

GRUPO DE IDOSOS E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Eveleen Paim dos Santos Queiroz¹
 Rafael Nicolau Carvalho²
 Patrícia Barreto Cavalcanti³
 Alecsonia Pereira Araújo⁴

Resumo

O objetivo desse estudo foi analisar a percepção de idosos acerca das práticas educativas realizadas nos serviços ofertados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua contribuição para efetivação da promoção do envelhecimento saudável. Tratou-se de uma investigação de caráter exploratório e analítico, envolvendo uma abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com doze idosos participantes dos grupos de terceira idade da ESF, no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Após análise de conteúdo, foram elencadas duas categorias de respostas: *I- Importância das práticas educativas para o idoso* e *II - Acessibilidade às práticas educativas na ESF*. Identificou-se que a maioria dos idosos é do sexo feminino, na faixa etária compreendida entre 65 e 80 anos, e com o ensino fundamental incompleto. Destacaram-se as atividades coletivas como palestras com temas relacionados à saúde e aos direitos sociais dos idosos. Conclui-se que há o reconhecimento por parte dos idosos usuários da ESF de que as práticas educativas em saúde oferecidas nas UBS são de extrema relevância na manutenção da sua saúde e bem-estar, cabendo aos profissionais atentar para o fortalecimento da intersetorialidade, de modo a aperfeiçoar e expandir as suas ações.

Palavras-chave: Envelhecimento. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Idoso.

GROUP OF ELDERLY AND FAMILY HEALTH STRATEGY: EDUCATIONAL PRACTICES IN THE PROMOTION OF HEALTHY AGING

Abstract

The aim of this study was to analyze the perception of older people about the education practices conducted in the services offered by Family Strategy Health based and to what extent has contributed to the effective promotion of healthy aging. This was an

¹ Assistente Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Especialista em Políticas Públicas e Assistência Social pela Fundação Universitária de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão (Furne). E-mail: eveleen.paim@gmail.com

² Assistente Social. Doutorando em Sociologia. Professor Assistente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista de Doutorado Sanduíche no Exterior pelo CNPq. Coordenador Adjunto do Pró-Saúde 2012/2014 – UFPB, João Pessoa – PB, Brasil. E-mail:rafaeljp.carvalho@gmail.com

³ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora Associada III do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista de Produtividade do CNPq nível 2. Coordenadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social. E-mail:patriciabcaval@gmail.com

⁴ Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora Assistente do Departamento de Serviço Social da UFPB. Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social. E-mail:alecsonia@hotmail.com

exploratory and analytical research, involving a qualitative approach. We performed the interview technique with twelve participants of the elderly group, in Campina Grande / PB / Brazil. After analysis, it was listed two categories of responses: *I - Importance of educational practices for the elderly; II - Accessibility to educational practices in the FHS*. It was found that most seniors are women aged between 65 and 80 years and with the elementary school. The highlights were collective activities such as lectures on issues related to health and social rights of the elderly. It is concluded that there is recognition by the elderly users of the that health education offered at Health center are very important in maintaining their health and well-being, leaving it to professionals to pay attention to the strengthening of intersectoral cooperation in order to optimize and expand their actions.

Keywords: Aging. Health Education. Family Strategy Health. Health of the Elderly.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. O envelhecimento populacional não é mais uma mera projeção estatística, mas uma realidade vivenciada pela grande maioria dos países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que em 2050 o número de idosos chegará a dois bilhões, correspondendo a 25% da população do planeta (BERZINS, 2003; TAMAI et al., 2011).

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna dos últimos 60 anos, como assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, dentre outros, favoreceram a prevenção ou cura de muitas doenças antes fatais. Isto levou a uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, a um aumento da expectativa de vida dos indivíduos. No entanto, poucos idosos brasileiros conseguem percorrer esse itinerário terapêutico sem esbarrar na inacessibilidade, sobretudo os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, vulnerabilizados pela situação socioeconômica (SILVA, M., 2010).

Em 1960, o número de idosos no Brasil era três milhões, evoluindo para sete milhões em 1975 e vinte milhões no ano de 2008, o que representa um aumento de quase 700% em apenas 48 anos. Tal fato tem despertado o interesse daqueles que buscam meios para garantir a longevidade com qualidade de vida. Pois, o envelhecimento saudável é um conceito que está em construção pelos estudiosos do

tema e tem se tornado prerrogativa para quem lida com as mudanças do envelhecer, seja do ponto de vista teórico ou nos cuidados em saúde (VERAS, 2003; DAWALIBI, GOULART, PREARO, 2014).

Dentre as questões que circundam o envelhecimento, a saúde ocupa um lugar estratégico, devido ao seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos. Nas investigações levadas a curso, identificamos que a política de saúde em suas várias expressões necessita urgentemente romper com as iniciativas endógenas e transitar por áreas e setores correlatos, com intuito de obter um maior nível de resolutividade. Tal necessidade emerge como vital, em se tratando das ações de saúde voltadas para os idosos, já que a velhice incorpora um vasto leque de demandas (no escopo da previdência, assistência social e habitação), sendo a mais frequente a demanda em saúde, notadamente vinculada ao tratamento, reabilitação e cura de patologias próprias do processo de envelhecimento (SILVA, M., 2010).

Autores como Veras (2003), Melo et al (2009), Veras (2009) e Whitaker (2010) têm provocado o debate acerca dessa problemática assinalando o despreparo da sociedade brasileira, especialmente, a falta de aparato estatal via políticas públicas no enfrentamento dessa questão. Particularmente, tais autores sinalizam para a defasagem entre os serviços públicos de saúde e a realidade epidemiológica, que na atualidade tende a se ampliar nesse segmento populacional.

Destaca-se que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, cujo objetivo é garantir atenção integral à saúde da população com mais de 60 anos de idade, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo, e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil. São diretrizes importantes para a atenção integral à saúde do idoso: promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (SILVA, M., 2010).

Em relação à atenção básica e a saúde do idoso no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como porta de entrada para o sistema de saúde onde as ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação devem acontecer. O Ministério da Saúde prioriza a ESF como a principal tática para a reorganização da Atenção Básica, buscando a integração e a territorialização das atividades em uma área definida, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados. A ESF prevê a integralidade da atenção à saúde em todos os ciclos da vida.

Ainda nesse sentido, a expansão da ESF se configura numa das principais características do atual modelo de descentralização da saúde brasileira, e seus princípios fundamentais pautam-se basicamente na territorialização, intersetorialidade, interdisciplinaridade e no atendimento familiar dos grupos mais vulneráveis, a exemplo dos idosos, promovendo práticas preventivas, curativas, assistenciais e educativas.

A partir dessa definição, os serviços de saúde são considerados espaços essenciais de sensibilização e aprendizagem para a construção da consciência sanitária da população, devendo oferecer práticas educativas capazes de interferir no processo de saúde-doença da população e na ampliação do controle social em defesa da qualidade de vida dos indivíduos, em especial dos idosos (SILVA, 2010).

Nesse sentido, torna-se necessário afirmar que a responsabilidade pelas ações de educação na saúde está incluída na agenda de gestão do SUS como atividade que pode e deve contribuir para o desenvolvimento do próprio sistema de saúde, consolidando mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS.

Em nossa realidade, o modelo de atenção à saúde predominante por muitas décadas tem-se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo. Desta forma, não se tem conseguido atender adequadamente aos diversos e complexos problemas de saúde da população, especialmente dos idosos, que têm exigido importantes mudanças nas práticas de saúde e nos processos educativos (MARTINS et al., 2014; MARIN et al., 2009).

Sob esse aspecto, Miyata et al (2005) ressaltam que, no contexto nacional das políticas públicas de atenção à saúde do idoso, a crescente necessidade de assistência por parte deste grupo populacional exige políticas públicas mais adequadas voltadas para à promoção da saúde e prevenção de doenças. Os autores ainda pontuam que o envelhecimento populacional requer uso de tecnologia de assistência especializada; cuidados de reabilitação, quando indicados; assistência à saúde mental; promoção dos modos de vida saudáveis e ambientes propícios, dentre outros, a fim de reduzir os níveis de incapacidades afiliadas às doenças crônicas e degenerativas; aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional dos idosos por um maior tempo possível, e por fim; estimular as pessoas a buscar em cuidados que assegurem um envelhecimento saudável.

Desta feita, uma importante estratégia utilizada pelos serviços de atenção básica no trato da população idosa, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde, tem sido as atividades educativas. Estas atividades têm se materializado por meio de ações como palestras, reuniões de grupos e atividades corporais, sendo entendida como processo transversal em todos os serviços ofertados pela ESF, seja na consulta médica, nos demais atendimentos da equipe e nas visitas domiciliares dentre outros (SILVA, T., 2008).

Posto isso, vale destacar que o perfil heterogêneo das equipes que compõe a ESF, bem como o próprio processo de implantação da estratégia no País, com modelos de gestão distintos, dificulta a efetivação das práticas educativas voltadas para os idosos. Em recente estudo, Mota, Aguiar e Caldas (2010) apontam que muitas vezes a atenção ao idoso é deixada de lado em função das ações programáticas, motivadas pelo cumprimento de metas, sobrecarga de trabalho e falta de conhecimentos básicos de geriatria e gerontologia.

Por conseguinte, observa-se na literatura sobre o assunto, que a maioria das menções feitas ao cuidado do idoso tem o foco das análises na equipe de saúde e no processo de trabalho, as quais levam pouco em consideração a percepção e o impacto desse cuidado na vida dos idosos.

Nesse sentido, esse estudo objetivou analisar a concepção de idosos acerca das práticas educativas realizadas nos serviços ofertados pela ESF e sua contribuição para a efetivação da promoção do envelhecimento saudável.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de uma investigação de caráter exploratório e analítico, envolvendo abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada na ESF do Distrito de Galante, situado no município de Campina Grande, Paraíba/Brasil, que, segundo dados do IBGE, possui uma área geográfica de 621 km² e população de 383.941 habitantes. Os sujeitos da pesquisa foram doze idosos inseridos no Grupo da Terceira Idade Mãe Belmira do Distrito de Galante assistidos pela ESF que voluntariamente se propuseram a participar do estudo, que aconteceu no período de julho de 2010 a janeiro de 2011.

Para execução da pesquisa, foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: 1) ter mais 60 anos de idade, 2) estar cadastrado na Unidade de Saúde pesquisada, 3) ter assiduidade às reuniões quinzenais do grupo e, 4) ter disponibilidade para participar e aderir voluntariamente à pesquisa.

Para a coleta do material empírico foi realizada entrevista semi-estruturada, tendo sido utilizado também um diário de campo para registros importantes para a pesquisa. Ao longo da coleta, as entrevistas foram gravadas em aparelho de Mídia Player (MP4), previamente autorizado pelos entrevistados.

Cada entrevistado foi identificado pela letra “D” (depoente) seguido de numeral de 1 a 12, representando, assim, a ordem das entrevistas, de modo a identificar as respostas de cada uma. Dessa forma, as entrevistas são representadas no texto por D1, D2 e assim sucessivamente até D12.

O material empírico foi abordado através da análise de conteúdo tipo categorial temática proposta por Bardin (2009) e discutida à luz da literatura. A análise do conteúdo, de acordo com a autora, pode ser uma análise dos significados (por exemplo, a análise temática), como também dos significantes (análise lexical, análise dos procedimentos). A intenção de tal análise se refere à inferência de conhecimentos relativos às condições de produção da linguagem oral ou escrita e de outros códigos semióticos.

Ainda de acordo com a técnica que considera a identificação nos discursos de categorias temáticas, duas categorias emergiram: 1) importância das práticas educativas para o idoso e 2) acessibilidade às práticas educativas. Após as transições, o material foi organizado e os trechos dos discursos agrupados nas categorias referidas.

Os procedimentos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde foram seguidos durante todo o estudo, sendo o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o nº 1870.0.000.133-10.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 participantes da pesquisa, apenas (01) um era do sexo masculino. Em relação ao estado civil, percebeu-se que (09) nove indivíduos estavam casados, (02)

dois eram viúvos e (01) um solteiro. A faixa etária correspondia a indivíduos entre 65 e 80 anos. De acordo com a informação dos participantes, no que diz respeito à renda familiar, a totalidade da amostra afirmou sobreviver com o valor de (01) um salário mínimo mensal. A partir do breve perfil da população estudada, nota-se que a maioria possuía ensino fundamental incompleto, tendo realizado, durante toda a vida, trabalhos domésticos, ou trabalhado na agricultura e pecuária.

Dentre as atividades oferecidas ao grupo pela equipe saúde da família, destacam-se: práticas educativas de motivação a promoção da saúde, discussões em grupo a respeito do que seja qualidade de vida e como manter a saúde durante o processo de envelhecimento. No decorrer da observação, foi verificado o desenvolvimento dos seguintes temas: prevenção de complicações das doenças crônicas não transmissíveis; empoderamento da caderneta do idoso; leituras e discussões acerca do estatuto do idoso; importância da atividade física; dieta saudável, entre outros.

Do material empírico colhido através dos questionamentos relacionados à importância daquele momento (participação ativa no grupo) para a vida deles, bem como às práticas educativas de maior acessibilidade, foi possível elencar duas categorias de respostas, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias empíricas construídas no universo de relatos obtidos no grupo de idosos.

I) Importância das práticas educativas para o idoso
II) Acessibilidade às práticas educativas na ESF

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da pesquisa.

Após a sistematização dessas categorias, realizada por meio do próprio discurso e de acordo com o método, os depoentes foram distribuídos segundo essa categorização, evidenciando a consonância dos discursos com o conteúdo apresentado, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos depoentes pelas categorias

Categoria I	Categoria II
D3, D5, D7, D10, D11, D12	D1, D2, D4, D5, D8, D9

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da pesquisa.

3.1 IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O IDOSO

Questionados sobre como percebiam as práticas educativas no serviço de saúde, o grupo de terceira idade afirmou, unanimemente, que aquele espaço era considerado um momento importante, pois eles se sentiam muito bem em estar ali, debatendo fatos interessantes junto de outros indivíduos da mesma idade e com condições de vida semelhantes. Através das falas, justificaram a importância das atividades em relação ao processo de educação em saúde:

É importante porque essas atividades a gente sabe que é pra saúde. Eu tomava muitos remédios, hoje só tomo os necessários, e faço educação física e regime de comida, tudo isso é importante pra saúde. E tudo isso é discutido nas reuniões do grupo (D5).

É. [...] Porque eu estou revivendo, eu estou vivendo outra vez, outra vida. (D 11).

É, é importante. Porque parece que abre mais a mente da pessoa quanto às dúvidas em relação à saúde (D3).

Antes de participar dos encontros do grupo eu me sentia deprimida, pois não tinha com quem conversar e depois eu me envolvo com muitas pessoas e ainda aprendo um monte coisas, melhorei foi muito minha dieta, baixei a pressão e passei a tomar as vacinas, tenho até a cartilha do idoso (D12).

Por meio dos depoimentos exibidos, evidencia-se a relevância dessas atividades para os idosos, uma vez que muitos conseguiram visualizar mudanças significativas na capacidade funcional em relação à condição anterior e uma melhoria na qualidade de vida.

Percebeu-se também que as práticas educativas em grupo determinaram, para os idosos, concepções de um cuidado mais integralizado e humanizado, o que de certa forma os motiva a compreender o processo saúde/doença e a gerenciar responsabilidades como co-autores de sua própria condição de saúde, aspecto observado nas seguintes falas:

Eu acho que é importante, porque a gente vai ao grupo, discutimos, ouvimos e voltamos para casa mais felizes. Aquele prazer de ir, como se não tivesse nada a mais de importante [...] O grupo é muito bom e a equipe, melhor ainda, eu vou e volto para casa mais seguro e tranquilo quanto às minhas queixas e doenças. A verdade é que quando estou lá nem sinto nada (D7).

Pra mim é importante, basta que tenha as pessoas que saiba receber os idosos, porque eu canso de dizer aqui dentro de casa que tem uns serviços por aí que nem considera os velhos. No grupo dá pra entender e sabe compreender o que é um idoso, o que ainda podemos fazer, ainda somos gente e de responsabilidade [...] (D10).

Vale destacar que a convivência em grupo é um importante mecanismo de produção de subjetividade, tendo em vista que muitos desses idosos não têm condições de frequentar espaços de convívio social, seja pela carência financeira ou pela inexistência de espaços no território que acolham suas demandas sociais com dignidade. Nesse sentido, os grupos de idosos assumem um importante papel nesse trato educativo e como espaço de socialização.

Desta feita, o Estatuto do Idoso, em seu Capítulo II, que dispõe sobre o Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, determina no Artigo 10, §3º que: “É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 2003).

Um dos aspectos diferenciais do modelo de atenção desenvolvido pela ESF em relação ao antigo modelo médico-hegemônico consiste justamente na humanização do atendimento aos usuários. O atendimento humanizado ao idoso consiste na valorização das subjetividades que constituem sua história, vivências e condições de vida. Todo aquele que desenvolver trabalhos com idosos deve levar em consideração os seus aspectos psicossociais, compreendendo-os como seres singulares e com desejos e necessidades também singulares e específicos.

O interesse de um cuidado integral e humanizado à saúde implica duas ordens de motivação: as práticas (envolvendo as questões éticas, morais e políticas) e as instrumentais (envolvendo aspectos cognitivos, técnicos e administrativos). De acordo com Ayres (2011), não se pode promover a integralidade sem humanização, pois esta depende da ativa participação dos destinatários das ações, na plenitude de suas prerrogativas como ser humano, e do cuidado. Ademais, também não é possível humanizar as práticas de saúde pensando somente a partir das relações interpessoais, tendo em vista que tais práticas exigem uma reflexão em relação a uma proposta de inclusão emancipatória dos sujeitos nas políticas e ações de saúde.

Foi verificado, entre os idosos que participaram da pesquisa, que 92% possuíam baixa escolaridade, e foi questionado se eles tivessem tido mais acesso a educação formal se teriam obtido mais qualidade de vida. Mais uma vez, houve unanimidade de respostas afirmativas, deixando explícita a relação existente entre educação e melhores oportunidades de vida e saúde em suas concepções:

Eu acho que tinha. [...] Ah, porque seria mais fácil para a pessoa arrumar um emprego melhor. (D12).

Daria para passar em concurso, ter uma vida mais sossegada, e mais prazerosa, eu acho; saberia ler mais, entender as coisas, com certeza teria sido mais fácil (D3).

Pode-se observar que a falta de acesso à educação formal, entendida pelos próprios idosos como um modo importante de garantir uma melhor qualidade de vida, é uma importante expressão do quadro de vulnerabilidade social expresso por eles, que associado à baixa renda familiar e às doenças crônicas degenerativas que possuem os coloca em situação de risco social. Por conseguinte, utilizar estratégias educativas que promovam a saúde, uma consciência sanitária, é importante para minimizar esse quadro. As ações destinadas aos idosos do grupo se interligam com outras ações/serviços da ESF, com a articulação de outros serviços da rede.

3.2 ACESSIBILIDADE ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESF

Foi questionado se durante o atendimento pela referida unidade de saúde eles eram esclarecidos acerca do processo de envelhecimento. Alguns responderam que sim, outros que não. Foram percebidas, então, disparidades de opinião nas falas abaixo em relação ao acesso e às práticas mais comuns em educação em saúde:

Às vezes nas consultas, o médico comenta a importância de se manter o regime ou a atividade, além dos remédios e comenta o que é envelhecimento de forma boa, que me deixa bem pra cima, isso quando o posto não está cheio de gente e ele também não fica com pressa (D9).

Não. [...] Não, não, esclareceu não. Só no grupo é que dá pra conversar essas coisas, pois na consulta é muito rápido e não dá pra fazer quase nada (D5).

Não, só na reunião mesmo, assim, quando a gente faz reunião aí é explicado tudo [...] (D3).

Atentou-se, através da fala de D9, para uma característica importante apontada anteriormente referente à ação dos cuidados profissionais. Esses deveriam aproveitar as oportunidades, seja em atendimentos individuais ou coletivos, não somente para

estimular e informar sobre os cuidados em saúde, mas também para desenvolver a sociabilidade e o desejo de associação, sendo sensíveis quanto às limitações educacionais/intelectuais dos idosos usuários dos serviços, pois muitos podem não compreender determinadas informações em razão do vocabulário complexo ou extremamente técnico por vezes utilizado pelos médicos e enfermeiros (BATISTA; GONCALVES, 2011).

É importante considerar que a participação dos profissionais da equipe nas reuniões do grupo se mostrou importante, no sentido de propiciar um espaço intergeracional capaz de possibilitar a criação de vínculos com os idosos. No entanto, conforme ficou claro no depoimento acima citado, o momento da consulta nem sempre favoreceu essa aproximação.

Ayres (2011) aponta que o cuidado enquanto ferramenta pública se configura como um conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover os meios de superá-las. Sendo inconcebível, no mundo de diversidades, haver pessoas que reduzem o processo de atendimento ao âmbito apenas das singularidades dos agravos ou das condições mais específicas. Há necessidade de inclusão em todos os aspectos, principalmente compreendendo que as práticas educativas não se restringem apenas ao trabalho em grupos, podendo ser feito em ambiente coletivo ou individual.

Ressalta-se que a educação é uma prática necessariamente transformadora, na qual os indivíduos e/ou o grupo constituem-se como sujeitos numa relação de troca. A relação entre os sujeitos deve se dar entre o conhecimento (cultura) e suas experiências de vida. Nesse sentido, o idoso se faz sujeito na medida em que compartilha com outros seus pontos de vista, saberes, anseios, temores (SILVA, T., 2008; VERAS, 2009).

Nesse contexto, trabalhar com educação em saúde em grupos de terceira idade é extrair, dos próprios idosos, experiências, vivências e conhecimentos (culturais) que podem servir de elementos para apreensão mais dinâmica das práticas de saúde e para a conquista do envelhecimento saudável. A participação dos profissionais de saúde é essencial ao aperfeiçoamento das propostas de prevenção e promoção almejando a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, além da busca pela longevidade com mais qualidade de vida (BATISTA; GONCALVES, 2011 e MARTINS et al., 2014).

Ao perguntar sobre as práticas educativas executadas via grupo, foram mencionadas outras atividades, por exemplo:

A gente faz física, faz dança, brincadeiras, muitas coisas assim que são saudáveis e ajuda na terceira idade (D9).

Sobre a educação física para o idoso, tudo é uma maravilha: diminui as dores nos ossos e dá energia (D1).

O que eu aprendi? Aprendi sobre o café da manhã [...] É alimentação eu já sabia e teve mais coisa que eu aprendi mais coisa, que a gente tem que caminhar que a gente tem que fazer educação física (D5).

Aprendi muitas coisas. Aprendi a dançar, aprendi a falar, aprendi de tudo que eu aprendi lá e hoje eu ainda estou lá, só saio de lá quando eu morrer. Porque lá é bom. [...] Porque olha, a gente tem que fazer a diversão de nós por lá (D7).

Eu aprendi muito sobre saúde que é o mais importante; eu aprendi muita coisa sobre saúde que eu não sabia, qualquer coisa assim eu jogava para o alto e deixava, e hoje não, eu me cuido mais; eu aprendi muita coisa (D9).

Aprendi muito tanto sobre saúde como sobre o Estatuto do idoso, nossos direitos né, não sabia muito sobre o direito aos remédios de graça, passagem de graça, que não pode judiar do idoso que dá cadeia. A assistente social sempre nos fala disso, que não é pra deixar ninguém ficar com o cartão da gente né (D3).

Os depoimentos revelam, pelo conteúdo variado das atividades descritas, que as ações educativas ofertadas no grupo passam pela condução de diferentes profissionais que fazem parte da equipe da ESF. Dessa forma, observa-se que, dentro das ações particulares de cada profissão, há uma multiplicidade de informações discutidas nas reuniões do grupo, como: atividades físicas, alimentação, uso correto dos medicamentos e os direitos sociais dos idosos. O grupo assume essa função de socializar as informações, principalmente no tocante aos direitos sociais desses idosos, que em sua maioria desconhecem a existência do Estatuto do Idoso e de alguns benefícios sociais.

Renato Veras (2009), em pesquisa realizada com a população brasileira acerca do Estatuto do Idoso, denominada “Idosos no Brasil”, constatou que a maioria deles apenas tinha ouvido falar no Estatuto, porém nunca tivera acesso ao seu conteúdo. Quando nos voltamos especificamente para os idosos do estudo em tela, o quadro não é muito diferente. Uma boa parte declara já ter ouvido falar da Lei, no entanto a associa à conquista da entrada gratuita em ônibus.

Acredita-se que a ESF é um espaço privilegiado para difusão e construção do conhecimento, uma via de mão-dupla onde ocorre a troca de saberes entre profissionais e usuários. É também um espaço de efetivação do conceito ampliado de saúde no cotidiano dos seus usuários, uma vez que ela não trata tão somente de ausência de

doenças, mas do amplo acesso aos bens e serviços disponíveis na sociedade, podendo contribuir na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Estudo realizado por Motta, Aguiar e Caldas (2011) em três municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte, sobre a atenção ao idoso, teve por objetivo analisar o processo de trabalho da equipe de saúde na organização do cuidado. Dentre as muitas questões levantadas, destacou-se a centralidade da participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elemento facilitador desse cuidado. O estudo também apontou algumas fragilidades, a saber: a dificuldade de compreensão do processo de envelhecimento por algumas equipes, a centralidade nas ações programáticas em detrimento do cuidado ao idoso, e a falta de conhecimentos dos aspectos culturais e sociais do envelhecer. O estudo ainda destaca a falta de articulações intersetoriais, principalmente entre Saúde, Educação e Assistência social, com intuito de diversificar as atividades ofertadas pela ESF.

Outro estudo realizado por Costa e Ciosak (2010) com profissionais da ESF da cidade de Santos-SP, evidenciou algumas questões semelhantes às da pesquisa anterior, como: a dificuldade da equipe em lidar com os aspectos sociais, culturais e emocionais dos idosos. Ainda conclui que a falta de uma equipe diversificada, composta por assistente social, psicólogos e fisioterapeutas, dificulta esse processo de compreensão. O trabalho evoca o princípio da integralidade da assistência, com investimento na oferta de ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas como modo de fortalecer os vínculos entre idoso/equipe e idoso/serviço.

Deste modo, percebe-se que o estudo em tela, apesar das fragilidades elencadas no discurso dos entrevistados, preserva alguns pontos que consideramos positivos para a manutenção de um envelhecimento saudável: 1) o significado dessas atividades para a melhoria do bem-estar dos idosos que participam do grupo de saúde; 2) a oferta de atividades variadas e de cunho educativo, 3) o envolvimento da equipe com esse trabalho e, por fim, 4) a presença de uma equipe diversificada.

Assim, tais componentes, combinados com uma gestão preocupada com o envelhecimento da população adstrita aos territórios de saúde, podem favorecer uma maior consciência sanitária da população para adoção de hábitos de vida saudáveis, o reconhecimento da educação como dimensão importante do processo de socialização, uma maior possibilidade de construir uma vida melhor e, conseqüentemente, um processo de envelhecimento com mais qualidade de vida.

4 CONCLUSÃO

O SUS, por meio dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, foi o responsável pela operacionalização do processo de reforma da atenção à saúde no Brasil, seguido da criação da ESF, surgida num período de precarização em que se carecia de estratégias inovadoras e capazes de intervir positivamente nos indicadores de saúde da população.

Dentre as várias especificidades da ESF, a principal está centrada no cuidado às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade; cuidado esse realizado por meio das ações de prevenção e promoção à saúde expressos nas práticas educativas, visando aproximar cada vez mais do cotidiano popular a consciência sanitária e o autocuidado em saúde.

Concomitante a essa análise da política de saúde brasileira e dos serviços de saúde, verificou-se o fenômeno do envelhecimento populacional e sua incidência nas questões de saúde. Através dos dados demográficos verifica-se a progressão da população idosa nos recentes anos, havendo necessidade de reflexão sobre a organização dos setores da sociedade, criando-se mecanismos substanciais de manutenção da qualidade de vida e da saúde aos longevos, dentre eles, as práticas educativas.

Quanto à Educação, percebeu-se, a partir da análise das falas dos entrevistados descritas nos eixos temáticos, o reconhecimento de que as práticas educativas em saúde oferecidas nas UBS são de extrema relevância na manutenção da saúde e bem-estar dos idosos usuários da ESF, cabendo aos profissionais atentar para o fortalecimento da intersetorialidade a fim de aperfeiçoar e expandir as suas ações.

Verifica-se a necessidade de ampliação de espaços sociais voltados à pessoa idosa no Distrito de Galante, entendendo que, para se obter um envelhecimento bem sucedido, não se pode ignorar elementos essenciais, que vão desde a atenção integral à saúde até o estímulo das capacidades funcionais, físicas e mentais, por meio de espaços e atividades socioeducativas, de lazer, informação e entretenimento, de modo que o idoso desenvolva um engajamento social ativo.

É válido reforçar a necessidade de trabalhar a consciência política dos idosos nos variados espaços onde estejam inseridos, seja em grupos de convivência, grupos de saúde, universidades abertas à terceira idade, ou qualquer outro espaço social. O profissional da ESF deve ser um agente estimulador que, mais do que socializar

informações em saúde, desenvolva uma *educação para a cidadania*, incentivando os sujeitos a se tornarem atores sociais na luta pela efetivação dos seus direitos.

Portanto, evidencia-se que as atividades educativas ofertadas aos idosos nas diversas ações descritas neste trabalho contribuem de forma positiva para a melhoria da qualidade de vida, sendo reconhecidas e valorizadas pelos idosos participantes da pesquisa. Ressalta-se a importância destas ações no sentido de não serem apenas pontuais e sim uma das principais ações de saúde na atenção básica junto com as ações assistenciais.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R; SILVA JR, A. G. (Org.). **Cidadania no cuidado: o universo e o comum na integralidade das ações em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS-Uerj-Abrasco, 2011.p.27-44.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2009.

BATISTA, K. B. C; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-99, 2011.

BERZINS, M. A. V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Revista Serviço Social & Sociedade**, v. 24, n. 75, p.19-34, set. 2003.

BRASIL. Decreto Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras Providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1º de outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 18/09/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COSTA, M. F. B; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-44, 2010.

DAWALIBI, N.W; GOULART, R. M. M; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3505-3512, ago.2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25>. Acesso em: 22 mar. 2013.

MARIN, M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso:: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 11, n. 2, p. 245-258, 2009. Disponível em:

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, ago.2014.

MELO, M. C. et al. A Educação em Saúde como agente promotor de qualidade de vida do idoso. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1579-86, 2009.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e Programas na Atenção à Saúde do Idoso: um panorama Nacional. **Arquivo de Ciências e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 135-40, 2005.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A.C; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

SILVA, M. A. Reflexões sobre a condição da “velhice” no Estado brasileiro e a Política Nacional de Saúde dos Idosos. In: CAVALCANTI, P.B; CARVALHO, R.N;

MIRANDA, A. P. R. **Saúde em Foco**: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2010.

SILVA, T. M. N. O Idoso, a Educação Popular e a Política Social. Uma leitura a partir de Paulo Freire. **A Terceira Idade – Estudos sobre Envelhecimento**, São Paulo, v. 19, n. 42, jun. 2008.

TAMAI, S. A. B. et al. Impacto of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 8-13, 2011.

VERAS, R. A. longevidade da população: desafios e conquistas. **Serviço Social & Sociedade**, v. 24, n.75, set. 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 23 nov. de 2009.

WHITAKER, D. C. A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse "novo" ator social, titular de direitos. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.30, n.81,p. 179-188, maio/ago. 2010.