões das ações no médio prazo. Segundo Silva e Formigli (1994), o *acompanhamento de coorte* é um dos estudos epidemiológicos que podem ser acionados para a investigação avaliativa na área da saúde.

Do total de 59 pessoas contatadas segundo este critério foram entrevistados 41 (69%). A tabela 14 mostra a situação geral observada a partir dos contatos telefônicos:

Tabela 5. Retorno do convite para reavaliação no PPS do NAI/UnATI

Situação	Nº	%
Participou da reavaliação	41	69,0
Agendou e faltou à entrevista	06	10,2
Desvinculou-se do projeto	05	8,5
Encontra-se doente ou dependente	02	3,4
Referiu outra razão de impossibilidade no momento	03	5,1
Não encontrado	02	3,4
TOTAL	59	100

Os motivos de desvinculação observados foram em virtude de morar distante da UERJ (2), ter se frustrado por esperar melhora do quadro de dores crônicas (1) e preferir ficar em casa (2). Dois idosos desenvolveram quadros de comprometimento da autonomia: um por doença de Alzheimer e outro por complicação de doença renal crônica. Outras razões de impossibilidade no momento foram justificadas em razão de trabalho, condição pós-cirúrgica e cuidado com neto recém-nascido. Seis idosos agendaram a entrevista mas não compareceram.⁴⁹

⁴⁹ Para este foram enviados aerogramas sinalizando os objetivos da mesma e a possibilidade de reagendamento futuro, em caso de interesse ou disponibilidade.

As entrevistas de reavaliação foram realizadas no NAI, no período de 28 de maio a 25 de setembro de 2003, com apoio pontual da equipe do projeto mediante orientação específica.⁵⁰ Foram atualizados alguns dados de identificação e da situação familiar e sócio-econômica, seguindo-se a reaplicação das questões de interesse para a proposta de acompanhamento dos idosos e de avaliação do trabalho. Em média, o tempo de duração foi de 60 minutos, eventualmente ultrapassado por se tratar de uma forma de atendimento baseada em diálogo, e gerar, conforme o caso, providências práticas como marcações e encaminhamentos.

Os dados coletados foram analisados no programa epi-info e as considerações de ordem qualitativa que transcendiam o instrumento e/ou problematizavam seus limites foram registradas em diário de campo, como comentado no item sobre observação participante.

As variáveis escolhidas para a análise comparativa são algumas que envolvem condição passível de influência pelas ações do projeto e/ou que são relevantes para verificação de necessidades em saúde e qualidade de vida do idoso ao longo do tempo. Neste trabalho será abordado um leque mais restrito de dados obtidos na reavaliação, tendo em vista a factibilidade da análise diante dos limites institucionais, metodológicos e temporais para a realização da pesquisa.

As variáveis foram agrupadas segundo os eixos previstos no modelo teórico do projeto. São elas:

⇒ Autocuidado em saúde: optou-se por avaliar duas medidas de níveis diferentes, porém supostamente indicadoras da experiência de autocuidado dos idosos: a *atividade física referida* pelos idosos e o *índice de massa corporal (IMC)*, medida limitada porém útil pela simplicidade de seu cálculo e uso aproximativo de possível adequação alimentar⁵¹.

A importância desses dois fatores para o envelhecimento saudável é destacada por Darnton-Hill (1995:341): *“Evidências crescentes suportam a visão de que atividade física continuada e bom status nutricional são importantes determinantes do*

⁵⁰ Apenas três entrevistas foram realizadas por outros profissionais. Contrariamente ao previsto em termos de organização do trabalho e de tempo, foi possível, e mais interessante para o estudo, que eu própria assumisse as entrevistas neste momento.

⁵¹ A verificação direta do padrão alimentar, medida de maior alcance para captar mudanças favoráveis na alimentação, não pôde ser aqui contemplada pela maior complexidade da análise. Prevê-se a utilização de dados da avaliação do Projeto Nutrição e 3ª Idade, porém estes não se tornaram disponíveis até a época de conclusão desta tese.

funcionamento físico e cognitivo”. Ainda que ligados ao comportamento individual, ambos tem saturadas conexões com aspectos sociais, culturais e econômicos, representando bons exemplos para a reflexão sobre o autocuidado na vida cotidiana.

O nível de *atividade física regular* foi aferido pelo envolvimento em práticas pelo menos 30 minutos, três vezes na semana. O IMC foi analisado segundo os limites de corte propostos pela OMS para indivíduos com 18 anos ou mais (WHO, 1998). A questão da AMSQV sobre o motivo de não envolvimento regular com o exercício físico, assim como as dificuldades dos idosos com a alimentação, aferidas qualitativamente, serão incorporadas à análise.

⇒ Utilização de serviços preventivos e assistenciais: foram avaliadas as questões relativas à *avaliação ginecológica ou urológica*, correspondente à prevenção do câncer cérvico-uterino e de próstata, respectivamente, e à *ida anual ao dentista*, tomada como parâmetro desejável em saúde bucal. Ambas são ações subjacentes à detecção precoce de doenças e agravos, do eixo de manutenção da capacidade funcional, previsto na Política Nacional de Saúde do Idoso (2000).

⇒ Controle de doenças crônicas: pela complexidade particularmente presente quanto à verificação deste objetivo, optou-se pela comparação bianual de alguns indicadores, certamente limitados como medidas isoladas, mas de interesse na situação específica dos idosos hipertensos e diabéticos. Para este grupo foram verificados *níveis pressóricos, IMC, atividade física, acompanhamento clínico regular e autopercepção da saúde*. Níveis lipídicos e glicemia, previstos na matriz de medidas, não foram viáveis na análise pelas dificuldades institucionais para realização dos exames no ano de 2003.

⇒ Participação social e política: a inserção em atividades sociais e/ou educativas promotoras de associativismo é fator protetor para o envelhecimento saudável e pode ser pensada como intermediária na construção de processos participativos em que os idosos protagonizem movimentos por melhores condições de vida e saúde (Assis et al., 2002). Da ótica da promoção da saúde, participação e ação comunitárias são centrais como estratégias para interferência sobre determinantes da saúde que escapam ao comportamento individual. É reiterada sua importância como caminho para a construção de políticas públicas e ambientes favoráveis à saúde. Foram verificadas

neste eixo a *inserção em atividades sócio-educativas formais*, incluindo a participação em cursos, grupos, atividades religiosas e atividades físicas de caráter coletivo, e a *participação em associações políticas*. Pelos limites do instrumento para captar essas informações em 2001, serão aqui abordados apenas os dados referentes ao ano de 2003, colhidos a partir de um adendo feito ao questionário no campo VI (sociabilidade e lazer). Não há, portanto, a dimensão comparativa bianual quanto a estes aspectos.

⇒ Saúde e bem-estar subjetivos: saúde subjetiva e satisfação de viver são variáveis classicamente estudadas como medidas de bem-estar em idosos. Doll (1998) destaca a forte correlação entre ambas e a importância de incluí-las para compreender a situação das pessoas idosas. Schoenfeld et al. (1994:109), por sua vez, destacam sua propriedade como preditora da mortalidade, com impacto ainda maior em indivíduos aparentemente saudáveis. Como chamam a atenção, “*o modo como sentimos nossa saúde pode afetar a forma como vivemos*”, daí a importância de que profissionais de saúde sejam sensíveis e atentos à autopercepção negativa da saúde, especialmente quando desacompanhada de fatos objetivos. Serão aqui verificadas as questões sobre *autopercepção de saúde, satisfação com a vida e sentimento em relação ao futuro*.

A análise nesta parte da tese apoiada em dados predominantemente quantitativos foi orientada a trazer subsídios à reflexão sobre efeitos do projeto a partir de aproximações com a realidade de vida dos idosos e da problematização do autocuidado na vida cotidiana. Para isso serão feitas oportunamente articulações com dados qualitativos e com a ação educativa dos grupos.

A limitação reconhecida de antemão neste estudo longitudinal é o fato da primeira avaliação não ter sido anterior à intervenção analisada mas ter ocorrido em sua fase inicial, portanto passível da influência do próprio projeto. Como mostra a experiência, para muitos idosos o fato de ingressar no grupo já possibilita por si só alguma mudança positiva em sua situação, de onde se supor que possa ter ocorrido a sobre-estimação de certos dados no primeiro momento e conseqüente sub-estimativa da contribuição do projeto em indicadores de “efeitos”.

5.3 Matriz de medidas da avaliação

A matriz de medidas proposta no quadro 2 esquematiza indicadores, meios de verificação e padrões adotados em relação ao *grau de implantação* ou dimensão de

estrutura e processos na produção das ações (*output*), e aos “efeitos” (*outcome*), situações identificadas como objetivos do projeto. A base para sua construção foi o modelo teórico-lógico do projeto apresentado no final do capítulo IV, recurso favorecedor da visualização dos pressupostos das ações, de como se supõe que operem, de modo a tornar o programa “analisável”, no dizer de Pedrosa (2001) e Furtado (2001).

A análise tomou como foco os dois componentes centrais escolhidos para avaliação: GES e educação continuada (atividade coletiva) e AMSQV (atividade individual). A matriz contempla em separado esses componentes na verificação da estrutura e processos, posto que ações diferentes, mas as aglutina na dimensão dos resultados tendo em vista sua convergência e mútua potencialização.

Alguns aspectos presentes na matriz de medidas não foram contemplados na análise realizada neste momento, mas foram mantidos a título de ilustração da complexidade envolvida na avaliação de ações educativas (características do material educativo produzido, por exemplo) e de preservação do ideal proposto embora não plenamente realizável no âmbito deste estudo por contingências de dificuldades operacionais oportunamente apontadas (verificação de exames da AMSQV, dentre outras).

Quadro 2 - Matriz Lógica para Avaliação do Projeto de Promoção da Saúde do NAI / UnATI

Componente A: Grupo *Encontros com a Saúde* e Educação Continuada

GRAU DE IMPLANTAÇÃO				
Dimensões		Indicadores ou critérios de desempenho	Fontes / Meios de Verificação	Padrões
E S T R U T U R A	Espaço físico	Disponibilidade e adequação de salas de grupo e auditórios	Relatórios anuais do Projeto: relatos das coordenações de cada grupo e balanço geral das atividades Análise da documentação e observação participante	S: Satisfatório Sp: Satisfatório parcialmente * I: Insatisfatório * Situação positiva, porém com algum problema e/ou limite identificados.
	Recursos materiais	Materiais e equipamentos permanentes (tv, vídeo, som, câmara fotográfica, etc.) Materiais de consumo (cartolinas, pilots, folhas, tesoura, dentre outros) Transporte para atividades externas Serviço de reprografia Acesso a computador e impressora Suporte institucional para produção e reprodução de materiais educativos		
	Recursos humanos	Presença de <i>staffs</i> e alunos de todas as áreas profissionais do NAI Alocação de carga horária suficiente Treinamento da equipe		
P R O C E S S O S	Grupo <i>Encontros com a Saúde</i>	Realização de 6 a 8 GES por ano Apreensão adequada da proposta pelas equipes / Metodologia participativa (estímulo à reflexão e debate sobre saúde) Adesão e receptividade dos idosos	Nº grupos / ano Média de frequência GES / ano % desistência / ano Nº eventos / ano % participação encontros / ano Documentação do Projeto. Observância dos pressupostos da Educação Popular em Saúde.	S: Satisfatório (alcance da meta ou situação ótima) Sp: Satisfatório Parcialmente (80% ou + do previsto ou situação positiva, porém com algum problema e/ou limite identificados) I: Insatisfatório (abaixo de 80% do previsto ou situação com predomínio de problemas e/ou limites)
	Encontros dos Idosos do Projeto	Realização 3 a 4 eventos por ano Dinâmica participativa, atraente e reflexiva Adesão e receptividade dos idosos		
	Produção de folders educativos	Produção e qualificação visual dos folders	Análise do padrão de comunicação dos folders	

Componente B: Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida (AMSQV)

GRAU DE IMPLANTAÇÃO				
Dimensões		Indicadores ou critérios de desempenho	Fontes / Meios de Verificação	Padrões
E S T R U T U R A	Espaço físico	Salas de atendimento individual adequadas	Relatórios anuais do Projeto: : relatos das coordenações e balanço geral das atividades	<p>S: Satisfatório (alcance total da meta ou situação ótima)</p> <p>Sp: Satisfatório Parcialmente (80% ou + do previsto ou situação positiva, porém com algum problema e/ou limite identificados)</p> <p>I: Insatisfatório (abaixo de 80% do previsto ou situação com predomínio de problemas e/ou limites)</p>
	Recursos materiais	Equipamentos permanentes (balança, esfignomanômetro) Suporte para realização de exames no HUPE		
	Recursos humanos	Participação de todos os coordenadores dos GES Carga horária suficiente Treinamento da equipe		
	Aplicação da AMSQV	Atendimento individual de todos os participantes dos GES Equipe capacitada para o desempenho da atividade Identificação de riscos e problemas de saúde / Orientações preventivas e assistenciais	<p>% aplicação AMSQV / ano</p> <p>Análise da documentação: balanço geral das atividades</p> <p>Nº e tipo de encaminhamentos e orientações / ano</p> <p>Verificação do preenchimento da AMSQV: correspondência entre as situações passíveis de abordagem e a síntese final</p>	

EFEITOS DAS AÇÕES			
Dimensões	Indicadores ou critérios de desempenho	Meios de Verificação / Fontes	Padrões
Ampliação de conhecimentos	Percepção dos idosos quanto a ganhos na aprendizagem	<u>AMSQV (follow-up n= 41)</u> combinada com dados qualitativos	Correspondência entre objetivos e efeitos captados, seus alcances e limites.
		- Depoimentos dos idosos nas avaliações de atividades - Avaliação das coordenações nos relatórios dos GES Observação participante	
Reforço da auto-estima	Maior autovalorização e diminuição de preconceitos em relação a velhice		
Autocuidado em saúde	Percepção dos idosos quanto a estímulo para o autocuidado		
	Manutenção de atividade física regular	Auto-relato sobre atividade física (tipo, duração e frequência e motivo de não realização / tendência de evolução)	Critério: mínimo de 3 x semana / 60 min. Manutenção ou mudança favorável quanto à atividade física
	Adequação do peso corporal	Cálculo do IMC (Análise dos dois momentos e tendência da evolução)	Critérios (OMS), em Kg/m ² : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixo peso: ≤ 18,5 ▪ Normal: ≥ 18,5 e < 24,9 ▪ Sobrepeso (pré-obesidade): ≥ 25 e < 29,9 ▪ Obesidade I (moderada): ≥ 30 e < 34,9 ▪ Obesidade II (severa): ≥ 35 e < 39,9 ▪ Obesidade III (muito severa): > 40 Manutenção ou mudança na direção de normalização do peso corporal

Utilização de serviços preventivos e assistenciais	Exame preventivo de câncer ginecológico ou urológico	Consulta ginecológica ou urológica no último ano	Realização periódica de preventivo ginecológico ou urológico
	Atenção odontológica	Ida ao dentista no último ano	Avaliação preventiva e assistencial em saúde oral
Controle de doenças crônicas	Normalidade dos níveis de pressão arterial Adequação do peso corporal Normalidade dos níveis lipídicos e da glicemia Acompanhamento clínico regular Saúde subjetiva	Média das 3 verificações P.A. Cálculo do IMC Avaliação dos exames Acompanhamento em serviços de saúde Autopercepção da saúde	Critérios oficiais para normalidade de peso corporal, níveis de pressão arterial, glicemia e níveis lipídicos Atenção clínica regular da hipertensão e/ou diabetes Autopercepção positiva da saúde
Ampliação dos contatos sociais Participação social e política	Participação social extra domicílio Participação política	Referência dos idosos quanto a novas amizades Inserção em atividades sociais formais, e identificação da atividade Participação em associações representativas de caráter político (questões adicionais à AMSQV)	Manutenção de pelo menos uma atividade social ou educativa formal Participação eventual ou sistemática em associações políticas
Saúde e bem-estar subjetivos	Saúde subjetiva	Autopercepção sobre a saúde	Manutenção de padrão de resposta favorável e/ou diminuição de padrão de resposta negativo.
	Satisfação com o lazer	Satisfação com atividades no tempo livre Motivos de insatisfação	
	Satisfação com a vida	Satisfação com a vida	
	Projetos futuros	Sentimento/ expectativa quanto ao futuro	

5.4 Considerações éticas

A pesquisa de reavaliação orientou-se pelos mesmos cuidados éticos que norteiam o PPS, tais como: liberdade dos sujeitos para participar ou não do trabalho, privacidade e confidencialidade das informações individuais e retorno para os entrevistados de dados sobre sua saúde que demandem orientações e encaminhamentos assistenciais.

Esses aspectos respaldam-se nos princípios legais da pesquisa com seres humanos, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos internacionais e nacionais no campo dos direitos humanos e da saúde, a regulamentação da pesquisa no Brasil *“incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.”* (Resolução nº 196 do CNS, 1996)

A autonomia, confidencialidade e privacidade estão expressas no termo de consentimento (anexo 4), documento apresentado ao idoso no momento de sua inserção nas atividades da pesquisa. Conforme disposições éticas atuais, é ressaltada a relevância do consentimento livre e esclarecido, enfatizando-se *“a obrigatoriedade de todos os esclarecimentos ao sujeito da pesquisa (em linguagem acessível), resguardando-se o direito à recusa e o direito de ter cópia do termo assinado.”* (Freitas e Hossne, 1998)

As orientações individuais sobre saúde para o idoso envolvido na pesquisa foram feitas durante o processo, conforme as necessidades identificadas nos grupos e nas entrevistas. Parte-se do princípio ético da *“necessidade de retorno de benefícios à coletividade pesquisada, bem como a obrigatoriedade de acesso dos sujeitos às vantagens da pesquisa”*, no caso em questão, informações, ações preventivas e/ou assistenciais que possam contribuir para saúde e bem-estar dos idosos.

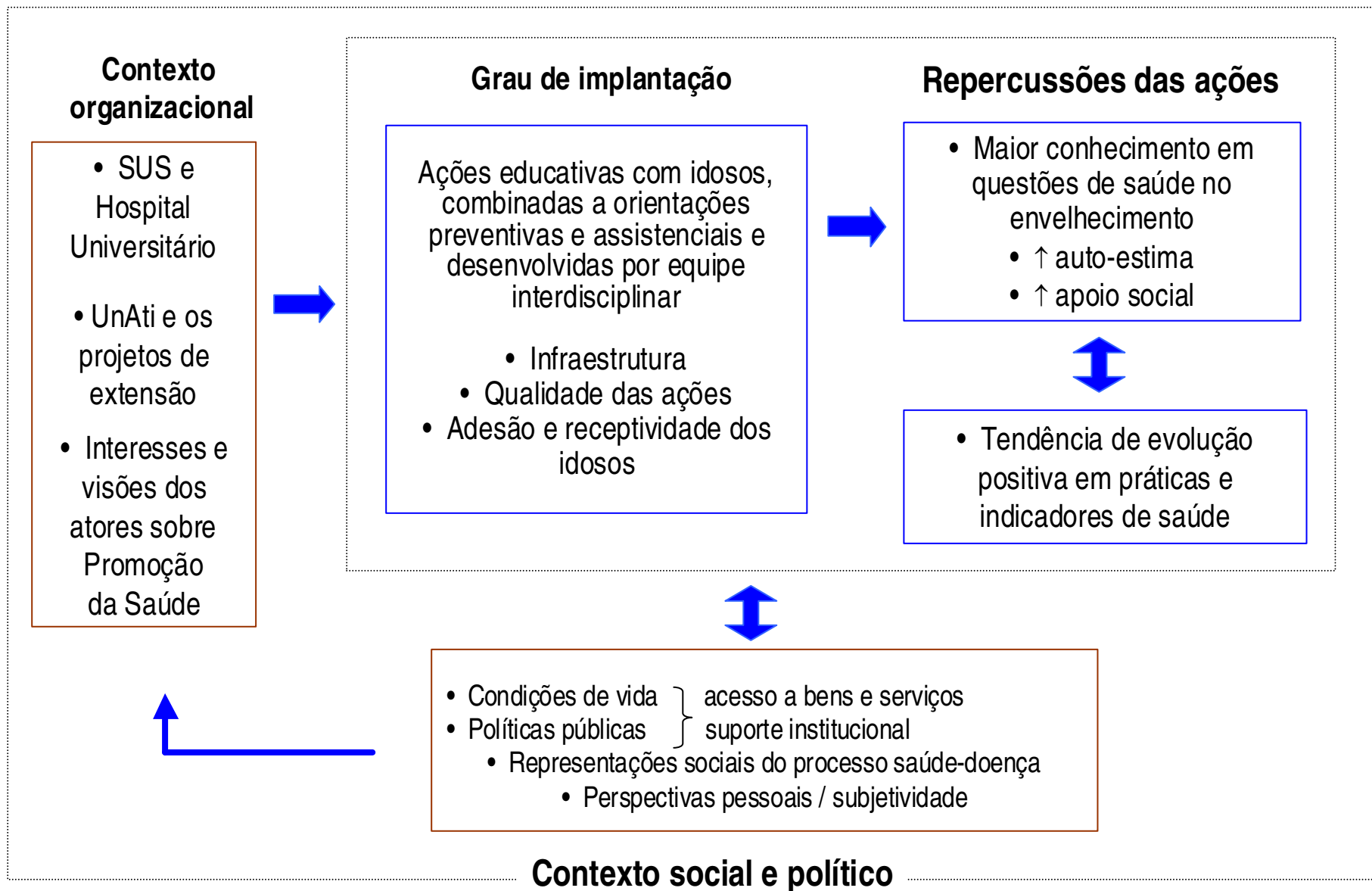
Os procedimentos de pesquisa envolvidos neste projeto, como verificação de peso, altura, pressão arterial, exames de sangue e respostas ao questionário em anexo, não implicam riscos conhecidos para os participantes. Os resultados da avaliação que pudessem indicar riscos reconhecidos para a saúde foram abordados como mencionado, através de orientação, acesso a serviços do NAI e/ou encaminhamento das demandas para os serviços aos quais os idosos, porventura, já sejam ou pretendam ser vinculados.

A socialização do conhecimento gerado nesta avaliação será feita posteriormente

para os idosos nos moldes já incorporados ao projeto, isto é, em encontros destinados a promover espaço de reflexão e debate sobre qualidade de vida no envelhecimento. O retorno será feito também para os profissionais como forma de subsidiar o reconhecimento e melhoria da intervenção, fim de toda avaliação como *sistema de feedback entre o programa e seu ambiente* (Potvin et al., 2001), assim como contribuir para o avanço da promoção da saúde e da avaliação de programas junto à população idosa no contexto brasileiro.

O projeto de pesquisa desta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz e aprovado após ajustes sugeridos na redação do Termo de Consentimento.

Figura7 - Modelo para Análise da Implantação do PPS do NAI / UnATI



CAPÍTULO VI

PANORAMA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Os programas devem oferecer um espaço em que a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento possa ser uma experiência coletiva e no qual participar deles ativamente signifique viver intensamente uma nova etapa da vida, um momento próprio para exploração da identidade e de novas formas de auto-xpressão.”

Ferrari (1999)

A visão geral da literatura científica conforme a busca bibliográfica preliminar mostrou que a maioria dos estudos sobre programas de promoção da saúde do idoso enfoca pontualmente uma dada temática, seja quanto ao controle de patologias (osteoporose, câncer, doenças cardiovasculares, depressão, demências, dentre outras), seja sobre fatores de risco ou ações específicas, como quedas, saúde oral, imunização, alimentação e, de modo destacado, atividade física, tema de expressiva presença na literatura contemporânea da área.

A análise deste capítulo terá como foco o conjunto de 20 estudos sobre avaliação de programas, acessados na busca específica pelo critério de ter foco multitemático e características próximas à experiência analisada nesta tese.

6.1 Características institucionais e perfil da população envolvida

A maioria das experiências publicadas no Brasil é desenvolvida em serviços públicos de saúde, vinculada à assistência regular, seguida de duas realizadas em instituições de ensino via extensão universitária, uma pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e uma sem vínculo institucional. Nos estudos internacionais observa-se algo semelhante, com o diferencial de que em dois programas as ações são oferecidas de modo subordinado à pesquisa e de que predominantemente há financiamento para a pesquisa por parte de agências públicas ou privadas.

O padrão internacional e brasileiro também assemelha-se quanto às áreas profissionais envolvidas nas ações com os idosos. Em metade dos estudos a equipe é composta de pelo menos três áreas diferentes, com predomínio das clássicas profissões ligadas à saúde mas com presença de variados campos disciplinares. É expressivo também o número de programas com apenas uma área envolvida, comumente a enfermagem, presente em seis dos sete estudos nesta condição. Três programas não mencionam a composição da equipe.

A dinâmica do trabalho em equipe multidisciplinar não é clara na maior parte dos trabalhos. É possível observar que muitas vezes trata-se da participação estanque de profissionais de áreas diversas sem maior integração. Poucas experiências referem espaços de encontro e construção conjunta do trabalho em equipe.

Quanto ao formato dos programas, metade se estrutura para oferecer apenas atividades educativas em nível coletivo e dois baseiam-se em ações preventivas individuais de *screenings* e aconselhamento. A combinação das duas estratégias ocorre em quatro experiências internacionais, enquanto no Brasil quatro programas desenvolvem-se na própria rotina de assistência à saúde.

Nos estudos internacionais, a maioria da população idosa envolvida encontra-se relativamente bem, dispõe de seguro saúde, possui nível educacional alto e *status* de saúde e renda acima da média. Apenas dois programas são realizados junto a idosos pobres, enquanto dois têm níveis socioeconômicos diversificados. No Brasil, a maioria dos trabalhos não apresenta dados da população participante ou limita-se a variáveis como sexo, idade, ou área geográfica. Dos três estudos que especificam um pouco mais, um é realizado com população idosa com indicadores mais favoráveis que a média nacional, enquanto dois são com usuários do SUS, em bairros periféricos, com grande índice de analfabetismo e baixa escolaridade. As mulheres são a maioria em todos os programas e o estado conjugal é variado, com certo predomínio de viúvas.

A forma como as ações são organizadas e fundamentadas estão sintetizadas, a seguir, no quadro 3 e comentadas no ponto 6.2.

**Quadro 3. Revisão dos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil,
segundo características das ações, 1990-2002**

I – INTERNACIONAIS

1º autor / ano / local	Ações	Objetivos	Bases teóricas / princípios	Estratégias operacionais
<p align="center">PARCKER (2002) Alabama / EUA</p>	<p align="center">Promoção da saúde baseada na fé</p>	<p align="center">Promover envelhecimento bem sucedido (EBS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Socializar conhecimento sobre EBS e destacar papel da espiritualidade. ▪ ↑ liderança, trabalho e voluntariado entre idosos. ▪ ↑ discussões sobre preparar o envelhecimento. 	<p align="center">Modelo de envelhecimento bem sucedido - Rowe e Kahn.</p> <p align="center">Caráter preventivo e promocional do suporte social oferecido pelas religiões.</p> <p align="center">Importância da parceria entre instituições médicas e acadêmicas com as comunidades baseadas na fé.</p>	<p align="center">Planejamento com representantes de + 30 igrejas locais.</p> <p>Evento sobre EBS, em um único dia, para 500 pessoas (idosos e seus filhos adultos afiliados a organizações cristãs) => Atividades diversas oferecidas (sessões temáticas, workshops, screenings).</p> <p>Temas: comportamentos relacionados a efeitos positivos de saúde, engajamento ativo com a vida, prevenção de doença e incapacidade, transferência intergeracional de sabedoria, programas e serviços para idosos, prática espiritual, dentre outros.</p>
<p align="center">KOCKEN (1998) Rotterdan / Holanda</p>	<p align="center"><i>Curso “Envelhecimento bem sucedido”</i></p>	<p align="center">Empoderar adultos idosos para participar socialmente e promover seu bem-estar</p>	<p align="center">Teoria de Ajzen (comportamento planejado) e Teoria da aprendizagem social (Bandura)</p> <p align="center">Modelo teórico propõe que a participação social relaciona-se a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atitude quanto ao envelhecimento; 2) Influência da opinião social; 3) Auto-eficácia em engajar-se em novas atividades 	<p>Grupo com cerca de 20 pessoas, coordenados por educadores em saúde sêniores previamente treinados. Programação de 4 encontros (uma vez / semana)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1ª sessão: determinantes do EBS: suporte social, estilos de vida saudáveis, renda e auto-eficácia. <p>Grupo escolhia os próximos temas (sono, memória, medicações, moradia, osteoporose, ativ. física, ↑ idosos em ≠s culturas foram escolhidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica: introdução do coordenador / discussão. ▪ Informações sobre estilos de vida saudáveis / questões de saúde para discutir a participação social. ▪ Idosos educadores (credibilidade da informação).

<p>FOX (1997) Califórnia/EUA</p>	<p>Programa Cuidado de Saúde Preventiva para o envelhecimento</p>	<p>Aumentar a aderência dos idosos às ações preventivas</p>	<p>Modelo da aderência (papel mais equitativo para o cliente / composição de metas conjuntas no cuidado à saúde) Prevenção primária (Força Tarefa de Serviços Preventivos, 1996/EUA)</p>	<p>Avaliação de Saúde ampla => coleta de dados (história da saúde, avaliação nutricional, exame físico limitado). Aconselhamento para riscos de saúde identificados e necessidades de saúde referidas (“Quais os comportamentos de saúde que eles estão mais propensos e são capazes de mudar”) / encaminhamentos para demais questões (registram e checam após 3 meses por telefone e nas visitas seguintes). Fornecem os resultados do <i>screening</i> e panfletos.</p>
<p>BRICE (1996) Nova York/EUA</p>	<p><i>STAYWELL Program</i></p>	<p>Interferir positivamente em crenças e comportamentos em saúde</p>	<p>Base epidemiológica e relevância da prevenção primária ou secundária em relação à terciária.</p>	<p>Programa de Promoção da Saúde, baseado em conteúdos do Healthy People 2000. 8 sessões (2,5 horas, caráter semanal, 20 a 25 idosos). Dinâmica da sessão: exposição, seguida de sessões de exercício anaeróbico, adm. estresse, nutrição, técnicas de relaxamento e lanche nutritivo. Temas: saúde física (prevenção e <i>coping</i> de doença cardíaca, diabetes e câncer), saúde mental, saúde oral, atividade física, nutrição, álcool e drogas, dentre outros.</p>
<p>ELDER (1995) Califórnia / EUA</p>	<p>Intervenção em Promoção da Saúde</p>	<p>Avaliar efeitos de serviços preventivos com beneficiários do Medicare</p>	<p>Teoria da aprendizagem social (Bandura) Kanfens’ s model (auto-controle e auto-mudança)</p>	<p>8 workshops (duas horas, caráter semanal, 25 idosos): <i>Growing Younger</i>: saúde física (exercício, nutrição, relaxamento e autocuidado relativo a problemas médicos comuns); e <i>Growing Wise</i>: memória, atenção mental, coping para perdas, escolhas e autoconfiança). Aconselhamento anual individualizado, de 15 min., consentido por contrato, visando ao estabelecimento de metas; aconselhamento por telefone e resolução de problemas. Forneciam relatório individualizado, amplo, relevante para as metas, e mais dois manuais que completavam os workshops.</p>

<p>SCHWEITZER (1994) Califórnia / EUA</p>	<p>Clínica de <i>screening</i> e promoção da saúde</p>	<p>Testar factibilidade de prover serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde (PS) aos beneficiários do Medicare de maneira custo-benefício</p>	<p>Referência ao debate sobre a polêmica em torno da efetividade da Promoção da Saúde com idosos.</p>	<p>Serviços oferecidos aos beneficiários do Medicare, com objetivo de pesquisa, através dos médicos da atenção primária.</p> <p>Após 8 semanas da avaliação <i>baseline</i> por telefone, os idosos passavam pela Clínica de <i>screenings</i> (8 estações) e orientações sobre PS.</p> <p>∑ As atividades começavam com conversa breve e introdutória sobre comunicação médico-paciente, imunizações e auto-ajuda e duravam cerca de 4 horas. Serviços não invasivos e oferecidos por não-médicos.</p> <p>∑ aconselhamento individual sobre: parar de fumar, alimentação, terapia física e ocupacional, trabalho social, adesão à medicação, exercício, saúde oral e higiene.</p>
<p>RUFFING-RAHAL (1994) Ohio / EUA</p>	<p>Grupo de Promoção da Saúde e Bem-Estar com mulheres na comunidade</p>	<p>Incrementar práticas de saúde, bem-estar espiritual, psicológico e integração social</p>	<p>Modelo de bem-estar ecológico (Ruffing-Rahal, 1991)</p> <p>Dimensões-chave do bem-estar cotidiano: atividade, afirmação e síntese.</p>	<p>26 sessões semanais, de uma hora, durante seis meses, com dois facilitadores (um dos quais a investigadora).</p> <p>Dinâmica: parte informativa, diálogo entre o grupo, demonstração de habilidades específicas de bem-estar (em cada sessão contemplavam ações relativas às três variáveis dependentes incorporadas na análise)</p> <p>Salas com cadeiras em círculos. Cerca de 14 participantes.</p> <p>Temas sobre saúde, autocuidado e interações sociais (lista 26 tópicos).</p>
<p>RUFFING-RAHAL (1993) Ohio / EUA</p>	<p><i>Grupo Wellness life-care</i></p>	<p>Possibilitar a interação entre os idosos interessados em bem-estar, saúde e autocuidado</p>	<p>Modelo de bem-estar ecológico (Ruffing-Rahal, 1991)</p> <p>Três orientações teóricas relativas a grupo e a processo de grupo: feminismo, grupo como suporte e grupo focal.</p>	<p>Grupo semanal com mulheres idosas</p> <p>Participação regular de 12 a 14 mulheres.</p> <p>Partilha de informação, de problemas e preocupações comuns, aprendizagem interpessoal, coesão grupal “instilação da esperança”.</p>

<p>WATKINS (1994) Arizona / EUA</p>	<p><i>Project AGE WELL</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑ conhecimento básico de saúde ▪ Ampliar uso de <i>screenings</i> e imunizações ▪ Ajudar as pessoas a modificar comportamentos não saudáveis ▪ Prover dados longitudinais para avaliar mudanças 	<p>Não menciona</p>	<p>Ações interdisciplinares em vários locais, envolvendo atividades educativas e avaliações individuais anuais.</p> <p>Três ações básicas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sessões de exercício (3 x /sem) ▪ Educação em Saúde sobre fatores de riscos* e tópicos de saúde (sessões semanais) ▪ Grupo de suporte administração de estresse (") </p> <p>* Temas baseados em <i>surveys</i> prévios: cuidado à saúde, saúde cardiovascular, prevenção e controle do câncer, osteoporose e prevenção de fratura, saúde mental e medicação consciente, dentre outros, conforme a necessidade.</p>
<p>ROGERS (1992) Nova York / EUA</p>	<p><i>Programa de Promoção da Saúde do Idoso baseado em comunidade</i></p>	<p>Transmitir conhecimentos gerais e prover conhecimentos específicos e aconselhamento quanto às necessidades de prevenção e promoção da saúde dos idosos</p>	<p>Referência ao debate sobre a polêmica em torno da efetividade da Promoção da Saúde com idosos e de como melhor prover os serviços.</p>	<p>Recrutaram 500 idosos de um Seguro Privado de Saúde e de Centros de Idosos. Atividades oferecidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Classes de Educação em Saúde: dois encontros sobre cada tópico no decorrer de dois anos => temas: doenças e questões gerais (pe: aposentadoria, drogas, nutrição, recursos comunitários, segurança pessoal e ambiental, sexualidade); ▪ Serviço de administração de casos: avaliação de <i>screening</i> compreensiva, discussão do caso em equipe, retorno para o idoso e acompanhamento por um administrador de casos.
<p>MINKLER (1992) Califórnia / EUA</p>	<p><i>Tenderloin Senior Organization Project</i></p>	<p>Realçar “habilidade de resposta” / capacidade individual e comunitária para responder efetivamente às próprias necessidades e desafios do meio.</p>	<p>Teoria do Suporte Social Educação Crítica (Paulo Freire) Teoria da organização comunitária / Princípios do <i>empowerment</i> em dois níveis: individual (<i>coping</i>, senso de controle e satisfação com a vida); e competência comunitária.</p>	<p>Abordagem comunitária com idosos pobres de hotéis-residências. Formação de grupos em oito hotéis, a partir do <i>screening</i> de PA e lanche para facilitar a integração.</p> <p>Grupos pequenos: média de 12 idosos, com sessões semanais e coordenados por dois facilitadores.</p> <p>Dinâmica: diálogo e participação para identificação de problemas comuns e compartilhamento de soluções; fortalecimento da solidariedade grupal, problematização e organização para a ação social.</p> <p>Temas definidos por cada grupo: “<i>começar onde as pessoas estão</i>”</p>

II – NO BRASIL

1º autor / ano / local	Ações	Objetivos	Bases teóricas / princípios	Estratégias operacionais
TEIXEIRA (2002) Rio de Janeiro / RJ	PROVE <i>Programa de Valorização do Envelhecer</i>	Promover espaço onde idosos, possam discutir assuntos relativos à longevidade e à construção positiva da velhice	Promoção da Saúde (<i>empowerment e autonomia positiva</i>) Gerontologia Psicologia do envelhecimento e teoria de grupo Pedagogia de Paulo Freire (conscientização, educação libertária, transformação dos sujeitos, humanização)	<i>Grupo de Encontro de Idosos</i> , realizado através de trabalho interdisciplinar, com as seguintes características: 1) Gerenciamento democrático do projeto; 2) Abordagem conceitual e discussão de temas propostos pelos usuários; 3) Palestras interativas (mensais) de orientação em saúde, baseadas na Cartilha <i>Viva Bem a Idade que você Tem</i> Abordagem de temas relacionados à saúde no envelhecimento Σ conexão entre saúde e condições de vida.
DIOGO (2000) Campinas / SP	GRASI <i>Grupo de Atenção à Saúde do Idoso</i>	Contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento e dos problemas a ele relacionados	Concepções sobre educação para o autocuidado no campo da enfermagem geriátrico-gerontológica	Grupo de 4 sessões para idosos e seus familiares Realizaram 4 grupos, envolvendo 18 idosos. Técnicas grupais: desenho, relaxamento, relatos de experiências, exposição oral com apoio de cartazes. Definição dos temas com os participantes no 1º encontro. Abordaram: <i>envelhecimento, memória, alterações visuais, quedas, sono, pele, dificuldade de movimentação e solidão.</i>
LOPES (1999) Porto Alegre / RS	Ambulatório de promoção da qualidade de vida	Desencadear processo de Educação em Saúde para a promoção da qualidade de vida, na perspectiva de visão integral dos sujeitos atendidos.	Referência conceitual crítica sobre a Consulta de Enfermagem e seu cunho educativo.	Consulta de Enfermagem centrada na Educação em Saúde e trabalho multidisciplinar / Grupo de caminhada / Grupo da Terceira Idade Atividade educativa mensal (<i>Conversando sobre...</i>) => temas: <i>osteoporose, alimentação, saúde e qualidade de vida, climatério, atividade física.</i>

<p>RODRIGUES (1999) São Paulo, Santos, Sorocaba e Ribeirão Preto / SP</p>	<p>Programa <i>Viver bem com Saúde</i></p>	<p>Implementar modelo de educação que incentive o idoso para a PS, favoreça sua autonomia e independência e o auxilie no seu processo de cuidar.</p>	<p>Referência à Política Nacional do Idoso (1994) no que tange ao desenvolvimento de ações preventivas, curativas e promocionais.</p>	<p>Ciclo de palestras para o público acima de 44 anos, divulgado através da mídia e do correio. Primeiro encontro para identificação dos temas de interesse do grupo, através de técnica de interação em grupo. Organização dos temas em sete módulos: <i>relação médico-paciente, saúde bucal, perdas sensoriais e insônia; problemas neurológicos; solidão, depressão, dor e cuidados com medicamentos; problemas cardíacos; perdas, climatério, cuidados com a próstata e sexualidade; alimentação; problemas ortopédicos.</i> Envolveram no total 976 participantes.</p>
<p>NICOLA (1999) Rio Grande / RS</p>	<p>Ação educativa gerontológica</p>	<p>Valorizar a integração do adulto idoso na família e na comunidade; propor ações para transformações sociais que beneficiem os idosos; e preparar animadores para o trabalho com essa população.</p>	<p>Teorias sobre o desenvolvimento humano (Cita Comfort, Maslow, Mosquera) Conceitos sobre grupos Educação continuada Educação popular gerontológica</p>	<p>1ª etapa: Dois cursos de formação de animadores de grupos de ação educativa gerontológica. 2ª etapa: Realização de grupos com idosos pelos egressos desses cursos. 5 grupos diferenciados realizados nas comunidades de Rio Grande e São José do Norte, média de 26 membros. (não descreve formato metodológico dos grupos)</p>
<p>PORTELLA (1999) Passo Fundo / RS</p>	<p>Grupo <i>Cuidar para um envelhecer saúdável</i></p>	<p>Compartilhar saberes que contribuam para um envelhecer saudável</p>	<p>Referencial do Cuidado Cultural (Madeleine Leininger) Concepção pedagógica de Paulo Freire.</p>	<p>Grupo quinzenal, de 90 minutos, com mulheres rurais. Diálogo reflexivo sobre as práticas culturais de saúde. Quatro etapas do processo de trabalho da enfermagem: 1) Conhecendo o grupo, 2) Identificando e refletindo sobre as práticas culturais de saúde, 3) Discutindo e construindo com o grupo novas práticas e 4) Analisando o processo de mudança das práticas culturais de saúde.</p>

<p>ALMEIDA (1998) Fortaleza / CE</p>	<p>Grupo <i>Vida</i></p>	<p>Desenvolver a auto-estima e reforçar a dignidade do idoso; reativar suas capacidades e reintegrá-lo à família; fortalecer convívio saudável e habilitá-lo a realizar práticas afirmativas de vida.</p>	<p>Teoria das necessidades (Virgínia Henderson)</p>	<p>Grupo semanal, de duas horas, com 50 pessoas inscritas, entre 48 e 81 anos, com participação média de 20 pessoas.</p> <p>Metodologia participativa: utilização de dinâmicas vivenciais.</p> <p>Temas iniciais dirigidos à saúde: <i>dificuldades próprias da idade, perdas relacionais e dificuldades para novos vínculos, carência de recursos materiais e limitações físicas em ambiente inapropriado.</i></p> <p>Ampliação para outros.</p>
<p>LIMA (1996) São Paulo / SP</p>	<p><i>Programa de Atenção à Saúde no Envelhecimento</i></p>	<p>Ampliar consciência sobre o envelhecer, associando-o aos modos de relação do idoso ante os cuidados com sua saúde; requalificar aspectos ligados à qualidade de vida dos idosos, discernindo possibilidades e limites nos planos individuais e sociais.</p>	<p>Referências conceituais a documentos da OPAS e OMS sobre envelhecimento.</p>	<p>Organização das atividades assistenciais segundo lógica programática e atividade educativa grupal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo Saúde e Envelhecimento: <p>Σ Grupos pequenos (8 a 10 pessoas), com reuniões semanais de uma hora e trinta minutos, com duração de 16 encontros.</p> <p>Coordenação de dois profissionais de nível superior.</p> <p>Idade mínima para o programa = 55 anos.</p>
<p>TELAROLLI Jr. (1997) Araraquara / SP</p>	<p>Projeto <i>Senior</i></p> <p>Ciclo de palestras e minicursos para a Terceira Idade</p>	<p>Oferecer atividades educativas e de lazer à população idosa, através da abertura de espaços da Universidade.</p>	<p>Referência à importância dos grupos de convivência e dos programas educativos para idosos na manutenção da saúde e da qualidade de vida desta população.</p>	<p>Programação de 4 meses, incluindo 29 palestras (3 por turno, 50 min. em média cada) sobre prevenção de problemas de saúde, questões sobre o envelhecimento e temas gerais.</p> <p>Três minicursos práticos (6 horas) sobre: 1) Produção caseira de derivados de leite; 2) Introdução à fitoterapia e 3) Produção caseira de queijo minas e frescal.</p> <p>96 participantes (incluindo público acima de 45 anos. Cerca da metade dos inscritos tinha menos de 60 anos).</p>

6.2 Estruturação e bases teóricas das ações

Em geral os objetivos convergem no horizonte de melhoria da saúde e qualidade de vida do idoso, com acento ora em mudanças comportamentais / práticas de saúde, ora em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar, ou em ambas combinadas.

As ações educativas de caráter coletivo são organizadas de forma diversa, desde pequenos grupos até grandes eventos. Como mostra a tabela 6, o padrão das experiências nacionais e internacionais é, neste aspecto, similar. Em dois programas internacionais há referência a alguma atividade prática além das sessões educativas, como exercícios, sessões de administração do estresse e lanches, enquanto um estudo nacional refere o grupo da caminhada.

Tabela 6. Formato da ação educativa nos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil, 1990-2002

Formato da ação educativa	Nº estudos		Total
	Internacionais	No Brasil	
Grupos pequenos ^a , fechados, com periodicidade definida	3	2	5
Grupos ou sessões de educação em saúde, abertos, continuados	3	2	5
Programas de <i>workshops</i> ou palestras, fechados, com periodicidade definida	2	3	5
Evento com diversas atividades educativas	1	0	1
Sem informação	0	2	2
Total	9	9	18 ^b

^a Até 20 pessoas.

^b Não entram neste total as duas experiências estruturadas apenas como ações individuais.

A duração dos grupos fechados, com periodicidade definida, é de 4, 8 e 26 sessões nos programas internacionais e de 4 e 16 sessões nos programas brasileiros. A programação temática abrange um amplo leque de questões relacionadas à saúde no processo de envelhecimento, com ênfase para dimensões do autocuidado. Temas que vão além dos classicamente relacionados à saúde também são mencionados em algumas experiências. Em 7 estudos (5 nacionais e 2 internacionais) é referido que a

programação é definida em conjunto com os participantes a partir do primeiro encontro. Nos demais não há informação clara sobre este aspecto.

Os referenciais teóricos apontados pelos autores são diversos e é comum a combinação de vários enfoques em um mesmo programa. A tabela 7 os discrimina conforme sua recorrência no conjunto de estudos analisados.

Tabela 7. Bases teóricas dos programas de promoção da saúde do idoso

Bases teóricas	Nº estudos		Total
	Internacionais	No Brasil	
Educação crítica (Paulo Freire)	1	3	4
Teoria da aprendizagem social (Bandura)	2	0	2
Modelo de bem-estar ecológico	2	0	2
Teoria do suporte social	1	1	2
Pesquisa participante	1	1	2
Promoção da Saúde e <i>empowerment</i>	1	1	2
Modelo de envelhecimento bem-sucedido	1	0	1
Teoria Azjen (comportamento planejado)	1	0	1
Kanfer's Model	1	0	1
Teoria da organização comunitária	1	0	1
Modelo de aderência	1	0	1
Feminismo	1	0	1
Teoria das necessidades (Virgínia Hendersen)	0	1	1
Cuidado cultural	0	1	1
Total	13	8	21

Quando não explicitado um modelo ou teoria subjacente, optou-se por destacar os princípios ou referências conceituais que balizam as ações. Isso ocorre em quatro experiências brasileiras e igualmente em quatro internacionais. No Brasil, são referidas a importância do grupo para os idosos, os conceitos da OPAS e OMS sobre o envelhecimento, a política nacional do idoso e concepções críticas sobre autocuidado e sobre a consulta de enfermagem. Nos programas internacionais são apontadas a base epidemiológica da prevenção com idosos e frequentemente o debate acerca da efetividade dos programas e dos preditores da participação nos mesmos.

Como mostrou a tabela, neste aspecto há diferenças entre o padrão internacional e brasileiro. A referência à pedagogia de Paulo Freire é mais comum no Brasil, presente em três experiências, enquanto outras, embora sem mencionar esta filiação teórica, trazem elementos próximos ao campo da Educação Popular em Saúde, como

fortalecimento dos sujeitos e de sua auto-estima, rompimento com o modelo biologicista e fragmentação das práticas, problematização dos limites individuais e coletivos para o cuidado em saúde.

A experiência de outros países é formatada predominantemente por teorias comportamentais clássicas no campo da educação e saúde, e, em menor grau, por abordagens contemporâneas sobre envelhecimento bem-sucedido. Apenas o estudo de Minkler (1992) faz menção à pedagogia crítica e tem uma perspectiva de organização comunitária. É ele também a única referência ao debate contemporâneo sobre promoção da saúde, no sentido de incorporar preocupações com questões de organização política da população envolvida. No Brasil igualmente um estudo articula-se explicitamente com este debate, mas com ótica predominante do *empowerment* em nível individual (Teixeira, 2002).

Independente dos formatos ou inspirações teóricas, a maioria dos programas tem muito boa aceitação dos idosos. É o que revelam as avaliações a seguir comentadas.

6.3 Desenho metodológico e principais resultados

Diferentes propósitos e estratégias metodológicas norteiam os estudos analisados. Conforme sintetizado no quadro 4, nove dos onze estudos internacionais utilizam métodos quantitativos e envolvem grande número de idosos (média de 450), freqüentemente para avaliações do tipo quase-experimental. Neste modelo é feita a comparação de dois grupos semelhantes, um participante do programa (grupo experimental - GE) e outro não participante (grupo controle - GC), como recurso para aferir os efeitos da intervenção. Seis estudos utilizam esta metodologia, todos com *follow-up* ou reavaliações em curto ou médio prazo, e os demais distribuem-se igualmente em *survey* pós-intervenção, estudo transversal longitudinal, análise de variáveis em uma coorte, avaliação qualitativa e estudo de caso.

No Brasil, como já comentado, vários estudos são relatos de experiências com aspectos avaliativos de base qualitativa, mais ou menos desenvolvidos, e não propriamente pesquisa com fins de avaliação. Os demais são dois estudos descritivos de avaliação da receptividade do programa, e quatro estudos qualitativos, dois dos quais baseados em pesquisa participante.

Os instrumentos utilizados nos estudos quantitativos são diversos, embora com conteúdos semelhantes, e predomina o uso de escalas e análises baseadas em escores para aferir resultados atitudinais e comportamentais. Os estudos qualitativos que

apresentam metodologia própria além do relato da experiência ou estudo de caso, são os de Ruffing-Rahall (1993) e, no Brasil, os de Teixeira (2002), Nicola (1999) e Portella (1999).

No desenho metodológico é comum a avaliação de mais de um aspecto do programa. Por essa razão e para efeito didático, a tabela 8 mostra as dimensões avaliadas segundo sua recorrência nos estudos e não a classificação dos programas pelo tipo de avaliação:

Tabela 8. Dimensões avaliadas nos programas de promoção da saúde do idoso

Dimensões da avaliação	Nº estudos		Total
	Internacionais	No Brasil	
Receptividade dos idosos	2	4	6
Melhora de indicadores psicossociais	4	2	6
Aderência às recomendações comportamentais*	5	0	5
Análise do processo educativo	2	3	5
Repercussões acerca da intenção de mudanças	1	1	2
Verificação de variáveis relacionadas às participação	2	0	2
Melhora da performance dos animadores	0	1	1
Total	18	10	28

* Incluem as referências a práticas de saúde e de autocuidado.

Os principais resultados dos estudos segundo o foco da avaliação são a seguir sintetizados. O aprofundamento de certos pontos será feito oportunamente nos capítulos seguintes, destinados à avaliação da experiência do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI.

⇒ Receptividade dos idosos: é unânime a avaliação positiva dos idosos quanto às atividades desenvolvidas nos programas. Os aspectos destacados são a ampliação de conhecimentos, a oportunidade de interações sociais e, no estudo de Almeida et al. (1998) particularmente, a afetividade e o bom tratamento recebido.

⇒ Melhora de indicadores psicossociais: nos dois estudos brasileiros, de base qualitativa, é comum a referência a mudanças positivas em termos de valorização do idoso, ampliação da rede social e melhoria das relações familiares e sociais. Teixeira (2002) destaca ainda o sentimento de integridade e maior controle sobre a vida. Nas demais avaliações, todas com base em estudos caso-controle, há ponderações diferentes

em função do leque maior de aspectos analisados e de dados empíricos não convergentes. Excluindo o trabalho de Brice et al. (1996), em que os efeitos sobre a saúde subjetiva e senso de bem-estar são evidentes, os outros mostram diferentes padrões de respostas em um mesmo estudo, incluindo-se a ausência de efeitos, vista como estabilização benéfica no curto prazo. Mesmo sem o incremento positivo esperado em alguns aspectos, é ressaltada a redução maior no grupo controle ocorrida quanto ao sentimento de autocontrole, satisfação com vida e bem-estar. Ruffing-Rahal (1994) e Elder (1995).

⇒ Aderência às recomendações comportamentais: os resultados encontrados são bem variados. No estudo de Brice et al. (1996) é encontrado um forte efeito, mas os demais transitam entre a tendência de estabilização das condições iniciais (Ruffing-Rahal, 1994) ou de pequeno ganho em termos de mudanças favoráveis nas práticas de saúde (Elder et al., 1996). O dado apresentado por Rogers et al. (1992) é o de que 1/3 dos participantes considerou as atividades educativas muito ou extremamente úteis em melhorar atitudes e capacitar para o autocuidado. Já o trabalho de Fox et al. (1997) não evidencia exatamente o quanto houve de melhora mas analisa que esta foi maior com uma intervenção “realçada” (aconselhamento individualizado e plano escrito) em relação a prática de simples recomendações verbais.

⇒ Análise do processo educativo: Ruffing-Rahal (1993) e Minkler (1992) são autoras que abordam esta dimensão, através de metodologias qualitativas. No primeiro caso, o grupo educativo com mulheres idosas é avaliado como espaço que representa o exercício de três dimensões: ritual, celebração e comunidade. Numa perspectiva semelhante embora mais explicitamente política, Minkler (1992) considera que o programa, para além dos ganhos específicos com as ações realizadas, teve como principal resultado o aumento da competência comunitária e do senso de controle dos idosos sobre suas próprias vidas. Nos estudos nacionais, Almeida et al. (1998) e Portella (1999) aproximam-se da linha desses trabalhos e destacam o grupo como espaço de compartilhamento, de expressão de práticas culturais, de favorecimento da rede de apoio social. Da ótica de programas educativos mais formais, baseado em palestras, os dados de Rodrigues et al. (1998) revelam boa aceitação do processo pedagógico, incluindo aqui a “*abertura dos palestrantes para esclarecer dúvidas*”. Por outro lado, os resultados de Telarolli Jr. et al. (1997) sugerem o questionamento de

modelo educativo eminentemente expositivo e saturado de recursos audiovisuais, avaliados como cansativos por 2/3 dos participantes.

⇒ Repercussões acerca da intenção de mudanças: nos dois estudos que investigam este aspecto é elevado o percentual de participantes que apontam intenção de fazer mudanças em sua vida a partir da influência do programa. Cerca de 80% das pessoas no trabalho de Rodrigues et al. (1999) referem esta disposição, no caso específico quanto à “conduta de saúde” (por exemplo, alimentação e atividade física), e percentuais semelhantes são encontrados na pesquisa de Parcker et al. (2002), com a particularidade aqui de comparação entre a população afroamericana e branca, com valores de 97 e 80%, respectivamente.

⇒ Verificação de variáveis relacionadas à participação: melhor *status* de saúde é associado com maior participação nos programas de promoção da saúde. Entretanto, como mostra o estudo de Schweitzer (1994), quando verificadas as práticas preventivas prévias, conclui-se que os programas têm potencial de atrair também pessoas não engajadas em prevenção.

⇒ Melhora da *performance* dos animadores: um único estudo avalia este aspecto posto ser a capacitação um dos objetivos do programa. Conforme Nicola (1999), os dados obtidos indicam a efetividade da intervenção quanto a esse propósito.

Quando a dimensão avaliativa limitou-se à referência sobre um possível impacto do trabalho no modelo assistencial, foram destacadas a sua contribuição para a realização de práticas menos fragmentadas e dissociadas da realidade social e política (Lopes et al., 1999) e para uma relação educativa em que os sujeitos possam problematizar as questões que vivenciam e juntos vislumbrar os encaminhamentos/respostas para seus problemas (Lima et al., 1996).

**Quadro 4. Revisão dos programas de promoção da saúde do idoso, internacionais e no Brasil,
segundo desenho metodológico e resultados da avaliação, 1990-2002**

I – INTERNACIONAIS

1º autor / ano / local	Desenho da Avaliação	Principais resultados
PARKER (2002) Alabama / EUA	Survey pós-conferência com 135 pessoas (27%) que responderam ao questionário de avaliação do Encontro.	98% avaliaram o evento como <i>excelente</i> ou <i>bom</i> . Intenção de fazer mudanças a partir do evento foi maior entre os afroamericanos (97%) do que na população branca (80%) Percepção positiva dos pastores e interesse de outras grupos religiosos em participar.
KOCKEN (1998) Rotterdan / Irlanda	Avaliação quasi-experimental da efetividade do curso (“ <i>Foi efetivo em melhorar os determinantes da participação social, suporte social e bem estar dos seus membros?</i> ”) Convidaram os idosos da cidade pelo correio (55- 79 anos) => 320 inscritos (GE = 138 e GC = 182) Pré-teste (t0), pós-teste (t1) e após 3 meses (t2) Escala para medir atitudes, participação social, suporte social, bem estar e saúde subjetiva.	GE = 71 e GC = 75 >> 51 e 41% retorno <i>follow up</i> Efeitos em algumas áreas, mas pequenos: ≠ significativa entre os grupos quanto à percepção da influência societal na posição do idoso; Efeito sobre suporte social e saúde subjetiva. Não houve ≠ significativa quanto à atitude e à participação social.
FOX (1997) Califórnia / EUA	Avaliação quase-experimental da efetividade do aconselhamento com e sem orientação escrita 237 (GE = 118 GC = 119) Aconselhamento individualizado no GE, com plano escrito detalhado com tempo e metas, e apenas recomendações verbais no GC. Reavaliação em 3 meses e 12 meses depois Utilização de cinco instrumentos	Amostra relativamente saudável (+ de 80% sem prejuízo em AVDs e sem internação no último ano). As recomendações que envolviam mudanças comportamentais foram mais difíceis do que as que envolviam <i>screening</i> (uso serviços). Dentre as barreiras para aderência, as econômicas foram as destacadas (5% no GE e 13% no GC). Maior aderência no GE: confirma > efetividade da ação personalizada e cooperativa.

<p>BRICE (1996) Nova York / EUA</p>	<p>Estudo quase-experimental para avaliar efetividade do programa a partir de dados empíricos. Convidaram 146 adultos (55 anos ou +) de Centros de Cidadãos Sêniores.</p> <p>Instrumentos de avaliação de crenças e comportamentos de saúde antes do programa e nove meses depois:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>index</i> de crenças saudáveis (<i>score</i> de 0-32) ▪ <i>index</i> de comportamento saudável (" 0-24) <p>>> altos <i>scores</i> representam estilo de vida saudável.</p>	<p>GE = 96 e GC = 50 => 70% retorno no <i>follow-up</i>..</p> <p>GE com <i>scores</i> mais altos na crença de que mudança de comportamento pode ter impacto na saúde.</p> <p>Resultado também quanto ao <i>index</i> de comportamento => efeito de magnitude suficiente para prover evidência clínica e política.</p> <p>Consumo de medicação ↓ no GE e não no GC. Efeito + verificado na saúde subjetiva e senso de bem-estar => crença na auto-eficácia quase dobrou no GE.</p> <p>Forte efeito do programa sobre crenças e comportamentos em saúde.</p>
<p>ELDER (1995) Califórnia / EUA</p>	<p>Avaliação quase-experimental dos efeitos longitudinais de serviços preventivos com beneficiários do Medicare.</p> <p>Instrumentos: “Avaliação de risco de saúde” (comportamentos, hábitos de vida, sintomatologia e história de doenças auto-referidas, status de saúde e escalas de qualidade do bem-estar e de depressão.)</p> <p>Compararam dados do <i>baseline</i> com as avaliações aos 24 e 48 meses.</p> <p>Construíram variáveis <i>outcomes</i> e analisaram dados para pressão sangüínea, exercício e nutrição.</p> <p>Obs: baixa renda e declínio da saúde pessoal foram principais motivos das perdas.</p>	<p>Dos 1800 participantes, 798 concluíram todas as avaliações (critério incluía também 70% de presença nos <i>workshops</i>).</p> <p>A 1ª meta escolhida no GE foi o ↑ atividade física (40%) e o ↑ consumo de vegetais.</p> <p>Efeito de ↓ da PA ocorreu em ambos os grupos. Efeitos positivos sobre a flexibilidade e a atividade aeróbia.</p> <p>IMC não se alterou. Ganhos nutricionais não se sustentaram após o 3º ano.</p> <p>Percepção de controle da própria saúde ↓ nos grupos (fator idade) mas mais no GC.</p> <p>Dados sugerem que efeitos são maiores durante a intervenção e que a aderência enfraquece com o tempo. Concluem que houve modesto efeito e que, portanto, os resultados oferecem modesto suporte para implementação de programas.</p>
<p>SCHWEITZER (1994) Califórnia / EUA</p>	<p>Ensaio clínico aleatório para avaliar efeitos do <i>screening</i> e das atividades de promoção da saúde</p> <p>Instrumentos: <i>Survey</i> por telefone (30 a 40 min.)</p> <p>Amostra de 1911 >> dois grupos (GE = 973 e GC = 938)</p> <p>Analisaram 17 comportamentos de saúde e compararam dados do grupo que completou a intervenção (71% de retorno) e dos que não compareceram ao segundo convite.</p>	<p>Os que não participaram da Clínica de <i>Screening</i> e de PS reportavam <i>status</i> de saúde mais pobre em vários indicadores.</p> <p>Saúde foi associada com participação (os mais debilitados participam menos). Pessoas saudáveis parecem ser mais engajadas em prevenção, mas não se pode determinar a causalidade (o que vem primeiro).</p> <p>Grupos não diferiram quanto à participação prévia em práticas de saúde preventivas => sugere que as ações de PS podem atrair os que potencialmente podem se beneficiar e não apenas os já aderidos.</p>

<p>RUFFING-RAHAL (1994) Ohio / EUA</p>	<p>Avaliação pós seis meses de intervenção com desenho quase-experimental (grupos não equivalentes mas comparáveis) Amostra com 28 idosos recrutados na mesma área urbana (GE = 14 e GC = 14)</p> <p>Três instrumentos: inventário de estilo de vida dos idosos (26 itens / escala de 0 a 4), inventário de integração (50 itens / 6 pontos), medidas de auto-avaliação de bem-estar e de integração social.</p>	<p>Scores médios altos no baseline para todas as medidas.</p> <p>Não houve incremento significativo no GE como hipotetizado.</p> <p>Houve ↓ nos scores de práticas de saúde e bem-estar no GC, assim como na satisfação com a vida.</p> <p>Hipótese de melhora do GE não foi suportada mas estabilidade das condições investigadas sugere “permanência de efeito” ou “influência sustentada” => programa parece ter efeito de estabilização benéfico no curto prazo.</p>
<p>WATKINS (1994) Arizona / EUA</p>	<p>Avaliação de variáveis relacionadas à participação dos idosos ao longo de 5 anos do projeto.</p> <p>Forma de medir a participação = soma da participação (medida por hora) em todas as atividades.</p> <p>Amostra de 224 sujeitos que fizeram o <i>screening</i> inicial e divisão desta em 4 grupos conforme nível de participação.</p> <p>Comparação de quatro grupos conforme o nível de participação.</p> <p>Análise de variáveis potencialmente influentes.</p>	<p>Intensidade da participação foi significativamente relacionada à socialização e à saúde dos participantes.</p> <p>Isolamento social, pobre tolerância ao exercício e problemas de saúde eram características das pessoas menos propensas a participarem das sessões.</p> <p>Entretanto, são esses idosos que mais necessitam de promoção da saúde.</p>
<p>RUFFING-RAHAL (1993) Ohio / EUA</p>	<p>Avaliação qualitativa do processo de um grupo semanal de PS com mulheres idosas.</p> <p>Fonte = anotações de campo de 75 encontros semanais, digitadas logo após os encontros, em formato de três estágios: 1) contexto, <i>inputs</i>, processo e produtos; 2) contribuições dos participantes; e 3) dados dirigidos aos três níveis centrais do bem-estar ecológico.</p> <p>Revisão das notas, usando comparação constante e indutiva. Análise baseada em codificação prévia em cada categoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo como ritual: atmosfera de abertura, confiança e espontaneidade; período dos encontros avançou além do previsto; sinergia na interação entre os membros; escuta e diálogo. ▪ Grupo como celebração: questões diversas eram trazidas e partilhadas; reconhecimento das qualidades e atributos das pessoas; valorização da resiliência; partilha dos aniversários e de outras transições valiosas; ganhos relativos à criatividade; insights sobre como incorporar o autocuidado nas rotinas diárias; suporte mútuo com base cristã. ▪ Grupo como comunidade: constituição da rede social entre as mulheres; investimentos na gestão do grupo; “grupo como família”.

<p>ROGERS (1992) Nova York / EUA</p>	<p>Avaliação da factibilidade do conjunto de serviços oferecidos e de como este influencia comportamentos auto-relatados dos participantes. Novo estudo transversal, após dois anos, com 376 (retorno de 79,6%)</p> <p>Entrevistas realizadas na casa do idoso por profissionais não envolvidos com a implantação do programa. Áreas investigadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aparente impacto do serviço de administração de casos sobre os maiores problemas de saúde; ▪ influência percebida das classes de Educação em Saúde; ▪ satisfação global com os serviços. 	<p>Maioria avaliou as atividades educativas úteis para ↑ conhecimentos e 1/3 como úteis para mudar atitudes quanto ao desenvolvimento pessoal e ao autocuidado.</p> <p>Os idosos discutiram 46,1% de seus problemas prioritários com os profissionais que o acompanharam. Razão principal para não abordar os outros foi por considerá-los irremediáveis.</p> <p>86,6% declaram-se muito ou extremamente satisfeitos com os serviços / 5,3 com pouca ou nenhuma satisfação</p> <p>Impacto global positivo. Programa parece ser factível, embora um pouco caro, e ter algum impacto para pessoas auto-envolvidas, mas é preciso mais trabalho para responder às questões apontadas no <i>screening</i> inicial.</p>
<p>MINKLER (1992) Califórnia / EUA</p>	<p>Estudo de Caso sobre os 12 anos do projeto Tenderloin.</p>	<p>Ações realizadas por alguns grupos de idosos quanto à melhoria do acesso a alimentos e à segurança do bairro (projeto <i>safehouse</i>).</p> <p>Formação e treinamento de lideranças permitiu minimizar o papel da coordenação do projeto. Foram criadas associações de inquilinos em seis hotéis (de 800 idosos, 250 envolveram-se com as associações e 30 a 50 com atividades de liderança.</p> <p>Apesar de problemas, projeto foi efetivo quanto ao ↑ senso de controle e competência comunitária.</p>

II – NO BRASIL

1º autor / ano / local	Desenho da Avaliação	Principais resultados
<p>TEIXEIRA (2002) Rio de Janeiro / RJ</p>	<p>Pesquisa qualitativa com propósito de analisar o processo de empoderamento dos idosos através da dinâmica grupal.</p> <p>Entrevistas e grupo focal com 15 idosos participantes do projeto, há pelo menos três anos, para avaliação dos efeitos da intervenção.</p> <p>Categorias de análise: apoio social, rede social, autonomia, integridade, cuidado, aprendizagem, realização de projetos pessoais.</p>	<p>Idosos passam a se preocupar mais com o cuidado à saúde e a vivenciar sentimento de integridade e controle sobre suas vidas. Grupo interrompe a espiral negativa do desempoderamento.</p> <p>Ao ampliar a rede social, oferecer espaço de aprendizagem e funcionar como apoio social, o grupo torna-se lugar de resignificação dos valores negativos associados ao envelhecimento.</p>

<p>DIOGO (2000) Campinas / SP</p>	<p>Relato da experiência (descrição das dinâmicas utilizadas em cada encontro, com comentários sobre a receptividade dos idosos, ilustrada por algumas falas). Avaliação conjunta com o grupo no último encontro.</p>	<p>Avaliação positiva dos idosos e seus familiares (gostaram e aprenderam coisas novas e importantes para o enfrentamento do dia-a-dia). Problemas com a falta de assiduidade dos membros do grupo, atribuída à cultura de não valorização de ações preventivas, problemas de moradia distante (falta de transporte e de companhia), esquecimento e sobreposição de compromissos.</p>
<p>LOPES (1999) Porto Alegre/RS</p>	<p>Relato de experiência, com avaliação apenas dos princípios do trabalho na ótica de organização da assistência segundo princípios do SUS.</p>	<p>Experiência pode iniciar processo de rompimento com modelo biologicista de atenção à saúde e com as práticas fragmentadas, dissociadas da realidade social e política.</p>
<p>PORTELLA (1999) Passo Fundo / RS</p>	<p>Relato de experiência baseado em observação participante/ reflexão- ação conjunta (pesquisador como facilitador do grupo) Nº participantes por encontro foi de 8 a 16 mulheres.</p>	<p>Apresenta falas das mulheres sobre suas práticas culturais de saúde e as analisa de acordo com a codificação: preservar, acomodar, repadronizar. Grupo demonstra interesse em saber mais sobre temas de saúde, interpretado como indício de aceitação de novas prática culturais de saúde. Estudo possibilitou um processo de cuidar/educar baseado nas referências culturais do grupo.</p>
<p>RODRIGUES (1999) São Paulo, Santos, Sorocaba e Ribeirão Preto / SP</p>	<p>Estudo descritivo sobre os resultados de aprendizagem de 976 idosos participantes do ciclo de palestras. Questionário aberto, auto-aplicado, ao final dos módulos temáticos (quais <i>os principais assuntos abordados nas palestras do módulo, você pretende mudar a sua conduta de saúde diante da temática estudada?, este módulo correspondeu às suas expectativas? O conteúdo foi abordado de forma clara? As aulas estimularam a participação dos idosos? Como você avalia este módulo?</i>) Análise de conteúdo (Bardin, 1991) para interpretação dos dados.</p>	<p>Todos os participantes consideraram o programa primordial para a promoção da saúde dos idosos (90% consideraram ótimo e 10% bom) Ampliação de conhecimentos e oportunidade para maior relacionamento entre os idosos. Avaliaram positivamente as palestras (planejamento e capacitação dos profissionais, recursos audio-visuais, abertura dos palestrantes para esclarecer dúvidas e oportunidade para troca de conhecimento e maior conscientização dos problemas de saúde) 80% referiram intenção de mudança (pe, alimentação e exercício físico)</p>

<p>NICOLA (1999) Rio Grande / RS</p>	<p>Pesquisa participante para verificar efeitos do grupo, após um ano, sobre a auto-imagem dos sujeitos, a melhoria do relacionamento familiar e social o engajamento mais sadio no ambiente.</p> <p>Investigou cinco grupos e desses compôs uma amostra aleatória (n=29), com 25% de cada grupo. Três instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista introdutória semi-estruturada => perfil dos sujeitos ▪ Observação dirigida: registro sobre participação, reflexão, etc. ▪ Entrevista avaliatória: opinião dos idosos sobre o trabalho dos animadores no alcance dos objetivos. 	<p>Idosos apontaram mudança qualitativa na ação dos animadores, com resultados positivos para os grupos em termos de melhoria das relações familiares e sociais, bem como de valorização do idoso.</p>
<p>LIMA (1996) São Paulo / SP</p>	<p>Avaliações periódicas do conjunto das ações programáticas visando à monitoração sistemática do trabalho.</p>	<p>Resultados têm estimulado à manutenção do grupo como prática assistencial.</p> <p>Observa-se que os sujeitos, ao se “apropriarem” do grupo, problematizam as questões e com frequência passam a discutir e “vislumbrar” encaminhamentos e “respostas” para muitos de seus sofrimentos.</p>
<p>ALMEIDA (1998) Fortaleza/Ce</p>	<p>Avaliar mudanças qualitativas dos idosos em face de suas carências iniciais e avaliar o processo de desenvolvimento do grupo.</p> <p>Base foi o relato de experiência e a reflexão sobre o trabalho: aponta as necessidades dos idosos em cada dimensão e as ações trabalhadas no grupo para responder a elas.</p>	<p>Grupo como lugar de compartilhar assuntos importantes da vida, para o lazer e para expressar religiosidade, para resolver problemas de ordem biológica e social através da formação de uma rede de solidariedade.</p> <p>Satisfação dos idosos com o trabalho (ilustra com um depoimento que realça a afetividade e o bom tratamento recebido no grupo)</p>
<p>TELAROLLI (1997) Araraquara / SP</p>	<p>Questionário auto-aplicável, com perguntas abertas e fechadas, para avaliação geral da programação educativa. Dos 96 inscritos, 57 (59,4%) responderam ao questionário.</p>	<p>Maioria (75,5%) considerou ótimo o programa, 21% bom e 3,5% regular. Oportunidade de aprendizado e também de interações sociais e novas amizades.</p> <p>Quase 2/3 consideraram cansativas três palestras por turno. Sugerem duas para haver tempo para perguntas. Preferência pela exposições mais faladas e com menos recursos audiovisuais. Ambigüidade quanto à compreensão dos temas dada pela possível heterogeneidade cultural do grupo.</p> <p>Temas preferidos foram os relacionados a problemas de saúde comuns em idosos.</p> <p>Críticas a não presença do lazer nas atividades oferecidas e à dificuldade dos professores em manter a disciplina nas palestras.</p> <p>Interesse em participar novamente com nova programação.</p>

6.4 Limites e recomendações

Do ponto de vista metodológico, os estudos nacionais não apontam questão ou reflexão para desdobramento em futuras pesquisas. O único aspecto problematizado, mas avaliado positivamente, é a possível implicação da pesquisadora pelo fato de ter atuado como profissional nos grupos por ela analisados (Teixeira, 2002). De outra parte, reconhecendo o caráter incipiente dos esforços de avaliação, Lima et al. (1996) salientam a necessidade de se desenvolver instrumentos específicos para avaliar a integração do grupo de idosos no programa de atenção à saúde no envelhecimento desenvolvido na Unidade Básica.

As demais recomendações vão no sentido de apontar caminhos para ampliação e aprimoramento das ações, unanimemente consideradas como viáveis e oportunas. No trabalho de Almeida et al. (1998) emerge como preocupação a forma incipiente de atendimento às necessidades dos idosos pelo baixo suporte institucional. Para isso sugerem o desenvolvimento de projetos a partir das necessidades identificadas. Quanto às mudanças sugeridas em relação ao processo educativo foram referidas a necessidade de adequar tempo e recursos pedagógicos às condições de aprendizagem dos idosos, bem como de abrir mais espaço à participação (Tellaroli Jr. et al., 1997). Um exemplo de adequação dado pelos participantes é o uso de transparências com letras maiores em virtude da dificuldade visual comum entre idosos (Rodrigues et al., 1999).

Nos estudos internacionais é mais freqüente e variada a problematização acerca dos aspectos metodológicos dos estudos, seus alcances e limites.

Sobre os instrumentos de pesquisa, Kocken et al. (1998) questionam o limite das escalas utilizadas para aferir os itens propostos, sobretudo a auto-eficácia; Ruffing-Rahal (1994) menciona o caráter ainda recente e pouco amadurecido de dois dos quatro instrumentos utilizados, além do tempo curto do *follow-up* para avaliar efeitos cumulativos das ações; e Brice et al. (1996) avaliam positivamente o instrumento *healthy belief index*, já usado em outros estudos.

Os limites da amostra é uma questão freqüente dentre outras preocupações com influências indevidas nos resultados. São apontados possíveis vieses quanto ao fato de serem pessoas que voluntariamente quiseram participar (Elder et al., 1995; Ruffing-Rahal, 1994); que são relativamente saudáveis e com bom nível sócio-econômico (Brice et al., 1996); e que não representam devidamente a população local (Fox et al., 1997; Ruffing-Rahal, 1994).

Os dois estudos sobre variáveis ligadas à participação não trazem questões metodológicas, talvez pelos seus objetivos relativamente menos complexos, e têm em comum o fato de recomendar inovação nas formas de acesso aos programas para que os serviços preventivos baseados em comunidade alcancem os idosos que tenham maior necessidade. Para Watkins (1994) e Schweitzer (1994), envolver idosos frágeis em promoção da saúde é um desafio tendo em vista a associação entre não-participação e *status* de saúde mais pobre.

Atingir as pessoas mais vulneráveis é também uma meta sugerida por Brice et al. (1996) por acreditarem que os resultados das ações poderão ser mais expressivos. Em sentido próximo, Rogers et al. (1992) recomendam que programas de *screenings* independentes deveriam ser focados nas pessoas que não acessam os médicos da atenção primária.

Sobre as ações educativas há poucas considerações acerca da oportunidade de mudanças. Apenas Kocken et al. (1998) assumem como pequena a programação de quatro sessões para os resultados pretendidos.

As recomendações para futuras pesquisas vão em várias direções mas todas revelam a preocupação em assegurar bases técnicas e econômicas de sustentabilidade das ações. São previstas a necessidade de:

- Pesquisa longitudinal, com *grupo controle*, para avaliar mudança sustentada de estilos de vida (Parcker et al, 2002);
- Pesquisa continuada para saber se os projetos melhoram o comportamento e o *status* de saúde a um custo razoável (Schweitzer et al., 1994);
- Tempo do *follow-up* de 5 a 10 anos para que se avalie o custo-benefício dos programas (Brice et al., 1996);
- Avaliação do impacto de longo prazo da aderência sobre a morbidade e a mortalidade (Fox et al., 1997);
- Amostra maior e aleatória para generalização dos resultados (Ruffing-Rahal, 1994);

Uma recomendação estratégica que merece destaque é o planejamento futuro com previsão da documentação necessária para a avaliação dos efeitos hipotetizados (Parcker et al., 2002; Minkler, 1992). Esta última autora, apesar de avaliar um programa de longa duração (doze anos), reconhece o limite da documentação para avaliar efeitos mais generalizados do projeto e mudanças no *status* de saúde. Para ela é reconhecidamente difícil medir certas alterações sutis, razão porque é interessante a

combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Tal opinião é partilhada por Ruffing-Rahal, (1994) ao afirmar que a triangulação metodológica é um recurso que pode facilitar a especificação das intervenções e dos resultados.

É dessas últimas autoras que partem as únicas reflexões de ordem conceitual-metodológica acerca dos modelos teóricos adotados. De modo profundo e cuidadoso, Minkler (1992:311) reflete sobre potenciais e limites da metodologia pedagógica de Paulo Freire. Em sua opinião, a aplicação “pura” desta proposta mostrou-se difícil e não realista em alguns aspectos que serão melhor abordados no capítulo seguinte. O diálogo problematizador é útil mas deve ser flexibilizado e suplementado por outras técnicas e métodos de interação social “não orientadas para causa” para responder às necessidades imediatas do grupo. Ruffing-Rahal (1993 e 1994), por sua vez, alerta para a necessidade de se considerar o complexo contexto de saúde e doença dos idosos e ressalta o valor dos três temas centrais do modelo de bem-estar ecológico (atividade, afirmação e síntese) para um repertório dos indicadores do processo de grupo. A autora vê aí uma possibilidade de se trilhar indicadores individuais e grupais como medidas de base para avaliar processo e efeitos de grupos de promoção da saúde.

Numa tentativa de síntese do panorama apresentado, observa-se que o campo da avaliação em promoção da saúde, na vertente delimitada, é multifacetado quanto às tendências teórico-metodológicas e às estratégias de pesquisa, e apresenta perfis distintos entre a produção nacional e internacional.

Uma forte tendência das ações educativas nos programas internacionais é a transmissão de informações, combinada com a oferta de serviços preventivos, com foco individual. É presente, mas ainda pequena, a articulação das práticas ao debate contemporâneo sobre promoção da saúde, no que tange a assumir uma perspectiva política e sociocultural mais ampla. Entretanto, há um esforço de incorporação de indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionados aos paradigmas recentes de envelhecimento bem sucedido, que amplia o clássico escopo dos comportamentos saudáveis, ainda que com o risco de somente ampliar as regras para a boa saúde prescritas individualmente.

O limite para ampliação das abordagens e da pesquisa avaliativa, neste contexto, parece refletir a forte marca positivista que orienta a promoção da saúde nos Estados Unidos, a qual Buchanan (2000) faz contundente crítica. Para ele, resumidamente, a

pesquisa nesta área é falha pois tenta trabalhar com a mesma lógica da pesquisa experimental utilizada com relativo sucesso na explanação dos processos biológicos. A saúde, apreendida como bem-estar, fica porém na fronteira do mundo natural e social, terreno que desafia possibilidades de predição e controle.

No Brasil confirma-se a pequena tradição de avaliação e de programas de promoção da saúde do idoso. Algumas experiências assemelham-se ao modelo há pouco descrito, porém grande parte demonstra oferecer espaço de maior abertura relacional e tomar a saúde nas suas relações com a realidade social e política. Embora pouco desenvolvida, a avaliação traz dados qualitativos, permitindo, em alguns casos, uma melhor visualização dos processos e da relação dos sujeitos envolvidos.

A perspectiva da Educação Popular em Saúde é presente mas minoritária como aporte teórico das ações educativas com idosos. Há, porém, semelhanças em relação a outras abordagens ou pressupostos, ainda que não reconhecidas ou nomeadas por seus autores. Chama a atenção a apropriação consistente da metodologia “Freiriana” por uma autora americana, embora não representativa da tendência hegemônica em promoção da saúde naquele país, confirmando o reconhecimento internacional da pedagogia crítica de Paulo Freire, reiterado por Vasconcelos⁵².

Na avaliação da experiência em foco nesta tese, a seguir iniciada, este referencial e o panorama dos programas serão bases de interlocução para o debate sobre os potenciais e limites na direção de práticas mais integrais e humanizadas de saúde de promoção da saúde com idosos. Assume-se preliminarmente que o limite das ações não é a abordagem sobre comportamentos, nem a expectativa de resultados nesta direção, no fundo inerente a qualquer vertente educativa. É muito mais o tecnicismo e seus efeitos redutores em dois níveis: a compreensão de comportamentos independente do contexto pessoal, social e político dos sujeitos, e a relação entre profissionais de saúde e população desprovida de ética, de amorosidade e da valorização do outro e de seus saberes.

⁵² Depoimentos do autor na lista de discussão pela internet da Rede de Educação Popular em Saúde, Brasil.

CAPÍTULO VII

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSOS DO PPS DO NAI/UNATI

“Este grupo me dá alegria e nos levanta com força para a luta diária”

"A cada dia eu aprendo mais e fico mais feliz"

Idosos do GES

Para dimensionar os resultados de um projeto cabe a apreciação prévia do grau de implantação das ações ou a integridade do que foi realizado tendo por base o idealizado. Neste processo de aproximação das condições que facilitam ou dificultam as ações e do padrão por estas alcançado em termos de quantidade e qualidade, cabe apontar as contradições presentes na ação institucional para não limitar a análise ao nível descritivo, mas reconhecer suas implicações sociopolíticas e o “movimento histórico” do serviço em conexão com a realidade dinâmica em que está inserido (Deslandes, 1997:106).

Os dois componentes do projeto previstos para avaliação – 1) *GES e educação continuada* e 2) *AMSQV* – serão aqui analisados de forma conjunta, segundo a lógica da matriz de medidas, apresentada ao final do capítulo V. A análise privilegiará os anos de 2001 em diante, época a partir da qual obteve-se maior estabilidade das ações. Oportunamente, contudo, serão resgatados dados anteriores para visualização do histórico do projeto. Pela inviabilidade operacional, os dados de 2003 serão incluídos apenas para registro quantitativo das atividades e para avaliação dos encontros periódicos dos idosos.

7.1 Aspectos estruturais

O **espaço físico** de realização das atividades do projeto aqui analisadas pode ser considerado satisfatório, com pequena reserva. As salas de grupo onde são realizados os GES são de tamanho adequado, possuem cadeiras confortáveis dispostas em círculo,

boa iluminação e ar condicionado. Os eventos são realizados em auditórios da UERJ, também confortáveis, porém com cadeiras fixas, o que limita a proposição de certas dinâmicas de grupo. A avaliação multidimensional é realizada em consultórios ou salas de grupo do ambulatório, bem iluminadas e também com ar condicionado.

O mesmo não ocorre em relação aos **recursos materiais**. É recorrente nos relatórios as dificuldades neste campo, especialmente a disponibilidade de xerox para reprodução de materiais educativos e de apoio didático. A gráfica da UERJ enfrenta problema crônico de falta de recursos, impondo com frequência a disponibilização de recursos pessoais ou extra-institucionais para atender às necessidades de reprografia. Isto afeta negativamente todas as ações do projeto, de variadas formas.

O limite para utilização das linhas telefônicas, agravado sensivelmente no ano de 2002, também impôs muitas vezes a busca de “saídas” pessoais (telefonar da própria casa), gerando estresse para a equipe e retardando o trabalho. A influência disto foi ainda mais aguda pois este foi o ano em que se iniciou a reavaliação dos idosos, fase em que o contato telefônico era o recurso principal. Também neste ano, e mais ainda em 2003, houve problemas em relação à realização dos exames laboratoriais do HUPE, afetando a dinâmica proposta na avaliação individual, principalmente para os idosos que não dispõem de vínculo assistencial regular.

De modo geral, os materiais permanentes são disponíveis para as ações educativas, mas haveria maior facilidade se as salas dos GES fossem equipadas com aparelhos de TV, vídeo e som. Estes recursos existem na UnATI porém dever ser mobilizados de outras salas e reservados previamente, limitando de algum modo sua utilização. Os auditórios são equipados, mas, ainda assim, é preciso mobilizar recursos como computador e *datashow*. A disponibilidade de computador e impressora é apenas parcialmente satisfatória, pois são recursos não específicos do projeto, partilhados por vários membros da equipe e sem reposição regular de insumos, como papel e cartucho. Para a AMSQV, uma dificuldade pontual é observada quanto à conservação dos aparelhos de pressão do ambulatório. Em certos momentos, há poucos em condições adequadas e estes passam a ser requeridos por vários profissionais ao mesmo tempo, implicando dispêndio de tempo.

Problema maior refere-se à disponibilidade de materiais de consumo. O projeto não conta com verba própria e depende das compras institucionais periódicas. Isto atende parcialmente as necessidades básicas dos GES (cartolinas, *pilots*, etc.), porém é insatisfatório quanto às demandas variadas que as ações vão gerando e, fundamentalmente, para a realização dos eventos, cujas delicadas necessidades (fotos,

filmagem, água ou flores para os convidados, dentre outras) contam mais com a cooperação da equipe do que com suporte institucional. As restrições financeiras da Universidade estão certamente na base deste problema, mas cabe, entretanto, tentar caminhos para minimizá-lo através de um planejamento mais amplo e criativo das necessidades.

A reserva de transporte para atividade externa com os idosos, quando requerida pois não é necessidade de rotina, mostrou-se relativamente possível, apesar do limite natural já sinalizado pelo fato de ser um recurso partilhado por vários setores da Universidade.

Um ponto crítico e parcialmente responsável pelo não desenvolvimento do componente *produção de materiais educativos* foi o suporte gráfico e de programação visual. As dificuldades e impasses experimentados para a produção de sete números dos folders *Viva Bem*, pela ausência de um setor próprio para isso e pela constante insuficiência dos recursos financeiros da Universidade, inibiram o prosseguimento desta frente. Ao lado disso, também podem ser apontadas a complexidade que envolve esta atividade e a inexistência de carga horária profissional suficiente para a coordenação mais dinâmica desta atividade.

Quanto aos **recursos humanos**, a sobrecarga de tarefas da equipe do ambulatório apontada no capítulo IV, é também a razão da não presença dos *staffs* na execução direta do projeto, tal como nos primeiros anos de sua implantação. De 2001 até hoje esta participação se reduziu às áreas de serviço social, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia. Apesar disso, todas as áreas permanecem representadas através de residentes e estagiários, exceto a enfermagem pela característica mais transitória da inserção dos treinandos. Há ainda a participação de três profissionais das áreas de medicina, psicologia e odontologia da UnATI, que atuam no projeto de forma pontual na abordagem específica dos temas saúde oral e memória.

A carga horária é um fator limitador para os profissionais e também para os treinandos. Exceto o bolsista (um estagiário remunerado de 20 horas), nenhum membro da equipe tem atuação exclusiva no projeto, nem mesmo a coordenação. Todos participam de outras ações assistenciais e, por essa razão, a falta de tempo é freqüentemente observada como comprometedor para maior dedicação ao planejamento, preparação e avaliação das atividades do GES. Um agravante é a não garantia de convergência de horários dos membros da coordenação fora do turno do grupo. O trabalho em equipe deve ocorrer prioritariamente neste turno, nas duas horas além do tempo da reunião com os idosos. Isto acaba sendo insuficiente em várias

situações, mas é também verificada a subutilização deste horário para o fim destinado, seja porque a equipe acaba sendo envolvida com outras solicitações e/ou pela dificuldade de alcançar a importância deste momento para a construção de uma abordagem sintonizada com a complexidade e singularidade de cada grupo ou atendimento individual de acordo com princípios do projeto.

A preparação dos treinandos inicialmente ocorria através de uma programação específica no momento de inserção no NAI, em três turnos, do acompanhamento cotidiano informal e de reuniões mensais de avaliação do trabalho. A partir de 2002, atendendo às sugestões dos alunos, foram estabelecidas supervisões semanais, com duração de 60 minutos, que reúnem todos os residentes e estagiários que atuam como coordenadores de GES do semestre para troca de experiências, dúvidas na aplicação da AMSQV, discussão dos temas abordados e da proposta metodológica.

Todos os coordenadores de GES, inclusive os profissionais, participaram da abordagem individual. O grupo é dividido pelo número de coordenadores e em geral cada um atendeu, como previsto, três ou quatro idosos. O espaço para acompanhamento e discussão em equipe das situações encontradas foi falho em 2001, pelo espaçamento maior das reuniões, e melhor garantido em 2002 com as supervisões semanais. A carga horária para esta atividade é também um problema, tal como nos grupos e nele interferindo, pois o único turno dedicado a esta atividade acaba sendo utilizado para agendamento dos atendimentos – atendendo muitas vezes à disponibilidade dos idosos – sendo então mais um fator que compromete o tempo necessário ao planejamento e avaliação cotidiana das ações.

No balanço entre facilidades e dificuldades em termos de estrutura das ações, em meio a crises que não cessam e greves que impõem sucessivas descontinuidades/ retomadas do processo, tem sido possível construir a história apresentada a seguir. Para melhor ponderar seus alcances e limites, é preciso vê-la à luz do contexto institucional do período analisado. Os cortes orçamentários da UERJ decorrentes da orientação neoliberal nas políticas públicas brasileiras são uma marca desta conjuntura e seus reflexos são sentidos tanto na execução das ações do projeto, como aqui apontado, como na viabilização de serviços e políticas de atenção ao idoso, dimensão que influencia os resultados pretendidos como se pretende apontar no capítulo VIII.

7.2 Panorama das ações desenvolvidas

7.2.1 Dimensões quantitativas

O ano de 2001 foi marcado por greve na UERJ e conseqüente descontinuidade dos grupos em atividade no primeiro semestre. Esta é uma das possíveis razões do elevado percentual de desistências observado neste ano (50%), correspondente à defasagem entre o número de pessoas inscritas e as que concluíram os GES, com pelo menos 72% de freqüência. Em 2002 o percentual de desistência reduziu quase à metade, passando a 26%.

Não há dados precisos sobre os motivos de desistência, mas a experiência de oito anos do projeto mostra que uma margem de perda é sempre esperada. Tal questão merece melhor análise futura a partir de série temporal mais longa, capaz de permitir definir os limites “aceitáveis” desta perda. As razões provavelmente incluem incompatibilidade do dia/horário do grupo com outras atividades, impedimento por problemas familiares ou de saúde emergentes, não correspondência da proposta às expectativas pessoais, ausência de empatia quanto à coordenação e/ou ao grupo, dentre outros. Um trabalho bem cuidadoso é necessário no momento de inscrição para que as vagas sejam otimizadas e que ao menos se evite a compreensão distorcida da proposta. É também útil organizar informações de modo que se possa distinguir as duas situações possíveis de desistência (inscrição sem comparecimento ao grupo e evasão após primeiras reuniões) dadas as diferentes conseqüências em termos de análise.

Apesar da interrupção pela greve, situação vivida também em outros anos, foi possível realizar 6 grupos em 2001 e 7 em 2002, dois dos quais foram atípicos, destinados a uma experiência piloto de grupos de reavaliação. Prejuízo maior foi observado quanto aos eventos, tendo sido realizado apenas um no ano de 2001. Em 2002, sem greve e com melhor logística de organização, foi possível realizar quatro encontros no ano e definir esta como a periodicidade desejável, o que até então não era estabelecido. O evento é também aberto ao público e há divulgação na UnATI. A escolha dos temas é feita a partir das sugestões dos idosos em cada evento e procura abranger de forma intercalada as diversas áreas de conhecimento. Os temas abordados nos 14 encontros realizados até hoje foram:

1. Saúde e qualidade de vida (nov/96)
2. Nutrição e envelhecimento (out/97)

3. Atividade física e consciência ecológica (mar/98)
4. Envelhecimento saudável: um bate-papo com a equipe de saúde (dez/08)
5. Saúde oral (jun/99)
6. A pele e envelhecimento: como prevenir os problemas mais comuns (nov/99)
7. Futuro e sentido de vida no envelhecimento (dez/01)
8. ParticipAÇÃO por um mundo melhor (abr/02)
9. Fatores de risco cardiovascular em idosos (06/02)
10. Postura, movimento e bem-estar corporal (09/02)
11. Finitude: perdas e possibilidades no processo de envelhecimento (nov/02)
12. Perda involuntária de urina: problema inevitável na velhice? (jun/03)
13. Envelhecimento e Solidão? Um bate-papo com a equipe do NAI/UnATI (set/03)
14. O convívio entre as gerações (nov/03)

Nos anos de 2001 e 2002, a média de participação nos cinco eventos realizados foi de cerca de 96 idosos, sendo a maior parte vinculada ao projeto (69,4%) e os demais não vinculados. Esta é uma parcela pequena dos idosos mas não é possível avaliar o quanto representa de retorno efetivo já que a carta-convite enviada por correio aos antigos participantes só foi viável em dois eventos pelas dificuldades institucionais citadas. A divulgação desde então passou a ser mais limitada, baseada nos cartazes e contatos pessoais da equipe com os idosos na própria UnATI e ocasionalmente em contatos telefônicos com o público participante dos encontros anteriores. Outro fator influente é a sobreposição natural desta atividade com os cursos da UnATI no referido turno, freqüentados por parte dos idosos do projeto.

Para os idosos de 2001, participantes da pesquisa de reavaliação apresentada no capítulo seguinte, observou-se uma freqüência média de 2 encontros, considerada reduzida por ser menos da metade dos oito encontros realizados desde então. Este é um dado que merece reflexão, retomada mais adiante, em face do objetivo de educação *continuada* do projeto.

Quase a totalidade dos idosos que concluíram o GES passou pela avaliação multidimensional (96,2%). Como se observa na tabela 9, há sempre uma pequena variação por razões diversas, mas que não afeta o alcance da maioria dos participantes. A tabela mostra também um panorama quantitativo das atividades do projeto desde sua criação em 1996.

Tabela 9. Atividades realizadas, nº de treinandos e nº de idosos do PPS do NAI/UnATI - 1996/2003

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Nº GES	12	10	05	08	07	06	05 ^a	06	59
Nº idosos	130	95	41	86	65	60	57	67	601
Nº AMSQV	126	99	38	78	59	60	55	63	578
Nº encontros	1	1	2	2	-	1	4	3	14
Presenças nos encontros	s/inf.	s/inf.	116	129	-	95	387	250	977
Nº de treinandos	05	09	07	14	9	9	10	14	77 ^b

^a Outros dois grupos foram realizados mas com propósito de reavaliação, com idosos já inseridos no projeto.

^b Residentes e estagiários de psicologia (19), serviços social (14), geriatria (13), nutrição (12), fisioterapia (10), medicina de família e comunidade (6), enfermagem (2) e fonoaudiologia (1).

7.2.2 Apreensão da proposta pela equipe

Os profissionais do NAI reconhecem a importância do projeto de promoção da saúde com idosos, mas obviamente há níveis de compreensão diferenciados acerca das implicações desta proposta, particularmente as que convergem com princípios políticos da Educação Popular em Saúde, retratando na prática o debate conceitual abordado no capítulo III. A oportunidade de reflexão sobre esta questão tem sido pequena, mas não ausente pois ultimamente vem sendo introduzida nos cursos anuais para os treinandos e em seminários do projeto em equipe. Pode-se afirmar que o campo de convergência maior se dá em torno da valorização da *prevenção em saúde do idoso* e de *ações educativas em grupo*, elementos que unem a equipe, mas há aproximações diferenciadas e/ou contraditórias que não têm sido tomadas coletivamente como questão devido à divisão de atuação por projetos que com o tempo se estabeleceu na equipe de *staffs*.

O espaço recentemente conquistado para *pensar o projeto* foi a supervisão semanal, realizada pela coordenação com os treinandos e os profissionais que no momento coordenam grupos. Este espaço resultou das dificuldades apontadas pelos alunos quanto ao entendimento de procedimentos operacionais do projeto e pelo reconhecimento da coordenação quanto à importância de melhor preparação teórico-conceitual acerca dos princípios do trabalho. A supervisão semanal teve início apenas em 2002 e tem sido a maneira de dar suporte às coordenações de GES e criar uma base de fundamentação consoante os princípios do trabalho. O formato não é

ainda ideal por ser algo recente e, especialmente, por razões extremamente difíceis de compatibilização de horário e de atividades numa equipe interdisciplinar com frentes de trabalho diversas e geograficamente separadas. Isto tem inviabilizado uma participação integral nas reuniões, mas pode ser visto como tentativa na direção que criar espaços que permitam um acúmulo maior de reflexão dos significados e implicações mais profundas da proposta de trabalho pela equipe. De modo algum isso é fácil e precisa ser compreendido como uma **construção**, no geral ainda bem pouco tematizada e menos ainda posta em ação, como mostrou o panorama sobre programas apresentado no capítulo anterior no que se refere à composição e a dinâmica do trabalho em equipe naquelas experiências.

Nas avaliações de 14 treinandos (60%) ao final dos grupos de 2001 e 2002 (ver modelo no anexo 3), estes reconhecem a AMSQV como instrumento que possibilita uma visão integral do idoso e ações oportunas diante das necessidades apresentadas. O grupo é avaliado em geral como experiência interessante e enriquecedora, mas a apreensão dos princípios da Educação Popular em Saúde naturalmente difere conforme a formação profissional. É mais fácil para o serviço social, psicologia e nutrição, enquanto para as demais áreas, sobretudo para os residentes de geriatria, há certo descompasso dada a expectativa desses profissionais de buscarem instrumentação técnica especializada mais que formação interdisciplinar para a atenção integral. Apesar de certa abertura à novidade da proposta em sua prática e formação, e de considerar positiva a interação interdisciplinar e com os idosos, os médicos tendem a se perceber na ação educativa como agentes de informação, envolvendo-se com limites no processo. É o que mostram os seguintes depoimentos: a) quanto à autoavaliação como coordenador de atividade educativa: *Na verdade atuei mais como fonte de informação, tirei dúvidas, esclareci conceitos errados;* e b) quanto a críticas e sugestões: *Evitar atividades fora do ambiente NAI (passeios, etc.) pois acrescentam pouco ao interesse médico.*

A dificuldade dos residentes de geriatria de compreenderem o projeto, e frequentemente a própria proposta de atenção interdisciplinar do ambulatório, vindos de dois anos de residência em clínica médica, é um capítulo à parte na “missão ensino” do NAI e tem raízes na racionalidade biomédica que marca a formação nesta área. Há aqui um claro contraponto com os residentes de medicina de família e comunidade, cuja contribuição ao projeto é diferenciada e em sintonia visivelmente maior com seus propósitos e princípios. É possível observar, porém, que o fato dos treinandos atuarem em parceria com profissionais mais experientes do projeto e com

outras áreas disciplinares minimiza distorções maiores quanto à proposta de trabalho, mas longe se está de afirmar com isso que compreendem a Educação Popular em Saúde em sua sutileza e complexidade. Isto também não é fácil para os profissionais, especialmente na relação com o *conhecimento científico* de que são portadores. *Fazer pensar* o autoritarismo muitas vezes daí resultante é exatamente um dos propósitos da abertura de espaços à reflexão da equipe sobre sua prática como educadores, dimensão válida não apenas para quando atuam como coordenadores de grupo mas para sua própria postura como profissional de saúde.

Um outro dilema particular no desenvolvimento da equipe é a rotatividade natural dos treinandos, que são a grande parte da equipe executora. O *recomeçar a cada semestre* provoca certa desaceleração no investimento em propostas inovadoras, já que a formação básica de rotina é permanentemente requerida e necessária para os fins de capacitação assumidos.

A apreensão dos procedimentos da AMSQV pela equipe do projeto foi feita com base na revisão de 41 avaliações realizadas em 2001 em relação ao preenchimento do item *impressões e condutas* (tabela 10). O problema verificado, além da ausência total de registro em alguns casos, foi o limite à síntese do que foi observado sem mencionar ações. Analisando o conteúdo dessas 19 avaliações é possível observar que parte deve-se provavelmente ao fato de nenhuma conduta ser suscitada pois não havia esta necessidade (7), o que não significa prescindir de ações de reforço e seu registro, enquanto a maior parte (12) apresenta aparentemente questão passível de abordagem. Os dados não permitem comprovar se houve insuficiência do registro e da ação, ou apenas do registro.

Tabela 10. Avaliação da qualidade do preenchimento da AMSQV, através do item *impressões e condutas*, no ano de 2001

Situação	Nº	%
Ausência de registro	4	9,7
Com impressões e sem conduta	19	46,3
Com conduta e sem impressões	01	2,4
Com impressões e conduta	17	41,5
Total	41	100

7.2.3 Processo de trabalho

a) GES e educação continuada

O processo de trabalho nos **GES** foi objeto de discussão sistemática da equipe no ano de 2000 em função de um convênio do Ministério da Saúde com a UnATI para produção de materiais de capacitação em saúde do idoso. O resultado foi uma sistematização da proposta educativa do PPS, organizada segundo os temas abordados nos GES, seus fundamentos, propósitos e correspondentes exemplos de dinâmicas de grupo ilustrativas da experiência do projeto até então. Este material tem como objetivo oferecer subsídios aos profissionais de saúde e outras pessoas que desejem atuar ou atuam em promoção da saúde no envelhecimento (Assis et al., 2000)⁵³. Ele é disponibilizado a todos que se integram ao projeto para que seja usado não como “receitas” mas como base a partir da qual possam criar e recriar as práticas educativas.

Em função dos limites do desenho deste estudo para uma apreciação profunda do trabalho realizado nos grupos, possível apenas se tomada como foco central de análise, a avaliação do processo educativo dos GES terá como base os relatos de reuniões (modelo disponível no anexo 3) e impressões captadas através da observação cotidiana do projeto. Pelo caráter sintético dos relatos, optou-se por verificar apenas os tipos de dinâmica realizadas e destacar aspectos que chamam a atenção nesse conjunto de dados tendo por referência as diretrizes apontadas no material de apoio. Alguns aspectos serão oportunamente retomados no capítulo seguinte conforme os indicadores de resultados analisados.

Na revisão de 103 relatos disponíveis dos anos 2001 e 2002 observa-se que cerca de 57% das reuniões (n=59) basearam-se em técnicas de dinâmicas de grupo tais como sorteio e debate sobre frases propostas pela coordenação e/ou pelos participantes, elaboração de cartazes em subgrupo através de recorte-colagem, identificação com figuras para discussão das experiências, montagem coletiva de cartaz sobre o assunto, leitura conjunta de folders ou pequenos textos, dentre outras. Os demais relatos referem-se à forma de debate livre sobre o assunto, acompanhado ou não de momentos expositivos, e de exposição combinada com debate. A tabela 11 oferece uma visão geral sobre como os temas foram abordados no período em estudo.

⁵³ Disponível na série livros eletrônicos da UnATI: <http://www.unati.uerj.br>.

**Tabela 11. Abordagens educativas utilizadas nos GES
segundo os eixos temáticos – 2001 e 2002**

Temas ^a	2001 e 2002					
	Dinâmica de grupo		Debate informal		Exposição e debate	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexualidade	10	16,9	-	-	-	-
Envelhecimento	08	13,5	02	8,7	-	-
Hipertensão arterial	07	11,8	02	8,7	01	4,8
Apresentação do grupo (1º dia)	07	11,8	03	13,0	-	-
Estresse	06	10,2	04	6,8	-	-
Alimentação	05	8,5	01	4,3	04	19,0
Diabetes	04	6,8	03	13,0	01	4,8
Atividade Física	03	5,1	02	8,7	03	14,3
Problemas ósteo-articulares	02	3,4	02	8,7	06	28,6
Depressão	01	1,7	01	4,3	05	23,8
Direitos sociais do Idoso	04	6,8	02	8,7	-	-
Outros	02	3,4	01	4,3	01	4,8
Total	59	100	23	100	21	100

^a Memória e saúde oral não estão incluídos pois são abordados por profissionais que desenvolvem projetos próprios nas duas áreas. *Workshop* e exposição com debate são as formas, respectivamente utilizadas.

Como se pode observar, as temáticas que vem sendo trabalhadas de maneira mais expositivas são problemas ósteo-articulares e depressão (este porque há um vídeo normalmente utilizado para suscitar o debate), mas aparecem também alimentação e atividade física. Na forma de dinâmicas de grupo, os temas mais trabalhados são sexualidade, envelhecimento, hipertensão arterial e a apresentação dos participantes, realizada no primeiro encontro.

Para além da forma de abordagem, o que é de especial interesse para avaliar a correspondência com os princípios propostos é se o processo educativo estimula a reflexão sobre saúde e envelhecimento à luz das questões que envolvem os direitos sociais no contexto da sociedade brasileira. Como apontado no material de apoio: “*No sentido de fortalecimento da autonomia de indivíduos e grupos sociais, não basta apenas informar. A reflexão e o debate crítico sobre a saúde são ingredientes fundamentais. Daí a necessária desconstrução da polarização entre aquele que ensina*

e aquele que aprende. Ambos aprendem e ensinam e se enriquecem mutuamente com as experiências de vida, se fortalecem na mobilização pela promoção da qualidade de vida no envelhecer.” (Assis et al., 2002)

Isto remete à reflexão sobre a postura dos coordenadores, sua visão de mundo e perspicácia na articulação e problematização dos assuntos, sendo de difícil captação nos relatos mas fácil de perceber que é tarefa pouco percebida pelos profissionais formatados no modelo de conhecimento que prioriza o biológico. O que se pode afirmar é que, mesmo com limites e contradições no que tange ao aspecto em questão, é corrente nos grupos um clima de participação, mesmo em sessões mais expositivas, permitindo inferir que há espaço para as práticas e experiências dos participantes, como constatado nos depoimentos destes ao final do GES. Isto pode parecer pouco, e de fato depende do “trato” que estas vivências terão pela coordenação, mas deve ser pensado na ótica de mudança nas relações de poder entre técnicos e a população, terreno árduo mas importante na ampliação da participação popular nos serviços, na direção da qual os grupos são ações estratégicas.

Além dos temas de rotina, foram incluídos nos GES do período analisado temas como família, relações afetivas, saúde vocal, doença de Parkinson e demência, conforme interesses particulares de cada grupo. Dentre esses, a temática da família tem destaque pela recorrência observada em praticamente todos os temas. As tramas familiares já comparecem aos GES rotineiramente e pode ser oportuno abrir espaço para se pensar a família e seus desafios atuais de modo organicamente integrado à programação.

No período analisado há poucos relatos sobre a troca de informações sobre chás e outras terapêuticas populares. É referida uma atividade externa (festa do dia das mães) e 11% dos relatos mostram a realização de alguma atividade corporal, na forma de pequenas vivências de exercícios de respiração ou de alongamento e, sobretudo de relaxamento com música, utilizado em temáticas eminentemente vivenciais ou particularmente sugestivas da necessidade do encontro de cada um consigo mesmo. Em alguns grupos as coordenações se organizam para servir chás, proporcionando momento especiais de partilha e acolhimento. Dinâmicas de encerramento propondo o “abraço” coletivo são também referidas como recurso de aproximação e vínculo. Como lembram Figueiró e Oliveira (2000:3):

“Esse envolvimento de pessoas que se reconhecem e se identificam se dá também no terreno da afetividade, das emoções, que nos possibilita uma aproximação não só com as idéias, não só de "inteligências", mas uma aproximação ao corpo, ao nosso e ao corpo do outro. Sentir a emoção de

estar dividindo esse tempo e espaço, que são tão infinitos, com pessoas tão singulares e especiais, demanda de nós um despertar dos nossos sentidos, tão "embotados de cimento e lágrimas", as vezes endurecidos e adormecidos, e nos impedindo de experimentar toda a exuberância da vida."

Vale ainda destacar a socialização do texto da política nacional do idoso, sempre ocorrida nos encontros que debatem os direitos sociais da pessoa idosa. A iniciativa permite aos profissionais e aos membros do grupo refletir sobre as lacunas e os desafios entre o previsto e o realizado, sendo uma estratégia que amplia o reconhecimento desses direitos e suscita a questão sobre a participação de cada um no processo de torná-los uma realidade no país.

A **educação continuada** através dos Encontros dos Idosos do PPS é uma atividade realizada pela equipe e por um grupo menor de treinandos (áreas de serviço social e nutrição), pelos vínculos naturais com a coordenação do projeto. O processo de trabalho vem sendo marcado pela constante procura de aprimoramento em direção a uma dinâmica atraente, reflexiva, e participativa, apesar dos limites dados pelo fato de ser um evento de maior porte, realizado no espaço formal do auditório. Desde detalhes como a música ambiente durante a recepção ou o desenho no cartaz até aspectos substantivos como o tempo ideal de atividade para que não se torne cansativa, a busca do equilíbrio entre falas e outros estímulos de crescimento, a disponibilidade do abraço a quem chega, a construção conjunta do trabalho através das críticas e sugestões, são minuciosamente cuidados para que se preserve o clima afetivo, de proximidade e participação, estimulado e cultivado nos grupos.

A idéia de sempre integrar ao evento uma atividade artística (música, poesia, teatro, etc.), preferencialmente valorizando as produções artísticas dos idosos, tem sido o caminho escolhido. Participações de grupos da UnATI (coral, grupo de percussão e voz, grupo permanente de italiano) e outros (contadores de história da UERJ); utilização de músicas com mensagens reflexivas em relação ao tema do dia, ouvidas e cantadas em conjunto; declamação de poesia, escrita por idosos, pela equipe ou colhida especialmente para o encontro têm revelado um potencial de sintonia e congregação, permitindo o exercício de uma ação de saúde ampliada, estimuladora de processos criativos e do sentido de comunalidade, definido por Wong, (2002:80), como *"aquele sentimento de estar integrado, apoiado, cuidado, e protegido"* e também de participar em projetos coletivos de bem-estar: *"uma ação que nos faz bem"*. Isto é bem captado através dos sentimentos de satisfação retratados nas avaliações dos idosos e na intensa integração afetiva entre esses e a equipe na despedida após os encontros.

É sempre renovada a articulação desta atividade com a experiência de rotina dos GES, incluindo a devolução pontual dos dados da pesquisa de acordo com o tema. Exemplos desse compromisso ético foram a socialização de dados sobre sentimento em relação à vida e projetos futuros, queixas ósteo-articulares, hipertensão, perda voluntária de urina e problema de solidão/isolamento, ocorrida nos últimos encontros.

Os limites desta ação educativa, cujas estratégias há pouco citadas buscam de certa forma amenizar, são dados pelo modelo tradicional com que certos conteúdos informativos são tratados pelos convidados, especialmente de áreas técnicas. Tenta-se minimizar isto reduzindo o tempo de fala para garantir a participação da platéia, a qual normalmente mostra-se interessada na troca e sem maiores constrangimentos com o espaço do auditório. A preparação da equipe para intervir nos debates, articulando os conteúdos às preocupações políticas do projeto no trato da promoção da saúde, também vem sendo avaliada como oportuna para que não se perca de vista a problematização necessária de certos assuntos, como, por exemplo, a questão do acesso ao Sistema Único de Saúde, da qualidade da atenção e do fortalecimento do controle social.

b) AMSQV

Em função das lacunas no preenchimento anteriormente apontadas, o indicador *identificação de riscos e problemas de saúde / orientações preventivas e assistenciais* só pôde ser avaliado em 41,7% das avaliações do ano de 2001 (n=17). Nestas os procedimentos foram coerentes com as questões observadas e dividiram-se em: orientação assistencial (5), orientação preventiva (4), absorção no ambulatório NAI (1), encaminhamentos para psicologia (4), oftalmologia (1), odontologia (1), estímulo à inserção na UnATI (1) e orientação para outros recursos sociais (2).

7.3 Receptividade dos idosos

Com relação ao GES, a partir de 2001 foi implementada uma pequena folha de avaliação como forma de apreender mais objetivamente as impressões dos idosos sobre esta atividade, ao término dos grupos ⁵⁴ (anexo 3). Trata-se de um instrumento

⁵⁴ Antes desse instrumento, o registro das impressões dos idosos era feito em livro disponibilizado a eles para livre depoimento. Uma análise desse material foi feita a título de avaliação exploratória sobre as repercussões do projeto (Assis et al., 2002). A mudança deveu-se à intenção de captar com mais detalhe aspectos não só positivos mas também negativos do trabalho. Pode-se dizer que isto foi parcialmente alcançado dado que ainda é bem presente as referências elogiosas mais gerais.

relativamente simples, com poucas perguntas abertas e fechadas, acessível a maioria dos idosos. Aqueles com dificuldade para escrever são ajudados por algum coordenador ou idoso do grupo.

A análise aqui empreendida refere-se a 94 formulários respondidos, correspondentes a cerca de 82% dos idosos que participaram dos grupos em 2001 e 2002. As declarações foram analisadas segundo os núcleos de sentido nelas contidos, normalmente mais de um, sendo verificadas a frequência destes em relação ao total de informantes. A distinção entre esses núcleos destina-se a orientar a análise segundo os argumentos mais lembrados, mas suas inter-relações e interfaces são reconhecidas.

Nesta parte importam os dados relacionados à *receptividade dos idosos* e ao *processo dos grupos*, ficando para o capítulo seguinte os que tentam tocar de modo mais direto nas repercussões do projeto na vida dos idosos. Como será visto, entretanto, estas dimensões se sobrepõem e devem ser vistas no seu conjunto.

A primeira questão desta avaliação é sobre a **correspondência às expectativas** quanto à participação nos grupos. Seguindo tendência observada na avaliação de programas com idosos, há unanimidade de posições afirmativas (100%), justificadas principalmente pelo aprendizado, não só de saúde mas de vida, e pelo clima de amizade, participação e convívio nos grupos (tabela 12):

Foi além do que eu esperava. Pois acrescentei conhecimentos em relação aos problemas da vida e da saúde.

Agradou muito porque falou de vários temas de saúde.

Foi ótimo aprendi muitas coisas que não tinha certeza e o convívio com as pessoas, cada uma apresentando seus problemas, fazem ter mais conhecimento da vida.

Trouxe conhecimentos variados, trouxe novos amigos, deu uma sacudida na acomodação.

Tabela 12. Razões da correspondência do PPS às expectativas dos idosos, 2001 e 2002

Razões referidas nos depoimentos	Nº	%
Aprendizado / conhecimentos / informações	41	43,7
Acolhimento / união / aceitação das pessoas / amizades / convívio agradável	38	40,4
Todos os aspectos positivos	11	11,7
Possibilidade de participação de todos	07	7,4
Mudança na visão de mundo e repercussão no cotidiano	06	6,4
Em branco	06	6,4
Outras razões	03	3,2

Alguns depoimentos fazem referência explícita a alguma mudança no modo de encarar a vida ou na rotina diária, o que será retomado na análise das repercussões no próximo capítulo:

Houve mudança em minha vida. Sair de casa, vir até aqui, conhecer pessoas, aprender, ouvir, falar, etc. (não poderia ser melhor).

Me fez ver a vida de forma diferente.

Embora em pequena medida, talvez porque passível de estar subentendido no item sobre o bom clima do grupo, é explicitado nos depoimentos a forma participativa como são conduzidos os grupos, valorizando-se a expressão de todos:

Houve muita participação, cada um deu opinião dentro da sua limitação e conhecimento.

Houve participação de todos e tivemos oportunidade de conhecer outras pessoas e vivenciar experiências vividas pelo outro.

Todas as alunas colocavam o que lhes parecia correto.

Apesar de se reiterar que o GES é um grupo e não um curso, é comum a referência aos coordenadores como professores e aos idosos como alunos. Isto ocorre em parte pelo ambiente de ensino da UnATI ao qual muitos são familiarizados, mas é também relacionado à dimensão informativa dos grupos, superestimada em vários momentos já que o núcleo da proposta educativa é exatamente romper com o papel de receptor passivo dado à população na relação com o saber técnico-científico. Entretanto, a participação é uma questão complexa e obviamente os depoimentos genéricos são insuficientes para aferi-la na sua qualidade de portar elementos transformadores desta relação. Dinâmicas de grupo, participativas, avançam mas não garantem essa direção, assim como momentos expositivos não são em si mesmos expressão de reprodução do autoritarismo enraizado nas práticas sanitárias. Permitir às pessoas sentirem-se *à vontade* para participar é um ganho do processo educativo, mas que deve ser criticamente avaliado na experiência cotidiana do projeto para que não seja apenas uma versão modificada da educação como *relação de mão-única* (as pessoas participam para aprender melhor o que os técnicos têm a dizer), mas uma *via de aprendizado mútuo* (as pessoas participam porque suas experiências são únicas, revelam seu cotidiano e sua relação singular com a saúde, e os técnicos aprendem e se modificam com elas).

A segunda questão analisada nas avaliações dos idosos objetivou captar a **relação com os temas abordados**. Adentrar este terreno permite indicar reorientações,

se necessárias, já que nem sempre é possível avaliar cada sessão do grupo em conjunto com os idosos pelo limite de tempo.

Nesta tentativa de perceber quais os temas que mais e menos agradou e o porquê, observa-se aceitação do leque de temas abordados, com quase 40% dos idosos afirmando terem gostado de *todos* e 57,4% terem dito que *nenhum* desagradou. É diversificada a indicação de temas preferidos, motivada em geral pelas histórias pessoais. Destaca-se o interesse dos idosos em conhecer melhor as doenças ou problemas com os quais convivem no momento, principalmente as alterações ósteo-articulares e a hipertensão, conforme a tabela 13. Os motivos apontados, em ordem decrescente, incluem terem promovido conhecimento (foram *úteis, interessantes, atuais, produtivos*), terem sido bem conduzidos, ajudarem a prevenir, além de possibilitar ajudar outras pessoas com os mesmos problemas:

O que mais me agradou foi o tema articulação, artrose porque sofro com artrose nos joelhos, nos pés.

Depressão. É o tema do momento que nós estamos passando.

*Alimentação: recebi orientações valiosas e as utilizo no controle da dieta com qualidade;
Hipertensão: com esclarecimentos que me permitirão cuidados maiores no controle da minha pressão.*

Hipertensão, porque não tendo problemas nessa área não era muito esclarecida e com as orientações recebidas já estou ajudando quem dela precisa.

Tabela 13. Avaliação dos idosos quanto aos temas abordados no GES, 2001 e 2002

	Tema que mais gostou		Tema que menos gostou		
	Nº	%	Nº	%	
Todos	37	39,4	Nenhum	54	57,4
Osteoporose/Artrose	15	15,9	Sexualidade	09	9,6
Hipertensão	09	9,6	Morte *	05	5,3
Sexualidade	08	8,5	Saúde oral	04	4,3
Depressão	08	8,5	Memória	02	2,1
Alimentação	06	6,4	Depressão	01	1,1
Colesterol	05	5,3	Envelhecer no Brasil	01	1,1
Envelhecimento	03	3,2	Mal de Parkinson e demência	01	1,1
Memória	03	3,2	Em branco	14	14,9
Saúde oral	03	3,2			
Atividade física	02	2,1			
Estresse	02	2,1			
Outros	04	4,3			

* O tema finitude não é da rotina do GES mas foi abordado em um dos eventos que reúnem periodicamente idosos do Projeto. Um dos grupos em andamento na ocasião ficou especialmente mobilizado pela história de perda vivenciada por uma idosa. Um balanço desta atividade será apresentado adiante.

Poucos temas são citados como de menor agrado e, dentre esses, destaca-se a sexualidade, vista por parte dos idosos como distante da sua vivência atual e/ou assumida como tabu:

Sexualidade porque não pratico mais.

Sexo na terceira idade. Por inibição.

Sexologia, porque é um assunto muito complexo, varia de pessoa para pessoa, da educação que recebem em nossa vida.

Sexo, pela idade que tenho e não faço mais uso. Porém, achei o tema bem oportuno.

O curioso aqui, reforçando a ambigüidade deste último depoimento normalmente sentida pelas equipes na receptividade dos idosos ao assunto⁵⁵, é que este mesmo tema aparece como um dos que mais agrada. Como visto, parte dos argumentos para o desagrado identifica sexualidade ao ato sexual, exatamente a visão que se pretende problematizar na abordagem do assunto e que é captada por parte dos idosos, conforme outros depoimentos e uma das sugestões para o projeto:

Sexualidade. Tive uma visão melhor sobre o sexo na terceira idade.

Em tudo, nos passou muitos esclarecimentos, especialmente no caso sexual, pois pensávamos que seria só o ato, mas não, tem o carinho, o afeto.

Sexualidade porque foi troca de idéia.

Gostaria que os jovens e alguns idosos também olhassem a sexualidade como um todo, com respeito, como os nossos professores falaram e nos orientaram.

Outras razões apontadas de menor agrado são, contraditória mas compreensivamente, o fato de estarem vivendo problemas quanto ao assunto (memória). Este tema aparece também, não por ele em si, mas pelo fato de ser abordado em conjunto com outros grupos do momento, o que prejudica um pouco a liberdade de participação do pequeno grupo. Isto ocorre também com a saúde oral, abordada da

⁵⁵ Em um dos grupos de 2002 esta ambigüidade latente, relacionada às diferentes vivências das pessoas com este assunto, emergiu como polêmica dada a posição contrária de uma participante quanto à abordagem do assunto. Como isso não foi consenso pois havia interesse de outros idosos, esta polêmica foi amadurecida e o tema acabou sendo abordado, contando com a presença voluntária da idosa em questão. Análise específica do tema sexualidade no GES pode ser encontrada no estudo de Zumpichiatt, J.M., intitulado: *Sexualidade não tem idade? Sistematização das percepções e vivências dos idosos do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI* (monografia de Conclusão de Residência em Serviço Social do Hupe / UERJ, 2003).

mesma forma, e pelo menor interesse de alguns idosos que, por usarem prótese dentária total, não percebem de imediato a relevância do assunto.

A menção feita ao tema envelhecimento é, na verdade, uma insatisfação com a realidade de não garantia plena dos direitos assegurados aos idosos. Este sentimento é algo comum nos grupos e mostra o desagrado com a situação do país, ao mesmo tempo que a reticência dos mais velhos quanto à possibilidade de implantação efetiva dos preceitos legais no dia-a-dia da população:

Como envelhecer no Brasil, porque temos ainda que melhorar mais a vida dos idosos.

Em relação à avaliação dos temas, tendência similar é encontrada no trabalho de Telarolli Jr et al. (1997:60), um dos poucos programas revisados que apresentam dados de avaliação específicos quanto a este aspecto. Neste estudo, sexualidade aparece dentre os assuntos de interesse reduzido, enquanto há maior atração por aqueles mais classicamente ligados à prevenção e/ou ao cuidado de doenças. Como afirmam: “(...) os temas que tiveram maior número de menções são justamente os que tratam de problema saúde de grande prevalência entre os idosos, como a hipertensão arterial, e os cuidados gerais com a saúde.”

Esta tendência aliada ao pequeno destaque dado pelos idosos ao tema sobre política do idoso dá margem a reflexões sobre os riscos de reforço do individualismo abordado nos capítulo III. As pessoas estão expostas a influências crescentes da mídia e das instituições acerca de uma visão de saúde e de velhice bem sucedida encerrada no corpo individual. Por outro lado, este representa mesmo considerável apelo pois mobiliza de maneira imediata o interesse pessoal: os idosos gostam de aprender sobre as dores de seu corpo pois é sua realidade mais próxima e buscam referências para controle e alívio. Isto não é menos importante e tem dimensão política na medida em que também estimula uma inserção mais autônoma no lidar com processos crônicos de adoecimento. Entretanto, trabalhando nesta ambigüidade e tensão, cabe às práticas educativas buscar ampliações necessárias, ver o coletivo no individual, problematizar os processos sociais implicados na produção de doenças e mal-estar.

Importante aqui é também reconhecer a importância de partir de onde as pessoas estão e do que desperta seus interesses. Na experiência de Minkler (1992), as primeiras ações nos grupos com idosos foram *screening* de pressão arterial e lanche coletivo com objetivo básico de integração. Com o crescimento da confiança outras questões foram sendo trazidas como crime, solidão e impotência. Na reflexão sobre limites na aplicação “pura” da metodologia de Paulo Freire, a autora destaca a importância de

atender as necessidades imediatas do grupo, como simples interação social e resolução de problemas de curto prazo, as quais, se não enfrentadas, põem em risco a credibilidade da organização. Para ela há situações em que problematizar causas mais profundas dos problemas pode não ser nem prático nem ético. Dentro do limite para aprofundamentos, é importante, porém, incluir reflexões sobre valores subjacentes como parte do processo cotidiano de organização, por exemplo justiça social e senso de comunidade. Na visão da autora: “*a construção de habilidades e oportunidades de interação social deve ser vista como pré-requisito crítico e suplementar ao uso efetivo da metodologia de Freire*”. (Minkler, 1992:312)

Neste ponto cabe destacar o curto período do GES (três meses) como um limite estrutural na linha de um trabalho voltado à organização comunitária, inevitavelmente lento (doze anos é o tempo da experiência narrada por Minkler) e pouco presente como horizonte na maioria dos programas revisados, embora seus ganhos não deixem de ser relevantes. No projeto realizado no NAI isto é de difícil equacionamento dado o interesse de inseri-lo como parte relevante na formação de novos profissionais de saúde, supostamente multiplicadores desta proposta em bases comunitárias locais e favoráveis ao trabalho continuado. Esta preocupação não é ausente e o eixo *educação continuada* assim como a parceria com o programa de medicina de família do HUPE, através da experiência recente de grupo permanente com moradores de Vila Isabel no ano de 2003, preservando a rotina do projeto, são esforços nesta direção e devem ser considerados em toda sua lentidão histórica em se tratando de uma sociedade produtora de fragmentações. O processo educativo deve ser balizado por este contexto de contradições em que se insere - avanço/reprodução de práticas tradicionais – expressão dos riscos e potencialidades inerentes à promoção da saúde.

Na avaliação de **pontos positivos e negativos** da experiência confirma-se a boa aceitação do projeto: predomina a fala de *todos (tudo ótimo; gostei de tudo; foram todos positivos)*, com 36,2%, enquanto, do outro lado, as respostas basicamente dividem-se em *nenhum (não houve negativismo; desconheço; não há pontos negativos)*, com 44,7%, e *em branco* (32,8%). Os aspectos negativos apontados em onze depoimentos tem a ver com a organização do trabalho e incluem: as faltas frequentes de uma profissional em um dos grupos, a falta de apostilas, a interrupção frequente dos colegas nas reuniões, o grupo não estar completo ao final e a pouca duração do trabalho. As dimensões ressaltadas como positivas ou negativas mas de maior interesse na avaliação de efeitos serão enfocadas no capítulo a seguir. Da ótica das equipes nos relatórios finais dos GES a percepção de que os grupos é bem recebido pelos idosos

também se confirma, com ressalva a faltas que ocorrem e que, nos grupos menores, eventualmente prejudicam a realização de dinâmicas planejadas, causando certa desmotivação. A grande maioria dos idosos, entretanto, alcança a frequência mínima desejável de 72% (quatro faltas) e completa o grupo participando da avaliação e do encerramento, confirmando a impressão de que aqueles que não se identificam com a proposta são os que desistem de participar na fase inicial da programação.

Boa receptividade dos idosos é também o tom na avaliação dos eventos promovidos pelo projeto, captada de forma mais livre, através de papéis em branco distribuídos no início para **críticas e sugestões**. O possível viés na análise deste material é dado pelo retorno relativamente pequeno comparado ao obtido na avaliação dos GES. É possível que quem tenha impressões negativas opte por não declarar nada mas se repara também uma dificuldade particular com a escrita não direcionada. A força dos depoimentos aliada aos aspectos percebidos na observação direta desta experiência parecem, contudo, minimizar o viés.

Dos oito encontros do período analisado (aqui incluindo o ano de 2003), foram revisados 111 registros. Grande parte deles elogia a iniciativa e reproduzem a satisfação expressada quanto ao GES, outros apontam sugestão de novos temas, outros fazem comentários livres sobre o assunto abordado no dia, alguns trazem dúvidas e outros ainda alguma reivindicação e/ou reclamação sobre os serviços públicos de saúde, tema mobilizado com recorrência. Eis alguns exemplos:

Vínculos afetivos

" Eu acho esse encontro de egressos da promoção da saúde muito importante para o idoso, sentimos um pouco mais feliz. Todos vocês da coordenação ao idoso que nos trata com tanta atenção, agradeço muito a Deus. Obrigada por vocês existirem."

" Eu me sinto muito bem na UnATI, para mim é uma segunda casa, para o idoso é um conforto."

Socialização de informações

"Gostei muito de tudo que ouvi e que vi. Vivendo e aprendendo e assim vamos levando a vida até quando Deus permitir, com prazer, alegria."

Sobre o Sistema Único de Saúde

"Queridos, na hora de muita dor, nós não somos atendidos pelo estado. O que fazer?..."

"O atendimento dos idosos é muito longo. Uma marcação de consulta tem duração de 2 a 3 meses. Tenho exame no HUPE, justamente de coração, estou esperando cerca de 5 meses. Sempre o aparelho está quebrado..."

"Estou pronta a agir com a equipe da UnATI para melhorar o nosso atendimento."

Comentário sobre o tema e efeito multiplicador

"São muitos os casos de distúrbio urinário em idosos, por isso, eu acho de vital importância que haja sempre esses encontros. Tenho na família caso de incontinência urinária. Já vou levar para ela algumas informações valiosas."

Sugestões de serviços

"A minha sugestão é que se faça uma farmácia com remédios mais baratos para os idosos"

"Eu acharia que deveria ter um lugar para essas pessoas que vivem só, uma casa para nós morarmos como o Retiro dos Artistas tem. Os ricos vão para o hotel."

Estes últimos depoimentos suscitam uma idéia interessante de potencializar os encontros como espaço criativo de proposição coletiva de ações. Mesmo participando "passivamente", tão somente ouvindo um palestrante, as pessoas podem interagir e assumir o lugar de um co-autor da realidade, sentimento básico que se busca estimular no fortalecimento da participação e da construção democrática.

Na questão do acesso à saúde é particularmente inquietante a divisão social que se estabelece entre *quem tem e quem não tem plano de saúde*, situação presente na população idosa do projeto e reflexo da universalização excludente na política de saúde nas últimas décadas. No processo educativo a referência é abordar as contradições do SUS e da política do idoso, o hiato entre proposições e práticas, assim como a vulnerabilidade dos idosos "incluídos". Como é observado na dinâmica assistencial, estes são muitas vezes dependentes do plano de saúde-empresa dos seus filhos, também vulneráveis pelo desemprego, ou são naturalmente excluídos com o avançar da idade pela impossibilidade de suas aposentadorias suportarem os altos custos dos planos de saúde na velhice.

Um aspecto especialmente interessante no material foi perceber a repercussão extraordinária do tema finitude, exatamente o que causou certo desconforto e polêmica. Foram recebidos 41 depoimentos densos, expressivos, comentando a importância do assunto e o benefício proporcionado pelo evento (sabedoria como remédio para a alma). Apenas um retratou a impressão negativa que, visivelmente, parte das pessoas tiveram:

"No envelhecimento, não se deve falar tanto em morte. Se envelhecer é morrer, porque lembrar tanto...?"

"Achei o IX encontro dos idosos do PPS muito instrutivo à nós todos. As palavras do pastor nos incentivou muito, ajudando a viver com mais certeza"

dos acontecimentos da vida, como as perdas e o processo de envelhecer. Que tenhamos sempre esses encontros, pois nos faz bem à alma e ao corpo.”

Como indicado nesta fala, influência grande teve aqui o contexto da espiritualidade assumido pelo encontro, cujos convidados foram dois pastores. A experiência religiosa e o tema da morte, grande mistério da vida humana, são muito presentes entre os idosos, atraindo o interesse da maioria apesar da evidência de posições contrárias à visão de aceitação e mudança de ótica propostas para reflexão pelos palestrantes. Para a promoção da saúde, o tema teve a importância de balizar a perspectiva de saúde com que se trabalha. Longe de negar a finitude e propagar ideais de perfeição e imortalidade, o projeto propõe a necessidade de olhar de frente este assunto, com os cuidados necessários, entendendo-o como parte do processo de envelhecimento saudável.

Um curioso limite da condição mais passiva do idoso numa abordagem educativa em auditório é o inevitável sono ao qual sempre alguns são rendidos. Isto não é absolutamente uma condição exclusiva deste grupo, e que remete mais ao questionamento do que está sendo dito, como e por quem, mas pode ser algo potencializado aí em função do uso regular de medicações e da insônia reportada com certa frequência pelos idosos. Sugerir uma espreguiçada no intervalo da programação tem sido válido, até em benefício da coluna, mas a procura de novo espaço físico em que trabalhos no pequeno grupo possam ocorrer e mobilizar mais os participantes parece ser um caminho.

Deste trabalho intenso em permanente elaboração, com impactos que variam conforme os assuntos trazidos ao debate e o carisma dos convidados, o processo a ser destacado é a construção de uma relação de confiança e amizade com os idosos. É esta a base que se tem buscado para que abordagens com maior enraizamento comunitário, extra-muros, conduzidas pelos próprios idosos, ergam-se em desdobramentos futuros.

Os quadros 5 e 6, a seguir, mostram uma síntese da avaliação dos aspectos de estrutura e processos na implantação do PPS do NAI/UnATI, com base nos critérios propostos na matriz de medidas e por mim valorados de acordo com a análise realizada neste estudo.

Quadro 5. Avaliação da estrutura na implantação do PPS do NAI / UnATI

Dimensões	Indicadores ou critérios	Padrões
GES e Educação Continuada		
Espaço físico	Salas de grupo e auditórios adequados	S
Recursos materiais	Materiais e equipamentos permanentes (tv, vídeo, som, dentre outros)	Sp
	Materiais de consumo (cartolinas, pilots, folhas, tesoura, dentre outros)	I
	Transporte para atividades externas	Sp
	Serviço de reprografia	I
	Acesso a computador e impressora	Sp
	Suporte gráfico e programação visual para produção e reprodução de materiais educativos	I
Recursos humanos	Presença de <i>staffs</i> e alunos de todas as áreas profissionais do NAI	Sp
	Treinamento da equipe	Sp
Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida		
Espaço físico	Salas de atendimento individual adequadas	S
Recursos materiais	Equipamentos permanentes (balança, esfignomanômetro)	Sp
	Suporte para realização de exames no HUPE	I
Recursos humanos	Participação de todos os coordenadores dos GES	S
	Treinamento da equipe	Sp

S – Satisfatório; Sp – Satisfatório parcialmente; I - Insatisfatório

Quadro 6. Avaliação do processo na implantação do PPS do NAI / UnATI

Componentes	Indicadores ou critérios de desempenho	Padrões
GES e Educação Continuada	Realização de 6 a 8 GES por ano	S
	Realização de 4 eventos por ano	Sp
	Apreensão adequada da proposta pelas equipes	Sp
	Metodologia participativa / estímulo à reflexão e debate	Sp
	Participação e adesão dos idosos	Sp
	Receptividade dos idosos	S
AMSQV	Atendimento individual de todos os participantes do GES	Sp
	Equipe capacitada para o desempenho da atividade	Sp
	Identificação de riscos e problemas de saúde / Orientações preventivas e assistenciais	ID*

* Análise limitada pelas poucas informações disponíveis.

CAPÍTULO VIII

APROXIMAÇÕES QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS DAS REPERCUSSÕES DO PROJETO

‘Eu mudei muito depois que eu entrei para esse grupo. Eu não sou mais aquela pessoa que eu era’

"Antes deste grupo eu estava morta, agora me sinto viva"

"Aqui eu encontrei o amor. Essa palavra pra mim antes não era bem conhecida"

Idosos do GES

Este capítulo objetiva apontar reflexões sobre as possíveis repercussões ou efeitos do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI. A base são os dados documentais que referem ganhos pela vivência no projeto, nos anos 2001 e 2002, e a reavaliação bianual realizada com idosos que ingressaram no projeto em 2001, balizados pelo diálogo com impressões colhidas através da observação participante. A pretensão é que a sistematização e análise de dados dessa coorte, ainda que limitados pelo escopo e dimensão temporal desta tese, possibilitem um exercício exploratório de avaliação e aponte caminhos de superações em desdobramentos futuros.

8.1 Percepções dos idosos ao final dos grupos

Os dados documentais disponíveis para captar de forma qualitativa a visão dos idosos sobre o projeto referem-se apenas ao componente *GES e educação continuada*, especialmente aos grupos, por contar com instrumento de avaliação utilizado na *rotina da experiência* e já um pouco explorado no capítulo anterior.

Como mencionado, os efeitos dos grupos foram delineados em alguns dados sobre o *processo* educativo. Nesta seção será focada especialmente a questão 4 do referido instrumento por ser a única que busca aferir explicitamente se houve mudanças

na vivência do envelhecimento a partir do grupo, isto é, ao final dos quatro meses desta atividade. Ressalta-se desde já os limites destes dados por produzirem falas genéricas, mas seu valor deve ser contemporizado na convergência com impressões reiteradas da equipe envolvida, captadas nos relatórios de cada grupo e na dinâmica do projeto.

Questionados sobre se sua experiência no grupo oportunizou **novas formas de vivência do processo de envelhecimento**, três idosos dizem não, quatro deixam o campo em branco e 87 respondem sim (92,6%), apontando diversos aspectos como justificativas (tabela 14). Para concentrar a análise nestes aspectos, foram excluídas desse subconjunto as respostas em branco (13) ou pouco específicas (23), que repetiam aspectos elogiosos e/ou quanto à ampliação de conhecimentos, já tratados no capítulo anterior sobre o processo dos grupos. A análise é, portanto, feita com base no total de 51 registros. Os procedimentos de análise seguem o padrão apontado no capítulo V e cabe reforçar o efeito apenas argumentativo da distinção entre dimensões que são na prática imbricadas.

Tabela 14. Novas formas de vivência do processo de envelhecimento a partir da experiência do GES, 2001-2002

Aspectos apontados nos depoimentos	Nº	%
Mudança positiva na maneira de perceber e lidar com a velhice	14	24,6
Novas maneiras de agir e conscientização quanto ao autocuidado	10	17,5
Melhora da auto-estima / postura diante da vida	09	15,8
Incentivo e oportunidade de ingresso em novas atividades	08	14,0
Crescimento pessoal por partilhar problemas e experiências de outros	05	8,8
Reforço da postura positiva já adotada quanto ao envelhecimento	05	8,8

O sentido mais freqüente é o de que houve mudança positiva na maneira de perceber e/ou lidar com o próprio envelhecimento, elemento freqüentemente associado a quadros depressivos entre os idosos:

Abriu meu leque de otimismo a encarar o passar dos anos.

Aprendi a aceitar melhor a minha velhice.

Aprendi muito mais como conviver com a idade

Me deu mais oportunidade, vivência, paz, conhecimento futuro bem estar para vencer mais uma etapa.

Aprendi a me cuidar melhor e a ver a minha idade como uma benção.

Os preconceitos quanto à velhice em nosso meio levam à percepção de que trata-se de uma fase da vida marcada pelo declínio progressivo e inexorável da saúde. As doenças dos idosos são vistas como naturais, próprias da idade, obscurecendo-se suas determinações sociais e as possibilidades de prevenção, cuidados e reabilitação. A convivência no GES propicia a reflexão sobre o envelhecimento e sua associação no imaginário social à decadência e inutilidade, representação absorvida por parte dos idosos, como demonstra este depoimento:

De mostrar que a velhice não é uma doença e nem é o fim, que temos que viver porque ainda temos alguma coisa pra fazer.

Nas produções dos idosos nos grupos há exemplos expressivos de sua percepção acerca do preconceito em relação à velhice:

“Os idosos sentem o preconceito das pessoas que muitas vezes são tratados como loucos, bobos.”

“Velhice é pano de limpar o chão”

“Quando despertei que estava na terceira idade senti que o meu mundo tinha acabado, foi aí que senti a discriminação de minha família, quando diziam você está velha.”

“Adoro flores. Velhice é a flor que vai murchando” (PG)

O possível efeito de re-significação dos valores negativos associados ao envelhecimento é presente na análise dos programas analisados que verificaram aspectos nesta linha, como auto-eficácia e bem-estar subjetivo. Isto foi particularmente destacado na pesquisa qualitativa realizada por Teixeira (2001), que evidencia o potencial dos grupos de promoção da saúde, compreendida criticamente, de romper com a espiral de “desempoderamento” de que muitas vezes se faz acompanhar a velhice.

Efeito semelhante ao item anterior mas referido à postura geral diante da vida foi agrupado em torno do eixo reforço da auto-estima. Como revelam as falas a seguir, há a percepção de que algo aí se modificou, incluindo ganhos na capacidade de expressão e comunicação de alguns idosos:

Eu era um pouco pacata, agora eu fiquei muito melhor. Pena que durou pouco.

Para uma pessoa muito inibida fiquei mais solta.

Maior abertura para falar, inclusive na sexualidade.

Aprendi o direito do idoso.

Estou fazendo valer meus direitos.

Referências objetivas a mudanças cotidianas na forma de pensar e agir quanto ao autocuidado foram apontadas em 10 depoimentos. Alguns afirmam a aplicabilidade do que aprenderam sem especificar em que área, enquanto outros citam a alimentação, atividade física e inclusive a sexualidade:

Não fiquei só no que aprendi. Quando surge o problema, já usamos os ensinamentos e não o que a vizinha falou, e que às vezes nos prejudicam. Caminhadas, porque às vezes um exame não dava bem, agora já podemos empregar as orientações.

A maioria das coisas que eu aprendi estou utilizando no meu dia-a-dia.

Estou seguindo alguns conselhos e me dando muito bem.

A oportunidade de conhecer outros cursos e ingressar em novas atividades, ou motivar-se para tal, é um dos efeitos mais comuns observados nos GES, particularmente para as pessoas que passam a conhecer a UnATI através do projeto:

Tive oportunidade de ingressar em novas atividades.

Deu conhecimento da existência de outros cursos.

Isto foi evidenciado na análise específica de um dos grupos de 2001, cuja particularidade foi manter encontros em 2002, por iniciativa própria da coordenação, motivada pelo vínculo especialmente criado entre os participantes. No seguimento do grupo, os autores constataram que: *“Todos os idosos que participaram do grupo em questão inseriram-se em cursos da UnATI, o que evidencia um desejo de maior participação em atividades grupais, resultando na construção de novos vínculos afetivos e conseqüente ampliação da rede de apoio social.”*⁵⁶

Por fim foram identificados depoimentos que expressam o projeto como reforço a práticas e posturas já adotadas, provavelmente representativos do grupo de participantes com inserção prévia em espaços educativos similares, e outros que ressaltam o crescimento ou enriquecimento pessoal gerado pela partilha de experiências de vida e conhecimento de novas pessoas e novas amizades:

Porque veio ratificar a maneira como encaro o envelhecimento; envelhecimento não é doença, é experiência, vivência.

Conheci novas pessoas, diferentes, cada qual com experiências de vida que enriqueceram e fortaleceram o meu espírito.

⁵⁶ *Encontros com a saúde como um espaço potencial de transformação: relato de uma experiência.* Costa, H.M.R.B., Guazzi, M. e Machado, M.A., apresentado no Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, SBGG, 2002.

Os três depoimentos que dizem **não** à questão sobre novas vivências no processo de envelhecimento trazem justificativas distintas. Uma pessoa diz que espera mais informações, provavelmente por ser bem informada; outra diz que é porque não sente que está ficando velha, talvez pela dificuldade de perceber a convergência do viver com o envelhecer; e, por fim, a que alega o fato de não poder mudar a própria rotina.

Esta última fala chama a atenção por suscitar a questão das barreiras para o autocuidado. Isto é provavelmente uma realidade mais comum e pouco evidenciada nos depoimentos, tanto pelo viés de serem falas gerais, “fáceis de dizer”, mas principalmente considerando a relação de poder implícita nas relações entre profissionais e a população. Dessa ótica é preciso reconhecer que é mais fácil elogiar e expressar o que os técnicos gostariam de ouvir do que se contrapor ou mostrar os percalços para as práticas saudáveis, evidenciados tanto na pequena referência ao autocuidado nos depoimentos, se comparada às dimensões de aprendizado e convívio, quanto na evolução de mudanças em indicadores adiante abordadas. De que ordem são os impedimentos (econômicos, subjetivos, organizacionais...)? Adentrar este terreno, com detalhes do cotidiano e não somente através da classificação em categorias gerais de barreiras à aderência, como fazem Fox et al. (1997) é um caminho útil para o redimensionamento do processo educativo e sua maior abertura para a reflexão sobre as condições de vida e os constrangimentos ao autocuidado.

Os pontos positivos sobre a experiência do GES, secundariamente à referência de *todos* comentada no capítulo VI como a mais freqüente, reforçam os argumentos sobre efeitos das ações educativas na direção da sociabilidade e aprendizado. Dois eixos se destacam: 1) União do grupo (*sentimento de amizade, boa convivência, alegria, participação, envolvimento afetivo e integração dos coordenadores*), com 32%; e 2) Aprendizado e informações, com 24,5% de referências. Há oito respostas em branco e seis que apontam outros e variados aspectos.

Um único ponto negativo reservado para comentário nesta seção é o que sugere implicações indesejadas dos próprios benefícios do trabalho ao reforçar a auto-estima e a disposição para vida. Na fala do idoso, já de certa forma embutida de autocrítica ao apontar este aspecto como negativo: *Criamos uma espécie de ‘prevenção’ contra as pessoas que não são capazes de ‘viver a vida’*

Embora não expressivo quantitativamente, este aspecto chama a atenção pois remete-se à reflexão oportuna de Debert (1998) sobre os riscos de que se faz acompanhar o processo de construção da categoria terceira idade, através das novas práticas e experiências que se abrem aos idosos. A autora alerta para a produção de

sentidos que reforcem a individualização da velhice – ou visão de que a qualidade desta resulta integralmente das escolhas pessoais - e preocupa-se com a menor atenção que em contrapartida pode sofrer a parcela dos idosos identificados com a velhice doente e dependente. Como visto no capítulo três, a responsabilização exclusivamente individual pela saúde ou bem-estar é também uma faceta crítica da promoção da saúde e seus riscos merecem todo cuidado na condução de processos educativos orientados por valores de justiça e solidariedade.

Os efeitos da educação continuada através dos reencontros dos grupos podem ser vistos na mesma direção que os do GES. A cada encontro o sentimento de identidade, pertencimento e gratificação por esse espaço é fortalecido potencializando futuras ações. No encontro que abordou o tema solidão, alguns idosos procuraram a coordenação ao final com propostas de ações que minimizassem a falta de contatos sociais das pessoas que vivem e/ou se sentem sós. Surgiram idéias como o “grupo dos desgarrados” e ações pró lazer que poderiam ser organizadas a partir deste grupo. Novos caminhos para o projeto incluem, portanto, o trabalho junto aos idosos mais disponíveis para uma ação permanente, envolvendo-os efetivamente no planejamento e execução de ações inovadoras e multiplicadoras dos propósitos do projeto.

Apenas uma referência nos depoimentos analisados foi encontrada quanto ao atendimento individual através da AMSQV. Isto provavelmente deveu-se ao fato do instrumento ter sido elaborado com enfoque no grupo. Na fala do idoso, a ação é vista como positiva e estimuladora:

*Só tenho a elogiar, o ambiente muito bom.
Avaliação foi muito boa, incentivando para emagrecer.*

É interessante que a avaliação ao final do GES incorpore também esta dimensão do trabalho para que possa ser revista de acordo com os interesses e apreciações dos idosos aos quais se destina, bem como analisada criticamente à luz das reflexões teóricas polêmicas acerca da “vigilância da saúde”.

Avaliando conjuntamente os dados referentes à percepção dos idosos sobre processo e efeitos das ações educativas é possível considerar que há alcance dos objetivos previstos no modelo teórico do PPS em termos de ampliação de conhecimentos, reforço da auto-estima e aumento dos contatos e da rede social dos idosos. No nível auto-reportado há também indicação de que as ações *estimulam* o autocuidado e favorecem o controle de doenças crônicas, com as ressalvas anteriores, e que incrementam a participação social, particularmente o engajamento em atividades sócio educativas e de lazer. Saber como alguns destes ganhos no curto prazo se

comportam com o tempo, ao mesmo tempo experimentando formas de captá-los é o objetivo do ponto seguinte, baseado no *follow-up* bianual e na observação participante.

8.2 Saúde e qualidade de vida do idoso: o que muda com o tempo? ⁵⁷

O grupo estudado é composto de 41 idosos que ingressaram no projeto em 2001 e seu perfil difere um pouco do observado para o conjunto dos idosos do projeto, apresentado no capítulo IV. Como revela a tabela 15, predominam mulheres, brancas, com variado *status* conjugal, nas faixas etárias de até 79 anos. Cerca de 61% são do sudeste e os demais são naturais da região nordeste (14,6), norte (9,8) e sul (4,9). A escolaridade é variada, com concentração no ginásio completo (atual ensino fundamental) e no primário completo. Há quase 10% com escolaridade mínima (primário incompleto), incluindo um analfabeto, mas também 17% com nível superior. A maioria tem moradia própria (68,3%), saneamento básico (100%) e declara-se satisfeita com a relação familiar (85,4%).

Nesse grupo apenas cinco idosos não exerceram atividade remunerada ao longo da vida. As principais ocupações foram: funções administrativas (9), costureira (6), profissões de saúde de nível médio (4), telefonista (3) e professor de nível primário e secundário. A maioria é aposentada e a faixa de renda pessoal por mês é variável, com valores extremos e certa concentração em torno de 5 a 10 salários-mínimos. Quase 60% dos idosos incluem o problema econômico como um dos principais problemas do cotidiano. Cerca de 30% dos idosos são acompanhados no NAI, tendo sido a maioria encaminhada após a inserção no projeto, e 53,7% possuem planos privados de saúde.

A participação deste grupo no GES atendeu patamar mínimo de 72% de frequência, com exceção de dois idosos que tiveram participação em nível um pouco inferior. Nos encontros periódicos, como mencionado, a média de participação foi de dois encontros, considerada reduzida.

⁵⁷ Nesta parte cujos dados são relacionados a diversas áreas de conhecimento revela-se com clareza o desafio das pesquisas com instrumentos de avaliação multidimensional. A interlocução de diferentes profissionais é um pré-requisito a ser conquistado na estruturação da pesquisa, o que não é ainda uma realidade no PPS do NAI/UnATI. Para contornar um pouco as dificuldades, contei com a colaboração dos seguintes profissionais ligados à equipe para discussão sobre tópicos e acesso a textos específicos: Liliane Carvalho Pacheco (nutricionista), Antônio Carlos Bertholasce (médico), José Rezende (odontólogo) e Francisco Lemos Pereira (prof^o Educação Física).

Tabela 15. Características socioeconômicas do grupo estudado (n = 41)

Variáveis	Categorias	%	Variáveis	Categorias	%	
Sexo	Feminino	92,7	Recebe aposentadoria	Sim	65,9	
	Masculino	7,3		Não	34,1	
Idade	Até 69	43,9	Renda	até 1 SM	4,8	
	70 a 79	43,9		> 1 a 3 SM	17,1	
	80 e +	12,2		> 3 a 5 SM	26,8	
Cor	Branca	73,2		> 5 a 10 SM	41,5	
	Parda	17,1		> 10 SM	9,8	
	Preta	9,8				
Estado conjugal	Casado/morando junto	31,7	Percepção sobre a renda	dá e sobra	17,1	
	Viúvo	31,7		dá na conta certa	36,6	
	Separado/divorciado	19,5		sempre falta um pouco	31,7	
	Solteiro	17,1		sempre falta muito	14,6	
Grau de escolaridade	Nenhuma	2,4	Problema econômico	Sim	58,5	
	Primário incompleto	7,3		Não	41,5	
	Primário completo	21,9	Principais doenças	Hipertensão	58,5	
	Ginásio completo	29,3		Artrose	43,9	
	Ginásio incompleto	2,4		Dislipidemia	34,1	
	2º grau completo	19,5		Catarata	26,8	
Área de moradia	superior completo	17,1	Glaucoma	14,6		
	AP 2.2 (zona norte – grande Tijuca)	29,3	Osteoporose	12,2		
	AP 3.3 (Leopoldina)	17,1	Diabetes	12,2		
	AP 3.2 (zona norte – grande Méier)	14,6				
	AP 2.1 (zonal sul)	14,6				
Condição da moradia	Outras APS	24,4	Plano de Saúde	Sim	53,7	
	Própria	68,3		Não	46,3	
	De parentes	24,4				
	Alugada	4,9				
	Instituição	2,4				

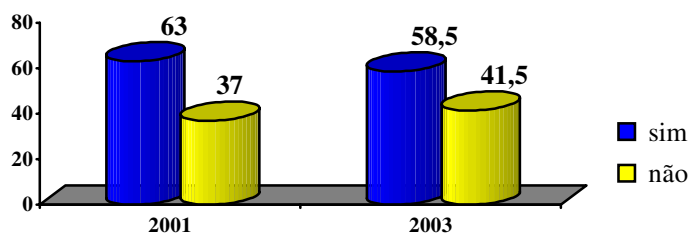
8.2.1 Autocuidado em Saúde

a) Atividade física

A atividade física regular é, segundo Andrews (2001), o fator que agrega o mais substantivo corpo de evidências na relação com o envelhecimento ativo e saudável. Seus benefícios incluem a redução da incidência e severidade de doenças crônicas e agravos, tais como doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes mellitus, obesidade, câncer de cólon e de mama, fraturas e condições de saúde mental. Além disso, associa-se à preservação ou melhora da capacidade funcional, através de ganhos na capacidade aeróbia, força muscular, coordenação, flexibilidade e composição corporal (Patterson, C. e Feightner, J., 1997; Lourenço e Motta, 1998).

A maioria dos idosos avaliados, em torno de 60%, refere *atividade física regular* (gráfico 2). Estes níveis podem ser considerados altos quando comparado à população idosa em geral. Conforme estudos citados por Van der Bji et al. (2002), estima-se que mais de 60% dos idosos nos Estados Unidos não se envolvem regularmente em atividade física. No Brasil há um dado semelhante, 67%, porém obtido em estudo com a população em geral, no ano de 1988 (Araújo e Araújo, 2000).⁵⁸

Gráfico 2
Atividade física regular reportada pelos idosos do
PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



A comparação temporal do padrão de atividade física mostra uma pequena variação negativa. O grupo de idosos que responde afirmativamente a esta questão diminuiu de 63% para 58,5%. Observada a evolução de cada subgrupo, nota-se perda de 27% no grupo que respondeu sim em 2001 e ganho de 33% no grupo que dizia não. Em outras palavras, a maioria que relatava atividade física regular em 2001 (73%) manteve

⁵⁸ Estudo realizado por encomenda do Ministério da Saúde, com duas mil pessoas de doze cidades brasileiras. Segundo os autores, outras pesquisas têm sido iniciadas neste sentido mas sem conclusões adequadas e com várias dificuldades metodológicas.

esta prática, enquanto dentre os que não faziam grande parte (67%) permaneceu não fazendo.

O tipo de prática não variou com o tempo. Em 2003 as mais comuns permanecem sendo a caminhada (39,5%), seguida da ginástica (15,8%) e da biodança (10,5%). Quase 30% das práticas são feitas com frequência de três vezes na semana e com igual valor verifica-se a frequência de duas vezes por semana. Muitos combinam a caminhada livre com alguma prática coletiva e formal de exercício físico. A duração da atividade é variada mas predomina o tempo de 60 minutos (60,5%).

Os motivos apontados pelos idosos para não terem prática regular de atividade física são semelhantes para os dois anos. Analisando as dezessete justificativas em 2003, observa-se que o tópico mais freqüente é a falta de tempo associada à de ânimo por ter que *fazer tudo em casa* (5). A atividade doméstica rotineira aparece também em duas falas associadas à percepção de que isto já é uma boa dose de atividade física. Outros aspectos referidos são:

- Falta de ânimo desvinculada da questão tempo (2): identificada por eles como *preguiça* e justificada por um dos idosos pela influência também do inverno como fator desmotivador;
- Falta de companhia (2): aparece como motivo isolado ou sobreposto a outro;
- Não gostar de “ginástica” e de “certas atividades” (2): aspectos possivelmente relacionados em algum nível com a falta de ânimo;
- Limite do corpo (3): associado ao desconforto e dores por osteoartrose, principalmente de joelho;
- Insegurança do bairro para caminhadas e/ou a inconveniência ambiental pelo acesso à moradia (subidas) (3);
- Motivo conjuntural (1): idosa em tratamento fisioterápico, se recuperando de fratura no pé. A mesma fazia caminhada e tenciona retomar esta prática.

A tendência ao sedentarismo vem aumentando com o desenvolvimento urbano e tecnológico e é normalmente acentuada na velhice, pelas alterações orgânicas do envelhecimento e a falta de estímulo e possibilidades do idoso para manutenção de sua vida social (Barbosa, 2000) .

Em análise sobre este tema na população adulta em geral, Lemos (2001:9) afirma que o envolvimento em um nível adequado de atividade física não depende apenas da vontade individual e deve ser pensado em relação às condições societárias que influenciam positiva ou negativamente este hábito: “*Nos grandes centros, onde o indivíduo passa mais de uma hora preso em engarrafamentos de trânsito, onde a*

escalada de violência leva as pessoas a evitarem espaços públicos, é importante a criação de ambientes favoráveis à atividade física – seguros e acessíveis a todos, especialmente a portadores de deficiências.”

Como observado em parte das entrevistas, por trás de aspectos apontados pelos idosos há a questão do acesso a programas específicos de atividades físicas, embora ações públicas e privadas nesta área tenham hoje se ampliado consideravelmente. Isso é particularmente sensível em locais onde caminhar não representa uma prática segura ou agradável, especialmente se desprovida de companhia. O programa de atividade física do Instituto de Educação Física da UERJ em parceria com a UnATI – projeto IMMA: *Idosos em Movimento Mantendo a Autonomia* – é o foco do interesse de alguns entrevistados que se inscreveram a partir do projeto, mas seu acesso é limitado devido à baixa rotatividade, gerando período de espera superior a um ano.

O motivo “ter que fazer tudo em casa” suscita reflexões em duas direções. A primeira é a possível implicação de aspectos econômicos na promoção da atividade física. O cansaço e a sobrecarga provocados por não poder contar com ajuda têm peso considerável e impõem a reflexão sobre a homogeneização de mensagens ocorrida especialmente através de campanhas, independente da condição dos sujeitos numa sociedade de oportunidades desiguais.

O estudo de Chinn et al. (1999:192), embora não específico com idosos, avalia as barreiras para atividade física conforme a posição econômica e suas implicações para a promoção da saúde. Os autores sugerem que as pessoas que relatam barreiras somente “externas” (falta de dinheiro ou acesso a transporte) são mais propensas a mudar do que as que referem barreiras “internas” (falta de motivação e de tempo). *“Então, intervenções para promover atividade física em populações mais pobres podem requerer estratégias diferentes daquelas direcionadas a grupos mais afluentes”.*

No sentido de minimização das barreiras, Fletcher (1999) exemplifica o papel das políticas públicas no caso da população idosa. A autora assinala como necessárias a política de transporte (facilitar acesso aos programas de exercício), de planejamento urbano (incrementar a disponibilidade e segurança dos locais de caminhada e de trânsito de pedestres) e o treinamento das equipes de saúde para ações educativas e minimização de prejuízos do exercício impróprio.

O segundo eixo de reflexão diz respeito às ponderações necessárias quanto ao nível de atividade física nas ações cotidianas do cuidado com a casa. O padrão previamente adotado pelo PPS, coerente com posições assumidas na literatura da área (Green et al., 1995, apud Fletcher, 1999), é possivelmente limitado para captar o sentido

de vida fisicamente ativa, aspecto fundamental no sentido de recuperar o movimento como capacidade e habilidade inatas ao ser humano. Boa parte dos idosos que entram neste estudo como “*não praticam atividade física*” são pessoas com alto nível de atividade física e que assumem integralmente a gestão de suas casas. Como afirmam Araújo e Araújo (2000), podemos ser fisicamente ativos de modo informal, sem necessidade de supervisão ou treinamento, desde que as nossas atividades diárias ou de trabalho demandem níveis razoáveis de atividade física e de gasto energético. Para os autores, o que deve se tomar em conta é que o condicionamento não pode ser desacompanhado de sensação de bem-estar, razão porque a atividade física intensa presente em condições de trabalho desumanizantes não pode ser considerada promotora de saúde.

Por outro lado, constatada a altíssima prevalência de problemas músculo-esqueléticos em idosos, que chega a ser em torno de 80%, segundo dados citados por Patterson e Feightner (1997), e em torno de 57% no grupo aqui estudado, é central a reflexão sobre as condições posturais e ergonômicas no uso do corpo na rotina doméstica. Como largamente constatado na dinâmica assistencial, as dores crônicas tendem a se agudizar antes do que se beneficiar com as atividades físicas obrigatórias advindas dos serviços de casa. Entretanto, ter presente um amplo conceito de atividade física, nela incluindo a caminhada habitual, o lidar com as plantas e vários outros afazeres não deixa de ser fundamental, e, como lembra Andrews (2001), útil para dissociar a atividade física do *fitness* vendido massivamente na sociedade contemporânea.⁵⁹

A ser destacado em torno dessa questão é a relevância da reflexão sobre bem-estar corporal da ótica do indivíduo em suas rotinas. O que realmente as pessoas percebem de bom ao se exercitar? Como traduzem a “verdade da ciência” no próprio corpo? Que prazer a atividade física agrega à vida?

De acordo com Farinatti ⁶⁰, coordenador do IMMA, a dimensão do prazer é central na adesão dos idosos às atividades oferecidas. Estes participam porque têm

⁵⁹ O *boom* da atividade física e seus usos ideológicos é o eixo priorizado em alguns estudos e que converge com algumas das críticas ao discurso da promoção da saúde apresentadas no capítulo III. Na pesquisa bibliográfica foram identificados dois trabalhos nessa linha: Ver as seguintes teses: MIRA, C.A.M. A atividade física como agente de promoção da saúde: ciência ou crença sedutora? RJ-PR, (Mestrado em Educação Física da UGF) 1996, e FONTE, S.S. D. Cultura corporal e saúde: um discurso ideológico (Mestrado em educação da UMP, 1996).

⁶⁰ Apresentação sobre o projeto para a equipe do NAI, em outubro de 2003. Os pressupostos teóricos deste programa são abordados no livro de Faria Jr. et al. (1996).

ganhos na interação social, aspecto que reforça o valor do exercício em grupo proposto pelos programas. No sentido de promoção da autonomia positiva, a questão é como aumentar a adesão e como tornar as pessoas autônomas em relação ao exercício, dimensão que supõe políticas públicas efetivamente favorecedoras das condições de vida mais que dos esforços de campanhas.⁶¹

Relacionando os aspectos comentados às ações educativas dos GES, é preciso rever o foco predominantemente informativo observado na abordagem da atividade física (pág.133), até pela popularização que o tema ganhou recentemente nos meios de comunicação. É oportuno abrir caminho que vá além de refinar os conhecimentos, da ótica científica e da experiência prática, sobre a relação entre atividade física e saúde. Como se deduz da crítica à promoção da saúde empreendida por Buchanan (2000), um aspecto central, não desconsiderando o compromisso ético de garantir a informação, é a reflexão sobre os valores que orientam as ações das pessoas. Isto é algo sutil e possivelmente está além das práticas de aconselhamento⁶². Daí a relevância de ouvir o outro e saber em que medida o que está sendo proposto converge ou interfere com o que as pessoas consideram mais importante: *“Deveriam as pessoas se exercitar mais? A prerrogativa é verdadeira na medida em que as pessoas concordem, na medida em que tornem-se convencidas de que é algo conveniente na direção do que elas querem dedicar seu tempo e energias.”* (Buchanan, 2000:101)

b) Índice de massa corporal

A alimentação é um aspecto central para o equilíbrio orgânico e a saúde. Doenças crônicas e problemas comuns na velhice, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, constipação intestinal, dentre outros, têm relação com o padrão alimentar moderno, rico em carboidrato, sódio e gordura e pobre em fibras, resultante do excesso

⁶¹ A evidência do impacto sanitário e econômico da promoção da atividade física vem impulsionando mundialmente ações públicas nesta área. No Brasil, é o caso do Agita Brasil (MS), programa baseado na proposta de 30 minutos diários e na incorporação da atividade física através de mudanças nas rotinas de vida, nas escolas e nos ambientes de trabalho. Uma revisão de avaliação de programas de atividade física para idosos é disponível no livro da Comissão Européia da UIPES (*La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa.* Madrid, 2000).

⁶² Laitakari e Asikainen (1998) propõem um modelo individual de aconselhamento para a promoção da atividade física relacionada à saúde, considerado útil para promover aderência a esta prática. O modelo baseia-se nas seguintes premissas: 1) amplo conceito de atividade física; 2) seqüência lógica de etapas do trabalho profissional; 3) aspectos pessoais do cliente; 4) estágios de adoção do cliente; 5) determinantes da atividade física; 6) conceitos educacionais relacionados; 7) estratégias selecionadas de manutenção do planejado.

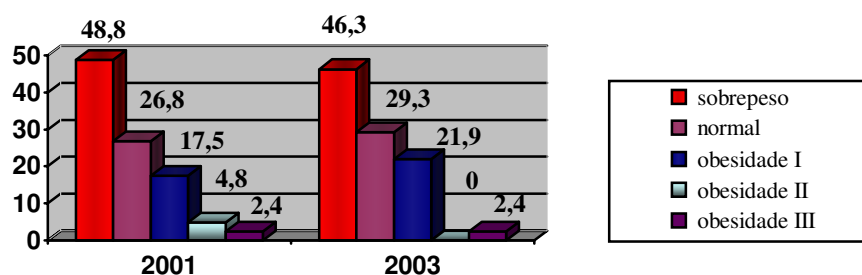
de produtos industrializados e da ingestão reduzida de legumes, verduras e frutas frescas (Pacheco e Menezes, 2002).

O dado sobre o índice de massa corporal no grupo estudado não possibilita uma verificação adequada de melhorias do padrão alimentar mas pode sugerir pistas nesta direção, sobretudo pela reconhecida prevalência de obesidade e sobrepeso em idosos, considerados fatores de risco para osteoartrite, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipercolesterolemia (Lourenço e Motta, 1998).

“Comer é um dos melhores prazeres da vida, mas como tudo que é feito em excesso, pode trazer problemas.” (PG)

Como mostra o gráfico 3, não foi verificada ocorrência de baixo-peso mas, ao contrário, quase 50% dos idosos têm sobrepeso, notando-se pequena diminuição na comparação bianual, acompanhada de também discreta elevação da faixa de peso considerada normal. Em contrapartida, houve aumento da obesidade I (moderada).

Gráfico 3
Índice de massa corporal de idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



A prevalência encontrada de sobrepeso é um pouco maior que a encontrada em estudos de maior porte, seja com a população do próprio projeto (38,9% conforme Pacheco, 1999, com n = 231), ou participante de inquéritos populacionais [35,4% em Lima-Costa et al., 2001, com 1606 idosos de Bambuí; e 30,2% (mulheres) e 24,7 (homens) em Tavares e Anjos, 1999, com a população brasileira]. A análise das mudanças ocorridas em cada subgrupo (tabela 16) mostra um certo equilíbrio entre variações positivas e negativas, com pequeno predomínio das primeiras, na direção de normalização do peso corporal.

Tabela 16. Tendência de evolução bianual do IMC em idosos do PPS do NAI/UnATI

Evolução		Nº	%
Favorável	Estabilização positiva	09	22,0
	Mudanças positivas	12	29,3
Desfavorável	Estabilização negativa	16	39,0
	Mudanças negativas	04	9,7
Total		41	100

Favorável:

- Estabilização positiva => manteve peso adequado (variação de até 0,5 para mais ou para menos)
- Mudanças positivas:
 - ⇒ passou de obesidade a sobrepeso
 - ⇒ passou de sobrepeso a normal
 - ⇒ manteve sobrepeso em nível menor
 - ⇒ manteve obesidade em nível menor

Desfavorável:

- Estabilização negativa => manteve sobrepeso ou obesidade (variação de até 0,5 para mais ou para menos)
- Mudanças negativas:
 - ⇒ passou de normal a sobrepeso
 - ⇒ passou de sobrepeso a obesidade
 - ⇒ manteve sobrepeso em nível maior
 - ⇒ manteve obesidade em nível maior

O quadro encontrado parece confirmar a ocorrência de padrões alimentares cuja ingesta calórica supera as necessidades orgânicas, de acordo com critérios técnicos nesta área. Em dinâmicas de grupo, como mostram as produções dos idosos, observa-se que a compreensão ao menos geral do que seja “alimentação equilibrada” é bem estabelecida e aparece como dimensão unanimemente lembrada como necessária à saúde no envelhecimento. Ao se propor a reflexão sobre as práticas cotidianas a partir da questão sobre dificuldades encontradas para uma alimentação equilibrada, observa-se contudo uma boa dose de dilemas na administração dos prazeres ligados à alimentação:

“Eu gosto muito de doce como poderei deixar de comer doces, me ajude.”

“Gulosa em salgadinhos, doces, comidas em geral, enfim sou uma comilona. Tal o resultado.”

“Como muito, estou sempre com vontade de comer”

“Não tenho dificuldade de fazer e de comer, o difícil é não comer doce, frituras, salgadinhos...” (PG)

Em outros dados é possível perceber que o aspecto do preparo tem peso considerável na configuração do padrão alimentar, seja porque é preciso atender ao interesse nem sempre convergente das preferências de outros familiares, seja porque o

fato de morar só, que chega a 31,7% neste grupo, é desestimulador do investimento em preparos mais cuidadosos:

“A minha dificuldade é que não cozinho somente pra mim”

“Eu como tudo bem balanceado, sendo que às vezes abuso um pouco para não ter que fazer comida separada, pois tenho meu filho e ele é meio chato na alimentação.”

“..passo o dia todo beliscando, seja biscoito, pão, suco, café. Talvez seja porque eu mesmo faço.” (PG)

“Neusa mora só, mantém sobrepeso moderado mas melhorou níveis altos de colesterol e glicose. Diz que agora tem optado por fazer refeições a quilo e isso tem sido melhor do que almoçar pastéis, como fazia sistematicamente por maior comodidade e por adorar pastéis. Sente-se estimulada pelo fato de a termos convidado para algo que é do ‘interesse dela’. Conseguiu inscrição no programa de controle de hipertensão no centro de saúde do seu bairro após encaminhamento do projeto” (OP)

O lugar do desejo e sua trama com o gosto e o paladar, não convergente em boa parte das vezes com uma alimentação mais saudável, é das questões mais agudas. A alimentação é uma das poucas fontes de prazer para muitos idosos e torna-se o escape mais fácil e imediato para dores da alma. A idéia de ajustes aí deve levar em conta o “estar no mundo” dos sujeitos e contribuir para que estes se reencontrem consigo mesmos. Acolhida esta dimensão, pode-se pensar na negociação possível com hábitos culturais tradicionais ou modernamente produzidos pela indústria de alimentos, cuja lógica do lucro e da descoordenação produtiva dificulta um mercado mais compatível e favorecedor da saúde coletiva.

“A maior dificuldade pra mim é comer legumes pois não gosto.” (PG)

“Dora manteve obesidade considerada muita severa. Cuida da casa e dos filhos, não tem atividades sociais externas no momento e refere solidão como algo que a acompanha de longa data. Demonstra certo desânimo e tristeza e não faz atividade por ‘preguiça’. Refere interesse em emagrecer mas, não sabe bem por que, não deu seguimento ao acompanhamento nutricional.” (OP)

Além dos aspectos citados, é preciso questionar a possibilidade econômica de acesso aos alimentos, que se apresenta também nos dados analisados mas que é seguramente mais preocupante na população idosa em geral pelo perfil socioeconômico menos favorecido que o grupo estudado. Uma alimentação considerada balanceada tem hoje certa ambigüidade quanto ao custo. Comer menos carne vermelha e produtos industrializados implica menor gasto, mas, por outro lado, o mesmo não é verdadeiro quanto a consumir frutas variadas, pães integrais, carnes magras e produtos *diet/lights*, estes principalmente quando requeridos em caso de dietoterapia. Este é um dos impasses clássicos na abordagem clínica da obesidade e sobrepeso nas classes

populares, as quais tendem a ter nos farináceos, doces e carnes gordas a maneira mais barata e prazerosa de saciedade.

Na abordagem das políticas públicas necessárias à alimentação saudável dos idosos, Fletcher et al. (1999:6) destacam a relevância de se prover informações e possibilitar o acesso e oferecem exemplos de ações governamentais junto às indústrias para redução de barreiras e aumento de oportunidades. São elas: melhora das embalagens e dos rótulos informativos dos produtos, redução do sal, porção pequena de alimentos, e desenvolvimento e promoção de produtos com nível baixo de gordura.

Na experiência com idosos moradores de hotéis-residência narrada por Minkler (1992), a subnutrição e a falta de acesso a frutas frescas e vegetais foram trabalhadas nos grupos educativos. A ação proposta em três hotéis foi a contratação de um serviço semanal (mini-mercado), enquanto em quatro outros optou-se por um programa de café da manhã semanal, cooperativo. Os idosos e a equipe produziram também um livro de receitas baratas e nutritivas, distribuído entre os residentes e vendido com renda revertida para o projeto. Com isso ampliaram o acesso a alimentos e, sobretudo, aumentaram o senso de controle e competência dos idosos em matéria de interesse para sua saúde e qualidade de vida.

Uma perspectiva como esta é o caminho vislumbrado mas ainda distante no estágio atual do PPS. Como destacado em avaliação preliminar do projeto (Assis et al., 2002), a não delimitação do trabalho a uma área geográfica, favorecedora de um sistema mais “fechado” como no programa de Minkler, é um limite para a construção conjunta de alternativas coletivas para os problemas e barreiras encontrados. Desdobramentos nesta direção, como a mencionada parceria com a Medicina Integral do HUPE através do programa de saúde da família, vêm sendo tentados mas são ainda embrionários.

Diante dos fatores sociais e pessoais que interagem na questão alimentar, ressalta-se também aqui o valor de uma abordagem compreensiva, orientada para estabelecer a melhor comunicação possível com os idosos e pactos assistenciais mais profícuos. A informação está longe de ser tudo mas deve ser vista como subsídio básico para a escolha individual e as ações coletivas. Porém não só ela, mas igualmente a motivação e o interesse em cuidar do que se come, enquanto dimensão fundamental ao bom equilíbrio orgânico. As práticas devem ser pensadas não como instrumentos de controle e vigilância, como “corta-prazer”, mas recursos que suportam e possibilitam o exercício da autonomia e a administração pessoal dos riscos:

“Tenho uma alimentação certa até o fim da semana. Domingo saio da dieta. Tomo minha cerveja, como salgadinho, etc.”

“A minha alimentação é feita basicamente do que eu leio e ouço falar, aí eu me ligo nela. Nestas conversas com a nutricionista, vou pegando um pouco aqui, um pouco ali, e faço minha tabela. Tenho variação de pressão mas me sinto bem.” (PG)

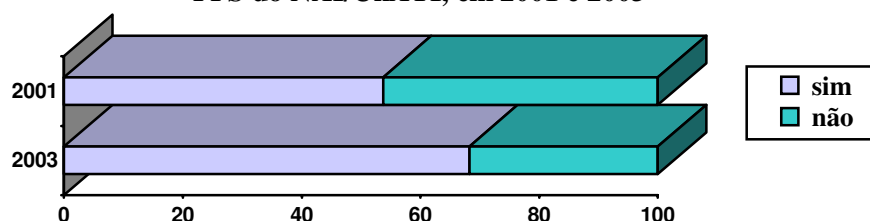
8.2.2 Utilização de serviços preventivos e assistenciais

Mudanças favoráveis foram observadas quanto a duas variáveis selecionadas neste eixo: preventivo do câncer ginecológico ou de próstata e atenção em saúde oral.

A referência à avaliação ginecológica ou urológica passou de 53,7% em 2001 para 68,3% em 2003, como mostra o gráfico 4. Um pouco mais da metade dos que não tinham este controle atualizado em 2001 passaram a referi-lo na reavaliação, enquanto a maioria que tinha, cerca de 80%, continuaram a tê-lo.

A análise global dos percentuais mostra que muitos idosos não acessam esta ação preventiva. Os motivos incluem a pouca facilidade para marcações nos serviços públicos por parte do grupo que dele se utiliza, mas também, particularmente no grupo feminino, a pequena percepção sobre a necessidade desta ação. É comum a crença de que esta não é mais necessária em virtude da inatividade sexual e/ou da idade avançada. Isto é conversado nos grupos e nas avaliações mas, obviamente, fica a critério das pessoas decidirem sobre o assunto.

Gráfico 4
Avaliação ginecológica ou urológica periódica segundo idosos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



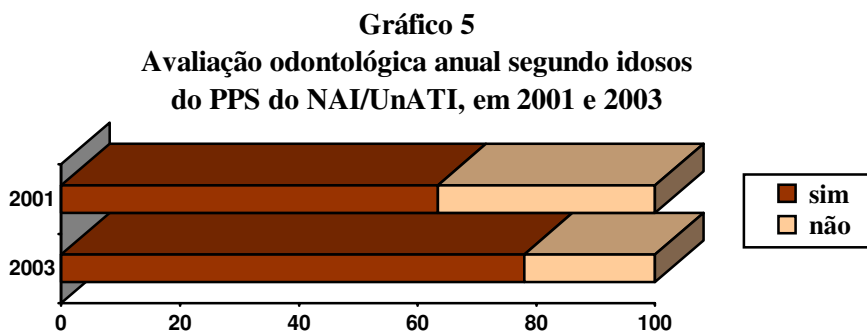
A questão do acesso é mais crítica para os homens em função da especialidade urologia ser um recurso mais raro no SUS. O critério atual estabelecido pelo INCA para *screening* de câncer de próstata, ainda em discussão mas contrário a outras posições sobre o assunto, é restrito aos homens com marcadores de risco específico⁶³. O fato é

⁶³ Idade igual ou superior a 45 anos e com história familiar de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos de idade (INCA, Normas e recomendações, 2002).

que o acesso à urologia é na prática uma necessidade corrente entre os homens idosos. Dos três incluídos na amostra, dois fazem acompanhamento por hiperplasia prostática benigna e incontinência urinária pós-acidente vascular cerebral – condições relativamente comuns – e um teve câncer de próstata diagnosticado um pouco antes da reavaliação do projeto. Os dilemas do acesso, neste caso, são mais presentes para o sexo masculino, embora aqui também pesem consideráveis resistências culturais ao toque retal, um dos principais recursos diagnósticos do câncer de próstata.

Uma questão a ser aqui destacada é a necessidade de ponderar o critério de periodicidade anual para a prevenção do câncer cérvico-uterino na AMSQV. Nas normas do INCA este prazo pode ser a cada três anos no caso de dois resultados consecutivos normais. De toda forma, isto não parece influir no dado apresentado pois as idosas que respondem não o fazem de longa data. Haveria alguma sabedoria aí contraposta à racionalidade técnica? Parece que nada pode ser descartado dada a intensa dinâmica que move os padrões científicos de risco e cuidados no contexto contemporâneo. Entretanto, refletir por que há temor, desconforto ou desconfiança quanto à atenção ginecológica pode ser útil para a autocrítica da prestação pública, tanto quantitativa quanto qualitativa deste serviço.

Quanto à avaliação odontológica no último ano, observa-se no gráfico 5 que esta variou favoravelmente no período estudado, passando de 63,4% para 78%:



As orientações específicas sobre este tema nas ações educativas do projeto podem ser vistas como influentes, até porque associam-se à possibilidade de avaliação odontológica no próprio NAI. Ainda que esta seja preventiva e diagnóstica e não propriamente assistencial, a equipe de saúde oral aciona estratégias de encaminhamento para os poucos serviços da rede pública ou para serviços privados de custo mais acessível.

O acesso à odontologia é uma barreira extremamente relevante para a mudança do quadro de saúde bucal dos idosos por se tratar de um recurso caro, geralmente

fornecido por serviço particular. Na rede pública, a atenção em saúde bucal é historicamente insuficiente e restrita a outros grupos populacionais. A preocupação com os idosos é recente e a organização da rede municipal no Rio de Janeiro para atendê-los é apenas inicial ⁶⁴, apesar de sua relevância na prevenção e controle de problemas expressivos entre idosos como a doença periodontal, perda de dentes, cáries, desajuste de prótese e neoplasias.

É oportuno sugerir também uma possível mudança na compreensão de parte do grupo quanto às necessidades em saúde oral, às vezes pouco percebidas pela maior preocupação com as doenças crônicas e/ou por tomá-las de menor importância na velhice. Há, portanto, um valor da informação no reconhecimento dos problemas e patologias bucais entre os idosos, mas que deve se acompanhar da oferta adequada dos serviços públicos. De outra parte, como ressalta Pucca Júnior (1997:297), a saúde bucal é indissociável da saúde global dos indivíduos e, tal como esta, reflete as condições de vida e as desigualdades sociais presentes na sociedade.

“Maria foi à odontologia do IGG em julho, como encaminhada pelo projeto e mandaram ela retornar em dezembro pois ‘tá muito cheio’. A prótese dela se movimenta na boca enquanto fala e é possível pensar conseqüências em termos biológicos e emocional, da gastrite ao afastamento do marido, que ‘não beija, não conversa, não faz um carinho’. A saúde bucal do município tem projetos mas isto longe ainda está de significar facilidades no acesso da população aos serviços.” (OP)

8.2.3 Controle das doenças crônicas

A prevenção secundária ou dos agravos e complicações de patologias já instaladas é uma dimensão relevante das ações de promoção da saúde. O bom controle das doenças crônicas reduz eventos geradores de incapacidades ou comprometimentos da autonomia no curso do envelhecimento e possibilita menor carga de desconfortos, sofrimento e internações.

A título experimental quanto à possibilidade de avaliação dos efeitos esperados nesta dimensão, foram analisados alguns indicadores implicados no controle da hipertensão e do diabetes, duas patologias frequentes no grupo estudado e na morbidade

⁶⁴ Segundo a coordenadora de saúde bucal da SMS/RJ, em apresentação no Conselho Distrital de Saúde da AP 2.2 em agosto de 2003, estão sendo desenvolvidos projetos de expansão da atenção nesta área de maneira a incluir adultos e idosos, inclusive para serviços de prótese dentária. No momento atual, apenas uma Unidade – o IGG – dispõe desse serviço em todo o município.

da população idosa em geral (tabela 17). O total de idosos nesta condição foi 21, sendo quatro portadores de diabetes (um de modo isolado e três sobrepondo à hipertensão).

Os dados mostram mudanças favoráveis nas médias de pressão arterial, sobretudo na sistólica, que passa a faixa considerada normal. Comparando os valores nas duas avaliações, houve uma tendência favorável de manutenção ou mudança para níveis normais, embora cerca de 34% tenham apresentado medidas elevadas no momento da entrevista. Nos quatro idosos com diabetes, a glicemia é normal e ainda mais reduzida em um caso, enquanto as médias para os demais passam de 145 para 129 comparando os dois anos.

Quanto ao IMC uma redução pequena ocorreu na média embora esta mantenha-se na faixa do sobrepeso. Se vista a evolução, a tendência positiva é menor que a negativa, ficando em torno de 45%. Isto pode estar relacionado à redução no número de idosos envolvidos em atividade física regular neste subgrupo específico.

Os resultados dos exames não foram plenamente disponíveis em 2003 e não estão incorporados à tabela. Analisados em sua incompletude, relativos a apenas 12 idosos, observa-se que a tendência de estabilização em níveis normais ou mudanças é maior quanto à glicemia (79%) e HDL (89%) e menor quanto ao colesterol (57%) e triglicérides (54%), cujos valores são altos no grupo estudado.

O padrão inicial observado no grupo indica o acompanhamento clínico regular de praticamente todos os idosos, quadro que se completa na reavaliação. Este aqui é um dos dados que pode ser superestimado pelo momento da primeira entrevista ser feita já no curso do projeto. O fato é que alguns idosos foram inseridos no NAI ao mesmo tempo que no projeto, ou seja, estavam desassistidos ou com problemas nesta área. Aqui seria interessante perceber a qualidade do atendimento mas para isso os dados da AMSQV são limitados. O que se observa nas entrevistas é que a maioria dos idosos tem vínculos assistenciais estáveis e razoavelmente satisfatórios, embora fiquem patentes as dificuldades vividas por muitos que mantêm acompanhamento nos serviços públicos, sobretudo quanto à marcação das consultas e à retaguarda diagnóstica. Esta última também tem sido problema do NAI pelas crises recentes do HUPE. Este fato é relevante pois neste subgrupo estudado, 15 dos 21 idosos têm acompanhamento em serviço público (8 na rede municipal ou estadual e 7 no NAI); os demais usam planos de saúde (5) ou serviço particular (1).

Interessante a ser comentado é a elevada presença de idosos que mantêm uma autopercepção positiva da saúde, considerando-a predominantemente *boa*, ainda que este grupo tenha se reduzido um pouco em 2003. Os dados negativos têm relação

aparente com a descoberta de um câncer, com a manutenção de quadro depressivo e com a aguda interferência das dores relacionadas a problemas ósteo-articulares no cotidiano de vida de alguns idosos.

Tabela 17. Alguns indicadores de controle de doença crônica em idosos hipertensos e diabéticos do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003 (n=21)

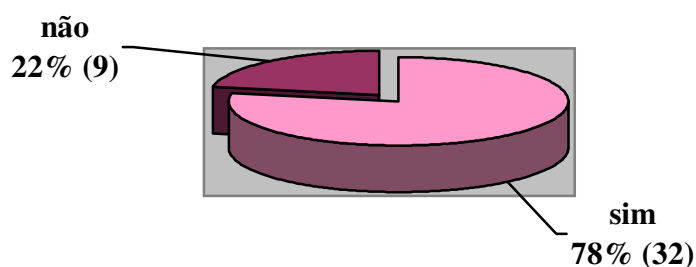
Indicadores	2001	2003
Médias de PA (mm/Hg)	Médias	
Sistólica	155 (Sd: 20,7)	135 (Sd: 13)
Diastólica	88 (Sd: 4,2)	81 (Sd:7,6)
Tendência de evolução da PA	% N°	
Manteve medidas normais	28,6 (6)	
Passou a ter medidas normais	38,1 (8)	
Manteve medidas elevadas	28,6 (6)	
Passou a ter medidas elevadas	4,8 (1)	
Médias do IMC (Kg/m ²)	28,14 (Sd: 4,59)	27,95 (Sd: 5,15)
Tendência de evolução do IMC	% N°	
Desfavorável	9,5 (2)	
Estabilização negativa	47,6 (10)	
Estabilização positiva	19,0 (4)	
Favorável	23,8 (5)	
Atividade física	% N°	% N°
	81 (17)	62 (13)
Acompanhamento clínico regular	95,2 (20)	100 (21)
Saúde subjetiva	% N°	% N°
Ótima	19,0 (4)	23,8 (5)
Boa	71,4 (15)	61,9 (13)
Ruim	9,5 (2)	9,5 (2)
Péssimo	-	4,8 (1)

8.2.4 Participação social e política

O quadro encontrado na segunda avaliação mostra que a maioria dos idosos (78%) está inserida em espaços formais de participação (gráfico 6), conjugando mais de uma atividade, seja na esfera *educativa*, através de cursos ou grupos (n=24); *religiosa*, incluindo estudo, assistência ou trabalho voluntário (n=23); ou ligadas a *práticas*

coletivas de exercício físico (n=14), estas consideradas aqui ao longo da pesquisa de campo pela relevância com que se mostraram um poderoso espaço de sociabilidade quando ligadas a programas voltados aos idosos. Há ainda um relato de participação em grupo de auto-ajuda de familiares alcoolistas e cinco em trabalhos voluntários, sobrepostos ou não à prática religiosa, um dos quais no projeto *idosos companheiros* da UnATI, que organiza e acompanha a ação de voluntários idosos junto a idosos asilados.

Gráfico 6
Inserção dos idosos do PPS do NAI/UnATI em atividades formais de participação social, em 2003



Dos nove idosos não inseridos nas atividades formais consideradas, a maioria frequenta cultos religiosos. Esta é também uma participação social relevante e benéfica mas não foi incluída na classificação anterior por implicar em graus variados de envolvimento, não garantindo necessariamente a sociabilidade e o pertencimento supostos. A razão de não manterem uma atividade educativa é quase sempre, em princípio, não ter sido sorteado nos cursos da UnATI, criando certa desesperança quanto a esta possibilidade. Esta dificuldade é concreta dada a desproporção entre a oferta de vagas e a procura, sobretudo para cursos de maior interesse, e indica a necessidade de expansão de oportunidades educativas nos bairros, próximos às pessoas, o que ainda não acontece na medida desejável.

“Dalva não tem filhos, mora só e seus familiares são do norte. Possui várias patologias, sofre de insônia e relata a angústia de não ter ninguém para lhe fazer um chá quando adoecer e do medo ao passar mal à noite e não ter ninguém. Fala do grupo como momento especial (“a gente saía daqui livre, leve, começando um novo dia...”) e espera poder se reinserir em atividades na UnATI. Desconhece opções próximas à sua casa.” (OP)

No grupo que mantém atividades educativas, a ampla maioria o faz através da permanência em cursos da UnATI. Os demais citam grupos em centros de saúde, no Sesi, no Sesc e através de projeto comunitário de Igreja. A interação grupal é presente nestes espaços, assim como nas práticas de atividade física, promovendo o sentido de encontro para os que deles participam. Com exceção de uma entrevistada, que não

deseja retomar atividades na UnATI por achar grupo de idosos “um pouco chato”, todos consideram esta inserção benéfica e, em alguns casos, suporte fundamental para lidarem melhor com alguns de seus problemas cotidianos:

“Lia vivia um momento difícil antes de iniciar no projeto. Problemas relacionais com marido, distanciamento dos filhos, esvaziamento da vida. Relata que não conseguia controlar a pressão arterial, vivia em emergências e fez cateterismo. Após o GES iniciou grupo no CMS de seu bairro, participando de atividades educativas, terapêuticas e algo lúdicas três vezes por semana. Não sabe bem quem são os profissionais, nem o caráter das atividades que realiza, mas expressa com prazer sua participação. Na reavaliação revela ainda insegurança, frustração, mas é convicta que melhorou, reafirmando ‘hoje não’ para vários aspectos negativos questionados. Dançou na festa de caipira do Posto.” (OP)

Histórias de elaboração de lutos recentes, mudanças de perspectivas e retomada do ânimo são percebidas na vivência de participação social dos idosos e o GES é a instância que em muitos casos abre caminhos nesta direção. Ao lado do visível papel de suporte oferecido pela UnATI através de suas atividades de aprendizado e convivência, o ambulatório NAI tem uma contribuição especial neste processo pois permite, para os que são ali acompanhados, uma convivência prolongada com a equipe e a certeza de uma parceria construída na partilha de diferentes situações que vão se apresentando ao longo da vida:

“Na época em que entrou para o GES, José mobilizava a todos pelo choro freqüente ao lembrar da morte da mãe, idosa dependente com quem morava e da qual era o único cuidador. Momentos de partilha sobre histórias de perda se impunham sempre que isso ocorria, intercalando os temas tratados com a vida de cada um contada em pequenos pedaços. Assim foi até o término do grupo, momento a partir do qual tonou-se participante de várias atividades da UnATI e paciente acompanhado no NAI. Dois anos depois, José enfrenta um câncer, está abatido por isso, mas faz parte de suas preocupações ver como poderá conciliar a quimioterapia com as atividades que freqüenta na UERJ parte da tarde. (OP)

Quanto à participação política, apreendida neste ponto como inserção em organizações representativas (associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, Conselhos ou outras do gênero) 100% dos idosos referem não ter este envolvimento⁶⁵, alguns dos quais respondem ao mesmo tempo com expressões espontâneas de seu desagrado com o que percebem acerca da “política”. Isto traz ao debate a sensível questão do “*empowerment coletivo*”, ou fortalecimento das pessoas e grupos para ações

⁶⁵ Em outros anos do projeto houve participação, pequena mas expressiva, de idosos vinculados a alguma entidade representativa, como a ASAPREV e associação de idosos da Policlínica Picket Carneiro.

sobre o meio em prol da melhoria da qualidade de vida no sentido de interferência nos rumos das políticas públicas e nas estruturas de poder. Como Rootman et al. (2000) afirmam, este é reconhecidamente o mais difícil do trabalho em programas de promoção da saúde. Agregam-se aqui os limites do PPS, anteriormente comentados, de ter foco individual e não propriamente comunitário, apesar deste ser um horizonte contemplado e inerente à Educação Popular em Saúde.

O desencanto com a política no contexto brasileiro, em que diariamente entram na casa das pessoas notícias sobre toda sorte de escândalos envolvendo políticos e as estruturas de poder, parece ser central para o desinteresse das pessoas por espaços organizativos nesta esfera. Isto é visto com freqüência na abordagem dos grupos quando o assunto entra no terreno da política, apesar de ser também presente um sentido de indignação por tudo aquilo que deveria mas não se viabiliza como direito para o conjunto da população:

“Seria bom que o governo olhasse melhor pelo país, dando-nos melhor condições que conseguíssemos salários que cobrissem todos os nossos gastos. Os filhos deveriam resolver seus próprios problemas, o que não vem acontecendo. Com referência a doenças, se todos recebessem tratamentos adequados do governo, ficaria tudo numa boa.”

“O que gera estresse no meu entender é a vida sedentária que hoje se vive, o medo dos assaltos ficar presa dentro de um ônibus, o nosso salário que vive em baixa, problemas familiares. Tudo isso contribui-se para se viver tensa com pressão na cabeça, pressão alta.” (PG)

A politização no sentido mais amplo do tema saúde esbarra também na pouca clareza quanto ao papel que podem ocupar hoje os movimentos sociais, os quais, ao contrário do que interessa passar sobre a política oficial, não têm ampla visibilidade pois então fora do circuito televisivo de massa, ou aí sempre apresentados de maneira tendenciosa a exemplo do movimento dos sem-terra. Neste contexto torna-se difícil ver saídas ou acreditar nelas, o que não é igual a estar conformado com as questões do país. Segundo Valla (1998:15), o que para muitos é visto como conformismo ou imobilismo, *“(...) pode ser para a população uma avaliação rigorosa dos limites de melhoria”*. Entretanto, como o mesmo propõe, isto não significa que a população esteja parada pois tem inserções expressivas em outros espaços de participação, especialmente as igrejas, cabendo buscar aproximações que permitam melhor compreender as potencialidades em termos de apoio social e do significado mais amplo desses espaços (Valla, 1999 e 2000).

A participação social dos idosos observada no grupo estudado reforça esta linha de raciocínio. Há práticas comunitárias e de ajuda mútua acontecendo e que são

estimuladas a partir do projeto, algumas das quais com potencial de formação de multiplicadores de suas ações em nível:

“Cléa iniciou o GES em época que, como diz, ‘estava bem caidinha’. É solteira, sem filhos e havia perdido a irmã com quem morava. Sentiu-se motivada pela proposta do grupo e teve idéia de realizar ações educativas no terraço de sua casa em bairro no subúrbio da zona norte, local onde ‘as pessoas são muito paradas’. Uma vez por mês ela organiza ‘chás’ e convida suas vizinhas para um debate com profissionais que se dispõem voluntariamente para este trabalho no fim de semana. Vários da equipe do NAI já participaram.. No evento ela arrecada doações e as entrega na igreja católica em que frequenta pois assim’ tem certeza’ para onde a ajuda está indo” (OP)

Como sustentado em análise anterior do PPS (Assis et al., 2002), passível de estudos no futuro, pode-se manter a idéia de que avanços no nível do associativismo presente nas experiências que se abrem à sociabilidade dos idosos no Brasil podem ser bases potenciais para o fomento da participação popular e do controle social. Um exemplo nessa direção também a ser avaliado em seus desdobramentos ocorreu em um dos eventos do projeto no qual foi feita a divulgação, no debate e através de cartazes, dos endereços dos Conselhos Distritais de Saúde, com os dias de reunião e os bairros correspondentes a cada área de atuação. Ao final do encontro, em que particularmente foi mais mobilizado o tema assistência no SUS, observou-se uma expressiva procura dos idosos para anotar os endereços e obter mais informações.

Nessa linha de argumentação, Rocha et al. (2002) analisam a participação crescente de mulheres em grupos de convivência e concordam que essa experiência ainda não se traduz como *“caixa de ressonância para a criação de questões públicas”*, capaz de produzir efeitos sobre a política, mas sustentam a hipótese de que: *“(...) a ocupação crescente de espaços públicos por mulheres, na chamada terceira idade, é uma forma de ampliar a sua subjetividade e que a dimensão política emancipatória desse processo, tem início exatamente a partir desta premissa.”* O encontro entre as pessoas, em pequenos grupos, pode ser visto então como um passo necessário, embora não decisivo, na contramão do individualismo e descrença que marca o cenário político brasileiro.

O aumento da população idosa no mundo inevitavelmente suscita a questão de sua inserção em processos coletivos de defesa dos direitos de cidadania. Como alertam vários autores (Queiróz, 1999; Donato e Canoas, 1997 e Spozati, 1999), os idosos representam uma força proeminente na sociedade e devem ser vistos como cidadãos de pleno direito e não só como dependentes. No dizer de Alvaréz (1994:415), *“Os idosos devem desempenhar um papel na proteção e no fortalecimento de seus próprios direitos*

e de seu poder, e ter consciência de si mesmos como participantes ativos na vida da sociedade.” É esse um pressuposto do projeto e vale pensar em estratégias de torná-lo mais presente para a própria equipe, captando melhor como isso pode ser tratado com mais amplitude e aprofundamento nos grupos bem como suas repercussões.

8.2.5 Saúde e bem-estar subjetivos

A *autopercepção da saúde* é positiva nos dois momentos da avaliação com pequenas alterações. A categoria *boa* é predominante embora decline (76% e 66%), seguida de *ótima*, cujo percentual subiu um pouco de 15% para 17% aproximadamente. A resposta *ruim*, por sua vez, teve ampliação de 9,8% para 12,2%. Dois idosos, em 2003, passaram a reportar a saúde como péssima (4,9%).

Dos quatro idosos que consideravam sua saúde *ruim* em 2001, a tendência observada foi a de permanência do padrão negativo. As razões percebidas em dois casos foram porque o quadro depressivo e a vivência de doenças associadas pouco se alteraram apesar de esforços assistenciais; outro porque o idoso havia descoberto um câncer recente; e outro porque um único problema (artrose em um dos joelhos) prejudicava com frequência o cotidiano de vida da idosa. Em um dos casos de depressão há um outro exemplo de como o acompanhamento de algumas situações é significativo e representa possibilidade de aberturas, mesmo que ainda não reveladas em mudança de indicadores:

“Elza é paciente do NAI, 74 anos, e se mantém chorosa como na primeira avaliação. Vive com o filho alcoolista que já a maltratou e a ameaçou de morte, fato que sempre repete. Cuida da casa e frequenta assiduamente consultas com diversos profissionais. Não tem nenhuma outra atividade pois afirma sentir-se constrangida por não saber ler e escrever, embora concorde que isso não foi problema quando fez o GES. Foi criada na roça e diz que seu pai só a ensinou a trabalhar pois escrever só serviria para fazer carta para namorado. Mostrou-se inicialmente resistente à idéia de frequentar o curso de alfabetização pois acha que ‘não tem mais cabeça’. Após idas e vindas, e ainda insegura, matriculou-se no curso ‘Das Primeiras Letras aos Primeiros Textos’, realizado na UnATI pelo programa Proalfa da faculdade de educação. Despediu-se nesse dia dizendo que ama todos nós do ambulatório e que somos sua família.” (OP)

Do grupo que considerava a saúde positivamente, a grande maioria mantém resposta positiva (82,9%), com exceção de dois idosos, enquanto um outro sentiu dificuldade de se enquadrar na classificação proposta. Em inquérito comunitário em municípios de Cuba, Larrea et al. (2000) encontraram somente 39,6% dos idosos com percepção positiva da saúde, ao que relacionaram com a prevalência de doença

crônica⁶⁶. Isto não parece ocorrer no grupo estudado já que também é alta esta incidência.

Um dado curioso é que a percepção do problema de saúde como importante no cotidiano declina de 48,8% para 43,9%. Como observado nas entrevistas, o bom controle da doença crônica, em alguns casos, permite que este seja incorporado à vida com tranquilidade e deixe de ser percebido como problema.

A *satisfação com as atividades no tempo livre* manteve-se elevada mas com diminuição na reavaliação (90,2% para 82,9%). Em 2003, dos sete idosos que responderam negativamente a esta questão, seis declaravam-se satisfeitos na primeira avaliação. O motivo mais comum de insatisfação, apontado por três idosos, foi a falta de companhia para ter mais atividades de lazer. Outras razões foram a falta de motivação, o custo, a vontade de mudar a rotina e a “falta de um serviço social”, atividade voluntária entendida como possibilidade de sentir-se bem por ser útil a outra pessoa. Em 2001 os motivos foram semelhantes, destacando-se a falta de tempo.

A falta de companhia referida por pessoas que freqüentam a UnATI é um dado que chama a atenção para os limites que a sociabilidade gerada intra-muros pode ter na rede de suporte social de alguns idosos. Também observa-se pequena presença e/ou dificuldades concretas das famílias de tornarem-se mais próximos dos seus idosos em atividades de lazer, talvez percebidas como de menor importância do que acompanhá-los a médicos e a exames. Como o avançar da idade traz mais insegurança de “sair sozinho”, condição que também preocupa os familiares, a pessoa idosa passa a ter maiores limites quanto a oportunidades de lazer:

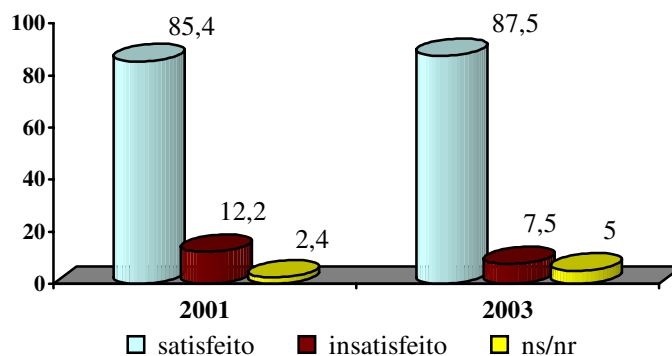
“D. tem 82 anos e grande vitalidade apesar da aparência frágil. Seu histórico recente inclui três quedas e várias intercorrências de saúde, das quais se orgulha de estar enfrentando. Não mora sozinho mas a filha trabalha tempo integral e por isso se sente só. Faz tudo em casa e diz que o que mais gosta é passear no shopping. Vai pouco pois no fim de semana a filha quer descansar e ela fica sem companhia. Tem nove filhos, fora os que criou, que se preocupam com ela e inibem de sair sozinho com medo que lhe aconteça algo.”
(OP)

Nos dois anos comparados, o *sentimento em relação à vida* apresentou uma pequena variação positiva como mostra o gráfico 7. A grande maioria (94,3%) que se

⁶⁶ A ausência da opção “regular” na AMSQV pode ser em parte responsável por essa discrepância, já que ela é presente no instrumento utilizado no estudo cubano. O trabalho de Doll (1998), específico sobre este assunto e com abordagem intercultural (Brasil e Alemanha), apresenta instrumentos mais específicos e detalhados para captar esta importante dimensão da saúde.

dizia satisfeita na primeira avaliação mantém a resposta, enquanto dentre os insatisfeitos, metade passa a responder positivamente a esta questão.

Gráfico 7
Satisfação com a vida segundo idosos
do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



Este dado parece confirmar a correlação estabelecida nos estudos de Doll (1998) e Larrea et al. (2000) entre a autopercepção positiva da saúde e a satisfação com a vida entre idosos. Conforme Doll, a relação entre estes conceitos é especialmente relevante entre idosos pelo impacto maior das doenças e da comorbidade na velhice. Isto é fartamente traduzido nas expressões que acompanham a resposta a esta questão:

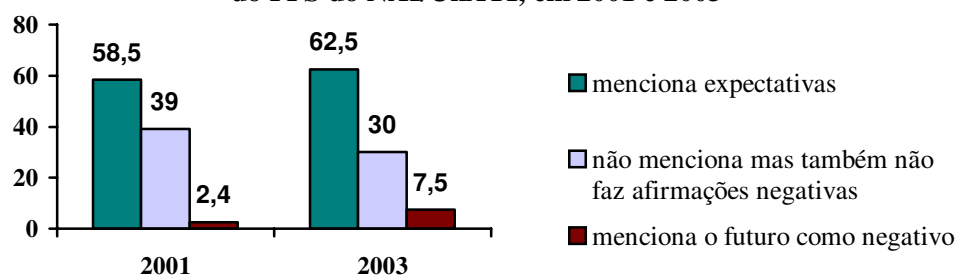
“Eu tô andando, faço tudo..”

“A pessoa com 71 anos, andar, raciocinar, ... é muito gostoso.”

Por outro lado, alguma ponderação é necessária sobre o alcance da inferência sobre bem-estar através da satisfação com a vida. Conforme percebido em alguns casos, não muitos, a resposta positiva não traduz uma satisfação genuína mas sim o sentimento de que o vivido hoje é melhor do que situações passadas lembradas como de sofrimento. Também pode ser cogitada a influência religiosa que afirma o valor da vida acima de tudo.

A *expectativa em relação ao futuro*, expressa como desejo de realização no plano material ou espiritual, apresenta uma pequena variação na segunda avaliação, passando de 58,5 para 62,5% (gráfico 8). Em contrapartida, há um acréscimo de respostas em que o futuro é associado a sentimentos negativos como medo e desesperança. Em 2003 três idosos assim se posicionam e o motivo é a insegurança gerada pelo avançar da idade e dos problemas de saúde em contexto de insuficiente ou problemático suporte familiar.

Gráfico 8
Expectativa em relação ao futuro segundo idosos
do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



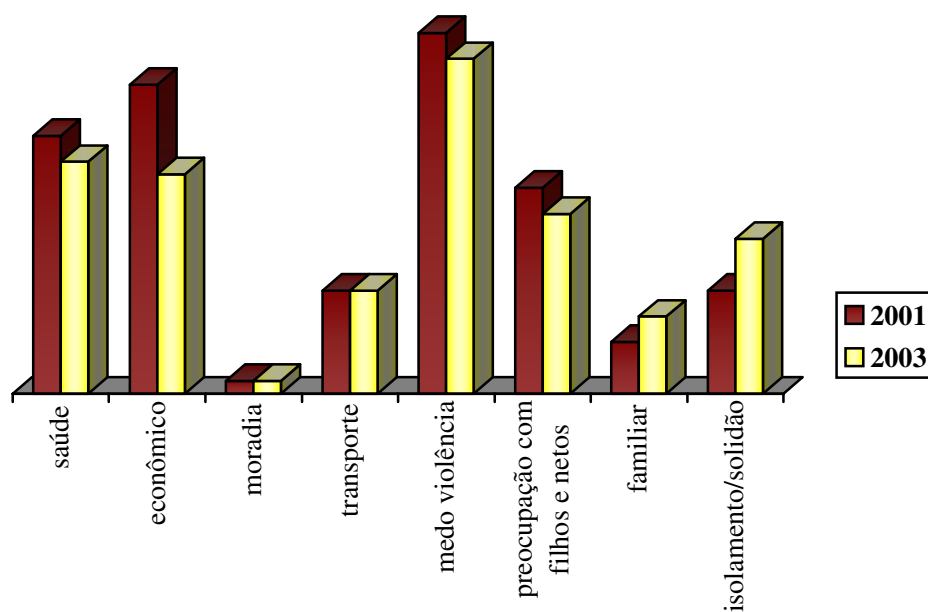
A categoria *não menciona expectativas sobre o futuro sem associar a este valores explicitamente negativos* é bem presente no grupo estudado. Sua evolução em dois anos é variada: quatro idosos passam a mencionar, nove mantêm a resposta e três passam a reportar o futuro como negativo. Como se percebe nas entrevistas, o esvaziamento de expectativas parece associar-se à percepção de alcance de um patamar de vida com pouca margem de mudança. A isso se alinha a consciência de temporalidade e finitude, a qual de modo aparentemente natural indicaria um limite para maiores projeções:

“Aos oitenta e dois anos é difícil ter grandes ideais, porém se a família continuar amiga como são fico muito agradecida. Porque um feixe de lenha é difícil de partir, porém uma vara quebra-se com facilidade.” (PG)

A única resposta negativa em 2001 passa a positiva na reavaliação e o motivo é o reingresso ao mercado de trabalho, questão tomada como a principal geradora do quadro de ansiedade e depressão vivido pela idosa.

A questão sobre *problemas mais importantes do cotidiano* pode ser vista aqui como parâmetro balizador para pensar o bem-estar subjetivo. O gráfico 9 mostra, a título de ilustração, a presença de problemas em algumas grandes áreas, comparados nos dois momentos do estudo. Além do destaque para o medo da violência, problema econômico e de saúde, chama a atenção o sentimento de solidão, que cresce no período estudado.

Gráfico 9
Problemas importantes do cotidiano segundo idosos
do PPS do NAI/UnATI, em 2001 e 2003



Os caminhos aqui percorridos em busca de revelar repercussões do projeto mostram que trata-se de uma experiência positiva para os idosos e que contribui para reforçar suas capacidades para lidar melhor com a saúde no envelhecimento. A aproximação com a situação encontrada na segunda avaliação revela que o grupo permanece, de modo geral bem, e que fatores ligados ao contexto sociopolítico e institucional, assim como a fatores internos, ligado a aspectos subjetivos, influenciam a relação das pessoas com a saúde e seus cuidados, exigindo que possam ser melhor conhecidas e enfrentadas, no caminho de aprofundamento da proposta de promoção da saúde na dinâmica assistencial.

Entre resultados, por certa ótica discretos mas por outra grandiosos, caminha-se a seguir para uma síntese do leque de questões que mobilizaram este trabalho.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

“Acreditamos que aquela parte da saúde coletiva interessada nas comunidades deve aprofundar sua empatia com os outros. Converter-se em parceira, imaginar formas de diálogo democrático e atento, aprender a ver e ouvir, construir formas de compreensão das dimensões subjetivas, e aprender o duro e essencial ofício de questionar-se.”

Julio Wong Un (2002)

A experiência de avaliação vivenciada neste trabalho representou um esforço exploratório de caminhos que viabilizem uma maior aproximação com os resultados de ações educativas em saúde do idoso, ao mesmo tempo em que revelem a riqueza e complexidade nelas envolvidas.

Tantas são as questões geradas neste percurso, multiplicadas a cada pergunta que se abre, e tantas as incertezas pelos limites dos métodos e das análises, que a sensação ao final é que talvez o mais importante de tudo seja exatamente a *busca* constante, a possibilidade de ordenar pensamentos e idéias, traduzi-los em tentativas, criar e correr os riscos da própria insuficiência no processo de conhecer. Assim, em lugar de concluir, mais vale alinhar as percepções acerca do que foi encontrado, incorporando oportunamente as sugestões dos idosos e da equipe envolvida no projeto, visando oferecer algumas reflexões para o aprimoramento da experiência avaliada.

a) Síntese dos resultados e perspectivas para os programas

Considerando as bases de realização do trabalho diferentes da estrutura técnica e financeira que suporta os programas de promoção da saúde do idoso internacionais, se pode dizer que, com todos os limites, trata de experiência bem sucedida em sua implantação e

com potencial de replicação por pessoas e organizações comprometidas com ações integrais pelo envelhecimento saudável. Nas palavras de Nutbean (1999:3), parece haver um êxito do programa quanto à *viabilidade da implantação*. No espaço da UnATI, a sua permanência como proposta institucional e a procura crescente dos idosos indicam algo nesta direção e, projetando-o além muros, destaca-se o recurso relativamente pequeno para expandir as ações, excetuando o investimento crucial no elemento humano, em sensibilização e formação dos profissionais ou pessoas que desenvolverão o trabalho.

A influência do projeto no curto prazo sugere que há alcance de objetivos intermediários previstos no modelo teórico-lógico como socialização e debate de informações sobre saúde e envelhecimento, reforço da auto-estima e ampliação dos contatos e da rede social dos idosos. Isto ocorre pela proposta participativa dos GES e pela interação pessoal positiva entre os membros do grupo, gerando o sentimento de pertencimento, de “*ter uma turma*”, algo próprio ao humano e particularmente valioso entre idosos, dada a tendência de solidão e afrouxamento dos vínculos sociais nesta faixa etária. O grupo representa instância de apoio social formal, capaz de mobilizar ou reforçar nos idosos o sentido de valorização da vida e do envelhecimento, despertando o interesse em desfrutar de novas interações, exercitar a solidariedade e realizar projetos futuros. Esse dado é coerente com a literatura gerontológica e com os resultados de programas que avaliam aspectos iguais ou próximos aos aqui pesquisados.

A avaliação de uma coorte após dois anos foi realizada para verificar se estes ganhos se traduziam numa evolução positiva de alguns indicadores úteis, embora não exaustivos, dos objetivos do projeto. Os resultados mostraram mudanças positivas discretas em algumas questões estudadas, como realização de exames preventivos ginecológicos e de avaliação odontológica; médias e tendência de evolução da pressão arterial em idosos hipertensos e diabéticos; e expectativas em relação ao futuro. Variações negativas, também pequenas, foram observadas quanto à satisfação com o tempo livre e à prática de atividade física, inclusive quando analisada como fator de controle de doença crônica. O IMC considerado desta forma e no geral teve variações positivas e negativas, mantendo-se praticamente o mesmo. A participação social e política não puderam ser comparadas pela insuficiência de dados mas, quanto ao primeiro eixo, revelou que há uma perda com o tempo, motivada sobretudo por dificuldades de acesso a programas sócio educativos. Quanto ao segundo, consubstanciou os limites percebidos acerca do

envolvimento da população em geral, e dos idosos em particular, com associações de caráter político.

Analisado em seu conjunto, os indicadores sugerem certa estabilização das condições verificadas no início do projeto, algo próximo ao encontrado por Ruffing-Rahal (1994), a qual sustenta ser necessária uma reflexão mais realista sobre manutenção da prevenção no complexo contexto de saúde-doença dos idosos, marcado por fragilidade que cresce com o avançar dos anos no confronto com a multiplicidade de desafios do meio externo e interno. Manter o patamar pode ser visto como estabilização positiva: “*A intervenção dessa forma pode ser vista como um container ou proteção contra fatores que possam, caso contrário, rapidamente erodir resultados benéficos de saúde.*” Ruffing-Rahal (1994:43)

Por outro lado, ganhos substantivos talvez não tenham sido evidenciados pois a população estudada apresenta de saída um nível considerado bom na maioria dos aspectos avaliados. Impõe-se aqui, tal como em vários programas (Brice, 1996; Scheitzer, 1994 e Watkins, 1993), a questão da criação de estratégias que favoreçam o acesso aos programas pelos idosos mais frágeis. A demanda passiva, constituída por aqueles que não chegam ao serviço, seja por vulnerabilidade específica ou por morar em áreas periféricas, excluídos do acesso a bens e serviços, é preocupação reiterada por Valla e Stotz (1998) e, particularmente com idosos, por Carvalho et al. (2002), devendo ser incorporada como preocupação pelos serviços.

A estratégia da saúde da família incluída nas diretrizes da política de saúde no Brasil contemporâneo pode ser um caminho valioso nesta direção, sobretudo para expansão e descentralização das ações, a serem definidas a partir da realidade local. É preciso contudo cuidar para que, em modelo tal como sistematizado por Silvestre e Neto (2003), se preserve o sentido amplo e crítico da promoção da saúde e das práticas educativas, dados os riscos sinalizados nesta tese, e tomá-las não apenas como nível de competência específico requerido para as equipes mas uma concepção que orienta o conjunto do trabalho.

O projeto aqui avaliado, identificado em princípio como uma dentre outras propostas de atuação no âmbito de um serviço, vem sendo amadurecido em sua concepção de portador da filosofia maior do próprio serviço, isto é, um norte orientador de toda a atenção, dos idosos mais frágeis aos mais autônomos, e não somente um nível próprio ou correspondente a ações anteriores ou restritas à prevenção. Esta perspectiva alinha-se à apontada no documento de discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil,

o qual afirma ser esta composta de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde:

“A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços à reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades.” Brasil/MS (2002:14)

Pode-se adiantar que o limite a ser aí transposto, além da incorporação plena e efetiva desta lógica pelo conjunto de profissionais, é a pouca disponibilidade de tempo das equipes, normalmente envolvida com as premências no âmbito assistencial. Ampliar os espaços educativos com a população abre caminhos mas seu aprofundamento supõe que a questão dos recursos humanos seja efetivamente tomada como estratégica e imperativa para o avanço da integralidade da atenção no SUS.

No plano do alcance populacional do projeto, cabe ainda questionar a pequena presença dos homens verificada em todos os programas para idosos e sinalizada como ponto relevante na agenda de pesquisa da área (McLeroy et al., 1995). É oportuno buscar compreender os fatores aí presentes e, a partir daí, pensar estratégias de aproximação acolhedoras e não invasivas que permitam aumentar a participação masculina.

Dentre outras perspectivas é promissora a possibilidade de expansão do trabalho através de idosos multiplicadores, em sua área de moradia, como já há uma iniciativa. Aproveitar este potencial dos idosos, a partir de ações de capacitação e de suporte adequadas, é algo experimentado e bem avaliado em vários programas, aqui analisados (Kocken et al., 1998; Nicola, 1999) e outros (Attig e Chanawongse, 1989), assim como a criação de parcerias entre instituições acadêmicas, serviços e grupos religiosos, como na experiência de Parcker et al., para integrar e otimizar ações promotoras de saúde no envelhecimento. Efeito multiplicador pode se dar também através de iniciativas que estimulem a intergeracionalidade via o trabalho com familiares dos idosos. Isto aparece como sugestão por parte destes e da equipe (*oportunidade de um parente ou amigo participar dos grupos e criar estratégias para envolver a família*).

As demais sugestões, em sua maior parte, traduzem o que Rodrigues et al. (1996) percebem na avaliação de atividades educativas em sala-de-espera numa unidade de atenção básica à saúde: *espaços pedem espaços*. A principal proposta dos idosos do PPS é

que haja continuidade do trabalho, seja através da permanência dos grupos (*tempo maior com os mesmos temas*), da realização de novos encontros ou atividades (*criar um grupo de amigos dos idosos*), ou da oportunidade de inserção em outros espaços participativos. Ao projeto eles desejam ampliação e divulgação. Em linha semelhante a aspectos apontados, parte das sugestões dos treinandos inclui levar o trabalho para comunidades, alcançar população menos favorecida e os homens, reunir os grupos após três meses para avaliar orientações e treinar idosos para serem monitores do projeto.

Na sugestão de uma participante, que pode não representar o conjunto da população idosa mas certamente expressa a posição do crescente grupo que se aproxima de experiências como a aqui enfocada, a expansão de programas similares é justificada e confirma o papel que estes podem cumprir no sentido de melhorar qualidade de vida dos idosos:

*Haver sempre que possível novas oportunidades como esta que só faz bem para todos nós.
É isso que a pessoa de idade precisa para se sentir útil, valorizada, atuante.*

b) O processo educativo e a promoção da saúde: aprofundar caminhos de comunicação e participação

Do exposto sustenta-se que o projeto em análise concebe de forma integrada dimensões às vezes contrapostas ou tensionadas na literatura da área, apesar da articulação sugerida no discurso da promoção da saúde. O trabalho tem ênfase na dimensão educativa mas este espaço “micro”, do pequeno grupo, é pensado em conexão com seus determinantes “macro”, tanto no nível de abordagem da “saúde positiva” como da prevenção e controle de doenças.

Com todos os limites da pretensão de integrar “mudanças individuais” e “mudanças organizacionais/estruturais”, como ressaltados por Candeias (1997), assume-se a relevância de superar dicotomias como prevenção/promoção, educação/promoção, posto que o “fazer educativo” na perspectiva da Educação Popular já carrega o compromisso de contribuir para criar as condições que tornem viáveis transformações no plano das políticas. Vale dizer, fomenta bases de participação, trabalha o desenvolvimento crítico das pessoas sem o qual, como sustentam Robertson e Minkler (1994:302), não se viabilizam efetivas transformações sociais. Para os autores, politizar a saúde não significa que agora só ação

política constitui “promoção da saúde”. Ações de nível individual que ajudem a *construir capacidades* podem ser base neste processo. A forma como os serviços são oferecidos, ou a ideologia da provisão, é o critério diferencial para o *empowerment*.

Nesta direção cabe pensar no permanente apuro da preparação dos coordenadores de ações educativas e, também como estratégia para isso, no desenvolvimento da *avaliação do processo* dessas ações, aqui apenas explorada em seus contornos gerais. Este é um campo difícil e pouco desenvolvido e que parte da necessidade de reflexão permanente quanto à qualidade da comunicação estabelecida entre técnicos e a população envolvida⁶⁷. Há uma dinâmica adequada entre a socialização de informações e a reflexão / discussão sobre o cotidiano de vida dos sujeitos? As questões socioculturais, políticas, e econômicas que favorecem ou dificultam o autocuidado são problematizadas? As práticas culturais de saúde são partilhadas? Como o dissenso é abordado nos grupos? A pré-definição de categorias que traduzam estas e/ou outras questões acoplada a recursos mais amplos e eficazes de registro das atividades grupais, dentre os quais há alguns exemplos dentre os programas analisados, especialmente em Ruffing-Rahal (1993), é um caminho interessante para o avanço da pesquisa e das práticas.

Ao lado de criar contextos de intersubjetividade favoráveis, que promovam a competência comunicativa⁶⁸, importa envolver mais o corpo nas práticas educativas, faceta ainda tímida na experiência do PPS mas reveladora de seu potencial de integração em múltiplos sentidos. Nesta linha há belos exemplos criados a partir de recursos do teatro e das artes em geral na avaliação do projeto *Corpo Meu Minha Morada* (Dantas, 2001). A autora comenta a riqueza pessoal das caminhadas na praia ao amanhecer com o grupo de mulheres da comunidade, atividade com elas compartilhada como médica do programa saúde da família. Essa abertura ao inusitado, ao envolvimento pleno com os sujeitos e a disponibilidade de crescer juntos, rompendo visão estereotipada acerca do “educativo”, é a atitude a ser cultivada entre os agentes das práticas. A propósito do corpo na educação, é valioso refletir sobre as dimensões da funcionalidade e do lúdico nos processos de ensino/aprendizagem, como propostas por Rubem Alves: “*O corpo só preserva as idéias*

⁶⁷ Os textos de Ricardo Rodrigues Teixeira (1996 e 2000), participante da RedPop Saúde, são ricas fontes para o aprofundamento teórico da comunicação nas práticas de saúde.

⁶⁸ Com base em conceitos de Habermas sobre o agir comunicativo, esta foi a linha apontada em minha dissertação de mestrado intitulada “*Da hipertensão à vida: por uma práxis comunicativa na Educação em Saúde*”, IMS/UERJ, 1992.

que lhe sejam instrumentos ou brinquedos - que lhe sejam úteis, que o estendam, para a incorporação da natureza como parte de si mesmo; que lhe dêem prazer, porque não se vive só de pão, mas também de jogo erótico e artístico.” (1985:36)

As sugestões dos idosos acerca de mudanças metodológicas ou operacionais no projeto incluem mais informação já nos primeiros encontros, normalmente vivenciais, e a preparação de temas previamente pelos idosos, o que é estimulado informalmente mas que pode ser adotado como recurso para aprofundar o exercício de participação proposto pelo projeto.

Permanece como preocupação pensar alternativas para ampliação do eixo coletivo no impacto do projeto, no sentido de fomentar políticas públicas saudáveis. A participação pode e deve ser mais enfocada a partir da abertura potencial que os temas abordados nos grupos trazem quanto à complexidade da construção social da saúde. Os dados revelados pela pesquisa sobre a qualidade de vida dos idosos, a serem cada vez mais partilhados e apropriados pela população que dela participa, também são úteis no esforço perseguido de *transformar problemas de saúde em causa pública*, reconhecidamente “*o grande desafio que todos os que atuam na promoção da saúde encontram em sua ação pedagógico-política*”. (Minayo s/d:3) Estudos futuros devem buscar melhor compreender as possibilidades e entraves à participação, o que os idosos pensam acerca de sua posição e disponibilidade de atuarem efetivamente na criação de novos contextos societários.

Sobre estas e outras questões similares em que um “dever ser” é projetado para o outro, cabe permitir a este sentir-se livre para perceber, expressar e reformular, se for o caso, seus desejos e possibilidades. É a chance do *encontro* com este outro, pela vivência de relações menos assimétricas nas práticas educativas orientadas pela Educação Popular, que torna possível situá-las em face dos riscos ideológicos da promoção da saúde e do envelhecimento saudável.

c) Envelhecimento e autocuidado em saúde: o sujeito além do risco

Como evidenciados em alguns dados da reavaliação, pode-se afirmar que incorporar ações de autocuidado em sentido amplo não é fácil para uma parcela dos idosos e, por certo nem para as pessoas em geral, sobretudo se restritas as oportunidades do contexto. Os saberes acumulados acerca do *envelhecer bem* devem ser partilhados pois são mote para

reformulações pessoais necessárias ao longo do viver – “*reexaminar quem somos à luz de quem pretendemos ser*” (Buchanan, 200:110), e para se projetar uma sociedade que possa garantir qualidade de vida no processo de envelhecimento. Nesse escopo maior deve se reconhecer o crivo particular de cada pessoa em sua relação com normas gerais de vida saudáveis, ao mesmo tempo que conhecer e minimizar as barreiras no acesso às políticas públicas.

Em se tratando de idosos, é preciso ressaltar uma complexidade particular e aguda para os profissionais na linha de frente da assistência. Em certos casos a própria dinâmica do envelhecimento cria barreiras internas que imobilizam os idosos a fazer algo mais por si mesmos, vulnerabilidade gerada mais pela incerteza universal de se estar vivo amanhã para colher os frutos da prevenção⁶⁹ do que pelo livre julgamento racional e o exercício da autonomia. No fundo podem pairar dúvidas do tipo: “*Por que viver mais senão há alguma coisa valorosa para viver? Por que deveria eu desistir dos meus pequenos prazeres agora?*” (Buchanan, 2000:108) Buscar respostas para a posição delicada dos profissionais diante desta questão talvez passe pelo aprofundamento da *arte interativa*, guiada pelos cuidados éticos necessários por se estar *no trajeto de uma invasão*, ainda que permitida pelo outro (Carvalho et al.).

Em se tratando de risco e prazeres, a compreensão requisita a interlocução com saberes no campo da subjetividade e o reconhecimento do “sujeito do desejo”. Para Valadares (1999:897): “*O desejo existe às expensas do risco, e vive de escuridões*”. Na expressão cara a este autor, “*a vida não é cerzidinha*” e a capacidade inventiva é central na busca sem fim que move o ser humano, e para a qual é fundamental o maior acesso do sujeito à sua própria vida.

A problemática filosófica que envolve a saúde e bem-estar é densa e, como afirmado no início, extrapola o alcance deste trabalho. Vale reforçar o afastamento que a concepção educativa aqui tratada tem em relação a ideais assépticos de controle de riscos e de saúde perfeita e, sobretudo como alerta Caponi (2003:68), da idéia de progressiva medicalização de todos os aspectos da vida. Como propõe a autora baseada em Canguilhem, saúde é também abertura ao risco, capacidade autônoma de sua administração e das infidelidades do meio. As estratégias de prevenção e políticas de promoção da saúde devem minimizar riscos desnecessários e “*maximizar a capacidade que cada indivíduo*

⁶⁹ Discussão de Castiel sobre as implicações do discurso do risco na epidemiologia, citada por Chór (1999).

possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história.” (Caponi, 2003:71)

Neste campo de preocupação cabe ainda a precaução para que ações educativas não criem ou reforcem exageros contraproducentes quanto ao autocuidado e à prevenção. Isto na observação da experiência avaliada não se revela como tendência comum mas não é de todo ausente. O cuidado, de si e do mundo, é dimensão básica que suporta nossa interexistência no mundo e a possibilidade de construção ética da sociedade. Entretanto, como lembra Leonardo Boff (2000:162), uma justa medida deve ser almejada: *"o cuidado não convive nem com o excesso nem com a carência. Ele e o ponto ideal de equilíbrio entre um e outro."*

d) Reflexões metodológicas sobre a avaliação

A opção aqui adotada de combinar a análise de dados qualitativos e quantitativos constitui empreendimento delicado pelos riscos que comporta porém é fértil para a apreensão mais integral da experiência avaliada e, sobretudo, para revelar os sujeitos que a protagonizam. A ausência das pessoas de *“carne e osso”*, transformadas em números e cálculos estatísticos, é um limite que se destaca em grande parte dos estudos quase-experimentais hegemônicos na pesquisa sobre os programas de promoção da saúde do idoso no cenário internacional.

Como se pretendeu demonstrar, a expectativa técnica de resultados é importante mas deve ser balizada pela questão das políticas públicas e pela dimensão comunicacional entre os sujeitos envolvidos no cuidado à saúde. Baseados no debate sobre avaliação em saúde do Centro de Saúde Escola do Butantã (USP), Sala et al. (1998:750) lembram que há outras dimensões além da operacionalidade e da efetividade como, por exemplo, o processo de trabalho enquanto *“dinâmica que se estabelece entre produto do trabalho e criação / recriação de necessidades de saúde.”* Na mesma linha, Ayres reivindica a possibilidade de transformar qualitativamente a efetividade *“por critérios que privilegiem o alcance de meios - a possibilidade de efetivo diálogo - tanto ou mais do que de fins”*. Nas reflexões deste autor, a abordagem da prevenção deve se ampliar na direção do cuidado e do exercício dialógico sobre *“o que sonhamos para a vida, para o bem viver”*, incorporações necessárias às práticas de promoção da saúde. (Ayres, 2000:5)

Há que se pensar também nos prejuízos éticos em que incorrem as avaliações quase-experimentais ao deixar para depois a oferta de serviços por idosos que a requerem hoje. Se não é possível controlar o leque de influências que, para além da intervenção, concorrem para os resultados, não seria suficiente o estudo longitudinal simples para acompanhar tendências?

Em que pese os limites apontados, parece interessante o estudo posterior dos instrumentos utilizados, supondo ser possível acessá-los já que não são divulgados na íntegra pelos artigos, para compará-los com a AMSQV e possivelmente superar suas lacunas na apreensão de efeitos previstos no modelo teórico do PPS. Evidentemente, como já sugerido dentre outros limites na metodologia, o instrumento de avaliação dos grupos é pouco específico para a investigação exaustiva das categorias propostas. Acredita-se, porém, que a força dos depoimentos dos idosos, aliada à sua recorrência e boa expressão numérica tenham agregado valor aos dados apresentados, até mesmo pelo caráter exploratório assumido nesta avaliação.

Quanto à AMSQV, uma nova tese poderia se iniciar tomando-a como laboratório para responder aos questionamentos sobre os riscos e dilemas mais específicos da *vigilância à saúde*. Com os ajustes necessários em parte já apontados, afirma-se sua relevância na aproximação com a qualidade de vida dos idosos e sua validade como recurso para o encontro educativo individual. As cenas aqui trazidas são pequena parte do rico manancial que transborda desta experiência. Ouvir os idosos é fantástica fonte de aprendizado. O que eles pensam sobre estar conosco é também positivo pela vivência, porém isto pode ser melhor elucidado em avaliações posteriores e específicas quanto às vantagens, dilemas e riscos desta ação combinada com pesquisa.

Em oficina da Redpop Saúde (2000), Victor Valla enfatizava que Educação Popular em Saúde era, como ensinava Paulo Freire com a alfabetização de adultos, entrar no discurso oficial e mudar o sentido em favor dos grupos não hegemônicos. Sendo o terreno aqui minado de conceitos “camaleão”, no dizer de Robertson e Minkler (1994), cabe tentar perseguir uma postura atenta e empenhada em experimentar percursos que reduzam a distância entre a retórica e a realidade no campo da promoção da saúde, idéia cuja essência longe ainda está da cultura hegemônica dos serviços de saúde no Brasil.

A experiência em tela nesta tese quis revelar especialmente o potencial do pequeno grupo como encontro amoroso e politizador, em sentido amplo. Como afirmam Paim e Almeida (1998:313), no movimento da Saúde Coletiva urge a criação de espaços institucionais e de momentos pedagógicos para a constituição de novos sujeitos sociais no interior dos próprios serviços de saúde. Para os autores:

“Nos níveis político e sociocultural de constituição do campo da saúde coletiva, será conveniente explorar formas de organização dos sujeitos sociais não redutíveis a partidos e sindicatos (embora sem descartá-los), capazes de dar ânimo (vida) aos sonhos e esperanças de criar civilizações (ou socializações) pautadas no afeto, na solidariedade, na liberdade e na justiça.”

Pouco ainda sabemos dos “frutos maiores”, mas se tentou demonstrar a possibilidade das ações educativas representarem algo de bom na vida das pessoas e de humanizarem os serviços de saúde, resultados que não podem ser vistos como de menor importância num mundo carente de utopias de acolhimentos.

Espera-se que esta tese encoraje e instrumentalize as muitas práticas “miúdas”, escondidas sob o manto de desacertos reais e simbólicos projetados sobre o SUS, a se revelarem e progressivamente contagiarem de esperança e historicidade nossas práticas de saúde. Que estas possam potencializar seu importante papel na luta nada simples pela promoção da saúde e da qualidade de vida no envelhecimento em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.I., SILVA, M.J. e ARAÚJO, M.F.M., 1998. Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, 1(2):155-162.
- ALVAREZ, A.M., 1997. Mulheres idosas, suas necessidades e potencialidades para o autocuidado. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1(3):107-115.
- ALVAREZ, J.T., 1994. Derechos de los Ancianos y Fortalecimiento de su poder. In: PÉREZ, E.A. et al. (editores). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*, pp.415-420. Washington: Organización Panamericana de Salud.
- ANDERSON, M.I.P., ASSIS, M., PACHECO, L.C. et al., 1998. Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Textos sobre o Envelhecimento*. UnATI/UERJ, 1:23-43.
- ANDREWS, G.R., 2001. Promoting health and function in ageing population. *BMJ*, 322(21):728-729.
- ARAÚJO, J.W.G., 2001. Promoção da Saúde: Ottawa ou Bogotá? *Nós da Rede*. Boletim da Rede de Educação Popular em Saúde. Ano 1, nº4.
- ARAÚJO, D.S.M.S e ARAÚJO, C.G.S., 2000. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5):194:203.
- ASSIS, M. 1998b. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: Caldas, C.P. (org.) *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*, pp.39-48. Rio de Janeiro: Eduerj / UnATI.
- _____, 2001. *Avaliação em promoção da saúde no envelhecimento: aproximações com a realidade de saúde e qualidade de vida dos idosos*. VII Jornada Científica da Pós-graduação. 26 a 30 de novembro de 2001, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- _____, (org.), 2002. *Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI. (Série Livros Eletrônicos: disponível em <http://www.unati.uerj.br>)
- _____, PACHECO, L.C. e MENEZES, I.S., 2002. Repercussões de uma experiência de Promoção da Saúde no Envelhecimento: Análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre envelhecimento*, 7:53:73.
- AYRES, J.R.C.M., 2000. *Sujeito, intersubjetividade e prevenção: um ensaio filosófico*. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador.

- BARBOSA, J.S.O., 1999. Atividade Física na Terceira Idade. In: VERAS, R. (org.) *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. pp.149-160. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI.
- BAPTISTA, D.M.T., 1999. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, M.L. (org.) *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, s/d. (1ª ed.1977).
- BARREIRA, M.C.R.N., 2000. *Avaliação participativa de programas sociais*. São Paulo:Lisboa, Veras.
- BRANDÃO, C.R., 2001. A Educação Popular na área da Saúde. In: Vasconcelos, E.M (org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. pp.21-26. São Paulo: Hucitec.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1998. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação – IEC. *Ações de Informação, Educação e Comunicação. Perspectivas para uma Avaliação*. Brasília.
- _____. Ministério da Previdência e Assistência Social. 1996. *Plano de Ação Integrada para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília.
- _____. Diário Oficial, 04/07/96: regulamentação da Lei da Política Nacional do Idoso.
- _____. Diário Oficial, 05/01/94: Lei da Política Nacional do Idoso.
- _____. Declaração de Brasília sobre Envelhecimento. Seminário Internacional, 1 a 3 de julho de 1996. Disponível em internet: <http://www.cies.org.br> (acesso em 30/03/2002).
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 Out. 1996. Seção 1.
- _____. 1997. NOB - SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” Brasília.
- BRICE, G.C., GOREY, K.M. e ANGELINO, R.M.H.S., 1996. The STAYWELL Program – maximizing elders’capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. A quasi-experimental evaluation of its efficacy. *Research on Aging*, 18(2):202-215.
- BRICEÑO-LEÓN, R., 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12:7-30.
- BUCHANAN, D.R., 2000. *An ethic for health promotion*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- BUSS, P.M. (coord. e editor), 1998. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- _____, 2000. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5:163-177.
- CANDEIAS, N.M.F., 1997. Conceitos de educação e promoção da saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2):209-13.
- CASTIEL, L. D., 1999. *A medida do possível... Saúde, risco e tecnociências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CHIZZOTTI, A., 1998. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez.
- CHINN, D.J., WHITE, M. HARLAND, J. et al., 1999. Barriers to physical activity and socioeconomic position: implications for health promotion. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53:191-192.
- CHOR, D., 1999. Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:423-425.
- _____, FAERSTEIN, E., GRIEP, R.H. et al., 2000. Suporte social: elaborando questionário para o “pró-saúde Uerj”. Cd room do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Trabalho nº 0232). Salvador.
- COMISSÃO EUROPÉIA / UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. 2000. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Parte dos (Livro de evidencia), Madrid.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L. et al., 1997. A avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CZERESNIA, D., 2003. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, C. e FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- DANTAS, V.L., 2002. *Corpo Meu Minha Morada: uma alternativa para a socialização do saber em saúde*. Dissertação (mestrado em saúde pública), Universidade Estadual do Ceará.
- DARNTON-HILL, I., 1995. Healthy aging and the quality of life. *World Health Forum*. 16: 335-343.
- DENIS e J. e CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- DEBERT, G.G., 1996. As representações (esteriótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: *Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional. Uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS, SAS.
- DERNTL, A.M., 1998. As muitas autonomias e o autocuidado. *Gerontologia*, 6(4):197-199.

- DESLANDES, S., 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):103-107.
- DIOGO, M.J.D.E, CEOLIM, M.F e CINTRA, F.A. , 2000. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): Relato de Experiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(5):85-90.
- DOLL, J., 1998. Saúde subjetiva e satisfação de vida – um estudo comparativo com pessoas idosas no Brasil e na Alemanha. *Gerontologia*, 6(3):99-110.
- DONATO, A.F. e CANÔAS, C.S., 1997. Idoso e Cidadania: A Lógica da Exclusão. In: NETO, M.P. (org.) *Gerontologia*, pp.452-457, São Paulo: Atheneu.
- DOWNIE, R.S., TANNAHILL, C. e TANNAHILL, A., 1997. *Health Promotion. Models and Values*. 2 ed., Oxford: Oxford University Press.
- ELDER, J.P., WILLIAMS, S.J., DREW, J.A. et al.,1995. Longitudinal effects of preventive services on health behaviors among na elderly cohort. *Am J Prev.Med*, 11(6):354-359.
- FARIA Jr., A.G., NOZAKI, H.T. & RIBEIRO, M.G.R. (orgs.), 1996. *Idosos em Movimento: mantendo a autonomia*. Série IMMA 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, jan. 1996.
- FARINATTI, P.V., 1999. Autonomia referenciada à saúde: modelos e definições. *Revista de Divulgação Científica do Mestrado e Doutorado em Educação Física*. IEF / UERJ, 1(1), 9:45.
- FERRARI, M.A.C., 1999. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 23(4), 197:203.
- FIGUEIRÓ, A.C., 1998. Educação Popular em Saúde na Instituição: por que não? In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Caderno de Educação em Saúde 1: percepções teóricas e metodológicas*. Pernambuco.
- _____ e OLIVEIRA, M.V.A.S.C., 2000. *Pensando a prática da Educação Popular em Saúde*. (mimeo)
- FILHO, E.T.C., 1997. Fisiologia do Envelhecimento. In: NETO, M.P. (org.) *Gerontologia*, pp.60-69, São Paulo: Atheneu.
- FLETCHER, A., BREEZE, E. e WALTERS, R., 1999. Health promotion for the older people: what are the opportunities? *Promotion & Education*, 6(4):4-7.
- FREIRE, P., 1982. *Extensão ou Comunicação*. 6 ed. Trad. Rosisca Darcy de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- _____, 1998. *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra.
- FREITAS, C.B.D. e HOSSNE, W.S., 1998. Pesquisa com Seres Humanos. In: COSTA, S.I.F, GARRAFA, V. e OSELKA, G. (orgs.) *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

- FRUTUOSO, D., 1999. *A Terceira Idade na Universidade. Relacionamento entre gerações no terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha.
- FURTADO, J.P., 2001. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):165-181.
- FOX, P.J., BREUER, W. e WRIGHT, J.A., 1997. Effects of a health promotion program on sustaining health behavior in olders adults. *Am J Prev Med*, 13(4):257-264.
- GENDRON, S., 2001. Transformative alliance between qualitative and quantitative appoaches in health promotion research. In: ROOTMAN, I. et al. (editores) *Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives*. pp. 107-121, Denmark, WHO Regional publications. European Series.
- GENTILE, M. 2001. *Promoção da Saúde e Município Saudável*. São Paulo: Vivere.
- GOODSTADT, M.S, HYNDMAN, B., McQUEEN, D. et al., 2001. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In: ROOTMAN, I. et al. (editores) *Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives*. pp.517-533, Denmark, WHO Regional publications. European Series.
- GORINCHTEYN, J.C., 1996. Os benefícios da atividade física na terceira idade. *A Terceira Idade*. Sesc-São Paulo, ano XI, 16:63-69.
- GORDILHO, A. et al., 2000. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ.
- GUERREIRO, T. e RODRIGUES, R., 1999. Envelhecimento bem-sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: VERAS, R. (org.) *Terceira Idade. Alternativas para uma sociedade em transição*. pp. 51-69, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- HARTZ, Z.M.A., 1997. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliatiiva das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____, 1999. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):341-353.
- HEIDRICH, S.M., 1998. Health Promotion in Old Age. *Annu Ver Nurs Res*, 16:173-195.
- HEPWORTH, M., 1995. Positive ageing. What is the message? In: BUNTON, R., NETTLETON, S. e BURROWS, R. (editores). *The sociology of health promotion. Critical analyses of consupntion, lifestyle and risk*. pp.176-190. London and New York, Routledge.
- INCA., 2002. Prevenção e Controle do Câncer. Normas e recomendações do INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3):317-332.
- KALACHE, A., 1999. *Active ageing makes the difference*. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 77 (4).

- KELLER, C. e FLEURY, J., 2000. *Health Promotion for the Elderly*. Thousand Oaks: Sage.
- KICHBUSCH, I., 1996a Promoción de la Salud: una perspectiva mundial. In: OPS, *Promoción de la Salud. Una Antología*. Publicación científica n° 557, pp.15-24, Washington: OPS.
- _____, 1996b. El autocuidado en la promoción de la salud. In: OPS. *Promoción de la Salud. Una Antología*. Publicación científica n° 557. pp. 235-245, Washington: OPS.
- KOCKEN, P.L. e VOORHAM, A.J.J., 1998. Effects of a peer-led senior health education program. *Patient Educacion and Counseling*, 34:15-23.
- LACERDA, A., 2002. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. Dissertação (mestrado em Saúde Pública), ENSP/Fiocruz.
- LAITAKARI, J. e ASIKAINEN, T., 1998. How to promote physical activity through individual counseling – a proposal for a practical model of counseling on health-related physical activity. *Patient Education and Counseling*, 33:S13-S24.
- LAZAETA, C. B., 1994. Aspectos Sociales del Envejecimiento. In: PÉREZ, E. A. et al (editores.). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. pp.57-66. Washington: OPS.
- LALONDE, M., 1996. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In: OPS, *Promoción de la Salud. Una Antología*. Publicación científica n° 557, pp.3-5, Washington: OPS.
- LARREA, N.F, CALDERÍN, A.M.C., DUEÑAS, R.M.B. et al., 2000. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1).
- LOURENÇO, R.A. e MOTTA, L.B., 1998. Prevenção de doenças e promoção da saúde na Terceira Idade. In: CALDAS, C.P. (org.) *Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar*. pp.95-105. Rio de Janeiro, Eduerj.
- LEMOS, M.S.A., 2001. Reduzindo o sedentarismo nos centros urbanos. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, ano 2, n°5.
- LIMA, A. M.M, NEMES FILHO, A., RODRIGUES, E. et. al., 1996. Saúde no Envelhecimento. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec.
- LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S.M., UCHÔA, E. et al., 2001 The Bambuí health and aging study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Revista Panamericana de Salud Publica / Pan Am J Public Health*, 9(4):219:226.
- LIMA, V.L.G. et al., 2000. Health promotion, health education and communication on health: specificities, interfaces, intersections. *Promotion e Education*, VII(4), 8-12.

- LOPES, M.J.M., SILVEIRA, D.T. e FERREIRA, S.R.S., 1999. Educação em Saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 2:121-130.
- MELLO, D.A., ROUQUAYROL, M.Z. e ARAÚJO, D. et al., 1998. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João de Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 14:583-595.
- _____, 2000. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4):1149.
- MENEZES, A., 1998. Saúde: um olhar holístico. In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Caderno de Educação em Saúde nº1: percepções teóricas e metodológicas*. pp.11-17. Pernambuco.
- MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A e BUSS, P.M., 2000. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1).
- _____ e SANCHES, O., 1993. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9:239-262.
- MINKLER, M., 1992. Community organizing among the elderly poor in the united states: a case study. *Internacional Journal of Health Services*, 22(2): 303-316.
- MOLINA, J.G., 2002. *Promoción de la salud y prevención en Geriatria*. Disponível em internet: http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p27.htm. Acesso em 28/11/02.
- MOURA, M.S., 2000. *A trajetória do amor. Ensaio sobre a medicina familiar*. Portugal,
- NÉRI, A.L. e CACHIONI, M., 1999. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L. e DEBERT, G.G. (orgs.) *Velhice e Sociedade*, pp.113-140. São Paulo: Papirus.
- NICOLA, I.P., 1999. Formação de Recursos Humanos para uma Ação Educativa Gerontológica. *Gerontologia*, 7(4):178-191.
- NOGUEIRA, R. P. 2001. Higiomania: obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*, pp. 63-72, São Paulo: Hucitec.
- NUTBEAN, D. 1993. Eficacia de la Promoción de la Salud. Las preguntas que debemos responder. In: COMISSÃO EUROPÉIA / UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. 2000. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Parte dos (Livro de evidencia), Madrid.
- O'BRIEN, M., 1995. Health and lifestyle. A critical mess? Notes on the dedifferentiation of health. In: BUNTON, R., NETTLETON, S. e BURROWS, R. (eds) *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, pp.191-205, New York, Routledge.

- OLIVEIRA, D.L.L.C., 2001. *Brazilian Adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex - what implications for health promotion?*. Ph.D Thesis, London, University of London, Institute of Education.
- OLIVEIRA, F. (1998) *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- OPAS, 2000. Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am/Public Health*, 7(1):60-67.
- PACHECO, L.C., 1999. *Perfil lipídico e estado nutricional de idosos da UnATI/UERJ*. Monografia do Curso de especialização sobre Envelhecimento e Saúde do Idoso. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.
- _____ e MENEZES, M.F.G., 2002. Alimentação. In: ASSIS, M. (org.) *Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas em saúde com idosos*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. Série Livros Eletrônicos. Disponível em internet: <http://www.unati.uerj.br>.
- PARISH, R., 1995. Health Promotion. Rhetoric and reality. In: BUNTON, R., NETTLETON, S. e BURROWS, R. (eds) *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, pp.13-23, London and New York: Routledge.
- PARKER, M.W., BELLIS, J.M., BISHOP, P. et al., 2002. A multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with african american and white elderly groups. *The Gerontologist*, 42(3): 406-415.
- PATTERSON, C. e FEIGHTNER, J., 1997. Promotion the health of senior citizens. *Canadian Medical Association*, 157(8):1107-1113.
- PEDROSA, J.I.S. 2001. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*, pp.261-281, São Paulo: Hucitec.
- PEDUZI, M., 2000. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. *Interface*, 8:126-128.
- PORTELA, M. R., 1999. Cuidar para um envelhecer saudável. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(3):355-364.
- POTVIN, L., HADDAD, S. e FROHLICH, K.L., 2001. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. et al. (editores) *Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives*. pp. 45-62, Denmark, WHO Regional publications. European Series.
- PUCCA JÚNIOR, G.A., 1997. Saúde Bucal do Idoso: aspectos sociais e preventivos. In: NETO, M.P. (org.) *Gerontologia*, pp.297-310, São Paulo: Atheneu.
- QUEIRÓZ, Z.P.V., 1999. Participação Popular na Velhice: possibilidade real ou mera utopia? *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 23(4).

- RAMOS, L. R. 1995. O País do Futuro não Pensa no Futuro. *Gerontologia*, 3:52-54.
- ROBERTSON, A. e MINKLER, M. (1994) New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3):295-312.
- ROCHA, D.G., 2001. *O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira*. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP.
- ROCHA, S.M., GOMES, M.G.C. e LIMA FILHO, J.B., 2002. O protagonismo social da pessoa idosa: emancipação e subjetividade no envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, pp.1030-1035, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- RODRIGUES, L.A.J., KAYANO, R., LIPPE, T.L. et al., 1996 Interações com os usuários na unidade básica de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*, pp. 363-274, São Paulo: Hucitec.
- RODRIGUES, R.A.P., NETO, J. T., MOURA, M.L.V.L. et. al., 1999. Avaliação de aprendizagem de idosos: viver com saúde na velhice. *Gerontologia*, 7(1):17-22.
- ROGERS, J., GROWER, R. e SUPINO, P., 1992. Participant evaluation and cost of a community-based health promotion program for elders. *Public Health Reports*, 107(4): 417-426.
- ROOTMAN, I.; POLAND, B.D. e GREEN, L.W., 2000. The settings approach to health promotion. In: ROOTMAN, I. et al (ed) *Settings for health promotion - linking theory and practice*. London: Sage publications.
- _____, GOODSTADT, M., POTVIN, L. et al., 2001. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. et al. (editores) *Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives*. pp.7-38. Denmark, WHO Regional publications. European Series.
- ROWE, J.W. e KAHN, R.L., 1997. Successful Ageing. *The Gerontologist*, 37(4):433-440.
- RUFFING-RAHAL, M.A., 1993. An ecological of group well-being: implications for health promotion with older women. *Health Care for Women International*, 14:447-456.
- _____, 1994. Evaluation of group health promotion with community-dwelling older women. *Public Health Nursing*, 11(1):38-48.
- SALGADO, C.R., LARROCA, S., ASNÁRIZ, T. et al., 2000. *Reflexiones sobre la vejez em el mundo contemporaneo miradas desde el principio de autonomia*. Disponível em internet: <http://www.aghu.org/vejez.htm>.
- SCHOENFELD, D.E., MALMROSE, L.C., BLAZER, D.G. et al., 1994. Self-rated health and mortality in the high-functioning elderly – a closer look at healthy individuals: MacArthur field study of successful aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(3):109-115.

- SCRUTTON, S., 1992. *Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people*. London: Chapman and Hall.
- SILVA, L.M.V. e FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):80-91.
- SIMNETT, I., 1997. *Managing health promotion: developing healthy organizations and communities*. Chichester: John Wiley & Sons,
- SMEKE, E.L.M. e OLIVEIRA, N.L.S. 2001. Educação em Saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*, pp.115-136, São Paulo: Hucitec.
- SPOSATI, A ., 1999. Organização e Mobilização Política da Terceira Idade. *A Terceira Idade*. Sesc-São Paulo, ano X, 17:17-21.
- STOTZ, E. N. e VALLA, V.V., 1998. Desenvolvimento de habilidades pessoais. In: BUSS, P.M. (coord. e editor) *Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- SCHWEITZER, S.O., ATCHISON, K.A., LUBBEN, J.E. et al., 1994. Health promotion and disease prevention for older adults: opportunity for change or preaching to the converted? *Am J Prev.Med*, 10(4):223-229.
- TAVARES, E.L. e ANJOS, L.A., 1999. Anthropometric profile of the elderly Brazilian population: results of the National Health and Nutrition Survey, 1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4):759-768.
- TELAROLLI Jr., MACHADO, J.C.M.S. e CARVALHO, F., 1997. Educação em Saúde na Terceira idade – Avaliação de um programa de extensão universitária. *Gerontologia*, 5(2):55-65.
- TELLES, V.L., 2001. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: Trinta e Quatro.
- TERRIS, M., 1996. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: OPS. *Promoción de la Salud. Una Antología*. Publicación científica n° 557, pp.37-44, Washington: OPS.
- TEIXEIRA, M.B., 2001 Empoderamento de idosos em grupo voltado à promoção da saúde. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.
- VALLA, V.V., 1998. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl 2):07-18.
- _____, 1999. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Sup.2):7-14. 31.
- _____, 2000. Educação Popular e Saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Nates/UFJF, 3 (5):46-53.

- VAN DER BJI, A.K., LAURANT, M.G.H. e WENSING, M., 2002. Effectiveness of physical activity interventions for olders adults. A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(2):120-132.
- VASCONCELOS, E.M., 1998. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup.2):39-58.
- _____, 2001. Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*, pp.11-20. São Paulo: Hucitec.
- _____, 2003. A saúde e o corpo como ídolos modernos. (mimeo).
- VERAS, R.P., 2002. *Terceira Idade. Gestão contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- WATKINS, A. e KLIGMAN, E.W., 1993. Attendance patterns of olders adults in a health promotion programa. *Public Health Reports*, 108(1):86-90.
- WHO/NMH/NPH, 2002. *Active ageing: a policy framework*. Disponível em internet: <http://www.who.int/hpr/ageing>.
- _____, 1998. Population ageing – A public health challenge. Disponível em internet: <http://www.who.org>.
- WHO/NUT/NCD/98.1 *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consulation on Obesity*. Geneva, 3-5 june 1997,
- WONG Un, J.A., 2002. *Visões de comunidade na saúde: comunalidade, interexistência, e experiência poética*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.

ANEXOS

ANEXO 1

Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida



UnATI / NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO

PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

COD: _____ Reg. HUPE: _____ Reg. NAI: _____ Grupo : ____ / ____

1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	5ª avaliação
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Nome e Função	Nome e Função	Nome e Função	Nome e Função	Nome e Função

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

End: _____ Tel: _____

Bairro: _____ AP. ____ Município: _____ Cep: _____

Telefone de parente/ amigo para contato: _____

Como você teve conhecimento deste projeto?

Você já participou de alguma atividade de grupo em serviço de saúde? Qual?

O que você espera deste grupo que vamos iniciar?

Quais os assuntos que você gostaria que fossem discutidos aqui?

OBS:

II - INFORMAÇÕES GERAIS

1 - Sexo: _____ (1. masculino; 2. feminino) 2 - Cor: _____ (1. branca; 2. preta; 3. parda)

3 - Idade: _____ anos 3a - Data nascimento: ____/____/____

4 - Naturalidade: _____ 4a – Região: _____ (1.N; 2.NE; 3.CO; 4.SE; 5.S)

5 - Nacionalidade: _____ (1.Brasileira; 2.Outra) 5a – Especifique: _____

6 - Grau de Instrução: _____ (1. analfabeto, 2. primário incompleto, 3. primário completo, 4. ginásio ou 1º grau completo, 5. 2º grau completo, 6. superior completo, 8. N.S./N.R.)

III - SITUAÇÃO FAMILIAR

7 - Atualmente qual é o seu estado conjugal? (1. Solteiro; 2. Casado/ Morando junto; 3. Viúvo

4. Separado / Divorciado)

--	--	--	--	--

8 – O Sr(a) tem? (1.Sim; 2.Não; 8.NS/NR)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Esposo(a)/ companheiro(a)					
Filhos(as)					
Netos(as)					
Irmãos(ãs)					
Outros parentes					

9 - Com quem o(a) Sr(a) mora?

1. Só
2. Cônjuge / companheiro
3. Com cônjuge ou não e filhos
4. Com cônjuge ou não, filhos e netos
5. Com outros _____

--	--	--	--	--

10 - O(A) Sr(a) está satisfeito com o relacionamento que tem com seus familiares?
(1. Sim; 2. Não; 7. N.A ; 8. N.S./N.R.)

--	--	--	--	--

IV - RECURSOS ECONÔMICOS

11 - A sua moradia é:

1. própria
2. alugada
3. de parentes
4. instituição
5. outros
8. N.S./N.R.

12 – Por favor, informe-me se em sua moradia há os seguintes serviços:

Características	Sim	Nã o	N.S/ N.R.
água encanada e tratada	1	2	8
ligação com rede de esgoto	1	2	8
coleta regular de lixo	1	2	8
escadas	1	2	8

13 - O Sr(a) exerceu atividade remunerada durante a vida?

1. Sim (vá para 13a e especifique a principal atividade)
2. Não
8. N.S./N.R.

13a - Principal atividade remunerada: _____

14 – Atualmente, o(a) Sr.(a) está: (1.Sim; 2.Não; 8.NS/NR)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
1. Recebendo aposentadoria					
2. Recebendo pensão					

15 – O(A) Sr (a) exerce atividade remunerada atualmente?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

15a - Qual? _____

16 - Por favor, eu gostaria de saber qual a sua renda mensal. Não preciso saber o valor exato, basta me dizer o valor aproximado dos rendimentos que o sr(a) recebe regularmente (benefício previdenciário, trabalho atual, aluguéis, ajuda financeira, etc.):

Rendimento Mensal (valor em reais): _____

7. N.A. Entrevistado não tem renda
8. N.S./N.R.

17 – Para suas necessidades básicas, o que o Sr. (a) ganha:

(1. *Dá e sobra*; 2. *Dá na conta certa*; 3. *Sempre falta um pouco*; 4. *Sempre falta muito*)

--	--	--	--	--

V – FATORES DE RISCOS E PROBLEMAS DE SAÚDE (Nesta parte nós vamos perguntar sobre aspectos gerais de saúde e problemas ou doenças que estejam prejudicando sua saúde no momento)

18 - O(a) Sr.(a) tem atividade física regular? (1.Sim; 2. Não; 8. N.S./N.R.).

--	--	--	--	--

18a - Em caso afirmativo, especifique:

Avaliações	Tipo	Duração (minutos)	Frequência (dias/semana)	Orientação Profissional (1.Sim; 2.Não)
1 ^a				
2 ^a				
3 ^a				
4 ^a				
5 ^a				

18 b – Em caso negativo, por quê? _____

19 - O(a) Sr.(a) tem atividade sexual?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

19 a - Em caso negativo, por quê? _____

19 b - Ter (ou não ter) atividade sexual é uma situação satisfatória para o(a) Sr.(a)?

1. Sim
2. Não
3. N.S./N.R.

19 c - Comentário: _____

20 - O(A) sr.(a) fuma atualmente? (1.Sim; 2.Não; 8. N.S./N.R.) Em caso positivo, marque NA na 20a e vá para a 21)

--	--	--	--	--

20a - O(A) sr. (a) já fumou?

1. Sim 7. N.A.
2. Não 8. N.S./N.R.

21 - O(A) sr.(a) bebe atualmente? (1. Sim; 2. Não; 8. N.S./N.R.) Em caso positivo, marque N.A. na 21a e vá para 22)

--	--	--	--	--

21a - O(A) sr. (a) já bebeu?

1. Sim 7. N.A.
2. Não 8. N.S./N.R.

22 - O(A) sr. (a) caiu nos últimos 12 meses? (1. Sim; 2. Não; 8. N.S./N.R.)

--	--	--	--	--

22a - Em caso afirmativo, indique o nº de quedas e preencha o quadro abaixo:

--	--	--	--	--

Avaliação	Motivo da queda	Conseqüência
1 ^a		
2 ^a		
3 ^a		
4 ^a		

5 ^a		

23 - O(A) Sr.(a) é portador de algumas dessas doenças ou condições? (1-Sim; 2-Não; 8-NS/NR)

	Prob. Gastrointestinais		Prob. Circulatório		Prob. Respiratório		Falta de Ar
	Diabetes		Perda visual		Prob. urina / incontinência		Esquecimento
	Hipertensão Arterial		Catarata		Queixa ósteoarticular		Tremor
	Colesterol alto		Glaucoma		Perda auditiva		Cuidador
	Tonteira		AVC		Perda peso		Dor no peito

Outros: _____

24 - Na sua família, alguém adoeceu por: (ATENÇÃO: pais / irmãos / filhos/ tios)

	Sim	Não	N.S./N.R
Infarto/derrame	1	2	8
Diabetes	1	2	8
Câncer	1	2	8

25 - Como está, na sua opinião, o seu estado de saúde? (1.Ótimo; 2.Bom; 3.Ruim; 4..Péssimo)

--	--	--	--	--

26 - Em comparação com as outras pessoas da sua idade, o(a) sr.(a) diria que sua saúde está: (1.Melhor; 2.Igual; 3.Pior)

--	--	--	--	--

VI – SOCIABILIDADE E LAZER

27 - No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades (1.Sim; 2.Não e 8.NS/NR)

(Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Ouvir rádio					
Assistir a televisão					
Ler jornal					

Ler revistas e livros					
Receber visitas					
Sair para visitar os parentes					
Sair para visitar os amigos					
Ir ao cinema, teatro, etc					
Andar pelo seu bairro					
Ir à igreja (serviço religioso)					
Participar de jogos (esportes)					
Fazer as compras					
Sair para passeios longos (excursão)					
Sair para encontro social ou comunitário					
Participar de associações políticas					
Freqüentar cursos ou grupos de idosos					
Coser, bordar, tricotar					
Alguma atividade para se distrair (jogos de carta, xadrez, jardinagem, etc)					
Outros (especifique)					

28 - O(A) Sr.(a) está satisfeito com as atividades que desempenha no seu tempo livre?
(1. Sim; 2. Não; 8. N.S./N.R. Em caso positivo, marque N.A. na 29 e vá para a questão 30)

--	--	--	--	--

29 - Qual o principal motivo de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre? (Entrevistador: Marque apenas uma alternativa)

1. Problema com o custo
2. Problema de Saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir
5. Outras razões (especificar)....
7. N.A.
8. N.S./N.R.

--	--	--	--	--

VII – SAÚDE MENTAL

30 - Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral? (1.Satisfeito; 2. Insatisfeito; 8. N.S./ N.R.)

--	--	--	--	--

31 - Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?

1. Menciona expectativas e pensa no futuro
2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
8. N.S./N.R.

32 - Gostaria que o(a) sr.(a) me informasse quais os problemas mais importantes do seu dia a dia: (1.Sim; 2.Não; 8.NS/NR)

(Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Problema econômico					
Problema de saúde					
Medo da violência					
Problema de moradia					
Problemas de transporte					
Problemas familiares (conflitos)					
Problemas de isolamento (solidão)					
Preocupação com filhos/netos					
Outros problemas (especifique)					

VIII – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E AÇÕES PREVENTIVAS

33 - No momento , o(a) Sr (a) está sendo acompanhado(a) em algum serviço de saúde?
(1. Sim; 2. Não; 8. NS/NR)

--	--	--	--	--

33a. Em caso afirmativo, especifique o **tipo de acompanhamento** (especialidade/serviços) que o idoso possui :

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. Ambulatório NAI | 3. Outros serviços públicos |
| 2. Médico particular | 4. Plano de Saúde |

--	--	--	--	--

Especifique: _____

34. Todos os problemas de saúde citados estão sendo atendidos? (1. Sim; 2. Não; 8. NS/NR)

--	--	--	--	--

34a. Se não, especifique: _____

35 - O(A) sr.(a) fez exame preventivo (ginecológico ou urológico) nos últimos doze meses?
(1. Sim; 2. Não; 8. N.S./N.R.)

--	--	--	--	--

36 - Quando o(a) Sr.(a) foi ao dentista pela última vez? (1.Há menos de doze meses;
2.Há mais de doze meses; 8.N.S./N.R.)

--	--	--	--	--

36 a – O(A) Sr.(a) tem alguma queixa em relação a problemas na boca (dente,
gingiva, ferida, etc.)? (1.Sim; 2.Não; 8.N.S./N.R.)

--	--	--	--	--

36 b – Em caso afirmativo, qual?

37 – Imunização

(verificar se vacinas previstas estão atualizadas: anti-gripal - anual; anti-tetânica - a cada 10 anos: 1.Atualizada; 2.Não atualizada; NS/NR)

Anti-gripal					
Anti-tetânica					

IX – EXAME FÍSICO SUMÁRIO

38 – Verificação de peso, altura, cálculo do IMC, circunferências de cintura e quadril.

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Peso (em Kg)					
Altura (em m)					
IMC (P/A^2)					
Circunferência de cintura (cm)					
Circunferência de quadril (cm)					
RCQ					

39 - Verificação da Pressão Arterial (sentado, 3 medidas: início, meio e final da entrevista)

1 ^ª	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
2 ^ª	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
3 ^ª	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

40 - Resultados de exames:

DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Colesterol					
Triglicerídeos					
Glicose					
HDL					

41- Medicações em uso:

Avaliação	Medicamentos e doses	Nº

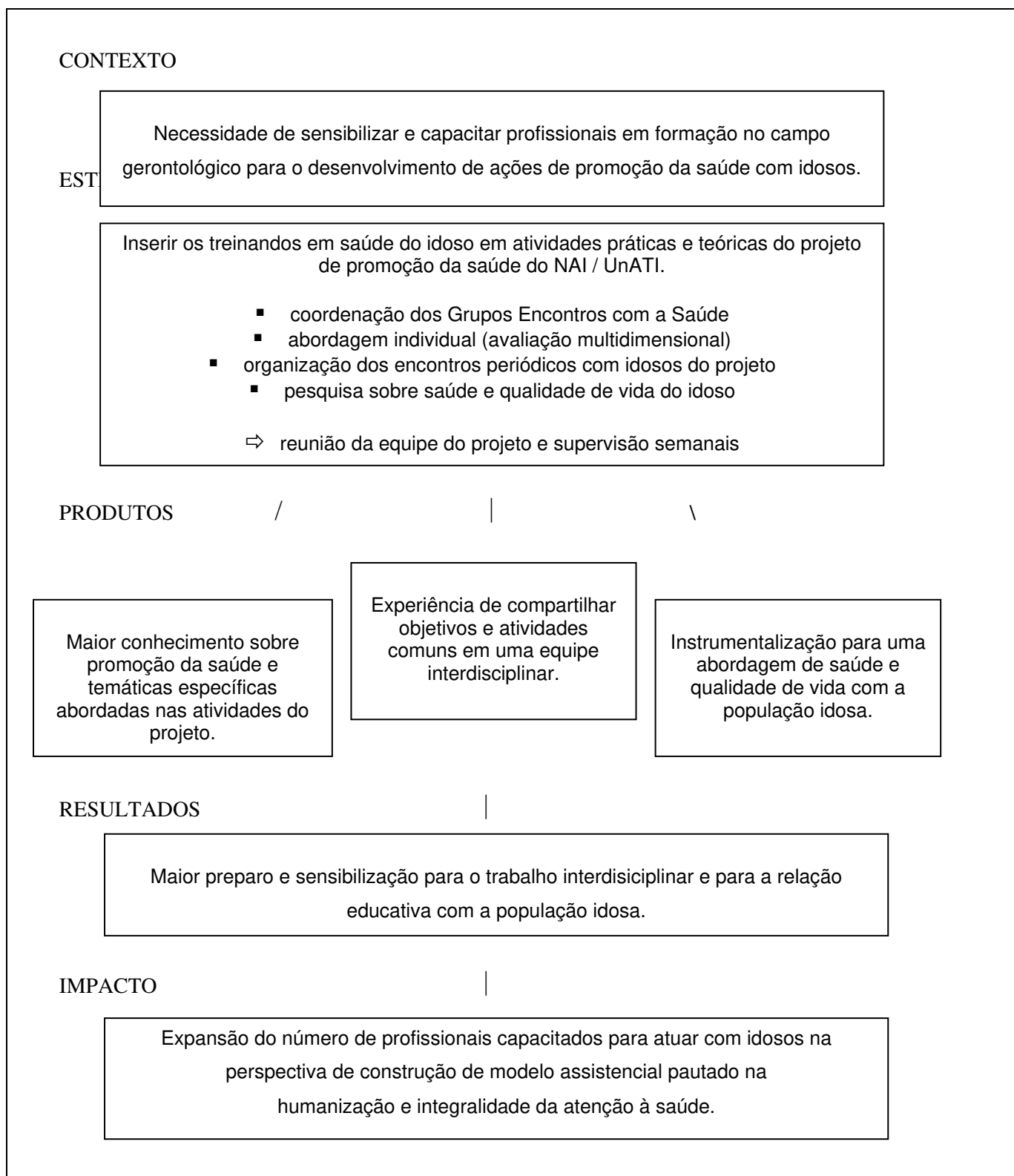
IMPRESSÕES E CONDUTA: (Entrevistador: Anote suas impressões gerais sobre a avaliação de saúde do idoso e indique as orientações e/ou encaminhamentos realizados)

ANEXO 2

Modelo teórico-lógico do Projeto de Promoção da Saúde do NAI / UnATI (em relação ao ensino)

Modelo teórico-lógico do Projeto de Promoção da Saúde da NAI / UnATI

(em relação ao ensino)



ANEXO 3

Formulários de avaliação utilizados no PPS

**AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES E ESTAGIÁRIOS SOBRE A EXPERIÊNCIA
NO PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO NAI / UNATI**

Nome:

Área:

Período em que participou do GES: () 1º sem. () 2º sem.

Ano:

1) Avalie a sua participação no Grupo Encontros com a Saúde, considerando os seguintes aspectos:

a) Expectativas quanto ao trabalho:

.....

.....

.....

.....

b) Sua atuação como coordenador de uma ação educativa em saúde:

.....

.....

.....

.....

c) A relação com os idosos:

.....

.....

.....

.....

d) O exercício do trabalho interdisciplinar:

.....

.....

.....

.....

e) A abordagem individual (avaliação multidimensional):

.....
.....
.....

2) Aponte críticas e sugestões para o aprimoramento desta experiência de treinamento:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

UERJ/UnATI
Gerência de Extensão
Núcleo de Atenção ao Idoso
Projeto de Promoção da Saúde

Modelo para Sistematização das Dinâmicas dos Grupos Encontros com a Saúde

Grupo: _____ Encontro nº: _____ Data: ___/___/___ Nº de idosos presentes: _____

Coordenadores: _____

Tema/Conteúdo: _____

Objetivo: _____

Técnica/Dinâmica: _____

Observação: _____

Material educativo distribuído: _____

Avaliação: _____

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO GES

GRUPO: ____/____

1. A participação no grupo correspondeu às suas expectativas?

() Sim () Não De que forma?

2. Qual o tema discutido no grupo que você mais gostou? Por que?

3. Qual o tema que menos lhe agradou? Por que?

4. O GES oportunizou novas formas de vivência no seu processo de envelhecimento? () Sim () Não Exemplifique.

5. Quais os pontos positivos e negativos dessa experiência?

Positivo → _____

Negativo → _____

6. Sugestões:

ANEXO 4

Termo de Consentimento

Termo de consentimento livre e esclarecido

O projeto de promoção da saúde tem como objetivo desenvolver atividades educativas, preventivas e assistenciais que contribuam para a promoção do envelhecimento saudável. Além dos grupos Encontros com a Saúde, do qual você participou, é realizada a avaliação multidimensional de saúde, cujo objetivo é conhecer as condições de vida e saúde dos idosos e orientá-los de acordo com as necessidades identificadas.

Neste momento estamos avaliando as repercussões do projeto e gostaríamos de realizar uma nova entrevista de avaliação multidimensional, com o objetivo de verificarmos as mudanças ocorridas ao longo do tempo e atualizarmos orientações e encaminhamentos necessários. No atendimento serão verificados peso, altura, pressão arterial e os resultados do exame de sangue (colesterol, HDL, triglicerídeos e glicemia). Caso você não tenha estes exames recentes, será encaminhado para realizá-los no Hospital Pedro Ernesto. Após esta avaliação, se for necessário e do seu interesse, você será agendado para a avaliação nutricional para orientações específicas.

Os resultados da pesquisa sobre as condições de vida e saúde dos idosos são divulgados nos eventos organizados pelo projeto, na forma de estatísticas, sem identificação pessoal, resguardando sua privacidade.

Sua participação é voluntária e não haverá prejuízo em seu vínculo com o projeto se você se recusar a participar das atividades referidas. Se você concorda em participar, preencha os espaços abaixo:

Eu _____, fui orientado(a) sobre os objetivos e procedimentos desta pesquisa e concordo em participar das atividades propostas.

Pesquisadores responsáveis:

Mônica de Assis (Assistente Social) e Liliane Carvalho Pacheco (nutricionista)
Núcleo de Atenção ao Idoso - tel: 25877199 / 25877236, ramal 5