



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA SENA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE AS AÇÕES
EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMILIA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BAHIA**

FEIRA DE SANTANA
2006

ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA SENA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE AS AÇÕES
EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMILIA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BAHIA**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Saúde da
Universidade Estadual de
Feira de Santana como
requisito para obtenção do
grau de mestre em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva Servo

FEIRA DE SANTANA

2006

ANTONIA MARIA DE OLIVEIRA SENA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE AÇÕES
EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NO PROGRAMASAÚDE DA
FAMÍLIA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BAHIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pos-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, 27 de Julho de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS

Prof^a Dr^a Marinalva Lopes Ribeiro
Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS

Prof^a Dr^a Maria do Rosário Menezes
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Prof. Dr. Admilson Santos (Suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS

A meu pai Darino (uma saudade) e a minha mãe Helena que com muita sabedoria me conduziram no caminho do conhecimento, e a meu filho Henrique, reflexo do amor de Deus em mim, dedico este trabalho com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento tem sempre um gosto de despedida. Despedida de uma etapa para ir em busca de outros saberes, outras vozes, outros rostos, sem jamais esquecer estes que se fizeram presença na etapa atual.

Agradeço a Deus pela vida e por ter me permitido tantas graças, sempre. “Então minh'alma canta a Ti Senhor, quão grande és Tu”!

A todos os idosos com quem trabalhei e pude um dia trocar idéias e afetos, especialmente aos do Grupo “Arte e Manha de Viver na 3ª Idade” do Campus V - UNEB e ao grupo de Sapeaçu com quem aprendi que o significado do viver ultrapassa o tempo vivido.

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, que se colocaram disponíveis em sua simplicidade e sabedoria me fornecendo os dados necessários para a realização deste trabalho, meu carinho.

À professora Maria Lúcia Silva Servo, minha orientadora, pelo carinho, paciência e competência com que me ajudou a caminhar na difícil e fascinante trilha de ser pesquisadora.

À Profª Drª. Marinalva Lopes Ribeiro, pelo incentivo e pelas valiosas contribuições, meu carinho.

À Profª Drª Rosário Menezes, pela disponibilidade e importantes contribuições.

Ao corpo docente do curso de mestrado em especial à Profª Drª. Marluce Assis, Profª Drª Maria Ângela Nascimento e Profª Drª Creuza Brito, a quem devo tantas descobertas e a reafirmação de ser sujeito coletivo em “defesa da vida”.

Aos (as) colegas/amigos (as), da turma 2004, pelo convívio harmonioso e solidário, pela cumplicidade e por compartilhar os saberes, os momentos de alegria e tensão. Meu carinho e saudade.

Aos colegas da turma 2005, pela amizade e incentivo.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana por me oportunizar vencer mais uma etapa na minha caminhada profissional e pessoal.

Às professoras da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso I, em especial Margot e Josélia que tão bem me acolheram e compartilharam suas experiências no Tirocínio Docente.

À Secretária Municipal de Saúde de Santo Antonio de Jesus pelo acolhimento e por disponibilizar o campo para a realização desta pesquisa.

Às equipes das Unidades de Saúde da Família Irmão Dulce, São Francisco, Bairro São Paulo e Boa Vista que tão bem me acolheram na fase da coleta de dados.

Às agentes comunitárias de saúde que me acompanharam para a entrada no campo.

À coordenadora de atenção à saúde e demais colegas de trabalho da 2ª Dires pela amizade, compreensão e apoio durante o curso.

Ao meu esposo Daniel e ao meu filho Henrique pelo incentivo e pela paciência com que abriram mão da minha "presença" durante o curso, minha gratidão e amor.

A minhas irmãs e sobrinhos por seu afeto e apoio na minha decisão de buscar sempre conhecer mais.

Aos amigos, que me incentivaram com sua energia e com uma palavra de carinho, e a todos, que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

“O homem, por ser inacabado, incompleto, não sabe de maneira absoluta. Somente Deus sabe de maneira absoluta”.

“Gosto de ser gente porque, inacabada, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além”.

Paulo Freire

RESUMO

O rápido envelhecimento da população brasileira vem produzindo grande impacto na sua saúde e qualidade de vida. Tendo em vista a permanência de modelos tradicionais de assistência que não atendem esta clientela em sua especificidade, torna-se urgente uma mudança de paradigma na atenção à saúde deste segmento populacional. As ações educativas se configuram como parte importante das ações de promoção da saúde do idoso e do envelhecimento saudável. Este trabalho trata do estudo das representações sociais de idosos sobre as ações educativas desenvolvidas no Programa Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus, Bahia. Constitui-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais de Sèrge Moscovici, no conceito de educação à saúde e nos referenciais teóricos sobre as concepções pedagógicas. Através das representações sociais de idosos, procuramos compreender o que estes pensam sobre as ações educativas, não como receptores passivos, mas como sujeitos que têm autonomia em comunicar suas idéias originadas nas relações com os profissionais nos serviços de saúde. Teve como objetivos: apreender as representações sociais de idosos sobre as ações educativas desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus e apontar limites e possibilidades das ações educativas apreendidas a partir das representações sociais dos idosos. Metodologia: os sujeitos do estudo constituíram-se de 11 idosos usuários de quatro Unidades de Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus, Ba. Para a coleta de dados utilizamos a técnica da entrevista semi - estruturada e para a análise o método de Análise de Conteúdo de Bardin, resultando nas seguintes categorias: o conteúdo abordado na ação educativa; a metodologia utilizada na ação educativa; limites e possibilidades das ações educativas (re) velados nas representações sociais dos idosos. Com relação às representações dos idosos sobre as ações educativas, os resultados apontam que estas estão focalizadas na doença, pautadas no modelo biomédico, não existindo uma sistematização dessas ações voltadas para o idoso nas unidades pesquisadas. São ações individuais, com ênfase em orientações prescritivas, autoritárias, acríicas, divergindo do que preconizam as teorias pedagógicas atuais, sinalizando também que podem ser limite/potência para a transversalidade. Quanto aos limites e possibilidades, o estudo aponta que existem dificuldades no desenvolvimento das ações educativas quanto à metodologia utilizada, quanto à abordagem de temas referentes ao processo de envelhecimento e à abertura para expressão do saber do outro. Neste sentido, faz-se necessário uma organização das ações educativas voltadas para o idoso nas Unidades de Saúde da Família, uma re-estruturação na formação pedagógica dos profissionais de saúde para capacitá-los a transpor para a prática os referenciais teóricos, fundamentando a ação educativa em paradigmas pedagógicos emergentes.

Palavras-chave: Idoso, representações sociais, educação em saúde, saúde da família.

ABSTRACT

The fast aging of the Brazilian population produces great impact in its health and quality of life. In view of the permanence of traditional models of assistance that do not take care of this clientele in its specificity, a change of paradigm in the attention to the health of this population segment becomes urgent. Thus, the educative actions constitute as an important part of the actions of promotion of the health of the elderly as well as of the healthy aging. This work deals with the study of the social representations of elderly on the educative actions developed in the Family Health Program in Santo Antonio de Jesus, Bahia. It is a descriptive research of qualitative boarding, based on the Theory of the Social Representations of Sèrge Moscovici, on the concept of education to the health and on the theoretical references on the pedagogical conceptions. Through the social representations of the elderly, we seek for understanding what they think about the educative actions, not as passive receivers, but, as citizens that have autonomy in communicating their ideas originated in the relations with the professionals in the health services. The objectives of this research are: to apprehend the social representations of the elderly on the educative actions developed by the team of the units of health of the Family Health Program of Santo Antonio de Jesus and to point limits and possibilities of the apprehended educative actions from the social representations of the elderly. Methodology: The citizens of the study have been consisted of 11 elderly users of four units of The Family Health Program in Santo Antonio de Jesus, Ba. The data have been collected by using the technique of the half-structuralized interview and they have been analyzed according to method of Analysis of Content of Bardin. After the analysis of the data, we apprehend the following categories: the boarded content in the educative action; the methodology used in the educative actions; limits and possibilities of the educative actions (re) guarded in the social representations of the elderly. Regarding the representations of the aged ones on the educative actions, the results point that these are focused in the illness, focused in the biomedical model. Thus, in the absence of a systematization of these actions related to the elderly in the individual searched units with emphasis in prescriptive, authoritarian, orientations, differentiating from that the current pedagogical theories state, also signaling that they can be limit/power for the transversality. As to the limits and possibilities, the study points that difficulties in the development of the educative actions exist when it comes to the methodology used, to the boarding of referring subjects to the aging process, to the opening for expression of knowing the other. Thus, it becomes necessary an organization of the educative actions directed toward the aged one in the USF, a reorganization in the pedagogical formation of the professionals of health to enable them to transpose it to their practice the theoretical references, basing the educative action on emergent pedagogical paradigms.

Key Words: The elderly, social representations, education in health, health of the family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 EDUCAÇÃO À SAÚDE E AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NO AGIR EDUCATIVO EM SAÚDE.....	18
1.2 DIFERENTES OLHARES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	23
1.3 O IDOSO NO CENÁRIO BRASILEIRO E NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A BUSCA PELA CIDADANIA	27
2 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO	39
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	40
2.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	41
2.3 O CAMPO DO ESTUDO	45
2.4 O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA	51
2.5 A PRODUÇÃO DOS DADOS.....	53
2.5.1 Técnica de coleta dos dados	53
2.6 A ANÁLISE DOS DADOS	56
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	60
3 APRESENTANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DO ESTUDO	61
3.1 O CONTEÚDO ABORDADO NAS AÇÕES EDUCATIVAS	62
3.2 METODOLOGIA UTILIZADA NA AÇÃO EDUCATIVA	64
3.3 LIMITES E POSSIBILIDADES DAS AÇÕES EDUCATIVAS (RE) VELADOS NASS REPRESENTAÇÕES DO IDOSO	74
4 SÍNTESE	84
4.1 AS AÇÕES EDUCATIVAS NO PSF NA ÓTICA DO IDOSO: ENTRE A REALIDADE E A ESPERANÇA.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

“Educar o idoso é mostrar-lhe um caminho para alcançar novos níveis de percepção, de conhecimento e de ação”.

(M. P. Lima)

INTRODUÇÃO

Eleger um tema para estudo não se constitui uma tarefa das mais fáceis. Ao enveredar-me pelos caminhos da pesquisa, muitas possibilidades se me apresentaram. No entanto, apoiada em Servo (2001), acredito que o conhecimento não se faz no vazio, mas se constrói pautado nas experiências, nos interesses, reflexões e inquietações do pesquisador sobre a realidade que pretende estudar.

As minhas experiências de vida e trabalho me colocaram em contato com situações e problemas merecedores de estudos mais aprofundados por trazerem a oportunidade de refletir sobre a possibilidade de intervenções concretas.

Assim, a minha opção em desenvolver este estudo abordando as representações sociais dos idosos sobre as ações educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família em Santo Antonio de Jesus foi inspirada em minhas experiências desde os meus primeiros passos na área da saúde e, mais recentemente, no trabalho desenvolvido com grupos de idosos.

A área da Educação em Saúde despertou meu interesse ainda nos estágios da graduação em enfermagem, no início da década de 80, quando na disciplina Enfermagem Obstétrica orientava as puérperas no momento da alta e nas várias atividades educativas desenvolvidas ao longo do curso de Pós-Graduação em Enfermagem Comunitária em 1983.

Ao iniciar a minha vida profissional em 1984, como enfermeira de um hospital pediátrico da rede pública, em Salvador, muitas vezes me inquietei diante de pequeninas vidas precocemente ceifadas por doenças evitáveis na infância determinadas pelo contexto social em que viviam suas famílias e também por desinformação das mães sobre medidas simples, fruto talvez da ausência ou ineficácia de ações educativas sobre o aleitamento materno e os cuidados com o recém nascido, que poderiam salvar muitos deles. Estes fatos, já naquela época, me inquietavam no sentido de buscar alternativas para minimizar aquela situação.

No ambulatório do ex-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e nos Centros de Saúde de Santo Antônio de Jesus onde trabalhei no período de 1988 a 2002, pude me aproximar ainda mais do campo da Educação em Saúde concretizando ações educativas nos grupos de gestantes, de mães, no

Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME) e no programa de planejamento familiar.

Interessei-me pela educação em saúde voltada para o idoso a partir de minhas experiências no curso de extensão “Ser Feliz na 3ª Idade” no Campus V da Universidade do Estado da Bahia em Santo Antonio de Jesus, no período de 2000 a 2004 onde atuei como técnica. Neste espaço, realizava semanalmente aulas de Biodança e reuniões de grupo onde desenvolvi ações educativas através de palestras, discussões, técnicas de dinâmicas de grupo enfocando temas relacionados ao processo saúde-doença e ao processo de envelhecimento, além dos problemas do cotidiano trazidos pelos participantes, sempre na perspectiva de fortalecê-los na busca do envelhecimento saudável.

Acredito que as atividades culturais e de lazer, como apresentações folclóricas, festas, passeios, participação em congressos e seminários efetivados neste projeto, se constituíam também em oportunidade de interação social, de aprendizagem e de exercício da cidadania que podem interferir positivamente na qualidade de vida do idoso, entendida à luz do conceito ampliado de saúde.

Estes encontros me oportunizaram conhecer, através de relatos informais, a necessidade de informação dos idosos sobre como lidar com o processo de envelhecimento e adoecimento e suas dificuldades em seguir as orientações recebidas nos serviços de saúde onde eram atendidos. Estas mesmas dificuldades eram também colocadas por pessoas hipertensas e diabéticas que participavam das atividades educativas desenvolvidas por mim na comunidade onde trabalhei no período de 1999 a 2000.

Uchoa e outros (2002) nos dizem que o grande desafio que o crescimento da população idosa coloca para o país é como lhe garantir uma sobrevivência digna durante os anos de vida prolongados e aponta como solução a inclusão do envelhecimento populacional como ponto fundamental na elaboração de políticas e na agenda de pesquisas científicas.

Veras (2002, p. 18) corrobora com esta autora afirmando que “devido à carência de serviços e instalações adequadas ao cuidado de idosos, não é apenas a vida que se prolonga, mas também o período de incapacidades e dependência” necessitando de medidas urgentes para enfrentar esse desafio com o objetivo de elevar a qualidade de vida do idoso. Entendo que qualidade de vida está relacionada

às condições sócio-econômicas, ambientais, de saúde, de educação, lazer, estilo de vida e outras que favorecem o envelhecimento saudável.

Segundo este autor, o desafio que traz o rápido envelhecimento da população atinge principalmente os países em desenvolvimento, pois, no que tange à saúde, a estrutura ainda é precária para responder às demandas específicas deste grupo etário quanto à efetivação de programas específicos, instalações e recursos humanos adequados.

Para Assis e outros (2004a), cada pessoa tem a sua forma de lidar com a saúde - doença e as ações educativas devem dar espaço ao diálogo para que sejam colocadas as dificuldades e alternativas encontradas num contexto desfavorável à saúde sendo de vital importância a ampliação da consciência sobre o envelhecer e os recursos para manutenção da saúde.

Neste estudo, compreendo ação educativa como qualquer ação desenvolvida pela equipe de saúde da família em sua relação com o idoso, a família e a comunidade com o objetivo de desenvolver a consciência sanitária dos sujeitos para a resolução de seus problemas.

Apesar da inegável importância das ações educativas em saúde na promoção do envelhecimento saudável, poucas referências foram encontradas na pesquisa bibliográfica sobre a efetividade dessas ações no comportamento dos idosos em relação ao cuidado com a saúde, ainda assim, são direcionadas principalmente aos programas específicos como diabetes e hipertensão, comprovando a vigência do modelo assistencial centrado na doença.

Chiesa e Veríssimo (2004) afirmam que, na área da saúde, a organização das ações educativas ainda é pouco consistente apresentando dificuldades na sua operacionalização devido à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação. Afirmam ainda que em alguns trabalhos realizados junto à clientela nos serviços públicos de saúde, constatou-se enorme lacuna de informações da população atendida, acerca do seu processo patológico, das alternativas e perspectivas futuras relacionadas à sua situação de saúde.

Em seu trabalho sobre a educação para a saúde em unidades básicas, Pereira (2002, p. 17) reforça estas afirmações dizendo que estas práticas “caracterizam-se como atividades episódicas, alcançando pequeno impacto e eficácia, pois apresentam limites quanto à forma como são implementadas”.

Pedrosa (2003, p. 24) caracteriza as ações educativas dos programas desenvolvidos nas instituições como “prescritivas, individualistas, autoritárias, pontuais e focalizadas nas especificidades de cada programa”. Para ele, da forma como são desenvolvidas, essas ações promovem a castração da autonomia do indivíduo, pouco contribuindo para o desenvolvimento de uma consciência sanitária.

Por outro lado, Pedrosa (2001, p. 261) assinala também que as ações educativas em saúde

denotam ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, em diferentes espaços, portam diferentes saberes, apresentando-se de maneira formal e informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos e privados.

Desse modo, entendo que o pensamento de Pedrosa apreende as contradições existentes, ultrapassa a prática pedagógica da transmissão do conhecimento em saúde, da coerção e traz a possibilidade da mudança de comportamento ao reconhecer os diferentes saberes e que a troca que se dá através da escuta do saber do outro pode levar a re-elaboração e re-significação do conhecimento a partir do que está oculto, tornando-o manifesto, transformando as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Segundo Coppin (1994), os programas de educação voltados para a população idosa ainda são escassos e as iniciativas existentes são mais orientadas para o aspecto recreativo e muitos deles não respondem à necessidade de conhecimento sobre o processo de envelhecimento normal, prevenção e manejo de enfermidades crônicas e incapacitantes. Exemplo disso são os chamados “grupos de convivência da 3ª idade” que vêm se espalhando por todo Brasil que em muitos deles os idosos se reúnem apenas para atividades de lazer. Não que o lazer não seja importante, mas que é necessário conhecer e reconhecer as demandas desse grupo específico.

Neste sentido, Chizotti (1995, p. 81) assinala que a “identificação do problema pressupõe uma partilha prática nas experiências e percepções que os sujeitos possuem desses problemas, para descobrir os fenômenos além de suas aparências imediatas”.

Ao buscar a literatura, percebi a escassez de trabalhos que abordem a temática das ações educativas voltadas para o idoso tendo este como porta voz do significado dessas ações para sua saúde e sua vida.

Assis, Hartz e Valla (2004b) assinalam que existe uma lacuna na literatura sobre avaliação de programas de promoção da saúde do idoso e afirma que no Brasil é incipiente a produção de trabalhos desta natureza. Estes autores constataam grande disparidade entre a literatura internacional e latino-americana no que se refere ao volume e consistência, e revelam que no Brasil a maioria dessas experiências acontece nos serviços públicos do sistema de saúde.

Assim, o estudo apoiado na Teoria das Representações Sociais aplicado aos idosos é relevante e se torna um campo fértil para o desenvolvimento de investigação dessa natureza, uma vez que os idosos são objetos de representação e assim poderão expressá-las.

Diante do exposto, da percepção da importância e da complexidade das ações educativas para o idoso e da necessidade de compreender o seu significado para esta clientela, defini como objeto deste estudo - ações educativas desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família de Santo Antonio de Jesus na ótica do idoso.

Portanto, o meu interesse em conhecer as representações sociais de idosos acerca das ações educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família em Santo Antonio de Jesus surgiu das experiências que me possibilitaram uma maior aproximação com este grupo etário ao ouvir suas queixas em relação à atenção que recebiam nos serviços de saúde, principalmente no tocante às informações sobre seu processo saúde-doença e às questões próprias do envelhecimento.

Um dos muitos preconceitos que penalizam as pessoas que envelhecem é o de que nesta idade não são mais capazes de aprender. Trazidas para o campo da Educação em Saúde, concepções como essa explicam a pouca atenção que é dada às suas queixas, às suas representações quanto ao envelhecimento, ao processo saúde-doença e à necessidade de esclarecimento de suas dúvidas.

Compreendo que estudar esta temática na perspectiva das representações sociais do idoso é de grande relevância, considerando a possibilidade de (des) construção das minhas práticas para reconhecer o usuário como sujeito do processo, portador de saberes, necessidades e sentimentos.

Assim, é premente desenvolver estudos com a finalidade de conhecer esta situação pela voz daqueles que são o alvo das intervenções educativas nos serviços de saúde.

Acredito que a compreensão das representações sociais dos idosos sobre as ações educativas evidenciadas a partir deste trabalho poderá servir para reflexão dos profissionais quanto as suas práticas, para o subsídio de novos estudos no sentido de reorientar ou fortalecer estas ações desenvolvidas junto ao idoso pelas equipes de saúde da família e também servir de respaldo na implementação de novos projetos de capacitação de recursos humanos voltados especificamente para esta clientela.

Por fim, este estudo pretende dar uma contribuição para o avanço do conhecimento quanto à atenção à saúde do idoso em busca da melhoria de sua qualidade de vida, uma vez que as ações educativas guiadas pelas representações sociais que são trazidas para o espaço de troca de saberes, poderão capacitá-lo na busca consciente do seu direito ao envelhecimento saudável através de políticas públicas específicas.

Assim, para conhecer esta realidade, este estudo pretende responder à seguinte questão: como se apresentam as representações sociais dos idosos sobre as ações educativas desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família de Santo Antonio de Jesus, Bahia no período de outubro a dezembro de 2005?

Para responder esta questão a pesquisa busca atingir os seguintes objetivos:

- Apreender as representações sociais de idosos sobre as ações educativas desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família de Santo Antonio de Jesus.
- Apontar limites e possibilidades das ações educativas apreendidas a partir das representações sociais dos idosos.

REFERENCIAL TEÓRICO

“É o homem inteiro que é preciso refazer, são todas as relações entre os homens que é preciso recriar, se quisermos que a condição do velho seja aceitável”.

Simone de Beauvoir.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A EDUCAÇÃO À SAÚDE E AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NO AGIR EDUCATIVO EM SAÚDE

A educação permeia a vida das pessoas desde a mais tenra idade, seja através do processo formal ou informalmente todos ensinam e aprendem em sua relação com o outro.

Lima (2005) concebe a educação como um processo dialógico entre os atores, pois favorece o desenvolvimento de suas qualidades humanas, a aquisição de conhecimentos, habilidades, interesses, posturas e potência para a ação proporcionando o seu crescimento pessoal e social e o desenvolvimento da consciência crítica.

As ações educativas se inserem no campo da Educação em Saúde que aqui é compreendida à luz do conceito adotado por L'Abate (1994, p. 482) como "um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades".

Costa e Lopez (1996 apud ALVES 2005, p. 43) definem educação em saúde "como um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde". Como os autores, acredito que estes saberes, intermediados pelos profissionais de saúde através das ações educativas, podem re-significar a concepção de saúde das pessoas principalmente a partir da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença que devem ser explicitados nestas ações.

Essa intermediação só acontecerá de fato na perspectiva de transformação se os profissionais "possuírem" a atitude de reconhecer o saber que o idoso tem, o que por si só já é uma desconstrução de práticas reiterativas e cristalizadas em que haja co-responsabilização e criação de vínculos afetivos.

A organização Mundial de Saúde (OMS), através do Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação de Educação em Saúde e do Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde, define como objetivos deste campo o encorajamento das pessoas a

Adotar e manter padrões de vida sadios; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição; tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (LEVY, 2005, p. 1).

Para Levy e outros (2005, p. 1), outro objetivo proposto é o de “desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”.

Barroso e outros (2003, p. 18) também comungam desse pensamento e dizem que

a educação em saúde como um conceito associado ao de Promoção da Saúde é um processo de capacitação das pessoas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal.

Barroso e outros, (2003) assinalam que essa capacitação só é possível se o educador, numa postura progressista, mostra ao indivíduo que ele é capaz de re-significar sua prática e agir eficazmente sobre o meio, em grupo, de forma criativa, crítica e transformadora na busca de atender suas necessidades individuais e coletivas.

A prática pedagógica do educador se pautará na sua visão de mundo que norteará também a sua opção dentre as tendências pedagógicas classificadas por vários autores em dois grupos: as de cunho liberal - aí incluídas a Pedagogia Tradicional, a Renovada e a Tecnicista; e as de cunho progressista como a Pedagogia Libertadora e a Pedagogia Crítica Social dos Conteúdos. Enquanto no modelo tradicional o professor ocupa o centro de todo o processo de ensino e o aluno é um mero receptor do conhecimento, a Pedagogia Renovada contrapõe-se a este, integrando o movimento da Pedagogia ativa surgida no final do século XIX (LIBÂNEO, 1994).

Segundo Libâneo (1994, p. 17), “a prática educativa é o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo”. É também um fenômeno social e universal que exerce influência sobre os indivíduos que por sua vez influenciam o meio social estabelecendo com ele uma relação ativa e transformadora (LIBÂNEO, 1994). Para

este autor a prática educativa é ainda um processo que integra a dinâmica das relações sociais cujos objetivos e conteúdos são determinados por interesses sociais, políticos e ideológicos.

Para que isso aconteça no processo educativo, é preciso que o profissional reconheça que o poder permeia estas relações e que precisa aprender a manejá-lo assumindo uma relação que se dá entre “sujeitos, entendendo sujeito como uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido” (L'ABATE, 2005, p. sp).

Compreendo que é através dessas relações que os seres humanos constroem suas representações sociais atribuindo significado às idéias, às experiências, às coisas e às pessoas.

Libâneo (1994) afirma ainda que a tendência liberal assume valores que correspondem ao modo de produção vigente, estimulando o individualismo e o mérito pelo esforço próprio numa visão uniforme da sociedade. Já a tendência pedagógica progressista libertadora assume valores sociais como a cooperação, a coletivização e a criatividade numa visão dialética da sociedade, reagindo ao autoritarismo da relação entre saber e poder, utilizando-se para isso, da experiência vivida como base para a ação educativa. Nessa concepção, a educação deve orientar-se numa visão crítica da realidade para a superação das desigualdades decorrentes da forma como está organizada economicamente a sociedade.

Dessa forma, compreendo que na prática das ações educativas com o idoso realizada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) é importante o conhecimento das abordagens pedagógicas para a utilização de estratégias didáticas que possibilitem a transformação dos indivíduos e a ampliação de sua capacidade de compreensão dos determinantes de sua saúde.

Vieira (2003) coloca que as abordagens pedagógicas inspiradas na concepção de educação de Freire (2004) preconizam que a ação educativa deve resultar na ampliação da consciência, na aquisição de habilidades e na mudança de comportamento de forma que o cidadão participe criticamente da sociedade, consciente de seus direitos individuais e coletivos.

Tomando por base essa concepção libertadora da educação, Freire (2004, p.54) adverte que o educador não deve se “colocar numa posição superior de quem ensina um grupo de ignorantes, mas na posição de quem comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”.

Apoiada neste autor, entendo que o profissional de saúde, como educador, deve assumir o seu papel como sujeito que busca transformar os processos instituídos que se dão no interior das instituições de saúde para que as ações educativas, ao invés de aprisionar o usuário, façam-no caminhar com responsabilidade em busca da sua saúde sem abrir mão dos seus desejos e interesses, pois ele é portador de saberes, idéias e experiências.

A educação em saúde no Brasil assumiu vários enfoques de acordo com o modelo econômico vigente que determinava também as ações de assistência à saúde. Assim, no período em que predominava o modelo agro-exportador, a educação sanitária, através do sanitarismo campanhista com a polícia sanitária, tinha o objetivo de divulgar as noções de higiene na tentativa de erradicar e controlar as doenças para sanear os espaços de circulação de mercadorias.

Posteriormente, com o processo de industrialização, surgiu a classe operária e o conseqüente processo de urbanização trazendo outras demandas na área de atenção à saúde direcionadas à manutenção e recuperação da força de trabalho dos operários, ocasionando mudanças nas práticas de saúde que adotaram a atenção curativa, individual, prestada aos trabalhadores pelas CAP's¹ e IAP's² em detrimento da saúde pública que era da responsabilidade do estado e das instituições filantrópicas (MENDES, 1999).

A racionalidade técnico-científica ocupou o lugar dos mitos e da religião priorizando a produção e o consumo de bens individuais influenciando também a concepção dos problemas de saúde relacionando-os à ignorância dos indivíduos sobre as normas de higiene (BARROSO E OUTROS, 2003). Assim, a mudança individual de comportamento conseguida pela submissão dos indivíduos às prescrições de educação em saúde bastaria para solucionar todos os problemas de saúde da população.

A criação do SESP EM 1942, trouxe outra orientação ao campo da Educação em Saúde com a utilização de técnicas didáticas mais modernas e dos trabalhos em grupo.

Mesmo com a proposta da Medicina Comunitária nos anos sessenta, a população ainda era responsabilizada coletivamente por seus problemas de saúde

1 CAP'S - Caixas de Aposentadoria e Pensão

2 IAP'S - Institutos de Aposentadoria e Pensão

que deveriam ser solucionados através da cooperação e solidariedade entre os grupos (ALVES, 2005).

Sob o controle do regime militar, as instituições perderam o espaço para o desenvolvimento das ações educativas em saúde. Porém, os anos setenta do século XX, com o enfraquecimento deste regime, foram palco de intenso movimento da sociedade em prol de melhores condições de vida e da reorientação das diretrizes de atenção à saúde, dando lugar a que se questionasse o modelo das ações educativas impositivas, (ALVES, 2005) da transmissão de conhecimento baseadas no saber biomédico, ao modo da concepção da educação “bancária” definida por Freire (1981, p. 66) como a que “em lugar de comunicar-se o educador faz “comunicados” e “depósitos” que os educandos recebem pacientemente, memorizam e repetem”.

Estas ações visavam inculcar nas pessoas os hábitos de cuidado individual à saúde ou à higiene do ambiente prescritos nos manuais dos programas governamentais voltados para o controle e tratamento das doenças preveníveis, numa visão positivista e reducionista da saúde e da Educação em Saúde “incapaz de responder às questões do homem em sua totalidade” (BARROSO; FARIAS, 2003, p.63).

Segundo Quintero (1994), a adoção de medidas de auto cuidado³ na velhice se fundamenta no desenvolvimento de atitudes pessoais e de aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam adotar condutas favoráveis à saúde. Desta forma, é fundamental que os profissionais revisem suas concepções sobre o processo educativo em saúde, contribuindo assim para a conquista do envelhecimento saudável, fazendo-se necessário, entretanto, um re-pensar e re-significar do seu fazer cotidiano nos espaços micropolíticos em que desenvolve a prática.

Para isso, é preciso que o educador, no seu papel de libertador, garanta, no processo educativo, o estudo e a reflexão das vivências do idoso, seus conflitos, medos, perdas, sem perder de vista a esperança, a alegria e o afeto, ajudando-o a utilizar o conhecimento a serviço de sua construção como sujeito (LIMA, 2001).

³ Auto cuidado - é a “prática de atividades que uma pessoa é capaz de realizar por sua própria vontade para manter a vida, a saúde e o bem estar”. (Oren).

1.2 DIFERENTES OLHARES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O que é o envelhecimento e por que envelhecemos são questões que sempre estão no bojo das discussões sobre este tema cujas respostas ainda levantam controvérsias no meio científico. A primeira parte da questão pode ser entendida à luz dos vários conceitos de envelhecimento como o de Bellany (apud ROBLEDÓ, 1994, p. 36) que diz que “o envelhecimento é um conjunto de processos que contribui para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade”, reconhecendo, entretanto, que não é um erro nem nenhuma enfermidade, e é um fenômeno multicausal”. A outra parte da questão é explicada por várias teorias elaboradas por cientistas na tentativa de encontrar a chave para desvendar este fenômeno.

Martinez (1994, p. 45), numa perspectiva mais abrangente e positiva, define envelhecimento como “um processo dinâmico, progressivo e irreversível no qual intervêm múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais”. O envelhecimento pode ser entendido também como “a soma de todas as mudanças que ocorrem através do tempo nos organismos desde sua concepção até a morte” (ROBLEDÓ, 1994, p. 36).

Diante destes conceitos, compreendo que o envelhecimento está inscrito no tempo, mas não na sua dependência, ou seja, para além da idade cronológica, o envelhecimento é também um processo histórico-social que se diferencia de um indivíduo para o outro em decorrência do acesso aos recursos econômico-sociais que influenciam a forma de envelhecer. Assim, a velhice é mais uma etapa da vida e não uma fase de deterioração e perdas como se costumava definir.

Em que pese o envelhecimento ser um fenômeno natural, é um processo marcado por modificações fisiológicas e funcionais que conferem ao idoso uma especificidade que o diferencia do adulto jovem, tornando-o merecedor de intervenções distintas daquelas dirigidas a esta faixa etária.

As modificações decorrentes desse processo tornam as pessoas mais vulneráveis às doenças, especialmente as crônico-degenerativas, diminuindo a sua capacidade de reserva orgânica e de adaptação a essas mudanças, comprometendo finalmente a sua capacidade funcional, aumentando a probabilidade de fragilidade e a conseqüente diminuição ou perda da sua independência (MOTTA, 2004).

Hazzard e outros citados por Caldas (2004, p. 59) definem fragilidade “como uma vulnerabilidade que os indivíduos apresentam aos desafios do próprio ambiente”. Condição que pode ser apresentada por pessoas de 80 anos ou mais ou em mais jovens com doença ou limitação.

Segundo Caldas (2004), o idoso frágil caracteriza-se como aquele com idade acima de 80 anos, o que vive em isolamento, com perda de autonomia, apresentando múltiplas doenças crônicas e está exposto a outros fatores que predis põem à fragilidade e aos riscos decorrentes desta situação como a condição econômica, a precária estrutura dos serviços de apoio, a auto-imagem e auto-estima diminuídas.

As doenças crônicas, as síndromes geriátricas ou l's geriátricos (a imobilidade – que são as alterações decorrentes de longos períodos de imobilização; a incapacidade cognitiva que interfere na vida social e qualidade de vida do indivíduo; a incontinência urinária que traz consigo vários problemas de ordem médica, psicológica e social; a iatrogenia que significa todo evento adverso sofrido pelo idoso em decorrência de seu tratamento; e a instabilidade postural que expõe o idoso aos riscos de quedas, fraturas e morte), são condições que necessitam ser prevenidas e corrigidas na tentativa de diminuir a dependência do idoso (CALDAS, 2004).

A presença ou probabilidade de fragilidade exige uma avaliação e atenção cuidadosa do idoso, serviços de apoio, recursos de saúde e profissionais capacitados.

Nas intervenções educativas desenvolvidas nos serviços de saúde no atendimento ao idoso, os profissionais não devem perder de vista que este é um usuário que precisa de um olhar diferenciado, global que possa detectar as probabilidades de risco e assim poder orientar o idoso para a prevenção desses agravos.

Jeckel-Neto e Cunha (2002) afirmam que o envelhecimento não deve ser visto só como o acúmulo de patologias agregadas e danos decorrentes de doenças e que nem todas as mudanças funcionais podem ser consideradas como relacionadas à idade. Para facilitar a operacionalização desses conceitos, essas modificações devem atender a condições como: ser deletérias, isto é, devem reduzir a funcionalidade; devem ser progressivas; devem ser intrínsecas, ou seja, não devem ser o resultado de um componente ambiental modificável; devem ser universais, isto é, devem ser comuns a todos os membros de uma espécie.

Segundo Jeckel-Neto e Cunha (2002), nos seres humanos, estas alterações trazem consigo reflexos no comportamento, na habilidade intelectual e capacidade física de cumprir com as atividades diárias. Para Assis (2004a), as questões que envolvem o envelhecimento ocupam lugar de destaque devido ao forte impacto sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Conforme relatam Pereira (1995) e Veras (2002), paralelamente às mudanças demográficas, no quadro sanitário brasileiro também ocorrem mudanças ocasionando alterações nos padrões de morbi-mortalidade, quando as doenças infecto-contagiosas cederam lugar às doenças crônico-degenerativas. Estas mudanças, segundo Veras (2001), têm ainda um significado maior para a população idosa devido à alta prevalência destas doenças nesta fase da vida, aumentando assim a chance de limitação e dependência, repercutindo negativamente na sua qualidade de vida.

A situação do idoso se agrava ainda mais pela desinformação, pela dificuldade de acesso aos serviços e pela falta de conhecimento dos profissionais quanto ao processo de envelhecimento. Condições que na opinião de Lazaeta (apud ASSIS, 2004a p. 58), poderiam ser “prevenidas ou retardadas não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais” quase sempre acabam levando o idoso à hospitalização como bem ilustram os dados referentes à internações por grupo de causas e faixa etária do município de Santo Antonio de Jesus no ano de 2004, apresentados mais adiante.

Essa situação aponta para a necessidade de uma nova forma de “olhar” e “cuidar” da população nessa faixa etária (VERAS, 2002, p.13), de uma nova concepção na assistência à sua saúde, efetivada através de reformulações nos modelos de promoção, prevenção e recuperação da saúde com a finalidade de adiar ao máximo a manifestação da morbidade e incapacidades.

Nesse sentido, compartilho com Merhy (2002, p. 123-125) quando diz que a “diminuição da dimensão cuidadora é uma das mais sérias implicações do modelo médico hegemônico”. Sobre isto o autor denuncia que “o modelo assistencial⁴ que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas

⁴ Modelo assistencial – “São combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”. (PAIM, 2003, p. 477)

específicos dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal que subordina claramente a dimensão cuidadora”.

Merhy (2002, p. 138) destaca ainda que mais do que o conhecimento tecnológico, a expectativa do usuário ao buscar o serviço de saúde é “o cuidado com a vida, a recuperação da autonomia para caminhar no dia-a-dia”, o que se concretiza no interesse, no acolhimento, no envolvimento e na responsabilização do profissional com o usuário e com seus problemas.

Embora se observem esforços no sentido de reorganização dos modelos vigentes de atenção à saúde, estes ainda não dispõem da estrutura adequada para atender às crescentes demandas de saúde dos idosos que por sua vulnerabilidade apresentam doenças crônicas muitas vezes incapacitantes requerendo altos recursos para tratamentos complexos (VERAS, 2002; QUADRANTE, 2005).

Apesar destes esforços, segundo Pelegrini (2000), persiste nos modelos de atenção uma crise que atinge os valores, crenças e representações sobre a saúde mantida pela hegemonia da prática clínica desarticulada de uma visão mais abrangente do ser humano. Portanto, nesse modelo, o idoso é visto isoladamente numa atenção voltada para as doenças que apresenta, muitas vezes diagnosticadas como coisa da idade.

Baseada no conceito de saúde como bem-estar e numa nova compreensão do indivíduo inserido no seu grupo com suas necessidades, queixas e problemas, a saúde coletiva vem buscando oferecer respostas às demandas por saúde na tentativa de superar a dicotomia entre saúde individual e coletiva e integrar as ações de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação (PELEGRINI, 2000).

Entendendo o envelhecimento como um processo multidimensional que influencia no aparecimento de variadas necessidades para indivíduos idosos, a atenção à sua saúde nessa visão ampliada não pode prescindir da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, requerendo profissionais com conhecimento em geriatria e gerontologia.

Assim, a manutenção da independência física e mental, a máxima capacidade funcional e o adiamento da morbidade e incapacidades para o limiar mais próximo possível do limite biológico da vida devem ser os objetivos precípuos das ações no cuidado à saúde do idoso. (FRIES, 1980; FRIES; CARPO, 1981, apud VERAS, 2002).

1.3 O IDOSO NO CENÁRIO BRASILEIRO E NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: A BUSCA PELA CIDADANIA

O envelhecimento, tal como vem ocorrendo em nível mundial, é um fenômeno nunca visto antes na história da humanidade.

Os estudos sobre o envelhecimento da população se iniciaram desde 1956 pela Organização das Nações Unidas (ONU), não significando, porém que alguma atenção se voltasse para a situação dos idosos desde esta época. Só recentemente é que este tema começou a ser alvo de atenção com o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, adotado pela ONU na 1ª Assembléia Mundial para o Envelhecimento realizada em Viena, em 1982, onde divulgava uma série de recomendações com vistas a melhorar a situação desta população (MONTEIRO; ALVES, 1995).

Segundo estimativas de estudos demográficos, em 2020 existirão no mundo cerca de 1,2 bilhões de idosos (KINSELLA, 1994). Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população aconteceu de forma gradual num período aproximado de 140 anos (MINAYO, 2002). O mesmo não ocorreu nos países em desenvolvimento que vê este grupo etário aumentar com espantosa rapidez, tornando-se visível aos governos e à sociedade.

O ritmo acelerado com que vem crescendo a população idosa favoreceu uma maior visibilidade a este grupo etário fazendo com que esforços sejam direcionados por organismos internacionais para chamar atenção sobre o fenômeno do envelhecimento e seu impacto na sociedade visando uma readequação de políticas e programas no sentido de se criar condições necessárias para o enfrentamento desse fenômeno neste século.

A 2ª Assembléia Mundial para o Envelhecimento realizada em Madrid em abril de 2002 resultou em importantes documentos como a Declaração Política que estabelece o compromisso dos governos nos aspectos cultural, econômico e social e o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento que traz recomendações de um programa para enfrentar o desafio do envelhecimento no século XXI.

Buscando implementar este plano de ação na América Latina e no Caribe, realizou-se em novembro de 2004, em Brasília, o Fórum Mercosul sobre o envelhecimento que estabeleceu objetivos, metas e recomendações para a ação

envolvendo áreas prioritárias como o desenvolvimento voltado para as pessoas de idade; o fomento da saúde e o bem estar na velhice; e a criação de um entorno propício e favorável.

A área do desenvolvimento implica na disponibilidade e acesso equitativo de todas as pessoas aos recursos econômicos produzidos no país assegurando as condições para a auto realização através da segurança econômica, da participação social, e da educação; o fomento à saúde e bem estar na velhice tem como meta o acesso a serviços de saúde integrais e adequados às necessidades dos idosos garantindo uma melhor qualidade de vida e a preservação de sua autonomia e capacidade funcional; e a criação de um entorno propício e favorável estabelece como meta o acesso a entornos físicos, sociais e culturais que potencializem o desenvolvimento do idoso favorecendo o exercício de seus direitos e deveres.

No Brasil a questão do idoso não mereceu nenhum destaque nas constituições de 1946 e 1967. A intensa mobilização da sociedade na década de 80 em direção ao processo de redemocratização do país e o movimento em busca de uma reorganização do sistema de saúde, conhecido como o movimento sanitário, trouxeram importantes contribuições que culminaram na Reforma Sanitária com expressivas mudanças para o setor saúde, legitimadas pela nova Constituição.

Na atual Constituição Federal (BRASIL, 1988), a Constituição Cidadã, que contemplou várias categorias historicamente marginalizadas é que este tema recebeu atenção específica em vários artigos e em especial o artigo 6º dos direitos sociais que dá a todo cidadão o direito à “educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança social, [...] e a assistência aos desamparados”; o artigo 203 da assistência social que prevê o benefício da prestação continuada⁵; e os artigos 229 e 230 sobre o dever da família, da sociedade e do estado de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida (BARROS, 2002).

Esta constituição, no capítulo da seguridade social, assegurou também em seu artigo 198 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, como “uma nova formulação política e organizacional para o re-ordenamento dos serviços e ações de saúde cujo objetivo é prestar assistência

⁵ É a garantia de um salário mínimo ao idoso que não integra o seguro social e cuja renda percapta familiar não ultrapasse ¼ do salário mínimo.

à saúde da população baseada no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

Este sistema norteia-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social e pelas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização e hierarquização. O princípio da universalidade garante o acesso aos serviços e ações de saúde como direito a todas as pessoas; a integralidade é a atenção integral a todas as necessidades de saúde através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e a equidade é a atenção diferenciada para necessidades diferenciadas com o objetivo de diminuir as desigualdades na atenção à saúde. A participação social diz respeito ao direito da população, através dos conselhos de saúde constituídos por entidades representativas da sociedade (usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço) a participar da definição de políticas, fiscalização, e acompanhamento do funcionamento do sistema de saúde a nível nacional, estadual e municipal.

As diretrizes de regionalização e hierarquização por sua vez definem a organização da rede de serviços em diferentes níveis de atenção para atender às necessidades de saúde da população por ordem crescente de complexidade definida como: atenção básica⁶ onde devem ser resolvidos cerca de 85% dos problemas de saúde da população nas unidades básicas de saúde e Unidades de Saúde da Família; e atenção de média e alta complexidade responsáveis pelo atendimento das ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito das instituições públicas e privadas conveniadas (BRASIL, 2005).

A descentralização é a redistribuição das responsabilidades, das ações e serviços e de recursos entre os vários níveis de governo cabendo aos municípios a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para a população, efetivando o processo de municipalização da saúde (BRASIL, 2005).

O SUS integra uma rede formada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais que desenvolve um conjunto de ações e serviços de saúde à população, complementadas pela rede privada de serviços (BRASIL, 1990).

⁶ Atenção básica é o conjunto de ações de caráter individual e coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, e a prevenção de agravos. (BRASIL, 1999).

Dentro desse arcabouço jurídico institucional foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de estender a cobertura do sistema público de saúde à população rural e à população da periferia, principalmente ao grupo materno-infantil (BRASIL, 2003b).

Prosseguindo na tentativa de reestruturação do sistema de saúde, em 1993 através da portaria 692 foi criado o Programa de Saúde da Família sendo implantadas as primeiras equipes em 1994. Esta estratégia preconiza a reorganização da atenção básica e a construção de um modelo assistencial que operacionalizasse o SUS, em substituição ao modelo pautado na assistência individual, curativista, centrada no hospital, que apesar de consumir enorme volume de recursos não resolve os principais problemas de saúde da população (AQUINO, 2001).

O Programa Saúde da Família visa garantir o acesso integral e equânime de toda a população aos serviços básicos com base no modelo de vigilância à saúde que se caracteriza por articular as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, intervindo sobre seus problemas através da atuação intersectorial (BRASIL, 1999b).

Como proposta de reorganização da atenção básica Silvestre e Costa Neto (2003) salientam que a estratégia de saúde da família deve ainda: reconhecer a saúde como um direito de cidadania; identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada; e, estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

A atuação das equipes de saúde da família orientada pelas diretrizes da responsabilização, da humanização e do vínculo, e pela possibilidade do acesso da população ao serviço, aponta na direção de um atendimento integral ao idoso centrado no conhecimento da sua situação de saúde e dos recursos sócios econômicos de que dispõe para o enfrentamento das necessidades dentro da especificidade que requer esta clientela.

No interior dessas mudanças legais e institucionais, a legislação em favor do idoso obteve grandes avanços com a criação da Lei 8. 842 de Janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) que instituiu a Política Nacional do Idoso regulamentada pelo decreto 1.948 de 03 de julho de 1996 com o objetivo de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” .

Em dezembro de 1999, a portaria 1395/GM (BRASIL, 1999a) instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que “fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento de acordo com as determinações da Lei 8080/90, tendo como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação” (BRASIL, 1999a).

O Estatuto do Idoso, aprovado em Setembro de 2003, tem como finalidade prevista em seu artigo 1º “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos” (BRASIL, 2003a). Porém, há um longo caminho a ser percorrido entre o texto legal e a realidade, principalmente na assistência à saúde uma vez que a sociedade não tem ainda efetivados os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, Assis (2004, p.17) coloca que “não é de idéias, nem mesmo de leis que se carece hoje para propiciar condições de envelhecimento digno à população” e cita Telles para denunciar que

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 afirmam direitos em nome de leis universais que não se realizam nas práticas, encobrendo uma lógica silenciosa da exclusão.

As leis de amparo ao idoso são regidas por princípios e diretrizes que objetivam assegurar-lhe os direitos sociais previstos na constituição. Assim, coube à área da saúde garantir ao idoso a assistência à saúde nas diversas instâncias do SUS: prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas.

A promoção do envelhecimento saudável compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à adoção de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à sua saúde, para a manutenção de sua capacidade funcional e melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 1999a).

A conquista da qualidade de vida e o acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento são condições indispensáveis na promoção da saúde do idoso, sendo de vital importância a ampliação da consciência sobre o

envelhecer e os recursos para a manutenção da saúde no processo de envelhecimento (ASSIS, 2004a).

Porém, apesar das grandes mudanças que vêm ocorrendo na Política de Saúde brasileira, o modelo predominante de assistência tem ainda uma visão limitada do processo saúde-doença centrada na doença e no modelo curativista. Assim, o envelhecimento é visto como uma fase de deterioração e perdas, e a assistência ao idoso baseada na queixa conduta, privilegia a cura. Na abordagem educativa baseada neste modelo, Smeke e Oliveira (2001) ressaltam que a ênfase incide na persuasão e na coerção dos indivíduos para a adoção de comportamentos mais saudáveis, responsabilizando-os pela sua saúde ou culpabilizando-os pela doença.

Para Barroso e Santos, (2003) a mudança no comportamento em relação à saúde só acontecerá se o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber construído socialmente pela clientela em seu ambiente. Este saber pode ser expresso através de suas representações sociais nos múltiplos espaços de encontro das intervenções de saúde. Esta concepção coincide com um dos saberes necessários à educação propostos por Freire (2004 p.45): “ensinar exige respeito aos saberes dos educandos” refletindo com eles a razão de ser destes saberes.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família traz na sua concepção teórica grande possibilidade para viabilização das ações educativas uma vez que a equipe conhece a clientela, seus valores, suas representações e as relações que acontecem no seu espaço social.

A prevenção de agravos e a detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados são medidas que devem ser adotadas para a manutenção da capacidade funcional do idoso. Todas estas ações envolvem processos educativos e informativos, portanto, deverão estar disponíveis nas unidades de saúde com os Agentes Comunitários de Saúde e as Equipes de Saúde da Família, buscando também a integração intersetorial (BRASIL, 1999).

A atenção à saúde do idoso neste modelo assistencial requer uma atenção especial com medidas de promoção, de proteção específica, de identificação precoce e minimização ou eliminação dos fatores de risco através de intervenções que envolvam os idosos sua família e a comunidade.

Sobre a atenção ao idoso, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, recomenda que “a equipe de saúde precisa estar sempre atenta

à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social [...]” (SILVESTRE; COSTA NETO 2003 p.844-845).

Estes autores destacam as competências, atribuições e habilidades da equipe de saúde da família voltadas ao idoso: identificação dos problemas de saúde e situações de risco aos quais os idosos estão expostos e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos; reconhecimento das diferenças entre envelhecimento normal e as características patológicas que podem instalar-se nesta fase; compreensão da atenção básica à saúde do idoso enquanto processo educativo que o estimula a manter-se no controle de sua vida e de sua saúde pelo maior tempo possível; desenvolvimento de ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio; construção coletiva de um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso; e desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva baseadas nos fatores de risco universais à saúde da pessoa idosa.

O (a) enfermeiro (a) como membro da equipe de saúde da família desempenha um importante papel no cuidado à pessoa idosa através de um olhar que considere os aspectos biopsicosociais espirituais vivenciados pelo idoso e sua família, buscando integrar as dimensões conhecidas e as que podem ser desveladas, tendo em vista “a promoção do viver saudável e a exaltação da vida no processo de envelhecer, a compensação de limitações e incapacidades, a provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento; tratamento e cuidados específicos; facilitação do processo de cuidar” (GONÇALVES, 2002).

Gonçalves (2002) advoga que na promoção de um viver/envelhecer saudável, o foco do cuidado de enfermagem aponta para a educação para “a vida e saúde” sempre em integração com a equipe multiprofissional.

No cuidado ao idoso doente, a enfermagem é uma área reconhecida desde os primórdios da profissão. Atualmente vem dando relevantes contribuições na atenção ao idoso sadio promovendo ações que objetivam garantir uma melhor qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional desse segmento etário (DUARTE, 2004).

Para atingir esses objetivos, Duarte (2004, p. 59) aponta que as ações dos enfermeiros devem estar voltadas para

Resgatar os conceitos de cidadania do idoso, mantendo-o inserido na família e na comunidade através de programas educativos, preventivos, terapêuticos, de reabilitação e promocionais; mobilizar a comunidade e os próprios idosos para participarem do processo da reformulação de atenção à saúde visando os indivíduos que envelhecem; adotar estratégias para o atendimento das necessidades básicas do idoso contando com a sua participação ativa e aproveitando os recursos públicos disponíveis.

Porém, Valsecchi, (apud OLIVEIRA, 2005), salienta que as ações desenvolvidas para esta população ainda permanecem muito aquém do necessário, do esperado e do desejável. Para superar esta situação Oliveira (2005) alerta que é urgente a necessidade de mudanças, se não para cumprir as diretrizes da PNSI, pelo alto investimento financeiro com o atendimento baseado no modelo biomédico, o que não significa melhor qualidade da assistência à população idosa.

Ao tomar conhecimento da programação e pactuação Integrada da atenção básica para 2005, constatei que as ações propostas aos municípios, no que diz respeito à saúde do idoso, limitam-se ao atendimento clínico, à campanha de vacinação, à realização de exames, ao encaminhamento para serviços de maior complexidade, ao acesso ao medicamento e à visita domiciliar, não estando aí incluídas ações específicas de promoção da saúde do idoso como prevê a PNSI.

O Programa de Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (PROSI) vem tentando cumprir com as diretrizes da Política Nacional do Idoso no que se refere ao treinamento de recursos humanos para o atendimento a esta clientela. Dados relativos à capacitação das equipes de Saúde da Família em Noções Básicas de Atendimento ao Idoso para implantação do PROSI mostram que em dez treinamentos realizados em 2004, abrangendo 106 municípios, foram treinados 587 profissionais (PROSI, 2005). Os dados revelam ainda a existência de profissionais capacitados em 25% dos 416 municípios do estado. Porém, apenas 13% destes foram considerados pelos técnicos em situação de implantação do programa (PROSI, 2005). Apesar desse esforço para descentralizar as ações do PROSI, este é um quadro revelador de que o idoso como grupo que demanda uma atenção integral e específica ainda não ocupa a agenda de prioridades da imensa maioria dos gestores de saúde no estado.

A promoção da saúde dos idosos, de acordo com os princípios de promoção da saúde da Carta de Otawa, supõe modificações nas políticas e serviços que lhes são oferecidos compreendendo a criação e reestruturação de estratégias que influenciem o bem estar deste grupo etário (QUINTERO, 1994).

No Brasil, o rápido envelhecimento da população vem causando importante modificação na sua pirâmide etária constituindo o processo de transição demográfica determinado sobremaneira por dois fatores já bastante evidenciados por estudos demográficos: a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias a partir da década de 40 e, principalmente, a acelerada queda da fecundidade que vem ocorrendo desde a década de 60, passando de 6,2 para 2,9 filhos por mulher em 30 anos (VERAS, 2001).

No Brasil, a esperança de vida dobrou em poucas décadas a uma velocidade muito maior do que nos países desenvolvidos, passando de 43 anos em 1950 para 68 em 2000, podendo ultrapassar os 75 anos em 2025. Nesse período, a população idosa terá crescido 15 vezes enquanto o restante da população crescerá apenas cinco vezes (IBGE, 2000).

De acordo com o (IBGE, 2000), a população idosa no Brasil atingiu um contingente de 14 536 029 pessoas de 60 anos e mais, representando um percentual de 8,6% da população total. As projeções indicam que nos próximos 20 anos esta população poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, ou seja, quase 13% da população, elevando o Brasil ao sexto lugar entre os países com a população mais velha do mundo.

Semelhante a outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil caracteriza-se por ser um fenômeno marcadamente urbano fruto do intenso fluxo migratório resultante do processo de industrialização, interferindo positivamente no acesso aos serviços de saúde e ao aparato tecnológico biomédico que influenciaram os fatores determinantes da transição demográfica.

Para uma melhor compreensão do alcance deste fenômeno no Brasil, basta, como nos mostra Monteiro e Alves (1995), comparar a população de 10,7 milhões de idosos em 1991 com alguns países da Europa como, por exemplo, Portugal e Bélgica com uma população de 9,8 milhões e Grécia cuja população total, no mesmo período, correspondia a 9,7 milhões de habitantes.

Segundo dados de pesquisa divulgada em dezembro de 2004 a expectativa de vida do brasileiro passou de 62, 5 anos em 1980 para 71 anos em 2004 (XAVIER, 2004). Outro dado que revela o impacto dessa transição é o índice de envelhecimento⁷ nacional que passou de 25 em 1996 para 35,4 em 2003. No

⁷ Índice de envelhecimento - é definido como o número de idosos para cada 100 indivíduos jovens por ano (IBGE, 2000).

Nordeste e na Bahia os índices de envelhecimento também acompanham este crescimento passando de 22,0 para 29,9 no Nordeste, e na Bahia de 21,5 para 30,2 no mesmo período. Assim, as estimativas para 2005 indicam um enorme contingente de pessoas com 60 anos ou mais de idade configurando o seguinte quadro: 16.050.339 no Brasil, 4.388.022 no Nordeste, 1.180.139 na Bahia e 7.068 em Santo Antonio de Jesus (DATASUS, 2004).

No Brasil, os centenários que somavam 13.865 em 1991, chegaram a 24.576 em 2000 representando um aumento de 77%, sendo que a Bahia ocupa o 2º lugar no cenário nacional com 2.808 centenários, depois de São Paulo com 4.457 pessoas com cem anos ou mais (IBGE, 2002).

Para Mota (2002), no cenário brasileiro atual já se vislumbra um reconhecimento social dos idosos conseguido através da imagem de dinamismo por eles construída, de participação em grupos, ou mesmo pela visibilidade que lhes é dada pela imprensa. Porém, apesar destes avanços, Birman (1995, p.43) diz que o idoso “continua desinserido do lugar de agente social [...] um sujeito em suspensão capaz apenas de olhar para o passado com menor severidade, mas ainda sem o futuro como possível” à espera de um novo e mais satisfatório espaço que depende de uma ação política efetiva, reconhecida por toda a sociedade (MOTA, 2002). Corroborando com Birman, Goldman (1999, p.sp) acrescenta que

as condições objetivas de vida da população interferem diretamente sobre o envelhecimento tanto no aumento da expectativa de vida quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem, através de políticas sociais na área da saúde, da previdência e da assistência.

Embora no Brasil o panorama demográfico venha acompanhando o panorama mundial em termos do envelhecimento populacional, muitas características diferenciam o cenário brasileiro daquele dos países desenvolvidos. No mundo desenvolvido, o aumento da expectativa de vida é resultante de consideráveis avanços nas condições de vida das populações, determinadas pelo Estado de Bem-Estar Social que aí se instaurou.

Porém, como afirma Goldman (1999), mesmo nestes países o modelo neoliberal vem comprometendo os direitos sociais, ampliando o número de excluídos. Frente à consolidação desta perspectiva neoliberal, o panorama se configura muito mais pessimista para nós do mundo em desenvolvimento onde este

Estado de Bem-Estar nunca se estabeleceu e que ainda carregamos o enorme peso dos problemas sociais, políticos, econômicos e culturais sem muitas perspectivas de solucioná-los (GOLDMAN, 1999; ASSIS, 2004a).

Confirmando esta situação, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) divulgou recentemente dados de 2003 referentes a estudos realizados com base no Índice de Desenvolvimento Humano, mostrando que “o Brasil continua ser um dos países mais desiguais do mundo”, só perdendo em concentração de renda numa lista de 130 países, para Serra Leoa na África (IPEA, 2005).

O referido estudo traz também o reflexo das desigualdades na situação de saúde, como mostra outra notícia: “uma parte do Brasil ainda sofre com doenças típicas da miséria, como tuberculose e diarreias, além da malária e febre amarela e outra parte morre de problemas cardíacos e câncer”. Embora a previsão do estudo seja de aumento das doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis como a tuberculose e outras, “continuam a incomodar” (IPEA, 2005).

Aqui no Brasil a realidade mostra que, apesar da população estar vivendo mais tempo, as condições sócio-econômicas e sanitárias decorrentes da política recessiva imposta à sociedade não possibilitam os meios necessários para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos (KALACHE, 1990, 1991, apud UCHOA, 2002). Berquó (1999 apud UCHÔA E OUTROS, 2002) acrescenta que esta situação ainda é mais grave quando se leva em conta as enormes desigualdades que marcam o país, o que pode contribuir para reforçar a desigualdade na qualidade de vida dos idosos, aumentando assim a sua chance de exclusão.

Diante do exposto e considerando que o envelhecimento, em que pese ser um fenômeno biológico, é um processo no qual interfere todo um contexto sócio econômico, político, cultural e geográfico, considere pertinente evidenciar a condição desigual do idoso, mostrando alguns indicadores a nível nacional, da região Nordeste e do estado da Bahia, espaço onde estão inseridos os sujeitos desta pesquisa.

Em nosso país, apesar de algumas mudanças apontarem, ainda que timidamente, para uma melhoria na atenção ao idoso, os indicadores confirmam uma realidade distante do que preconizam as políticas de atenção a esta população.

Ao comparar os anos de estudo de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos, por exemplo, observo que enquanto na região Sul 21,4% não têm instrução ou têm apenas um ano de estudo e 4,1% estudaram durante oito anos, no Nordeste estes

números passam para 56,1% e 3,1%, respectivamente. Na Bahia, estes dados não diferem dos dados para a região Nordeste.

Segundo dados do IBGE (2001), quanto à renda, os idosos não escapam da desigualdade que se observa na sociedade como um todo, considerando que para 28,7% deles, a nível nacional, a renda familiar per capita era de mais de meio a um salário mínimo mensal em 2001. No Nordeste este percentual era de 40,7 % e na Bahia de 39,3%. No Sul, este dado cai para 24,8%.

Quanto à saúde, Xavier (2004) coloca que segundo pesquisa do NESPE⁸, 73% dos idosos dependem exclusivamente do SUS cujo atendimento ainda não contempla o idoso em sua especificidade, haja vista a ausência de recursos humanos treinados e o baixo índice de implantação do Programa de Saúde do Idoso (PROSI) nas Unidades de Saúde da Família.

O quadro epidemiológico que vem se delineando, em decorrência das mudanças demográficas, merece especial atenção por parte dos formuladores de políticas no sentido de direcionar ações específicas para diminuir os riscos de incapacidades no idoso, garantindo assim um envelhecimento com qualidade de vida.

Dados de 1997 revelam que o tempo médio de permanência no hospital era de 6,8 dias e a taxa de hospitalização por 1000 indivíduos era de 165 nesta faixa etária que representava 7,9% da população, enquanto na faixa de 0 a 14 anos que correspondia a 33,9% da população a taxa de hospitalização era de 46 por 1000 (VERAS, 2002).

⁸ NESPE-Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento do Ministério da Saúde.

PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

“Os saberes, as verdades, são, hoje em dia mais do que nunca, parciais e provisórios, esperando a cada segundo por um novo conhecimento ou afirmação que o derrube ou esperançosamente, o transforme em algo novo, um mito, uma mutação, uma recriação, ou um retorno à sabedoria”.

Wong Un

2 PERCURSO TEÓRICO – METODOLÓGICO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A Teoria das Representações Sociais utiliza vários métodos sistemáticos de observação e análise para compreender o conhecimento do senso comum (JODELET, 2001).

Para Minayo (1994, p. 134), a abordagem qualitativa é mais adequada para apreender as representações sociais dos sujeitos da pesquisa porque esta abordagem permite

compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica como dos usuários a quem se destinam.

Minayo (1994, p. 22) afirma ainda que o método qualitativo privilegia como objeto as “crenças, valores e significados dos sujeitos em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe”.

Assim, apoiada nesta autora, para atingir os objetivos estabelecidos para a presente investigação, optei pela abordagem qualitativa e pela teoria das representações sociais.

Ao eleger a perspectiva das representações sociais como base teórica para este estudo, busco, como coloca Servo (2001 p.97), “questionar a realidade, reconhecer as representações que são ocultantes”, pois comungo com a autora que, citando Lapassadé, diz: “acredito que aquilo que não se sabe, uma vez desocultado, pode fazer mover a prática social, ao menos no que se relaciona às práticas sociais” (SERVO 2001 p.97).

Servo (2001) esclarece ainda que a realização de um estudo assentado na Teoria da Representação Social depende de que o objeto da representação proposta exista como objeto de representação para o sujeito, e que esses sujeitos possam, numa situação favorável à sua expressão, comunicar sua representação.

Ao buscar as representações sociais de idosos, procuro, apoiada em Moscovici (apud TURA 2004), compreender o que eles pensam sobre as ações educativas não como receptores passivos, mas como sujeitos que têm autonomia em comunicar suas idéias originadas nas relações que se travam nestes eventos. Além de compreender este significado, o acesso a estas representações permitirá também conhecer como os idosos utilizam o conhecimento elaborado a partir dessas ações educativas no cuidado com a sua saúde.

2.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais originou-se na Europa com o clássico estudo desenvolvido por Serge Moscovici – “A Psicanálise: sua imagem e seu público”, que objetivava compreender como a população concebia a Psicanálise. Moscovici tomou como base para desenvolver a sua teoria os fundamentos da Sociologia moderna de Émile Durkheim com a noção de representações coletivas. Porém, substituiu as representações coletivas de Durkheim por representações sociais por entender que estas se adequavam mais ao contexto moderno onde as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem com muita rapidez, enquanto que as representações coletivas eram mais apropriadas às sociedades menos complexas (FARR, 1995).

O ponto principal que diferencia as representações coletivas de Durkheim e as representações sociais de Moscovici é que para o primeiro as representações coletivas, como fenômenos reais, são intrínsecas aos fatos universais, nascem do coletivo, mas não passam pela consciência individual. Assim, enquanto as representações sociais de Moscovici têm como base a consciência individual as representações coletivas se baseiam na sociedade em sua totalidade (MOSCOVICI, 2001). Dessa forma, as representações coletivas de Durkheim dizem respeito a uma gama de formas mentais representada pelos mitos, pelas religiões, costumes, ciência, espaço, tempo, opiniões, saberes e outros fenômenos (MOSCOVICI, 2001, 2003).

Segundo Moscovici (2001), a concepção de Durkheim confere homogeneidade às representações coletivas que serão vividas por todos os membros de um grupo de maneira uniforme. Isso fortalece o vínculo entre eles fazendo com que essas representações perdurem por várias gerações. Enquanto

Durkheim concebia as representações coletivas como algo estático, Moscovici (2003) as vê como estruturas dinâmicas que acontecem nas relações e se realizam através dos comportamentos que surgem e desaparecem junto com as representações.

Para uma melhor compreensão da teoria das representações sociais é necessário retomar seu conceito à luz do pensamento de vários autores: Wagner (1998, p. 3) define representações sociais como um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo e simbólico, sobre um fenômeno relevante que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social.

Este autor menciona que existe uma unidade entre o pensar e o agir nas representações sociais das pessoas. Dessa forma, elas vão além de uma imagem estática do objeto, influenciando também o comportamento das pessoas e a prática interativa de um grupo.

Por sua vez, Jodelet (2001, p. 22) ressalta que “representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito se reporta a um objeto isto é, uma pessoa, uma coisa, uma idéia, um acontecimento material, psíquico ou social”. Esta autora reconhece representações sociais como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social e refere a diferenciação entre conhecimento científico e representação social sendo esta considerada como um saber do senso comum, um saber ingênuo, mas que nem por isso perde sua legitimidade como objeto de estudo devido a sua importância na vida social (JODELET, 2001)

Entendo que reconhecer a legitimidade de todo este arsenal de saber que o idoso poderá evidenciar através de suas representações sociais se constitui no primeiro passo para que as ações educativas se configurem como uma troca de saberes onde o idoso é o sujeito, que embora apoiado no saber científico do profissional, decidirá sobre sua vida e sobre sua saúde.

Para Minayo, (1995) representações sociais são categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a, e por retratarem essa realidade, podem servir para análise do social e também para a ação político pedagógica de transformação, uma vez que são verdadeiras e contraditórias. Minayo (1994, p. 173) coloca ainda que “as representações sociais são fruto da vivência, das contradições que permeiam o dia-a-dia dos grupos sociais

e expressam o seu entendimento com seus pares, seus contrários e com as instituições”.

É essa realidade vivida, na qual se movem, constroem e explicam sua vida através do conhecimento acumulado que os atores sociais representam. (MINAYO, 1995). Esse conhecimento constitui a base à qual o idoso poderá recorrer para ancorar as suas representações do novo conhecimento gerado nas interações que devem permear o espaço das ações educativas em saúde.

A ancoragem é um dos processos básicos propostos por Moscovici para a construção das representações sociais. Diz respeito ao processo de integração do conhecimento novo ao conhecimento pré-existente, isto é, o estranho é ancorado nas representações já existentes, transformando-se em familiar (MOSCOVICI, 2001; 2003).

Tura (2004, p. 25) citando Jodelet (1984), coloca que esta “incorporação da novidade ao conhecimento pré-existente se dá através da comparação, assimilação, categorização e julgamento do objeto a ser incorporado”. O processo de categorização consiste em comparar o estranho aos paradigmas que aceitamos como apropriados e com eles estabelecemos uma relação que nos leva a aceitá-lo ou a rejeitá-lo caso esta relação seja negativa ou positiva (Moscovici, 2003).

O outro processo para a construção das representações sociais proposto por Moscovici (2003) é a objetivação que, conforme coloca Jodelet (2001), é o processo pelo qual um esquema conceitual se torna real. É transformar uma imagem em uma realidade material. Tem como função “transformar algo abstrato em quase concreto, transferir o que está na mente em algo que existe no mundo físico” (MOSCOVICI, 2003, p.61). Isto é, “materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado” (NÓBREGA, 1993, sp).

Moscovici (2003) postula que estes dois mecanismos do pensamento permitem transformar palavras, idéias ou seres não familiares em algo próximo e familiar baseando-se na memória e em conclusões passadas.

É através da memória que o idoso acessará suas experiências passadas para transformar este conteúdo formado pelas relações, conhecimentos e práticas que se processam no interior das equipes de saúde da família, em algo familiar que poderá influenciar positiva ou negativamente a forma como vivencia o seu envelhecimento e lida com as questões relacionadas à sua saúde.

Confirmando o caráter contraditório das representações sociais e contrariando a homogeneidade de Durkheim, Spink (1995) afirma que seus conteúdos são heterogêneos, não havendo consenso entre eles, coexistindo, portanto, no senso comum a coerência, a diversidade e a contradição. Spink (1995) adverte ainda que uma vez que se constituem em estruturas cognitivo-afetivas as representações sociais devem ser entendidas a partir do contexto em que foram geradas e da função que exercem nas interações sociais, não devendo ser reduzidas apenas ao seu conteúdo cognitivo.

Diante do exposto, embora os idosos desta pesquisa convivam no mesmo espaço social, não se pode esperar que o conteúdo de suas representações sociais sobre as ações educativas em saúde seja homogêneo, uma vez que estes apresentam enorme variedade de experiências decorrentes da sua história de vida, da forma como vivenciam o processo de envelhecimento e os recursos de que dispõem no enfrentamento de seus problemas de saúde.

Para Spink (1995), as representações sociais atuam na interpretação da realidade regendo as relações dos indivíduos com seu meio físico e social. Assim, elas determinam o comportamento e as práticas, funcionando como um guia para suas ações. Nesse sentido, Beserra (2000, p.62) afirma que

as práticas profissionais vistas a partir das representações sociais possibilitam um olhar mais subjetivo, não mais as considerando tão somente como esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. Mas como expressão das subjetividades que se expressam inseridas em dado espaço social.

Segundo Abric (1998), as representações sociais exercem quatro funções essenciais:

- 1- Funções de saber - permitem compreender e explicar a realidade. Através desta função os atores sociais adquirem um conhecimento, compreendem-no, assimilam e o integram em um quadro de referência. Para Bispo (2001), esta função possibilita descrever e mostrar um fenômeno que embora existindo ainda não era percebido.
- 2- Função identitária - define a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos.
- 3- Função de orientação - atua como um guia dos comportamentos e das práticas. A partir do conhecimento das concepções dos indivíduos sobre

sua realidade pode-se elaborar possíveis respostas para suas insatisfações (BISPO, 2001).

- 4- Função justificadora – justifica a tomada de posição e o comportamento, intervém na avaliação da ação e permitindo aos atores explicarem suas condutas em uma situação ou para seus parceiros.

Abric (1998) ressalta que para a compreensão da dinâmica das interações sociais é importante se conhecer a “visão de mundo” dos grupos porque suas ações e posição são pautadas nesta visão e o seu conhecimento permite compreender os determinantes das práticas sociais.

A representação social não é um simples reflexo da realidade, ela é uma organização significativa cujo significado depende das circunstâncias do contexto imediato e do contexto global como o social e ideológico, a posição do indivíduo na sociedade, sua história pessoal e do seu grupo e do seu sistema de valores (ABRIC, 1998).

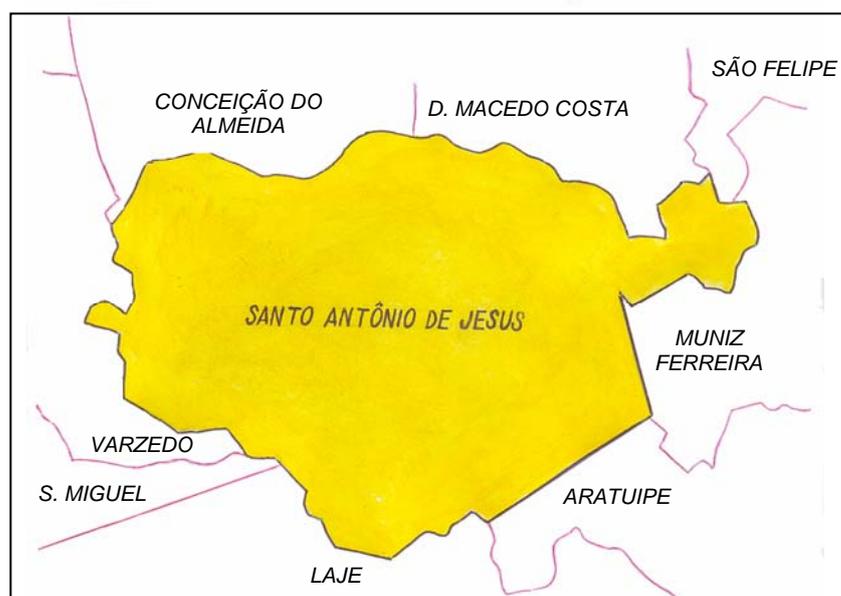
Para Moscovici, citado por Tura e Moreira (2004), através das representações sociais estuda-se indivíduos e grupos não como receptores passivos, mas como sujeitos que pensam de forma autônoma, produzem e comunicam suas idéias no seu meio social.

2.3 O CAMPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em Santo Antonio de Jesus, município localizado na região do Recôncavo Sul no estado da Bahia, cuja sede é também conhecida como “Cidade das Palmeiras”. Situada às margens da BR 101, a sede do município de Santo Antonio de Jesus fica a uma distância de 187 km da Capital.

Com extensão de 252 km, uma população de 77.638 habitantes (IBGE, 2000) estimada em 85.536 habitantes para 2005 (DATASUS 2004), Santo Antonio de Jesus é hoje um dos mais importantes municípios da região.

FIGURA 1



Mapa geográfico de Santo Antonio de Jesus Fonte: IBGE

A origem de Santo Antonio de Jesus remonta aos descendentes dos índios de Pedra Branca, aos quais foram se juntando os primeiros colonos atraídos pelas terras férteis e pela excelência de suas matas. Porém, foi a partir da construção de uma capela erguida na localidade pelo então padre Matheus Vieira de Azevedo, em 1777, que a cidade foi se constituindo. Em 1779, já com a capela concluída, novos moradores foram surgindo e erguendo suas casas ao redor da mesma, formando assim um núcleo urbano que atraía negociantes, mascates e prestadores de serviços (MMA, 2005).

As terras do atual município de Santo Antônio de Jesus foram ocupadas entre os séculos XVII e XVIII, acompanhando o processo de colonização do Vale do Rio Jaguaripe. Além da lavoura de cana-de-açúcar, que acontecia no restante do Recôncavo, a cultura da mandioca foi, dentre outros, o fator predominante de fixação da população e de elevação da vila à município, criado em 29 de maio de 1880.

A partir daí o município foi se organizando, se constituindo em um pólo de concentração de negócios para onde se dirigiam viajantes de toda parte vendendo e comprando mercadorias, influenciando a fixação de operários.

FIGURA 2



Vista antiga da Estação Ferroviária.

Acervo de Edvaldo de Souza

Em 1832, com a criação do Juizado de Paz e da Guarda Nacional, foram também instaladas escolas públicas e a capela foi promovida de capela-templo para capela - arraial que em 1852, com a criação da freguesia, transformou-se em Igreja Matriz. Em 29 de maio de 1880 a freguesia elevou-se à categoria de Vila cujo comércio tomou grande impulso com a inauguração da estrada de ferro neste mesmo ano, trazendo dinamismo à população com a circulação de jornais da capital, a instalação de novos prédios e ruas, sendo elevada à categoria de cidade pelo governador do estado em 30 de junho de 1891.

No século XX, a cidade continuou a se desenvolver surgindo a iluminação pública com motor movido à lenha e alcançam grande relevância a cultura do café e do fumo e a extração do manganês.

Em 1947 foi criada a comarca de Santo Antonio de Jesus. Com a chegada da luz elétrica e mais recentemente da BR 101 a cidade ganhou outro grande impulso principalmente no tocante ao desenvolvimento comercial, de serviços e ao crescimento demográfico resultando em grande pólo de convergência entre os municípios vizinhos. (MMA, 2005).

FIGURA 3

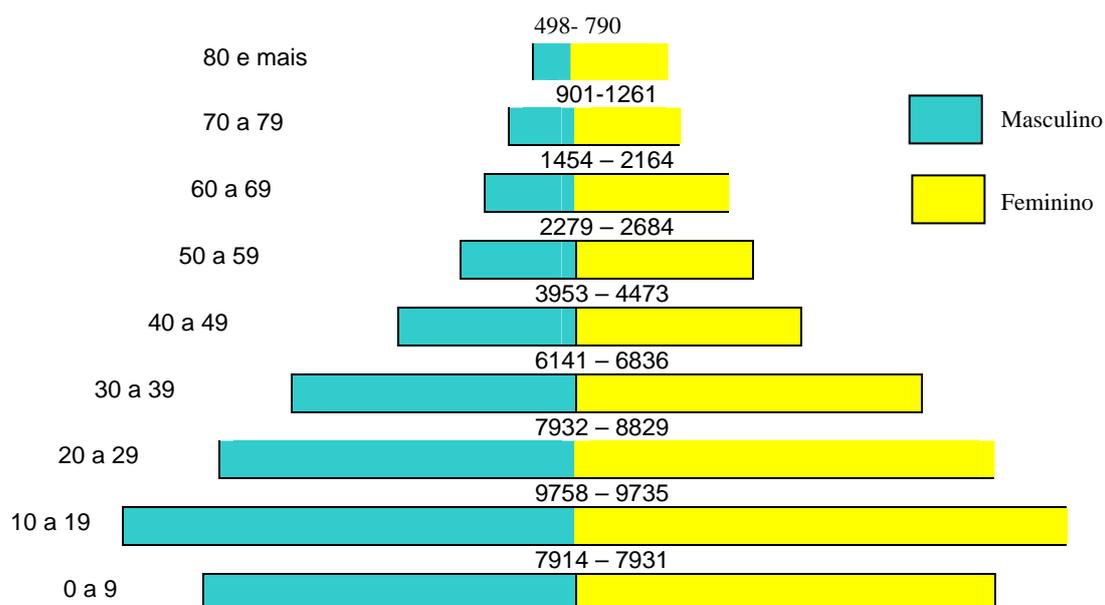


Praça da Matriz - Santo Antonio de Jesus

Acervo MMA 2006

O município vem acompanhando o crescimento verificado no país. Em 2000 o censo acusava um quantitativo de 6.393 pessoas de 60 anos e mais, representando 8,2 % da população (IBGE, 2000). Para 2005 as estatísticas oficiais estimaram uma população de 7.068 idosos representando 8,3% da população.

FIGURA 4



Fonte: IBGE, Censos e estimativas 2003.

Pirâmide etária de Santo Antonio de Jesus

Santo Antonio de Jesus integra a Macro Região Nordeste no Plano Diretor de Regionalização⁹ (PDR), constituída por dez microrregiões e, por sua estrutura na rede de serviços de saúde, é a sede da micro-região do mesmo nome que abrange vinte e três municípios. É sede da 4ª região administrativa abrigando a 4ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), 4ª Diretoria regional de Educação DIREC 4 e outros órgãos da administração estadual (SANTO ANTONIO DE JESUS, 2004).

No que concerne à educação, os dados do último censo comparados com os de 1991(Brasil 2005) mostram que houve uma diferença positiva nas taxas de alfabetização. Enquanto em 1991 tinha-se 69,2% da população alfabetizada, esta taxa passou para 81,6% em 2000.

O município conta com uma rede de escolas estaduais, municipais e privadas que atende a sua população e ainda alunos de cidades circunvizinhas contando também com um Campus da Universidade Estadual da Bahia que oferece a toda micro-região curso de licenciatura plena nas áreas de Letras, História, Geografia e bacharelado em Administração, cursos de especialização *latu senso*, mestrado multidisciplinar em Memória, Cultura e Desenvolvimento Regional, além do curso de extensão voltado para a terceira idade que atende idosos das comunidades no entorno do Campus (MMA, 2005; UNEB, 2006).

Em relação à área da saúde, o município integrado ao Sistema Único de Saúde, está habilitado na gestão plena do sistema desde 2003. Os indicadores da atenção básica mostram que até o primeiro semestre de 2006, ao finalizar este estudo, a cobertura do PSF atinge um total de 75.676 pessoas, sendo 66.615 na zona urbana e 11.223 na zona rural, o que corresponde a uma média de 71% da população; o número de famílias cadastradas corresponde a 10.206 na zona urbana e 2.848 na zona rural. (SIAB, 2006)¹⁰. A rede básica de saúde compõe-se de 17 equipes de saúde da família implantadas, sendo 14 na zona urbana e 3 na zona rural e quatro unidades básicas de saúde. A rede de média e alta complexidade é formada por um hospital da Santa Casa de Misericórdia conveniado com o SUS, dois hospitais privados sendo que um atende também pelo SUS, uma policlínica e diversas clínicas privadas que oferecem serviços especializados (SANTO ANTONIO DE JESUS, 2006).

⁹ Plano Diretor de Regionalização

¹⁰ SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Ao comparar as internações entre as faixas de 20 a 49 anos e 65 anos e mais, em Santo Antonio de Jesus, percebi que enquanto na faixa etária de 20 a 49 anos as doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representavam 3,4%, 7,5% e 0,8% respectivamente; na faixa de 65 anos e mais estes percentuais se elevavam para 12,2%, 25,9% e 7,3% respectivamente (BRASIL, 2004).

A Associação dos Aposentados existente no município dispõe de um ambulatório com especialistas em clínica médica e cardiologia que mantém convênios com serviços privados para atender aos associados através de descontos.

O município de Santo Antonio de Jesus, até o presente momento não tem definida uma Política Municipal do Idoso, que ainda não é contemplado com ações específicas no atual plano municipal de saúde.

O campo para realização desta pesquisa constituiu-se de quatro Unidades de Saúde da Família. Três localizadas na zona urbana em bairros periféricos da cidade, com uma média de 3.310 famílias cadastradas equivalendo a uma cobertura de 12.553 pessoas, e uma na zona rural que atende 649 famílias, num total de 2.491 pessoas cadastradas.

Victora (2000) define a entrada no campo como a forma de acesso ao grupo pesquisado e diz que para que o pesquisador consiga uma boa inserção é preciso algum nível de empatia. Acredito ter alcançado esta empatia no momento em que visitei estas USF's (Unidades de Saúde da Família), expus os objetivos da pesquisa para a equipe de saúde e estabeleci os primeiros contatos com os idosos que por ventura estavam presentes no momento da visita.

Adotei como critério para seleção destas unidades de saúde o fato de terem sido as primeiras implantadas no município entendendo que, dessa forma, o vínculo dos usuários com a unidade e a equipe já fossem mais estreitos, embora esteja ciente de que a rotatividade que acontece entre os profissionais destas equipes ainda se constitua num problema para o Programa Saúde da Família.

A população idosa destas áreas está estimada em 1.184 pessoas, conforme detalhado no quadro a seguir:

**QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PESQUISADAS**

Unidade de Saúde da Família	Localização	Famílias cadastradas	População coberta	Nº idosos
USF-A	Zona urbana	1 132	4 216	374
USF-B	Zona urbana	984	3 688	185
USF-C	Zona urbana	1 194	4 649	407
USF-D	Zona rural	649	2 491	218

Fonte – SIAB 2006

2.4 O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa se constituíram de 11 idosos usuários das quatro Unidades de Saúde da Família pesquisadas e residentes na sua área de abrangência.

A minha opção em trabalhar com idosos usuários das Unidades de Saúde da Família se justificou por acreditar que esta estratégia, como proposta de reformulação do modelo de atenção à saúde, possibilite novas perspectivas de abordagem de educação em saúde. Embora ainda não contemplem o usuário idoso como grupo alvo de intervenções específicas, este está incluído nas atividades educativas dos programas desenvolvidos pela equipe de saúde. Outro critério de escolha se deve a uma maior facilidade de localização dos sujeitos, uma vez que o PSF trabalha com população adstrita em área delimitada.

Delimitei como recorte as pessoas de 60 anos ou mais, caracterizadas como idosas conforme recomendação da OMS, sem comprometimento aparente de sua autonomia e capacidade cognitiva, que compareceram à unidade de saúde nos turnos matutino ou vespertino para qualquer atendimento, com qualquer membro da equipe de saúde durante o período da coleta de dados que realizei de outubro a dezembro de 2005.

Para a identificação dos participantes e buscando resguardar sua identidade, utilizei aleatoriamente nomes referentes a elementos da natureza que atribuí a cada

um deles. Assim, ao longo do texto, os participantes foram identificados como Sol, Terra, Lua, Nuvem, Brisa, Mar, Luz, Água, Onda, Flor e Estrela.

Participaram deste estudo dois homens e nove mulheres distribuídos nas faixas etárias: de 60 a 69 anos - seis idosos; de 70 a 79 - três idosos; e de 80 anos e mais - dois idosos.

As representações sociais se originam no contexto em que vivem as pessoas cujas experiências são determinadas por fatores sócio - econômico-culturais. No quadro a seguir, apresento as características sócio-demográficas dos entrevistados.

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Nome	Idade	Sexo	Sit. conjugal	Escolaridade	Renda fam.	Com quem vive
1. Terra	80	F	Viúva	Analfabeta	02 SM	Filho deficiente
2. Sol	75	M	Casado	Alfabetizado	01 SM	Cônjuge/ Filho
3. Lua	64	F	Viúva	1º grau	01SM	Sozinha
4. Nuvem	62	F	Viúva	Analfabeta	+ 01 SM	Filhos/ nora/netos
5. Brisa	64	F	Solteira	Analfabeta	-	01 Neto
6. Mar	67	M	União est.	Alfabetizado	01 SM	Comp/02 Filhos
7. Luz	65	F	Viúva	Alfabetizada	02 SM	02 Filhos
8. Água	87	F	Viúva	Analfabeta	01 SM	01 Neto
9. Onda	76	F	Viúva	Alfabetizada	01 SM	Sozinha
10. Flor	70	F	Casada	Alfabetizada	03 SM	Cônjuge, filhos, nora, netos
11. Estrela	70	F	Viúva	Analfabeta	03 SM	02 netos

Fonte: pesquisa de campo

O processo saúde-doença é o reflexo do viver diário no contexto sócio econômico e cultural das pessoas. No caso do idoso, essas dimensões têm ainda uma maior relevância, pois influenciam o seu processo de envelhecimento e interferem positiva ou negativamente na sua qualidade de vida. Portanto, entendi que conhecer as características sócio demográficas dos entrevistados facilitaria

compreender suas representações sobre as ações educativas, uma vez que estas emergem do contexto em que vivem estes sujeitos.

Confirmando os dados censitários sobre a feminização do envelhecimento no Brasil (IBGE, 2002), houve predominância do sexo feminino no grupo porque as mulheres se fizeram mais presentes na unidade de saúde no período da coleta de dados.

Embora as últimas estatísticas (IBGE, 2002) apresentem uma melhora nos indicadores relativos à educação para a população idosa, os dados para o grupo pesquisado se aproximam das estatísticas de escolaridade da população idosa no Nordeste¹¹. No grupo pesquisado, cinco (45,4%) dos 11 idosos não sabiam ler nem escrever, condição que contribui ainda mais para a exclusão do idoso uma vez que dificulta a sua participação efetiva na luta pela garantia dos seus direitos.

A renda é outro indicador que de forma decisiva determina as condições de vida do idoso e conseqüentemente interfere na sua saúde. Neste grupo, apenas quatro idosos tinham renda familiar de dois a três salários mínimos; um sobrevivia do trabalho informal; um recebia ajuda dos filhos e os outros sobreviviam da aposentadoria. Considerando a renda familiar e que somente dois idosos viviam sozinhos, concluo que a maioria era provedora dos outros membros da família com quem convivia.

Reafirmando as estatísticas oficiais (IBGE, 2003) quanto à situação conjugal, a viuvez foi o estado predominante entre as mulheres desse grupo. Na atenção à saúde do idoso é relevante conhecer seus arranjos familiares uma vez que a família é o principal elemento de suporte social e deve ser incluída nas ações educativas que envolvem esse grupo etário. Nesse grupo, apenas dois idosos vivem sozinhos, uma vive com um neto solteiro e os demais vivem com filhos, noras e netos.

2.5 A PRODUÇÃO DOS DADOS

2.5.1 A técnica de coleta dos dados

Na pesquisa qualitativa, a fase de coleta de dados, como as demais fases de um trabalho de pesquisa, se reveste de grande importância porque é a partir daí que

¹¹ No Nordeste, em 2000, o índice de analfabetismo entre idosos era de 56, 1%. IBGE 2000.

vai se originar o material de interesse do pesquisador, confirmando ou refutando seus pressupostos e objetivos.

A entrevista é “uma forma de interação social que através do diálogo uma das partes busca coletar dado e a outra se apresenta como fonte de informação” (Gil, 1999 p.117).

No campo da pesquisa em representações sociais vários métodos são utilizados para a coleta, a análise, a observação, a compreensão e a interpretação do conteúdo produzido (JODELET, 1989; MOSCOVICI, 1992 apud CAMARGO, 2005). Arruda (2005, p. 241) coloca que “a conversação é um dos espaços privilegiados para o surgimento da representação social”, sendo a entrevista o instrumento que mais se assemelha a uma conversa.

Minayo (1994, p. 109) também privilegia a entrevista como técnica de coleta de informações por

ter a fala a possibilidade de revelar as condições estruturais, os sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo ter a magia de transmitir , através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas.

Apoiei-me nestes autores citados e elegi a entrevista individual do tipo semi-estruturada como instrumento para a coleta dos dados necessários para alcançar os objetivos desta pesquisa, pois, ainda segundo Selltiz citado por Gil (1999, p.117), esta técnica se faz mais adequada porque permite “obter informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam e pretendem fazer, a respeito das coisas”.

As entrevistas foram realizadas por mim no período de outubro a dezembro de 2005. Foram marcadas previamente e realizadas após o primeiro contato com o idoso, de acordo com a preferência e a conveniência deste. Todas foram realizadas na residência do idoso o que permitiu uma maior interação com o mesmo, uma vez que o ambiente familiar proporcionou um clima de maior aproximação e confiança.

Atribuo grande importância ao momento da entrevista tanto para mim como para o entrevistado de forma que, objetivando conseguir eliminar a possibilidade de qualquer constrangimento e inibição durante a sua realização, busquei um maior envolvimento com o participante aproximando-me do mesmo através de uma breve conversa quando explicitarei melhor os objetivos da pesquisa e solicitei a sua

colaboração no sentido de conceder-me a entrevista, no que fui atendida sem nenhuma resistência por parte dos idosos. Esta aproximação foi facilitada pela companhia do agente comunitário de saúde da área que me conduziu até à casa do idoso permitindo assim que qualquer dúvida sobre a minha presença na comunidade fosse dirimida.

Nesse momento entreguei-lhe o termo de consentimento livre e esclarecido. Para o participante que por qualquer motivo não pôde fazer a leitura, esta foi realizada em voz alta por um familiar ou alguém da sua confiança e assinado pelo próprio participante, ou pela pessoa que fez a leitura, na impossibilidade deste.

Após o aceite do entrevistado, as entrevistas foram, então, gravadas por mim, com a utilização de um gravador e fitas magnéticas com a intenção de garantir a fidelidade da fala dos sujeitos e de que nenhum dado pudesse ser perdido.

Por ser uma técnica mais flexível, conforme refere Gil (1999), a entrevista facilitou o estabelecimento do vínculo com os idosos entrevistados o que possibilitou a sua cooperação e o esclarecimento das perguntas e respostas quando necessário.

O tempo de duração de cada entrevista foi em média de 30 minutos, no que busquei resguardar a individualidade de cada entrevistado.

No momento da entrevista o próprio idoso me forneceu seus dados de identificação que foram complementados por um familiar, quando necessário.

Uma vez que na pesquisa qualitativa não há uma preocupação com o número de entrevistados, pois o mais importante é o conteúdo manifesto ou latente, isto é, o significado que o sujeito atribui ao objeto, o número de pessoas investigadas foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, o momento em que novos sujeitos começaram a repetir as informações de forma que nenhum dado novo foi acrescentado. (GIL, 1999).

Para favorecer o (re)-velar e a apreensão das representações dos idosos sobre as ações educativas, a entrevista teve como guia um roteiro (APÊNDICE B) e as seguintes questões:

2. Como o (a) Senhor (a) compreende as orientações que recebe da equipe de saúde da unidade?
3. Cite alguma orientação que o (a) Sr (a) já recebeu da equipe de saúde.
4. Fale sobre as orientações que são dadas, como são realizadas pela equipe de saúde da unidade (tipo, recursos utilizados, e metodologia) e sobre a sua

participação (dificuldade/facilidade de participar, adesão às orientações, satisfação com o atendimento).

2.6 A ANÁLISE DOS DADOS

Anadón e Machado (2003, p.39) falam da existência de duas tendências metodológicas que apóiam os estudos em representações sociais: uma que privilegia os conteúdos “buscando definir o conjunto de elementos construído pelo grupo” atribuindo relevância ao sentido desses conteúdos produzidos a partir de um objeto social; e a outra defendida por vários autores (ABRIC, 1987; GUIMELLI, 1994 apud ANADÓN E MACHADO, 2003) que se preocupa com os elementos que estruturam estas representações.

Jodelet, (1989) traduzida por Anadón e Machado (2003, p. 41), afirma que “cada perspectiva traz uma pedra à edificação de uma ciência psicológica e social do conhecimento”. Dessa forma, uma não é a negação da outra. Portanto, a minha opção pela abordagem metodológica dos conteúdos se deveu à importância que atribuí ao conteúdo que emergiu a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa sobre as ações educativas.

Na pesquisa qualitativa todos os fenômenos, assim como todos os sujeitos, são revestidos da mesma importância. Daí a busca pela compreensão da experiência, das representações e dos conceitos elaborados por esses sujeitos através da análise deste material que se constituiu no elemento central nas análises da pesquisa (CHIZOTTI, 2001).

Após a coleta, os dados foram organizados por mim e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin que é “um conjunto de técnicas de análise de comunicação que contém informação sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental” (BARDIN 1977, p.31).

Chizotti (2001 p.85) define a análise de conteúdo como “um método de tratamento e análise de informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados consubstanciadas em um documento e se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, visual ou gestual”.

O objetivo desta análise é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou implícitas (CHIZOTTI, 1995).

A análise do material compreendeu as três etapas propostas por Bardin (1977): a pré-análise; a etapa da descrição analítica; e a etapa de interpretação propriamente dita.

A etapa da pré-análise consistiu na organização e ordenação do material. Nesta etapa, realizei a transcrição das entrevistas através de repetidas leituras para garantir a fidedignidade das falas dos sujeitos e ter uma primeira aproximação com o conteúdo. Em seguida, procedi à leitura vertical que é a leitura de cada entrevista e à leitura horizontal que é leitura de todo o conjunto dos dados empíricos.

A etapa da descrição analítica compreende o “estudo aprofundado do material orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (TRIVIÑOS, 1987, p.161) constituindo-se das seguintes fases: leitura exaustiva e flutuante; leitura mais aprofundada de cada entrevista para estabelecer os núcleos de sentido a partir das idéias centrais, sendo orientados pelos objetivos e os referenciais teóricos do trabalho.

Na primeira fase, procedi à leitura exaustiva e flutuante do conteúdo das entrevistas o que permitiu maior contato com o texto como um todo, tornando-o mais claro e possibilitando a visualização das idéias centrais sem, contudo, preocupar-me em estabelecer nenhuma categoria.

Na fase seguinte, realizei uma leitura mais aprofundada de cada entrevista, destaquei o que mais me chamou à atenção e o que considerei mais importante para a análise, como a repetição de palavras e expressões, as contradições e complementariedades, levando em conta as questões norteadoras. Estabeleci os núcleos de sentido a partir das idéias centrais que emergiram das falas dos sujeitos para a organização dos dados e uma primeira classificação dos mesmos.

Os núcleos de significação resultantes da análise do material coletado foram se delineando a partir da expressão dos idosos sobre as experiências que tiveram lugar em suas relações com os profissionais nos espaços das intervenções educativas na unidade de saúde.

Assim, estes núcleos de significação deram origem às seguintes categorias:

- o conteúdo abordado nas orientações recebidas
- a metodologia utilizada na ação educativa
- os limites e possibilidades da ação educativa (re) velados nas representações do idoso.

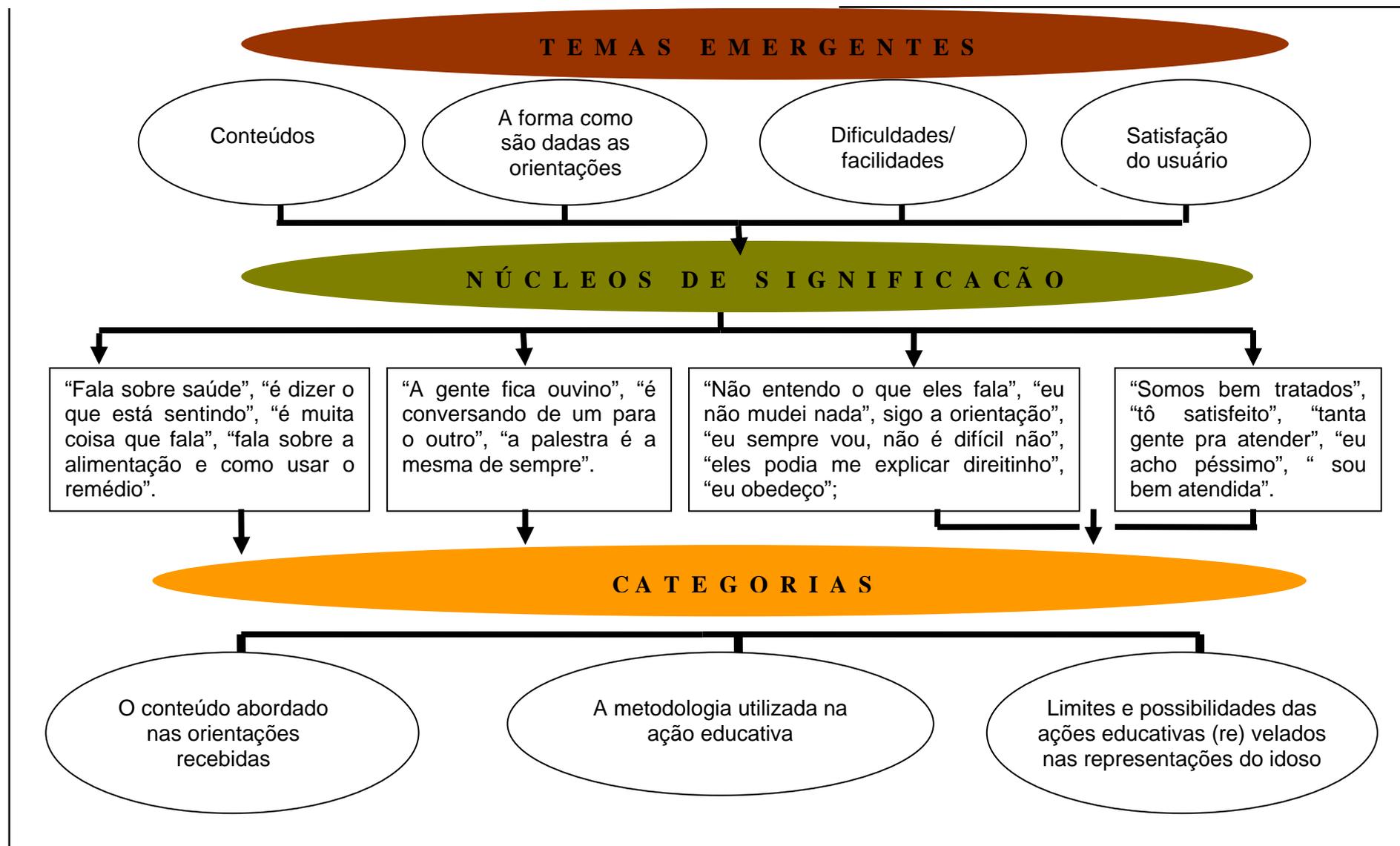
A construção destas categorias se deve às representações do idoso sobre as ações educativas originadas a partir de suas experiências com os profissionais nos serviços de saúde.

Nesta primeira análise foi possível delimitar, a partir dos discursos dos participantes, os temas emergentes que deram origem aos núcleos de significação como apresentado no quadro abaixo e sistematizado no fluxograma a seguir:

QUADRO 3

TEMAS EMERGENTES	NÚCLEOS DE SENTIDO	CATEGORIAS
Conteúdos	“Fala sobre saúde”, “é dizer o que está sentindo”, “é muita coisa que fala”, “fala sobre a alimentação e como usar o remédio”.	1. O conteúdo abordado nas orientações recebidas
A forma como são dadas as orientações	“A gente fica ouvindo”, “é conversando de um para o outro”, “a palestra é a mesma de sempre”.	2. A metodologia utilizada nas ações educativas
Dificuldades/facilidades de participar	“Não entendo o que eles fala”, “eu não mudei nada”, sigo a orientação”, “eu sempre vou, não é difícil não”, “eles podia me explicar direitinho”, “eu obedeco”;	3. Limites e possibilidades das ações educativas (re)velados nas representações dos idosos
Satisfação do usuário	“Somos bem tratados”, “tô satisfeito”, “tanta gente pra atender”, “eu acho péssimo”, “sou bem atendida”.	

FIGURA 5



FLUXOGRAMA 1 · Síntese da sistematização dos dados

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, encaminhei o projeto deste estudo ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana que foi aprovado e registrado sob o protocolo nº 038/2005.

A pesquisa com idosos, assim como toda e qualquer pesquisa com seres humanos, envolve questões relativas ao consentimento informado e a avaliação risco-benefício. A informação prestada deve permitir que o indivíduo compreenda os riscos, benefícios e desconfortos que podem ser gerados pela pesquisa (GOLDIM, 2005 sp).

No caso dos idosos esta etapa necessita de especial atenção quanto à utilização da linguagem adequada à sua realidade, à capacidade cognitiva e ao tempo necessário para que ele elabore suas respostas.

Para facilitar a compreensão do idoso, elaborei o texto do termo de consentimento livre e esclarecido em fonte de tamanho grande e procurei também me aproximar do universo vocabular do idoso. Após ter recebido a autorização dos órgãos competentes, iniciei a coleta de dados informando aos participantes sobre os objetivos e todo o processo de realização da pesquisa. Solicitei sua colaboração e entreguei-lhes o termo de consentimento livre e esclarecido para que fosse assinado caso consentissem em participar. Também para garantir a minha entrada no campo de pesquisa e resguardar a privacidade da equipe, encaminhei uma carta à Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio de Jesus que a enviou às equipes das unidades de saúde que fizeram parte do campo de estudo.

3.0 APRESENTANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DO ESTUDO: (RE)VELANDO E COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS, LIMITES E POSSIBILIDADES

“É urgente que nos reconheçamos como profissionais irremediavelmente educadores ou para aprofundar o processo de subordinação nosso e do outro com quem nos relacionamos ou para contribuir com o movimento de emancipação sempre plural”.

Paulo Freire

3 APRESENTANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DO ESTUDO:(RE) VELANDO E COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS, LIMITES E POSSIBILIDADES

Atendendo aos objetivos propostos para este trabalho - apreender as representações sociais do idoso sobre as ações educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família; apontar limites e possibilidades das ações educativas apreendidas a partir das representações sociais dos idosos - neste ítem, apresento e discuto as representações originadas a partir da análise do conteúdo apreendido nos relatos dos idosos sobre as ações educativas, isto é, do significado que estas orientações têm para estes sujeitos, que possibilitaram a construção das categorias: o conteúdo abordado nas orientações recebidas; a metodologia utilizada na ação educativa; e os limites e possibilidades da ação educativa (re) velados nas representações dos idosos, passo discutir a categoria

3.1 O CONTEÚDO ABORDADO NAS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

Esta categoria foi por mim definida a partir das representações dos idosos referentes aos conteúdos abordados pelos profissionais em sua intervenção na consulta médica, em palestras nos programas oficiais de diabetes e hipertensão onde estes estão inseridos e nas intervenções individuais ou coletivas da equipe de saúde.

As representações sobre as ações educativas explicitadas nos fragmentos dos discursos revelam que essas ações se caracterizam pela repetição de conteúdos que muitas vezes não são entendidos ou nada acrescentam ao ouvinte. Esta reflexão me fez recorrer a Freire (1981, p.96) quando diz que o ato educativo passa por uma discussão criadora

Ditamos idéias. Não trocamos idéias. [...] Não debatemos ou discutimos temas. Trabalhamos sobre o educando. Não trabalhamos com ele. Impomos-lhe uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda... [...] porque recebendo as fórmulas que lhe damos, simplesmente as guarda. Não as incorpora porque a incorporação é o resultado de busca de algo que exige esforço de recriação e de procura. Exige reinvenção.

É possível apreender nessas representações sobre as ações educativas, que estes conteúdos são repassados como prescrições que os usuários devem seguir sem que haja uma discussão acerca de suas dificuldades em atender as orientações e quais práticas utilizam na solução de seus problemas de saúde. Os depoimentos a seguir confirmam o que foi colocado:

Ele fica explicando do remédio, como é que a gente deve fazer as coisas, direitinho. Pra gente [...] se alimentar direitinho, pra não, pra...não comer coisa assim de sal, de sal,[...] eu gostei da palestra porque explicam tudo direitinho. Explicou que a gente deve cuidar da saúde da gente, tomar o remédio direitinho. (Estrela, 70 anos)

Embora a proposta do PSF seja orientada para um modelo pautado na vigilância à saúde, usuário centrado, com ações coletivas cujo foco se desloca da doença para as necessidades e riscos da população, nas representações dos entrevistados sobre as orientações dos profissionais, percebo que as ações educativas, da forma como são desenvolvidas, reforçam o modelo hegemônico, resultando na sua manutenção, ou seja, um modelo curativista, médico centrado, com ações individuais.

Sobre isso, Mar, em seu relato sobre as orientações recebidas dos profissionais, deixa claro:

Orientam sim. É sobre cautela de alimentação, bebida, o fumar que eu desisti há muito tempo, a bebida que eu usava antes de me aposentar [...] E são esses tipos de negócio que ele disse que é o mais que prejudica a saúde. Então o Dr. passou o exame de chagas, eu fui fazer, atacou sempre a chagas.

Aí então ele me pergunta se eu tô usando aquele remédio. Eu volto, digo a ele que estou. Ele diz: certinho? Porque se não usar direito, eu não quero complicança nem pra mim nem pra outras pessoas. Aí eu digo não senhor, sobre este ponto, não, eu tô usando meu remédio completamente certinho.

Laplatine (1991, apud GAZZINELLI, 2005) fala de um “modelo exógeno” de adoecimento onde a responsabilidade recai sempre num agente causador externo que as pessoas devem combater como um “inimigo”, como é o caso do tabagismo, do sal, das gorduras, do açúcar, do sedentarismo que causam as mais variadas doenças, principalmente as crônico-degenerativas que são as que mais acometem o idoso. Para o autor, esta concepção do adoecimento é legitimada pelos profissionais de saúde que muitas vezes fundamentam nesta, sua ação educativa. Os depoimentos a seguir parecem confirmar tal colocação:

[...] o povo diz: não come açúcar, eu não como açúcar. Não come gordura, eu não vou comer. Não... como é? Bebida nenhuma. Eu não tomo nada graças a Deus. Não bebo não fumo, não tenho diversão nem nada. (Onda, 76 anos).

O que mais me indicou foi o sal, pra não comer sal. Então, eu diminuí mais o sal e graças a Deus tomo o remédio na hora certa, vou indo bem. (Água, 87 anos)

Pra não comer sal, pra não comer gordura, comer muita fruta, verdura, folha, muita folha, e tomar chá, muito chá, e tomar o remédio direitinho. (Nuvem, 62 anos)

Que a pessoa tem que... tem que tomar seu remédio certo, tem que ir no médico de vez em quando, quando sentir qualquer coisa, procurar o médico, a orientação é essa, que tá na minha memória é essa.

Na medida em que os problemas de saúde se situam na esfera individual, as ações educativas se pautam na idéia de que a falta de conhecimento científico decorrente do baixo nível educacional e do déficit cognitivo e cultural da população, pode ser superada através da apreensão do saber instituído, levando à mudança de comportamento e hábitos, melhorando a sua saúde (GAZZINELLI, 2005). A seguir passo a discutir outra categoria

3.2 A METODOLOGIA UTILIZADA NA AÇÃO EDUCATIVA

Esta categoria se delineou a partir das representações apreendidas nos relatos dos idosos e se refere à forma como os profissionais desenvolvem a ação educativa nas Unidades de Saúde da Família.

O processo ensino-aprendizagem não se dá ao acaso, nele está implícita a visão de mundo do educador, que consciente ou inconscientemente orienta sua ação no sentido desta ou daquela pedagogia que, por sua vez, define a metodologia utilizada no seu fazer educativo (BORDENAVE, 1999).

Todos nós exercemos alguma vez, ao longo de nossas vidas, o papel de educador. Porém, não basta o “domínio do conteúdo”, deve ser levado em conta “como ensinar” para que se alcance o objetivo do processo educativo que é transformar a realidade a partir da modificação do comportamento através da aquisição de novos conhecimentos (BORDENAVE, 1999).

O mundo, em seu processo de rápidas transformações que se intensificou ao longo do século XX, vem experimentando em várias áreas do conhecimento tentativas de superação de antigos paradigmas arraigados como o newtoniano –

cartesiano, para novas concepções e abordagem na área das ciências e da educação. Embora essas novas concepções apontem para mudanças, na prática ainda persistem metodologias conservadoras, como é o caso do paradigma tradicional utilizado nas universidades e servindo de modelo aos futuros profissionais que o reproduzem na sua prática (BERHENS, 1999).

Neste sentido, as representações sociais, apreendidas a partir dos relatos dos idosos sobre as orientações recebidas nas Unidades de Saúde da Família, sinalizam com visibilidade as dificuldades dos profissionais em relação à dosagem do conteúdo, em dar espaço para que o idoso possa colocar seu saber, seus interesses e necessidades, ou seja, há uma dificuldade dos profissionais em utilizar novos paradigmas “que venham a proporcionar a renovação das atitudes, valores e crenças” (BORDENAVE, 1999 p.262). Esta dificuldade se evidencia, por exemplo, nos depoimentos a seguir:

Ah, é tanta coisa que não fica tudo em minha cabeça, é muita coisa que fala, diz, conta lá um bocado de coisa, mas sai da cabeça [...]
(Nuvem, 62 anos).

Muita coisa que fala que só cabeça mesmo
(Luz, 65 anos)

Tem bastante (orientação) sobre alimentação, sobre saúde [...] aí eles fica explicando as coisa, a gente fica ouvindo o que eles fala.

Nestas representações, apreendo que a metodologia utilizada pelos profissionais na sua prática parece estar fundamentada no paradigma conservador, caracterizado pela exposição dos conteúdos, onde o idoso/usuário é apenas ouvinte passivo, que silenciosamente acumula um considerável volume de informações sem necessariamente aprender (BEHRENS, 1999).

Se esta metodologia já não é recomendada com adultos jovens pela dificuldade do acúmulo de informações e por negar a possibilidade do educando tornar-se sujeito ativo do processo educativo, é preciso reconhecer que no caso do idoso esta situação ainda é mais agravante, pois, apesar da capacidade de reserva funcional que possui o organismo possibilitando a manutenção do seu funcionamento, as alterações próprias do envelhecimento levam a uma diminuição desta reserva comprometendo a sua capacidade funcional que se observa, por exemplo, na redução da acuidade visual e auditiva, na dificuldade de concentração,

(MOTA, 2004). Estas alterações fazem do idoso um usuário com necessidades específicas.

Assim, por si só, estas representações apontam para a necessidade de mudanças no agir educativo dos profissionais nas equipes de saúde da família, na perspectiva de ajudar o idoso a reconhecer o seu poder e sabedoria na busca de seus objetivos, incentivando-o a enfrentar suas limitações através do reforço da sua confiança e auto-estima (DUARTE, 2004).

Como ainda acontece nos espaços formais de educação, o paradigma conservador pode estar presente também nas situações de educação não formal, como é o caso da educação em saúde nos serviços de atenção básica reproduzidas pelos profissionais, por desconhecimento ou dificuldade no manejo de outras metodologias mais atuais.

Silva e Ruffino (1999) confirmam estes pressupostos com uma pesquisa sobre a percepção de alunos do curso de graduação em Enfermagem Obstétrica de uma universidade em relação ao comportamento docente, cujos resultados revelaram que, embora haja uma pluralidade de comportamentos, predominam entre os professores características de concepções conservadoras ao se preocuparem com conteúdos, métodos e técnicas. Da mesma forma, Benedito (1995 apud Pimenta 2002, p.36) diz que “o professor universitário aprende a sê-lo mediante um processo de socialização em parte intuitiva, autodidata [...] ou seguindo a rotina dos outros. Isto se explica, sem dúvida, devido à inexistência de uma formação específica como professor universitário”.

A elevada absorção de informações, a passividade do aluno e a falta de “problematização” da realidade são as possíveis conseqüências desta pedagogia para o processo ensino-aprendizagem, como alerta Bordenave (1999), e ilustram os discursos acima. Cabe então perguntar: qual o significado e a efetividade dessas ações para o idoso?

Para Freire (1981, p. 65-66), a prática educativa, dessa forma, se apresenta como relações “narradoras”, “dissertadoras” que implica num sujeito – o narrador – que tem como tarefa “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração e como objetos pacientes, ouvintes - os educandos - numa concepção “bancária” da educação, como mostram as representações a seguir:

Eu já tive palestra no posto. E eu já fui pra alguma palestra no posto, [...] a que eu lembro é porque a nutricionista explicando que não é pra gente comer sal, não comer gordura, não comer feijoada forte, nada disso porque prejudica a saúde.
(Água, 87 anos)

Eu participei de uma, como é de reunião que a gente fez lá no centro comunitário com a médica de lá. Foi isso mesmo, ensinando tudo que os velhos devia fazer. Quem era hipertenso, quem não era tudo assim. Ah, essa eu achei bacana. Foi ótima. Gostei muito.
(Onda, 76 anos)

Freire (1981) diz que a existência supõe o diálogo, numa relação de troca onde o mundo se torna conhecido e problematizado pelos sujeitos exigindo deles “um novo pronunciar”, ou seja, nesse diálogo a realidade é problematizada, refletida, possibilitando a sua reconstrução.

Analisando os discursos dos idosos, suas representações mostram que no momento educativo este espaço de “pronúncia do mundo” lhes é negado e assim permanecem silenciosos, ouvintes, como bem evidencia o depoimento a seguir:

“Sobre a saúde eles fala para eu me cuidar, para eu tomar o meu remédio certo, para eu fazer meus trabalhos como deve ser. Isso mesmo é o que eu posso fazer [...]. Se ele disser é isso aqui, é isso mesmo, o que eu acertá responder eu respondo, que não acertá eu fico queta”.
(Flor, 70 anos)

Uma vez que as representações orientam as condutas, apreendo que nesse espaço, entre a fala do profissional e o silêncio do usuário, muitas das questões do idoso ficam sem resposta, talvez devido a que em suas representações o profissional é o detentor do saber e ele não sabendo, é melhor calar-se.

A educação exige diálogo e diálogo supõe escuta, mas uma escuta paciente e crítica do outro, isto é, falar com ele. Só numa relação horizontal amorosa, humanizada, de A com B é que acontece a comunicação (FREIRE, 1981). De outra forma, é o “antidiálogo” reflexo da formação dos profissionais e que ainda hoje é reproduzido nas relações usuário/equipe como bem ilustra o discurso a seguir sobre como acontece a orientação que recebe na unidade de saúde: “É conversando. Dele pra mim (médico) ou enfermeira, qualquer coisa. É de um para o outro.”(Flor, 70 anos)

A escuta é o ponto de partida para o diálogo. Quando o profissional se coloca disponível para escutar o outro em sua singularidade, é possível “conhecer seu

conhecimento” e encontrar juntos a melhor forma de conduzir a prática educativa (BARROSO e SANTOS 2003, p. 58)

Corroborando com estes autores Mandú (2004, p. 673) diz que

O diálogo constrói-se com base na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes nas manifestações, através de uma comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelo tato, pelos gestos, pelo olhar, enfim pelos sentidos.

Para este autor, escutar é ainda mostrar-se aberto à dimensão sócio-afetiva e cultural do usuário permitindo a expressão de suas vivências, sentimentos e temores sobre o processo saúde-doença, seus determinantes, necessidades e possibilidades de solução.

É possível apreender através das representações do idoso que nem sempre no processo educativo o usuário é alvo da escuta do profissional. Em sua compreensão sobre a forma como se dá esse processo nas unidades de saúde pesquisadas, as entrevistadas revelam:

[...] é eu conversar o que é que tô sintino com a dotôra ou o dotô. O que é que a senhora sente dona Terra? Dotô eu tô sintino dor aqui [...] e aí ele só escrevendo, né?
(Terra, 80 anos)

[...] tem (palestras), aí ele fica explicando as coisa, a gente fica ouvino o que eles fala.
(Estrela, 70 anos)

Sobre como fazer a ação educativa, Bonet (2005, p. 289) distingue dois conceitos propostos por Weber (1993) no texto sobre “política como vocação”: “a ética da convicção em que o profissional apenas utiliza uma teoria, não se responsabilizando pelo resultado de sua ação; e a ética da responsabilidade “o profissional se interessa pelas conseqüências de seus atos”. Transpondo para a área da educação em saúde, na “ética da convicção” o profissional crê que “sabe melhor do que o paciente ou a comunidade sobre o que é mais adequado para eles”. Na “ética da responsabilidade” o profissional leva em conta a singularidade do homem, seus conhecimentos, construindo juntos a possibilidade de autonomia.

Nesse sentido, um aspecto importante a ser levado em conta diz respeito à linguagem e ao conteúdo utilizado pelo profissional de saúde no processo educativo, pois segundo Freire (1981, p.102), muitas vezes não há “sintonia” entre a sua linguagem e a realidade, isto é, as condições estruturais das pessoas, o que torna a

comunicação vazia. Da mesma forma, em relação ao conteúdo é necessário que este seja do interesse de ambos sob pena da ação educativa não ser uma ação efetiva. Os discursos a seguir refletem bem a importância de se levar em conta estes aspectos:

.... ele fala lá um bocado de coisa que eu nem entendo . Eu não entendo muitas coisa que fala, eu não entendo [...]Eu não entendo porque eu falo de um jeito, o médico fala de ôto, como é que eu posso entender? Muitas coisa o médico fala, eu não entendo o que é que tá falano. É, o caso é esse.
(Flor, 70 anos)

É, a palestra é aquela de sempre, é.... a moça vai pergunta minha saúde, a enfermeira. Eu digo a ela que graças a Deus tá normal
(Mar, 67 anos)

A partir da análise da categoria - a metodologia utilizada na ação educativa - foi possível também entender a complexidade que envolve essas ações, uma vez que o fazer educativo em saúde é perpassado pela visão de mundo do profissional muitas vezes subordinado às armadilhas do sistema econômico vigente que também interfere na sua formação e o faz reproduzir na sua prática profissional as formas alienantes de educação que se colocam como sérios limites para o desenvolvimento das ações educativas com o idoso nos serviços de saúde.

Apreendo, através dessas representações sociais que emergem dos sujeitos sobre as ações educativas, a ausência de uma pedagogia na perspectiva da educação gerontológica que atenda às especificidades do idoso em relação às mudanças nos processos cognitivos decorrentes do envelhecimento.

Embora hoje já se observe mudanças na concepção do envelhecimento não mais como um período de degeneração e perdas, mas como uma fase da vida em que o idoso mantém a sua capacidade de aprender e busca desenvolver outros valores como a participação em grupos, o interesse por novos conhecimentos, o trabalho voluntário, o lazer, as representações sociais de muitos idosos ainda se ancoram numa concepção negativa da velhice como reflexo do modelo médico tradicional que definia o envelhecimento como um período de déficit e decadência. Os preconceitos em relação ao idoso, fruto da desvalorização a ele impingida pela sociedade capitalista que supervaloriza o trabalho e a produção, também reforçam estas representações resultando em descrédito quanto a sua capacidade funcional, principalmente na área da cognição.

Na ação educativa com o usuário idoso, penso que o profissional de saúde, como educador, deve levar em conta as representações sobre o envelhecimento e a realidade social em que o mesmo está inserido para adotar metodologias que alcancem resultados efetivos na busca da autonomia para o auto cuidado que, no caso do idoso, diz respeito à sua independência para cuidar-se, mas também à autonomia para viver a sua vida.

Muitas vezes, representações negativas sobre a velhice dificultam a adoção de novas práticas orientadas pelo conhecimento adquirido, o que tende à manutenção de posturas cristalizadas. Por outro lado, acredito que esse estado de coisas, a depender da forma como é dito pelos profissionais de saúde, pode tornar-se limite de potência para adoção de novos comportamentos, novos hábitos, novas posturas, considerando suas necessidades, o contexto em que se insere, pensando assim numa ética da responsabilidade por parte dos profissionais que constroem a saúde nesse país. É o que fica evidente no conteúdo implícito nas representações destes sujeitos:

Eu sou uma pessoa assim ó, que eu vou lá, chego lá, aquela pessoa tá me falando, o médico me fala qualquer coisa, a enfermeira, eu tô escutando aí. Se eu voltar pra casa eu não lembro mais. A pessoa de minha idade, do jeito que eu ando, não é mais pra ter o juízo ativo não, né não.
(Flor, 70 anos)

Eu...me preocupo um pouco, a Sra. sabe que a pessoa idoso, nem todas as coisa observa, como deve ser observado, entendeu? Mas tem algumas palavra que a pessoa tem que se compreender mais um pouco. É esse tipo de negócio.
(Mar, 67 anos)

Pesquisas na área da neuro ciência têm mostrado que o cérebro é dotado de enorme plasticidade permitindo ao ser humano manter a sua capacidade de aprendizagem mesmo em idades avançadas (ASSIS, 2003). Além disso, a memória resulta de múltiplos e complexos sistemas organizados de forma diferente no cérebro e alguns sofrem pouca ou nenhuma alteração em decorrência do envelhecimento (GUTMANN, 2000).

As perdas na função cognitiva decorrentes das alterações da idade se expressam na capacidade de concentração voluntária, na atenção difusa e na velocidade de armazenamento, o que pode interferir na retenção e no processamento das informações. Essas alterações aumentam também a sensibilidade do idoso às interferências externas, levando à distração e diminuindo

assim o rendimento na execução de tarefas simultâneas, sem, contudo, significar incapacidade (ASSIS, 2003; GUTMANN, 2000). Gutmann (2000) ressalta ainda que o fracasso do idoso em reter e recordar as informações se deve frequentemente ao fato de que estas pouco têm a ver com o seu contexto e estão fora da sua rotina.

Esse conhecimento justifica a necessidade de transformação da ação educativa apoiada em metodologias conservadoras para uma metodologia problematizadora que veja o idoso dentro do seu contexto psicossocial com seu saber e suas experiências.

É dessa forma que a entrevistada Flor, apesar de referir que não tem mais “o juízo ativo”, devido à idade, consegue perceber que a sua condição de vida interfere na qualidade do seu envelhecer.

Gazzinelli e outros (2005, p. 200) advertem que embora as reflexões teóricas em torno do campo da educação em saúde tenham avançado no sentido de uma reorientação metodológica que supere o modelo teórico da psicologia comportamental para uma abordagem mais compreensiva e interpretativa da doença, nos micro-espacos dos serviços de saúde as intervenções educativas parecem se pautar em métodos e estratégias baseados nesta abordagem psicológica. Segundo estes autores, a dificuldade de transposição da teoria para a prática se deve

à permanência ainda do modelo hegemônico na prática profissional que verticalmente preconiza a adoção de vários comportamentos como parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, cabendo às pessoas informadas sobre os riscos do adoecimento a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável.

Acredito que no caso do usuário idoso essa idéia tenha ainda um maior impacto se as representações do profissional sobre o idoso são povoadas por preconceitos e idéias errôneas que cercam o envelhecimento, principalmente no tocante à manutenção da capacidade cognitiva e da autonomia para o auto cuidado. A participante Luz, ao expressar sua compreensão sobre as ações educativas, revela como que magoada quando o profissional de saúde duvida que esteja tomando adequadamente seu remédio:

As orientações que eu recebo lá é que elas recrama, fica pensano que eu não tomo o remédio certo. Eu digo: eu tomo. Aí elas diz: não, tem que tomar, não é pra falhar um dia. Tem que tomar o remédio. Eu digo, oh meu Deus será que vou ficar tomando remédio a vida toda? Diz: não, tem que tomar, não é pra falhar um dia. Tanto faz no posto como as menina que vem

aqui (ACS) sempre me reclama pra eu ...diz: a senhora não tomou o remédio hoje, a pressão tá alta. Sempre que elas reclama é isso.

Para Vasconcelos (1997)

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente à falta de cuidado e ao desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar um sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem em seguir as orientações dadas.

Nessa perspectiva, o foco da ação educativa se dirige para o usuário como objeto de transformação, permanecendo intocáveis as condições de desigualdade que na maioria das vezes é o que gerou aquela situação de saúde/doença como se pode ver na fala do entrevistado Mar quando diz “atacou a chagas sempre” sem nem mesmo ter consciência dos determinantes da sua condição de saúde/ doença.

Segundo Gazzinelli e outros (2005, p. 201) é neste contexto que se “concebe uma ação específica para”, ou seja, uma “educação para a saúde” imaginando-se que “na outra ponta (no para) está alguém que não consegue agir como sujeito de sua ação”.

Estes autores insistem que a distância entre o discurso e a prática pedagógica em saúde se constata na ineficácia da ação educativa em operar mudanças no comportamento e nas práticas das pessoas. Destacando os pressupostos que orientam a evolução dessa discussão teórica, referem que o primeiro deles diz respeito a “não - correspondência” entre saber instituído e mudança de comportamento por não se levar em conta nas ações educativas as percepções, sentimentos e representações que orientam o comportamento que muitas vezes não se modifica simplesmente pela apreensão deste saber. Assim, a entrevistada Terra, justifica o uso inadequado do medicamento prescrito fundamentada em sua fé, como se pode ver em sua fala apresentada a seguir da mesma forma como Flor atribui a ausência de problemas mais sérios de saúde à sua crença em Deus

o remédio eu não tomo todo dia não, eu não gosto de remédio, eu esqueço. Eu tomo remédio quando eu tô sintino muito problema. Hoje, amanhã e depois eu tomo certinho. De amanhã indiante eu me acho com uma melhorazinha, óia, nunca mais eu lembro de remédio. Aí eu fico na fé que Deus me cura, fico na fé que Deus vai me curar. Eu já tô curada que Jesus já me curou e aí eu esqueço do remédio.

Segundo Moscovici (2001), as representações são construídas nas conversas, nas comunicações que circulam entre os grupos sociais e ao nascermos já encontramos muitos destes sistemas de representações criados e transmitidos por profissionais como os sacerdotes e funcionam como elementos facilitadores ou dificultadores o que torna difícil para o indivíduo romper com estas representações, contribuindo para a manutenção de práticas cristalizadas em relação ao cuidado com a saúde.

..eu tô nessa idade, mas graças a Deus até hoje eu não sinto certas coisas ruim. Graças a Deus, só tem magreza e feieza. Então, é isso mesmo que eu tenho minha filha, é, é minha filha. [...] Mas um dia Deus vai me ajudar ainda. Quem se apega com Deus é valido.

Corroborando com o que foi colocado, Bonet (2005, p. 287) cita o depoimento do participante de uma pesquisa sobre medicina de família:

A educação em saúde pode converter-se e frequentemente tem se convertido numa forma de prescrever. Eu do alto do meu saber, digo o que é bom e o que é mau que as pessoas façam, para que depois os cidadãos façam sua parte como eu fiz a minha [...] A educação sanitária pode ser um discurso, eu posso ensinar às pessoas como comportar-se [...] mas isso não ajuda. Educação em saúde é um pouco pensar, ajudar a pensar, em quais são os significados das coisas para a saúde, pensar no que é que está interferindo, e o que é que está em jogo.

Segundo Semeke e Oliveira (2001), nessa visão limitada onde uma melhor saúde é conseguida através da mudança de comportamento da população, o educador não leva em conta os desejos e necessidades e também que a solução para os problemas de saúde passa pela esfera sócio-político-econômica como revela a entrevistada Flor em seu depoimento:

O que eu puder fazer eu faço. Agora, eu não tenho condição, eu não tenho condição, sou uma pobre sofredora. Que nem, eu sou aposentada, mas eu devo no banco. Quando eu recebo é metade do salário, não dá pra quase nada. Nem pra me alimentar certo, não dá. É isso que eu quero dizer.

Através de um olhar mais aprofundado pude apreender, do conteúdo implícito nesse depoimento, a denúncia da situação em que vivem muitos idosos no Brasil, dependendo apenas do salário da aposentadoria que muitas vezes é repartido com familiares que voltam a viver com o idoso em virtude do desemprego decorrente da política econômica imposta ao país, o que vem sinalizar a necessidade de

implementação das políticas voltadas para os idosos em nível nacional, estadual e municipal, bem como a re-visão das práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Nesta revisão é preciso que o profissional incorpore o diálogo em sua prática, valorizando a intersubjetividade que traz a possibilidade do aprendizado mútuo, da incorporação de novos conhecimentos mediados pelo afeto, pelo respeito ao outro, pelo contato, pela sensibilização em busca de uma ação educativa emancipadora, na perspectiva da integralidade (MANDÚ, 2004).

3.3 LIMITES E POSSIBILIDADES DAS AÇÕES EDUCATIVAS (RE) VELADOS NAS REPRESENTAÇÕES DO IDOSO

Nesta categoria estão incluídas as representações sociais dos idosos apreendidas nos relatos referentes à dificuldades/facilidades de participação nas ações educativas, à efetividade das orientações no que diz respeito às mudanças em relação ao cuidado com saúde e à satisfação com o atendimento.

A Política Nacional de Saúde do Idoso estabelece como parte fundamental para as ações do setor saúde a “atenção integral à população idosa e aquela em processo de envelhecimento” (BRASIL, 1999). A atenção integral é aí entendida como “o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde mediante o estabelecimento de normas específicas”. A julgar pelo que estabelece este instrumento jurídico e considerando que a mesma já completa quase uma década de sua aprovação, a atenção à saúde do idoso, pelo menos no que diz respeito às ações educativas, tem um alcance ainda limitado.

Em que pesem os avanços do sistema de saúde vigente no país, as representações sociais dos idosos apreendidas em seus discursos apontam para uma outra realidade na atenção à sua saúde, ainda distante do que preconizam os princípios deste sistema.

A educação em saúde integra as ações de promoção à saúde e deve permear as ações de prevenção e recuperação da saúde do idoso com vistas à manutenção da sua capacidade funcional e autonomia para o auto cuidado e ao atendimento ao princípio da integralidade.

A análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas com os idosos, além de permitir conhecer como estes apresentam suas representações sobre as ações educativas desenvolvidas nas USF, possibilitou também conhecer seus limites e possibilidades. Em suas representações sobre as ações educativas, os participantes deixaram transparecer que nas unidades de saúde pesquisadas o idoso, como grupo que demanda ações específicas, ainda não está incluído na agenda dos programas oficiais como acontece com os hipertensos e diabéticos. Nestes espaços, as ações educativas apresentam limites implícita e explicitamente revelados nos relatos dos idosos.

Neste capítulo, busco expressar a minha compreensão sobre os limites para o desenvolvimento das ações educativas nas Unidades de Saúde da Família e quais as possibilidades que vislumbro para a superação dos mesmos.

Embora as pessoas queiram viver até o limite máximo de suas vidas, o envelhecimento, conforme coloca Assis (2004a), é um processo carregado de valores negativos que lhe são atribuídos pela sociedade, causando temor. No entanto, nos discursos dos sujeitos da pesquisa não há referência à abordagem de temas sobre o envelhecimento e como o idoso pode lidar com relevantes questões que podem ameaçá-lo nesta etapa da vida, como o reconhecimento e prevenção de síndromes geriátricas, os mitos sobre o envelhecimento, a violência contra o idoso e que estratégias ele poderá lançar mão para o enfrentamento destas questões. Os depoimentos a seguir confirmam o que foi colocado:

Agora ele atende muito bem, é um médico muito educado e tudo, me atende, [...] naquele benefício que eu vou, que é de...me receitar, ele me receita, me atende bem. Pronto, ali me atendeu, perguntou o que é que eu tenho, eu respondo o que tô sentindo, ele aqui passa o remédio, tá entendendo?[...] mas é só isso aí. Não tem esse negócio de explicação, cuidar bem de sua saúde, ou é... é tem que fazer isso e isso, pela sua idade, [...] até o momento, não. A não ser.... que fosse em uma determinada reunião[...] aí tudo bem, mas nesse termo (ênfase) de me receitar e receber isso, não. É, chegou, receitou, o que tá precisando, o remédio, pronto, acabou. (Lua, 64 anos)

[...] essa explicação aí, eu não posso mentir....num, num, tem. Só se for existir ainda isso aqui em Santo Antonio de Jesus, pra essa reunião, pra essa explicação e tudo. É muito difícil esse... essa...como é que eu devo dizer, essa esperança aí de acontecer isso, acho que tá um pouquinho longe de acontecer. (Lua, 64 anos)

É bom (o atendimento) porque a hora que eu vou é a hora que tem menos gente que é de tarde, né? Ou então é... as pessoas idoso de qualquer jeito tem mais um privilégio, né? Pra ser [...] atendido mais primeiro que os outros, viu? Só isso. É, por enquanto tô satisfeita. (Brisa,64 anos)

[...] E a consulta quando é feita pelo SUS, né? Quando é feita pelo SUS aí a gente vai, eles atende. Passou aquele remédin, acabou. (Terra, 80 anos)

Mais que em qualquer outra faixa etária, o idoso pode estar exposto a condições que ampliem a chance de adoecimento ou mesmo de redução da sua capacidade funcional. Desta forma, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário idoso deve se constituir em oportunidade de troca onde o profissional, numa visão ampliada, abra espaço para outras demandas trazidas pelo idoso, que muitas vezes, ficam ocultas por não ver assegurado este espaço, como evidencia o relato a seguir:

Se, se tivesse um... mais médico melhor, era bom. Mas como não tem, né?[...] eu não sei que é o juízo ou... que às vezes a gente diz que tá sentindo uma coisa e aí não passa o remédio prá aquilo que a gente tá sentindo certo. Aí sempre continua passando o da pressão, né?Aí tem vez que passa certo, tem vez que não passa. (Nuvem, 67 anos)

Ampliando mais o olhar para apreender o conteúdo implícito neste discurso, pergunto: que “coisa” essa idosa poderia estar sentindo nesse momento e que “remédio” poderia o médico “passar” que aliviasse sua queixa? Penso que essa “coisa” e esse “remédio”, talvez, não necessariamente fosse uma doença ou um remédio. Mas o olhar do médico não conseguiu ir além da sua hipertensão.

Cassel (1982, apud Lacerda e Valla, 2005, p.93) afirma que o sofrimento pode incluir tanto a dor física decorrente de determinadas patologias como ‘outras dores’ que se expressam através da “tristeza, medos, ansiedade” que se apresentam nas situações de fragilidade do indivíduo ou nas “adversidades da vida”. No caso do idoso isto adquire um significado ainda maior devido à situação de isolamento, fragilidade e violência a que muitos deles estão expostos.

Neste sentido, referindo-se à atenção individual, Mandú (2004, p. 668) diz que

se a lógica que a perpassa organiza-se com base na simplificação da vida, por referência a uma proteção limitada a um quadro estrito e previamente priorizado de riscos e morbidades que restringe o olhar sobre o sujeito e suas necessidades, é certo que necessidades mais amplas, relativas ao viver, às interrelações, à realização pessoal, ao prazer, a interações corporais significativas, ficam deslocadas no encontro com os serviços de saúde.

Alves (2005) também exorta para o “olhar totalizante do profissional”, capaz de abarcar outras dimensões que vão “além da doença e do sofrimento manifesto”, concretizando o princípio da integralidade como coloca Mattos (2001, p. 50):

A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças [...], e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos da integralidade.

Tomando por base as representações sociais do idoso sobre as ações educativas apresentadas neste trabalho, entendo que o olhar reduzido do profissional é um dos limites para a efetividade da ação educativa.

Na perspectiva de transformação desta realidade, será preciso re-configurar a clínica tradicional para uma clínica ampliada que atue sobre as necessidades do usuário que busca o cuidado, aliviando seu sofrimento manifesto ou latente. Para Favoreto (2005), investir nesta mudança implica em re-estabelecer o diálogo valorizando a fala e a escuta, diminuindo a distância entre atores e usuários, recompor os cenários, organizar o processo de trabalho, superar as posturas ideológicas cristalizadas, reconhecendo a autonomia das pessoas instituindo, assim como coloca Campos (2003), uma “clínica do sujeito”.

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável” através de ações que visem a manutenção e melhoria da sua máxima capacidade funcional, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Estas ações pelo menos no que se refere à promoção, prevenção e tratamento de algumas doenças se realizam no âmbito das unidades básicas de saúde e das Unidades de Saúde da Família, atendendo aos princípios preconizados pelo SUS. Dentro de sua especificidade, o idoso requer uma atenção especial nessa estratégia com vistas ao atendimento ao propósito da PNSI (BRASIL, 1999).

Dessa forma, a abordagem ao idoso realizada pela equipe de saúde da família deve estar voltada para as mudanças próprias do envelhecimento, a identificação precoce de alterações patológicas e o reconhecimento dos fatores de risco a que a população idosa está exposta no ambiente e na família, para a elaboração de estratégias de enfrentamento dos mesmos (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Dentre as competências e habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro da atenção básica no que diz respeito à saúde do idoso destacam-se:

- Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais com o aumento da idade representa uma ameaça à sua saúde;
- Entender a atenção básica dos idosos como um processo eminentemente educativo uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham o máximo possível no controle de sua saúde e de sua vida;
- Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde aprofundando a intervenção da ciência na vida das famílias e da sociedade.

As representações apreendidas nos discursos dos sujeitos confirmam a distância entre a realidade e os princípios e diretrizes das políticas voltadas para esta população, como fica evidenciado nos depoimentos a seguir:

Nessa parte (ação educativa) que eu estou te dizendo...o idoso ainda não tá onde ele quer chegar não. Existe muita coisa, mas no papel, porque prioridade de idoso dentro de Santo Antonio de Jesus, eu vou te dizer que tá um arraso.
(Lua, 64 anos)

O que pude compreender em suas falas é que, principalmente na intervenção médica, predomina a atenção curativa onde o que é privilegiado é a queixa e o tratamento medicamentoso:

[...] Se, se tivesse um... mais médico melhor, era bom. Mas como não tem, né?[...] tem hora que atende bem, tem hora que atrapalha um pouco..... mas vai levando. Pior é se não tiver nenhum. (Brisa, 64 anos)

Orientação do remédio e da consulta médica..... aí agora mais... tirar a pressão e o remédio. Passa o remédio e manda tomar 3 vezes ao dia. Pela manhã às nove horas e à noite...man... fazer os exames eu fui, fiz uns exames aí, aí ele passa o remédio pra mim, aí pronto, aí... ele manda usar o remédio, tudo direitinho, alimentação certa. (Estrela, 70 anos)

Segundo Giacomini (2004), os idosos, como um grupo heterogêneo, têm características próprias decorrentes do seu processo de vida, do grau de

dependência e autonomia que apresentam, demandando, portanto, uma avaliação que abarque os campos da Geriatria e Gerontologia.

A partir de um olhar mais aprofundado nesses discursos citados acima, compreendo que há um vazio no que diz respeito ao conhecimento dos profissionais, nessas áreas, fazendo com que o idoso seja tratado como outro usuário qualquer sem levar em conta suas demandas específicas.

Com o avanço quantitativo da população idosa, este grupo etário vem ganhando visibilidade traduzida nos fóruns de debates, conferências e, juridicamente, através dos textos legais. Porém, as condições de saúde em que ainda se encontram os idosos brasileiros denunciam a falta de acesso a uma assistência adequada decorrente da carência de serviços especializados para a referência, a baixa resolubilidade na atenção básica, os problemas decorrentes da oferta e da demanda e o reduzido número de recursos humanos treinados para o atendimento adequado ao idoso. Estas situações se convertem em desafios a serem enfrentados pelas instâncias públicas, mas principalmente pelo controle social que deve ser exercido pelos grupos de idosos, orientados pelas equipes de saúde da família nos espaços educativos no sentido de buscar transformá-las.

Os depoimentos a seguir refletem esta situação:

[...] mas a gente sente que o médico que tá ali dentro, tá pedindo até a Deus que termine logo, pelo seguinte: porque tanta gente pra atender, então é muito difícil, sentar um idoso, um doente, seja lá o que for ali, pra ficar batendo papo. (Lua, 64 anos)

O que eles faz é tomar a pressão, é...pesa e dá o remédio, só. Eu acho péssimo né? Porque principalmente eu que sou analfabeta, eles sabe que eu sou, quer dizer que eles podia me explicar direitinho como é, como não é. (Nuvem, 62 anos)

Porque minha filha, quando eu vou, preciso de um médico eu vou, minha consulta é assim: só é pra pressão, às vezes fazer um preventivo, um negócio assim. (Flor, 70 anos).

Elas sempre fala para eu ir no médico, e que eu tenho que olhar a pressão [...] pelo menos uma vez por semana tem que ir para olhar a pressão. Eu que facilito, né?Facilito, as vez chega lá tá cheio de gente, eu volto, vem m' imbora, depois eu vou. Aí tem um médico, eu nem conheço. Vem médico aí, sai e chega e... que eu não gosto de tá aborrecendo. Eu sei que a doença é esta e...e... a vida é essa mesmo. Aí eu deixo pra lá. (Luz, 65 anos)

Estudos mostram que entre 10 a 25% da população idosa apresentam condições clínicas que os caracterizam como indivíduos frágeis necessitando de atenção diferenciada. Condições como fraqueza, perda de peso, inatividade,

osteopenia, distúrbios da marcha entre outros podem estar incluídos nas causas de hospitalizações, doenças agudas, quedas, fraturas e mortalidade. (LOURENÇO E OUTROS, 2005).

A presença ou instalação de processos patológicos em indivíduos idosos pode ocasionar rápida alteração no quadro funcional (DUARTE, 2004). Dessa forma, assistir adequadamente ao idoso baseia-se na avaliação adequada e conjunta de equipe interdisciplinar, de qual é a real capacidade funcional deste idoso, identificando seu nível de dependência e suas capacidades presentes (LOURENÇO E OUTROS, 2005).

No entanto, esta assistência apresenta sérias dificuldades em virtude de uma crise no interior do sistema de saúde decorrente da demanda reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados, o que dificulta a identificação de idosos em riscos de adoecer e morrer precocemente (LOURENÇO, 2005). A entrevistada Flor parece confirmar a colocação do autor, deixando transparecer também a necessidade dessa avaliação na qual o idoso seja visto como um todo, onde o foco da atenção não seja centrado apenas na sua doença.

Eu penso que já tá de muitos anos que um médico colocou um aparelho ne mim pra me iscutá. Que antigamente os médicos fazia isso, né? A gente ia se consultar, eles mandava a gente se deitar e ali eles escutava a pessoa, né? Escutava a pessoa. Era nas costas... ali ele olhava o olho da pessoa pra ver como era que estava, se tava de anemia. Hoje em dia, acabou isso, tem mais não.

As representações dos participantes evidenciam também que, embora o modelo de assistência preconizado pela estratégia de saúde da família seja orientado para cuidar do usuário com suas necessidades no cotidiano dos serviços de saúde a atenção ao idoso baseia-se na queixa conduta numa concepção biológica do processo saúde-doença.

Portanto, apreendo que as representações dos idosos, sobre a atenção à saúde se ancoram no modelo curativista, médico centrado, haja vista a recorrente referência e valorização da consulta médica e do medicamento como se confirmam os depoimentos a seguir:

Porque se eu for ao posto e for bem atendida, tudo bem. Se eu achar uma ficha pra médico, tudo bem. Se não achar, panho meu caminho venho m'imborá, ôto dia eu vou. (Água, 87 anos)

[...] a melhoria que eu acho aí é porque se precisar de um médico vim aqui em casa, ele vem, só isso. Se precisar assim, ou Dr... vá lá que a criatura não pode andar, tá passando isso... aí ele vem. Só isso. (Brisa, anos)

Mudei, porque sempre eu não ia ao médico, a gente ia, mas demorava de ir, não era? Não tinha, não tinha as coisas pra gente ir. Aí pronto. Aí, todo mês a gente vai pegar o remédio, direitinho. (Estrela, 70 anos)

Nessa concepção, as ações educativas ocupam um lugar secundário entre as ações desenvolvidas na unidade e objetivam a modificação das práticas dos indivíduos tidas como inadequadas pelos profissionais que prescrevem o “remédio” e a mudança de comportamento, como colocado nos depoimentos a seguir:

[...]que a pessoa tem que... tem que tomar seu remédio certo, tem que ir no médico de vez em quando, quando sentir qualquer coisa, procurar o médico, a orientação é essa, que tá na minha memória é essa. (Luz, 65 anos)

A orientação que ele dá (médico) é dizer assim: aqui ó, esse remédio ou pegue no posto ou compre que no posto não tem. Fim de papo. (Brisa, 64 anos).

A orientação que eles me dão são bem porque me pergunta qual o tipo de remédio que tomo qual tipo de doença que eu tenho. Eu disse que eu só sinto malmente dor de cabeça e hipertensão que eu sou hipertensa [...] então eles me orientam bem. (Água, 87 anos)

Assim, a escassez de recursos humanos capacitados no atendimento ao idoso, a falta de projetos de educação em saúde voltados para essa clientela, a carência de centros de referência em geriatria são elementos que, dentre outros, levam ao entendimento de que a visibilidade que o idoso tem conseguido ainda se restringe ao aumento populacional e que se faz necessário um repensar dos profissionais no que diz respeito a sua prática educativa em saúde junto ao idoso: tem ela servido para a emancipação desse grupo no sentido de buscar a concretização do seu direito à saúde?

As representações sociais são engendradas no contexto social em que vivem os sujeitos, por isso possuem um caráter dinâmico permitindo a sua modificação. Uma vez que elas guiam o comportamento, é importante que, nas intervenções educativas, os profissionais abram espaço para a expressão destas representações para que sejam conhecidas e re-significadas e assim, possam guiar novos comportamentos, hábitos e condutas favoráveis à saúde e ao envelhecimento saudável.

Os comportamentos do idoso, relativos à saúde, são ancorados em experiências e conhecimentos culturalmente determinados que necessitam ser conhecidos pelos profissionais para que novos conhecimentos sejam propostos e incorporados e assim garantir a efetividade da ação educativa. Os relatos a seguir, sobre a adesão às orientações, ilustram o que foi colocado:

Eu não mudei nada porque já tinha uma escala já feita com muitos tempos. Olha: eu não gosto de... o povo diz: não come açúcar. Eu não como açúcar. Não come gordura, eu não vou comer. Não ... como é? bebida nenhuma. Eu não tomo nada graças a Deus. Não bebo, não fumo, não tenho diversão nem nada. Só gosto de minha igreja mesmo, graças a Deus. (Onda, 76 anos)

Oh minha filha, eu tô pra te dizer que é a mesma coisa que eu era. Hoje eu gosto de cumprir meu dever. Agora pra me cuidar, eu não posso porque não tem condição de dizer, eu vou me cuidar, pra me alimentar bem, pra fazer e acontecer, eu não posso. Só respondo é isso a ele. Respondo". (Flor, 70 anos)

Alguma coisa assim que eu não posso fazer...eu não faço [...] Então a gente só pode fazer aquilo que tá certo pra a gente fazer. Então a gente tem que seguir a lei certa, assim. (Água, 87 anos)

Sigo (as orientações), mas às vez como as coisa frita por caso que hoje em dia a gente não tem mais fogo de lenha para fazer uma carne assada. Aí, tenho que fritar. Aí eu uso sempre o que elas falam pra eu usar, eu obedeço. (Terra, 80 anos)

Além das representações sociais dos idosos sobre as ações educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família terem possibilitado evidenciar seus limites, serviram também para revelar suas possibilidades.

A partir do conhecimento dessas representações com o resultado deste estudo, entendo que se abre para os profissionais a possibilidade de discussão e avaliação da prática educativa desenvolvida nessas unidades no sentido de buscar uma organização. Acredito que um dos dispositivos facilitadores para a mudança dessas práticas seja o vínculo do idoso com essas equipes que se expressa, por exemplo, nos depoimentos a seguir:

Agora são pessoas, quer dizer, como eu lhe disse, são pessoas maravilhosas, né? Quer dizer que mesmo com essa dificuldade de explicação, essas coisas que eu falei, mas no momento em que chega lá, somos bem tratados. (Lua, 64 anos)

Porque quando eu vou no posto, eu sou, eu sou bem atendida. É as enfermeira, é o doutô, é as comunitária de lá, tudo que nem.... aquela (ACS) ali ó, aquilo é mais do que uma filha minha. Não tenho o que dizer mesmo dali do posto, graças a Deus, até hoje não tenho o que dizer. Tudo me trata bem. (Flor, 70 anos)

No posto graças a Deus até aqui tudo me trata bem. É, de.... é já fui pra o médico, me trata bem, enfermeiro me trata bem, as meninas lá, tudo me trata bem. Então eu não tenho nada que falar contra o posto de saúde. (Água, 87 anos)

Stewart e Roter, (1989) apud Silva Júnior e Mascarenhas (2005), colocam que o vínculo possibilita também a compreensão das necessidades, vivências e representações do usuário pelo profissional, aumentando assim as chances de efetividade das intervenções propostas, da adesão ao tratamento e às ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Sobre o vínculo, Merhy (1997, p.138) coloca que “é o profissional ter relações tão próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário”.

As representações sociais são conhecimentos partilhados pelo grupo e se ancoram nas experiências passadas como me fizeram refletir os relatos sobre uma nova forma de vínculo/acolhimento entre equipe de saúde e o usuário, expressa nos fragmentos dos discursos “elas não me maltratam”, “eles me tratam bem”, “é bem tratado”, “Graças a Deus fui bem recebido”, “sou bem atendida”, “me atende direitinho”, em oposição ao “tratamento grosseiro e autoritário” de que podem ter sido vítimas como usuários dos centros de saúde e que os faziam sentir-se “desvalorizados e incapazes de tomar a iniciativa de resolver seus próprios problemas” como coloca Vasconcelos (1997, p.28).

Desses fragmentos de discursos pude inferir que, embora a Estratégia da Saúde da Família seja uma proposta para a mudança do modelo de atenção e nele o idoso possa ter um atendimento digno, muitos limites têm ainda que ser superados. Mas esta forma de acolher já é um começo.

SÍNTESE

“Não basta descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la”.

Simone de Beauvoir

4 SÍNTESE

4.1 AS AÇÕES EDUCATIVAS NO PSF NA ÓTICA DO IDOSO: ENTRE A REALIDADE E A ESPERANÇA

Explicar a realidade é uma das funções das representações sociais. Neste trabalho, através das representações sociais dos idosos busquei aproximar-me da realidade das ações educativas voltadas para esse usuário nos micro-espacos das Unidades de Saúde da Família, em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

No encontro com esses sujeitos foi possível, através da análise dos dados empíricos, apreender suas representações sobre as ações educativas, além de poder apontar seus limites e possibilidades.

As respostas que acredito terem satisfeito a pergunta que norteou esta investigação-como os idosos apresentam suas representações sobre as ações educativas? - emergiram do conteúdo explícito nos discursos e do que não foi manifestado, mas ficou nas meias palavras, nos gestos, na emoção, na (in) decisão de falar, na expressão da entrevistada Lua referindo-se à possibilidade de organização de atividades educativas voltadas para o idoso nas unidades de saúde: “essa esperança de acontecer isso [...], acho que tá um pouquinho longe”.

Após leituras e re-leituras do material coletado, pude, aos poucos, acercar-me das representações sociais dos idosos sobre as ações educativas, apreendê-las e por fim entender como se dá esse processo no atendimento ao idoso nas Unidades de Saúde da Família. Os relatos dos idosos, sobre as orientações recebidas nessas experiências educativas no cotidiano das unidades de saúde se constituíram num farto material através do qual pude compreender suas representações acerca do objeto deste estudo.

Os temas centrais que foram aparecendo nas falas dos sujeitos resultaram em categorias empíricas definidas como: o conteúdo abordado na ação educativa; a metodologia utilizada na ação educativa; e limites e possibilidades das ações educativas (re) velados nas representações sociais dos idosos.

A análise destas categorias me permitiu refletir sobre a atenção à saúde do idoso na atenção básica, no sentido de que, apesar de existir no Brasil um conjunto de leis que trazem no seu bojo diretrizes e princípios relativos à promoção do envelhecimento digno em todas as suas dimensões através da implementação de políticas públicas, e de um Estatuto que regula o cumprimento destas leis, ainda assim o atendimento ao idoso carece de ações efetivas necessitando rever como vem se conformando a atenção à saúde dessa população no cotidiano das equipes de Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em relação à categoria - o conteúdo abordado nas ações educativas e a metodologia utilizada na ação educativa - pude compreender que as representações dos idosos sobre estas intervenções trazem a interpretação de uma realidade fragmentada, pouco visível e por isso, talvez, pouco valorizada por eles em comparação à atenção curativa, reflexo do modelo biomédico. A compreensão do idoso sobre as palestras, por exemplo, é a de um momento de distração, uma atividade esporádica com conteúdos repetitivos centrados na doença, no uso da medicação e na dieta, passados de forma prescritiva, autoritária nos moldes da “educação bancária”.

Urge buscar uma reorientação na forma como essas ações são desenvolvidas, optando por paradigmas pedagógicos atuais, não como modelos que aprisionam o profissional, reproduzindo assim a mesma lógica que guiou sua prática, mas como uma referência para a sua transformação.

Quanto à categoria-limites e possibilidades das ações educativas (re) velados nas representações do idoso - foi possível perceber o quanto ainda resta fazer para que as ações educativas nos micro espaços das Unidades de Saúde da Família tenham o seu lugar como atividade de promoção à saúde do idoso na perspectiva da máxima expressão do seu potencial de autonomia e independência.

Esses limites, como pude apreender nas representações dos entrevistados, passam pelas barreiras impostas pelo e ao profissional, como condições de trabalho, os problemas com a oferta e a demanda, as dificuldades com o manejo de estratégias metodológicas, a busca do usuário por ações curativistas para o alívio imediato de suas queixas e se constituem num entrave para o desenvolvimento da ação pedagógica efetiva.

Embora a abordagem individual do usuário seja reconhecida como espaço para as ações educativas, na prática, os limites institucionais e dos profissionais

reduzem as chances de concretização e da eficácia das mesmas. As ações educativas coletivas, no entanto, principalmente no caso desse grupo populacional, se constituem num espaço onde o usuário, encorajado pela presença do outro, pelas trocas afetivas que acontecem nesses encontros, pode compartilhar suas experiências, suas inquietações, seu saber, suas crenças, enfim as representações que permeiam seu cotidiano sobre o envelhecimento e o processo saúde-doença, além de compartilhar as diversas formas de enfrentamento dos problemas comuns.

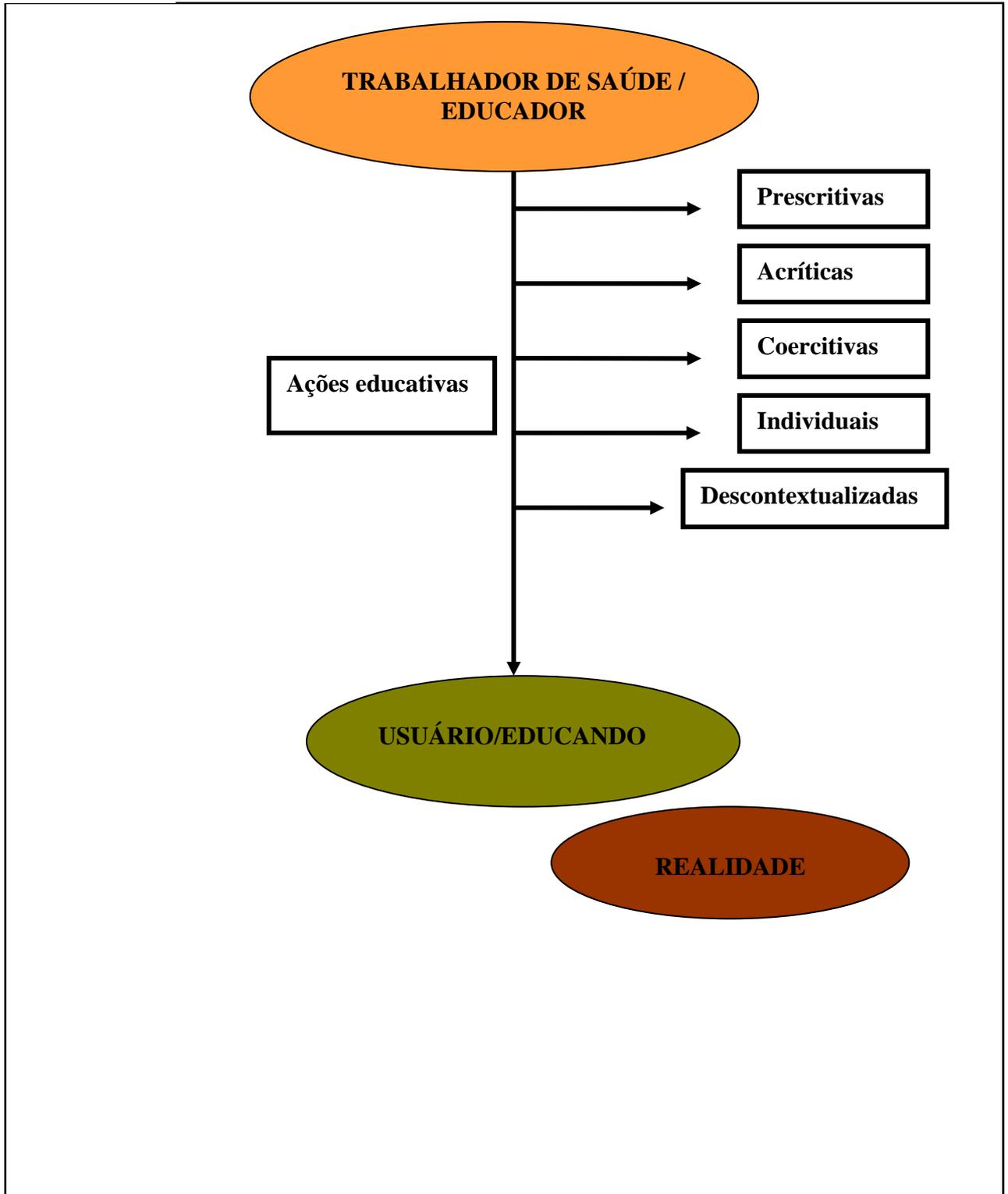
Com relação às ações coletivas como palestras e reuniões, apenas algumas referências estão na lembrança dos entrevistados limitadas a datas pontuais como ao dia do idoso, ao grupo de hipertensos, o que mostra que não há uma sistematização dessas ações nem a organização de grupos de idosos na comunidade como prevê o PROSI.

Nos discursos dos sujeitos também não há referência à abordagem de temas relativos ao processo de envelhecimento ou de como o idoso pode lidar com relevantes questões que podem surgir nesta etapa da vida e comprometer sua autonomia e capacidade funcional, como o reconhecimento e prevenção das síndromes geriátricas, ou a discussão em torno do seu modo de “andar a vida” numa sociedade onde ainda persistem representações negativas sobre o velho e a velhice.

Tomando como foco de análise os discursos sobre as ações educativas, pude refletir sobre a importância dessa atividade voltada para a população nesta fase da vida reconhecendo, entretanto, o quanto estas práticas são secundarizadas no cotidiano dos serviços de saúde em lugar de orientações prescritivas realizadas no atendimento individual, focalizadas na queixa, cuja efetividade questiono.

O fluxograma a seguir ilustra a realidade das ações educativas desenvolvidas no PSF a partir das representações dos idosos.

FIGURA 6



FLUXOGRAMA 2 - Ação educativa no PSF, na ótica do idoso

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O essencial é desencadear processos e construir caminhos que levem em conta as necessidades de saúde da população tendo como referência a redução das desigualdades e a promoção do bem-estar coletivo”.

Iraildes Juliano

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF nasce como uma proposta de re-organização do sistema de saúde e mudança de um modelo assistencial biomédico, hegemônico para um modelo alternativo que fosse capaz de superar a lógica do mercado que é a marca deste modelo.

Porém, segundo Franco e Merhy (1999), a reestruturação dos serviços através da implantação do PSF, por si só, não tem dado conta dessa mudança. Mais que re-estruturar os serviços é preciso investir na mudança da lógica dos processos de trabalho que têm lugar nos micro espaços dos serviços de saúde. É preciso apostar na possibilidade de introduzir o vínculo, a intersubjetividade, a responsabilização, enfim o cuidado com a vida e a saúde das pessoas.

Segundo Mandú (2004), para que a atenção à saúde resulte em bem-estar é preciso criar novas possibilidades de encontro entre as pessoas, significar suas vivências, interpretações, reconhecer potenciais, abrindo-se às suas necessidades de forma a aumentar sua participação e autonomia.

Para este autor, trazer a intersubjetividade para as relações que se dão entre profissionais e usuários é uma possibilidade de reduzir a violência escondida nas intervenções dos profissionais no cotidiano da atenção à saúde, com suas práticas de controle e submissão das pessoas (MANDU, 2004).

Acredito que um passo para romper com esse estado de coisas é escutar o usuário e legitimar sua voz no sentido de conhecer suas representações sobre as ações que lhe são oferecidas, para buscar formas mais criativas, participativas e emancipadoras de atenção às suas necessidades de saúde, inaugurando assim uma nova e criativa forma de olhar o usuário com suas necessidades investindo para isso na utilização de “tecnologias leves”¹², território onde se inscreve o “trabalho vivo em ato”¹³ Merhy (2002).

Portanto, penso que é preciso conhecer como se dá este trabalho e como são engendradas essas relações no cotidiano das equipes de saúde da família no

¹² Tecnologia leve – se refere às relações como a produção de vínculo, autonomização e acolhimento.

¹³ Trabalho vivo em ato – é o que ocorre no momento mesmo da produção do trabalho

sentido de capacitá-las a usarem todo o seu potencial na resolução dos problemas de saúde do usuário/idoso (FRANCO e MERHY, 1999).

Em suas representações sobre as ações educativas, os idosos deixaram evidente que nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas não existe um programa educativo voltado especificamente para o idoso, não há uma sistematização dessas ações no que diz respeito à regularidade, à seleção de temas relativos ao processo de envelhecimento, aos mitos sobre a velhice, à prevenção da dependência ou aos direitos do idoso.

Assim, acredito que através das representações sociais apresentadas pelos idosos, este estudo contribui para apreender a realidade das ações educativas nas unidades de saúde estudadas para, a partir daí, desencadear ações no sentido de reorganizar esta atividade na atenção ao idoso nas USF's.

Ao acessar essa realidade através dos resultados do trabalho, percebo que as inquietações que me motivaram a realizá-lo se ampliaram, uma vez que os idosos confirmaram em suas representações que existem lacunas a serem preenchidas no que diz respeito ao desenvolvimento das ações educativas e por isso não me satisfaço apenas em apresentá-las, mas, como sujeito social inserido nesse espaço, sinto-me na responsabilidade e com o compromisso de apontar, se não soluções imediatas, propostas de ação na tentativa de construir as possibilidades para superação desses limites.

Não foi pretensão deste estudo avaliar a atenção à saúde do idoso no município o que pode ser objeto de outras investigações. Porém, além do que foi apreendido sobre as ações educativas através das representações sociais dos sujeitos do estudo, nas visitas que realizei às unidades de saúde com a proposta de organizar o programa de atenção ao idoso foi possível ter uma idéia, ainda que limitada, desta situação:

A existência a nível estadual de apenas um centro de referência em saúde do idoso que oferece curso de capacitação às equipes de saúde da família para a atenção a esta população, parece dificultar o atendimento à demanda das equipes para o referido curso resultando em que muitas equipes não tenham ainda realizado o treinamento prático; a inexistência de grupos de idosos para a implementação de atividades educativas coletivas, regulares como preconizam as diretrizes do PROSI (PROSI, 2003); nos discursos dos entrevistados não houve referência a temas relativos ao envelhecimento, o que me fez entender que estes temas não são

discutidos com os idosos; os relatos sobre as orientações recebidas mostram a utilização de paradigmas conservadores pelos profissionais no desenvolvimento dessas ações.

Assim, entendo que, para superação desses limites e na tentativa de preencher as lacunas na atenção à saúde do idoso, ao menos no que se refere às ações de promoção à saúde, aí incluídas as ações educativas, é premente o desenvolvimento de projetos que contemplem estas questões.

Considerando as dificuldades decorrentes dos modelos assistenciais historicamente instituídos, reflexo de forças políticas hegemônicas, reconheço os limites para a implantação de um projeto que dê conta destas questões em curto prazo. Porém, acreditando como Merhy (1997), na possibilidade de que, a partir de novos sujeitos, novas forças instituintes possam surgir criando novas formas de se produzir ações de saúde no cotidiano dos espaços micropolíticos dos serviços de saúde, apresento algumas sugestões e propostas que poderão transformar-se em ações concretas para o adequado atendimento ao idoso, atendendo assim às diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso que assegura o direito a um envelhecimento digno em consonância com os princípios do SUS e os princípios constitucionais da saúde como “um direito de todos e dever do estado”.

As propostas aqui apresentadas levam em consideração o desenvolvimento da ação educativa quanto à metodologia e ao conteúdo utilizado, à necessidade de recursos humanos capacitados para atender o usuário idoso e o atendimento ao idoso na atenção básica.

Os limites apreendidos nas representações dos idosos quanto ao desenvolvimento das ações educativas me conduziram à elaboração das seguintes propostas que, se concretizadas, poderão transformar a prática educativa nos espaços dos serviços de saúde:

- Ampliar o foco do conteúdo das orientações deslocando-o da doença e incluindo temas relativos aos aspectos psicossociais e às mudanças próprias do envelhecimento;
- Buscar conhecimento na área da educação gerontológica relativo aos processos cognitivos, intelectuais e educativos do idoso para aperfeiçoar o entendimento sobre os efeitos do envelhecimento na sua aprendizagem;
- Utilizar recursos áudio visuais que possam facilitar a apreensão das mensagens e conteúdos trabalhados;

- Respeitar o ritmo de aprendizagem do idoso, observando as mudanças na sua capacidade cognitiva;
- Reconhecer o idoso como sujeito de sua própria aprendizagem valorizando seu saber, sua experiência e suas representações;
- Criar um ambiente favorável ao processo educativo de forma a reduzir a ansiedade, estabelecer a autoconfiança do idoso e ampliar a possibilidade de aprendizagem e mudança;
- Incluir a família na abordagem educativa com o idoso;
- Desenvolver ações educativas na comunidade visando reduzir os preconceitos e idéias errôneas sobre o idoso, contribuindo para a construção de relações intergeracionais saudáveis e conseqüentemente a prevenção da violência;
- Valorizar a ação educativa como ação emancipadora do idoso para o enfrentamento das situações adversas e para a busca do seu direito à cidadania;
- Organizar grupos de educação em saúde com idosos na comunidade;
- Desenvolver projetos educativos na perspectiva da interdisciplinaridade e intersetorialidade, buscando parcerias com outros atores e setores da comunidade no sentido de ampliar as possibilidades de participação e inclusão social do idoso;
- Buscar conhecimento para desenvolver a habilidade no trabalho com grupos de idosos;
- Utilizar o potencial criativo no planejamento e desenvolvimento das ações educativas visando motivar o idoso à participação;
- Aproveitar todo encontro com o idoso na unidade de saúde e na família como oportunidade educativa e de exercício do diálogo e da escuta como caminhos para o estabelecimento do vínculo e transformação da prática educativa;
- Instituir novas propostas de educação em saúde centradas nas necessidades e interesses específicos do idoso rompendo com os modelos instituídos verticais e focalizados na doença;

Para atender à necessidade de capacitação dos trabalhadores em saúde para o adequado atendimento ao usuário idoso proponho:

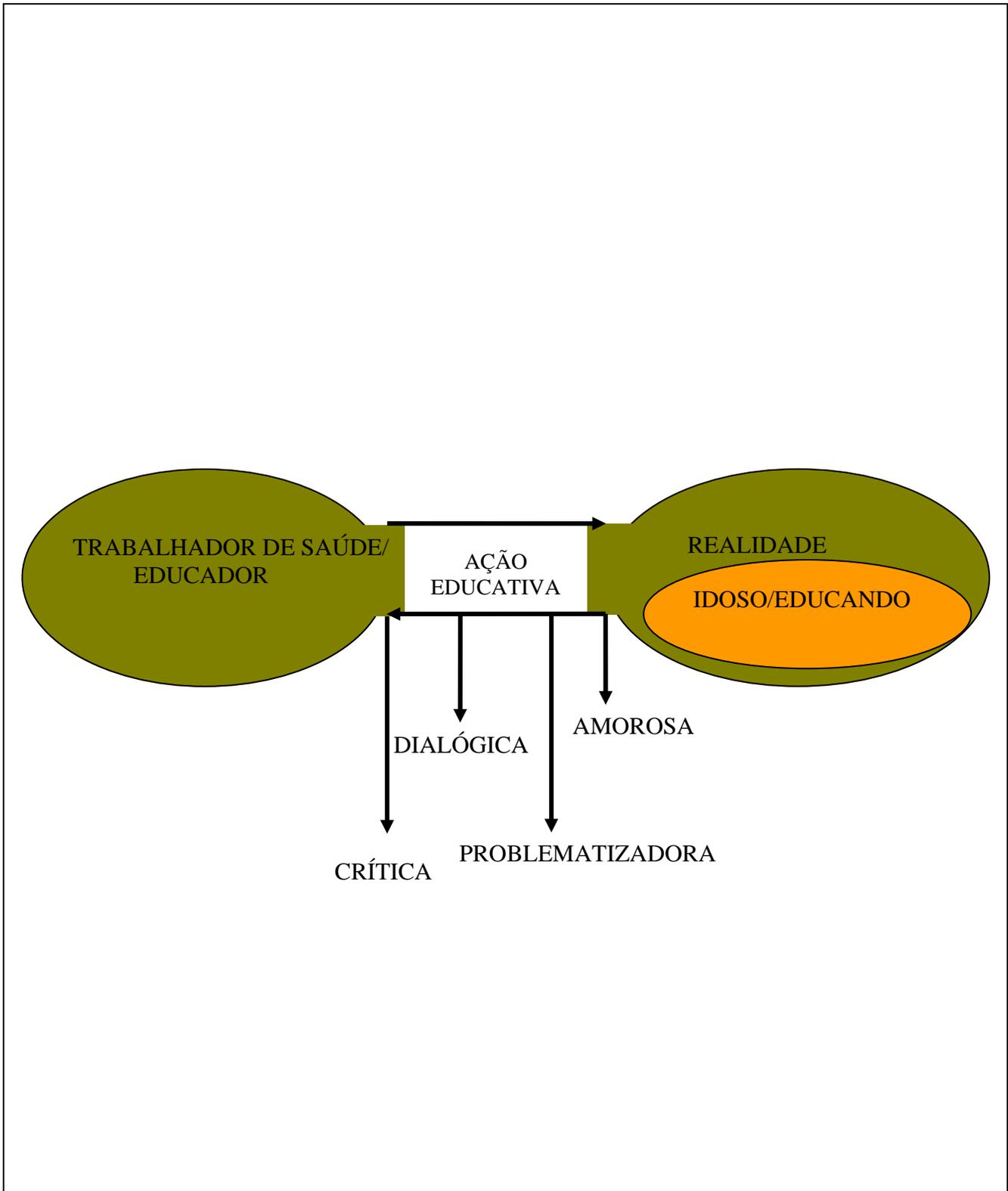
- Dar continuidade junto ao Centro de Referência e Atenção ao Idoso (CREASI)
- ao projeto de capacitação teórico-prática dos profissionais em noções básicas no atendimento ao idoso;
- Desenvolver um projeto de capacitação do agente comunitário de saúde em noções básicas de atendimento ao idoso;
- Disponibilizar para os profissionais das ESF oficinas pedagógicas baseadas nos paradigmas emergentes, articulando com as instituições formadoras;

Considerando o idoso como grupo populacional com demandas específicas, as propostas de mudança no seu atendimento na atenção básica apontam para:

- Introduzir a prática da avaliação multidimensional do idoso;
- Utilizar modelos de triagem de riscos para prevenir dependência e incapacidades em idosos mais vulneráveis;
- Implantar o cartão do idoso para toda a população da área de abrangência da USF;
- Incentivar a prática da atividade física, organizando grupos de caminhadas na comunidade.
- Monitorar a adesão ao tratamento e às orientações buscando avaliar a efetividade da ação educativa.
- Ampliar a clínica incorporando elementos como a escuta amorosa, a subjetividade, o vínculo, a responsabilização, o toque na direção de um novo modelo de trabalho que tenha como objeto o idoso com suas necessidades específicas e sua potencialidade.

O fluxograma a seguir sintetiza as propostas de mudança das ações educativas.

FIGURA 7



FLUXOGRAMA 3 - Proposta de mudança da ação educativa

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C.A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Editora AB, 1998.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev.2005.

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

AQUINO, R. Estratégia de Saúde da Família. In: **MANUAL para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2001.

ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. In MOREIRA, A.S. P e outros. (Orgs.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, Paraíba: Editora Universitária-UFPB, 2005.

ASSIS, M. de; SILVEIRA, T. Melo da. **Promoção da saúde e envelhecimento saudável**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI /UERJ, 2002. On line. Série Livros Eletrônicos. Disponível em: <<http://www.crde.unati.br>>. Acesso em: 12 dez 2003.

ASSIS, M. de. Uma nova sensibilidade nas Práticas de Saúde. In: VASCONCELOS, Eymar. M. (Org) **A Saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

ASSIS, M. de. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.2004.199f. Tese (Doutorado) em FIOCRUZ/ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2004.

ASSIS, M; HARTZ, Z.M. A; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 557-581, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

BARROS, M.A.F. **Direitos dos idosos: um breve relato do processo de envelhecimento da população**. Disponível em:

<<http://www.mp.gov.br/artigos/artigos02.pdf>>. Acesso em: Ago. 2002.

BARROSO, M. G. T; SANTOS, Z. M.de S. A. - A Interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: BARROSO, M.G.T. e outros. (Org) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BARROSO, M.G.T. FARIAS F.L.R. Abordagem transdisciplinar nas práticas educativas em saúde. In: BARROSO, M.G.T. e outros. (Org) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BARROSO, M. G. T;VIEIRA, N.F.C.;VARELA, Z.M.V. Educação em saúde:no contexto da promoção humana. In: BARROSO, M.G.T. e outros. (Org) **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003, parte1.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Curitiba: Ed. Universitária Champagnat, 1999.

BESERRA, M. A. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente: representação do profissional de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia, 139 f. Salvador, 2000.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, R. P. (Org) **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ UnATI/UERJ,1995.

BISPO, T. C. F. **Representações Sociais de Profissionais acerca da Assistência à Mulher em Situação de Violência Conjugal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem UFBA, 2001, 103 p.

BONET, O. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticos. In: PINHEIRO R; MATTOS RA (Orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de janeiro: CEPESCI/UERJ, ABRASCO, 2005.

BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA J.P; CASTRO, J.L. (Orgs.) **Capacitação em desenvolvimento de RH-CADRHU**, 261-268. MS. OPAS. Editora da UFRN-Natal: 1999

BRASIL, 1988. **Constituição Federal**. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/cont>> Acesso em: Jul 2005.

BRASIL, **Lei orgânica da saúde** n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o funcionamento do SUS. Disponível em
<<http://www.dtr2001.saude.gov.br/bvslegislacao/Sus.htm>>. Acesso em: Jul. 2005.

BRASIL Lei 8. 842 de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso** in: Idoso Cidadão - Cartilha. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção de Saúde. Bahia: 1999.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n. 1395, de nove de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília: Diário Oficial da União, pp 20-24, 13 de dez 1999a. BRASIL. Ministério da saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999b. 40p.

BRASIL, 2003a. Lei 10. 741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Vol.3. nº1 Recife, Jan/Mar. 2003b.

BRASIL, 2005. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/BA/BA_Santo_Antonio_de_Jesus_Geral.xls> Acesso em Mai. 2005.

CAMARGO, V.B. Introdução. In: MOREIRA, A.S. P e outros. (Orgs.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, Paraíba: Editora Universitária-UFPB, 2005.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M de La O. R. Educação em Saúde na Prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. IDS. Disponível em:
<<http://www.ids.saude.org.br/enfermagem.>>. Acesso em: 13 Mar. 2004.

CHIZOTTI, A. Pesquisa Qualitativa. In: CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed., São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Pesquisa Qualitativa. In: CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4. ed., São Paulo: Cortez, 1995.

COPPIN P. A C.. Educación Gerontológica Informal. In: PEREZ, Anzola.E e outros (Orgs). **La Atención de los Ancianos: un desafio para los años noventa.** Publicación Científica 546, OPAS/OMS, Washington D. C. EUA: 1994.

DATASUS, 2004. **Indicadores municipais de saúde.** Indicadores da atenção básica. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: Jun. 2005.

DUARTE, J.R.S. Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In SALDANHA AL; CALDAS CP (Org.) **Saúde do idoso: a arte de cuidar.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

FARR, RM. Representações Sociais: a teoria e sua história. In GUARESCHI P.; JOVCHELOVITCH S (Orgs.) **Textos em Representações Sociais.** 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: 1995.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-line.** Tribuna Livre. 1999. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns.>>. Acesso em: 12/05/ 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 9. ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1981.

_____. **Educação e mudança.** 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GAZZINELLI, M.F. e outros. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206 Jan/Fev, 2005.

GIACOMIN, K. Avaliação funcional-o que é função, como avaliar e como lidar com as perdas. In SALDANHA AL; CALDAS CP (Org) **Saúde do idoso: a arte de cuidar.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R. **Pesquisa em idosos.** Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/pesqid.htm>>. Acesso em: Jul. 2005.

GOLDMAN, S.N. **Universidade para a Terceira Idade: Uma lição de Cidadania.** Tese (Doutorado em Serviço Social) PUC, São Paulo: 1999 Cap.1.

GONÇALVES, LHT.; ALVAREZ, M.A. O cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática .In: FREITAS, E.V. DE e outros (Orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUTMANN, L.A. Possibilidades de intervención frente a los transtornos de la memoria asociados a la edad. In: SALVAREZZA, A.L. (Org.) **La vejez: una mirada gerontológica actual.** Buenos Aires: Paidós, 2000.

IBGE 2000. **Censo demográfico.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 14 Mai. 2005.

IBGE, 2001. **Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 de Jun. 2003.

IBGE. 2002. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. **Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 de Jun. 2003.

IPEA, **Radar Social.** Disponível em <[http://www.IPEA.gov.br/publicações/details.php?bt=Radar"social"2005](http://www.IPEA.gov.br/publicações/details.php?bt=Radar%20social%202005)>. Acesso em: Jun. de 2005.

JECKEL-NETO, E. A; CUNHA, GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Cap.2. p. 13 -19. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org) **As Representações Sociais.** Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001.

JULIANO, IA. Aula apresentada no Ciclo de Debates em Saúde Coletiva. UEFS, Feira de Santana, Jun. 2004.

KINSELLA, K. Dimensiones demográficas y de salud em América Latina y el Caribe. In: PEREZ, Anzola. E e outros (Org). **La Atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.** Publicación Científica 546, OPAS/OMS, Washington DIC. EUA: 1994.

L'ABATE S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol.10, n.4, p. 481-490, Out/Dez., 1994.

L'ABATE S. Educación para la salud In: **Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación en salud**: especificidades, interfaces, intersecciones. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xviconf.htm>> Acesso em: 04 Jul. 2005.

LACERDA, A e VALLA, V.V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In Pinheiro, R; MATTOS, R.A (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

LEVY, S.N. e outros. **Educação em Saúde – histórico, conceitos e propostas**. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/csn/temas/educacao/saude/educacaosaude.htm>> Acesso em: 30 Jul. 2005.

LIBÂNEO, J. C. **Didática: prática educativa, pedagogia e didática**. 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, V.L.P.G. **Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Comunicación Social en Salud**: especificidades, interfaces, intersecciones. Disponível em <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/xiconf.htm>> Acesso em: 04 Jul. 2005.

LIMA, M.P. **Gerontologia Educacional**: uma pedagogia específica para o idoso. Uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTR, 2001.

LOURENÇO, R.A. e outros. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**. 2005 n.32, vol.2, p. 311-18.

MANDÚ, E. N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 12 n.4 Ribeirão Preto: Jul./Ago. 2004.

MARTINEZ, F.M. Aspectos Biológicos del Envejecimiento. In: PEREZ, Anzola.E e outros (Org). **La Atención de los ancianos**: un desafio para los años noventa. Publicación Científica 546, OPAS/OMS, Washington D.C. EUA: 1994. p. 45.

MATTOS, R.A de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: In Pinheiro, R; MATTOS, R.A (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2001.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias

do Sistema Único de Saúde. 4. ed., São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999. Capítulo1.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec. ABRASCO, 1994, capítulo1.

MINAYO, M.C. de Souza. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In GUARESCHI P; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs) **Textos em Representações Sociais**. 2. edo. Petrópolis, Rio de Janeiro: 1995.

MINAYO, M.C. de Souza; COIMBRA, Jr.C.E.A. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In MINAYO, M.C. de Souza; COIMBRA, Jr.C.E.A (Orgs). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MMA Internet e Sistemas. Disponível em:
<www.mma.com.br/mma3/?sess=navb&open=saj> Acesso em Jun. 2005.

MONTEIRO, M.F. G; ALVES, M.I.C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R.P. (Org.) **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. RELUME DUMARÁ. UnATI/UERJ, Rio de Janeiro: 1995.

MOSCOVICI, S. Das representações Coletivas às Representações Sociais: elementos para uma história In: JODELET, D.(Org.) **As Representações Sociais**. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. O Fenômeno das Representações Sociais. In; MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em Psicologia Social**. Traduzido por GUARESCHI, P. A. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. Capítulo.1.

MOTA, A Brito da. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C; COIMBRA Jr C. E. A. (org) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Capítulo 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

NÓBREGA, S. Sobre a Teoria das representações Sociais. Fragmento digitado do trabalho **“La maladie mentale au Brésil: étude sur les représentations sociales de la folie par des sujets internés à l’Hôpital Psychiatrique et leurs familles”**. Traduzido pela autora. 1993.

OLIVEIRA, M.G.L. Políticas Públicas e Idoso. In: Envelhecimento, qualidade de vida, saúde e políticas públicas. Disponível em <www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/eqrs.htm> Acesso em: 04 Jun. 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In ROUQUAIROL, M.Z. ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDROSA, J.I. dos S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M (Org). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos - Reflexões da Rede Popular de Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEDROSA, J.I. dos S. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. In: **Radis** n.13. Set. 2003, Entrevista, p.24.

PELEGRINI, V. M.C. e JUNQUEIRA, V. Trajetórias das Políticas de Saúde. A Saúde Coletiva e o Atendimento ao Idoso. In: NETTO, M. P. Gerontologia-A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo/ Rio de Janeiro: Atheneu

PEREIRA, M.G. Epidemiologia – **Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1995, capítulo. 8.

PEREIRA, A. P. C. M. A **Enfermeira e a Educação para a Saúde em unidades básicas de Feira de Santana**, 2002.142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

PIMENTA, S. G.e ANASTACIOU, L.G.C. Docência no ensino superior. São Paulo: Cortez, 2002.

PROSI. **Boletim Técnico**, 2º Semestre 2003. SESAB/SUS.

QUADRANTE, A.C.R. Doenças crônicas e o envelhecimento. In: **Envelhecimento, qualidade de vida, saúde e políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pform/eqvspp3.htm>> Acesso em: 04 Jun. 2005.

QUINTERO, M. El autocuidado. In: PEREZ, A.E e outros (org). **La Atención de los ancianos: un desafio para los años noventa**. Publicación Científica 546, OPAS/OMS, Washington DIC. EUA: 1994.

ROBLEDO, L.M.G. Concepción Holística del Envejecimiento. In: PEREZ, Anzola.E e outros (Org). **La Atención de los ancianos: un desafio para los años noventa**. Publicación Científica 546, OPAS/OMS, Washington D.C. EUA: 1994.

SANTO ANTONIO DE JESUS. **MMA Internet e Sistemas**. Disponível em: <http://www.mma.com.br/mma3/?open=saj_hist> Acesso em: 05 Jun. 2005

SERVO, M.L. S.; CIAPONE, M.H. Trench. **Supervisão em enfermagem: o (re)velado de uma práxis**. Feira de Santana-Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana, Grafimort, 2001.

SIAB. **Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2006 do modelo geral**. Versão 4.2 de 23/05/2006.

SILVA JÚNIOR, A.G. e MASCARENHAS M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

SILVA, M da G; RUFFINO, M.C. Comportamento docente no ensino de graduação em enfermagem: a percepção dos alunos. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Rib. Preto, vol. 7, nº 4, p. 45 a 55. Outubro, 1999.

SILVESTRE, J. A; NETO, M. M da Costa. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 839-847, mai-jun, 2003.

SMEKE, E. de L.M; OLIVEIRA, N. L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, E M (Org). **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Popular de Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPINK J.M. Desvendando as teorias implícitas: Uma Metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI P; JOVCHELOVITCH. S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

TURA, L.F. R; MOREIRA, A.S.P.; In: TURA, L.F. R; MOREIRA A. S. P(Orgs.). **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2004.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O. A & COSTA, M.F DE LIMA. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C; COIMBRA Jr C. E. A. (Org). **Antropologia, saúde e Envelhecimento**. Capítulo 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

UNEB. Departamentos - Campus V Santo Antonio de Jesus. Disponível em: **Portal UNEB** <http://www.uneb.br/dpt_campus_v.jsp> Acesso em: Jul 2005.

VASCONCELOS, EM. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VERAS, R. P. Desafios e Conquistas Advindas da Longevidade da População: O Setor Saúde. In VERAS, RP. **Velhice numa Perspectiva de Futuro Saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

VERAS, R.P. **Terceira Idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará UnATI/UERJ, 2002.

VICTORA, C.G. e outros. **A Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Cap. 5. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, N.F. C e outros. Promoção da Saúde: Saber fazer em construção. In: BARROSO, M.G.T. e outros. (Org) **Educação em Saúde no Contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P.e OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Editora UNEB. Goiânia: Editora AB, 1998.

WONG UM, J A **VISÕES DE COMUNIDADE NA SAÚDE: COMUNALIDADE, INTEREXISTÊNCIA, E EXPERIÊNCIA POÉTICA**. 153 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública – Departamento de Endemias.

XAVIER, J. Idosos. Viver Mais e Melhor. In: **RADIS Comunicação em Saúde**. nº17. Janeiro 2004, p.8-9.

APÊNDICE - A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa “Representações Sociais de Idosos sobre Ações Educativas Desenvolvidas no Programa Saúde da Família” será realizada em Santo Antonio de Jesus com o objetivo de saber o que os idosos pensam sobre as orientações de saúde que são dadas pela equipe das Unidades de Saúde da Família. Estamos solicitando a sua colaboração para responder algumas perguntas sobre o que o (a) Sr.(a) pensa sobre estas orientações. Esta pesquisa será desenvolvida pela enfermeira Antonia Maria de Oliveira Sena dos Santos, aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, com a orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Silva Servo, e consta da realização de entrevistas que serão gravadas pela pesquisadora que utilizará as informações dadas pelo (a) Sr. (a) sem associar ao seu nome, guardando absoluto sigilo sobre sua identidade. Caso permita, a pesquisadora utilizará outro nome para identificar a sua entrevista. As fitas contendo as informações serão destruídas ao término do trabalho. As pesquisadoras assumirão toda responsabilidade por qualquer dano ou constrangimento que o (a) Sr. (a) venha a passar por estar participando desta pesquisa. Assim como o (a) Sr (a) poderá pedir qualquer esclarecimento sobre a mesma ou desistir de participar a qualquer momento sem que isso traga nenhum prejuízo à sua pessoa. No caso de seu impedimento poderá indicar uma pessoa de sua confiança para ler este documento. Informamos que os resultados desta pesquisa serão apresentados à equipe de saúde e aos idosos e poderá ajudar os profissionais no desenvolvimento de suas atividades educativas, contribuindo para orientar melhor o idoso sobre o cuidado com a sua saúde. Após ter lido e compreendido todas as informações, e caso consinta em participar desta pesquisa de livre e espontânea vontade, o (a) Sr. (a) deverá assinar este termo de consentimento em duas vias sendo que uma ficará em seu poder. Em caso de dúvida as pesquisadoras estarão à sua disposição.

Feira de Santana, ____ / de _____ de 2005.

Profª Drª Maria Lúcia Silva Servo
Tel: 075- 3614 5061

Antonia Maria de Oliveira S. dos Santos
Tel: 075- 3625 6906

Ass. _____

Testemunha _____

APÊNDICE – B

ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Tema: Representações sociais de idosos sobre ações educativas desenvolvidas no Programa Saúde da Família.

Objetivo: Compreender as ações educativas desenvolvidas pela equipe das Unidades de Saúde da Família na ótica do idoso.

1. Dados de identificação

Nome _____

Endereço _____

Idade _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Profissão _____ Atividade _____

Anos de estudo _____ Com quem vive _____

Renda familiar mensal _____ Saúde auto percebida _____

2. Compreensão dos idosos sobre as ações educativas

3. Relato de orientações recebidas

4. Participação em atividades de Educação em Saúde

- Orientações (quais)
- Palestras (sobre)
- Grupos (de quê?)
- Dificuldades de participação
- Facilidades para participar
- Atendimento às orientações (mudança de atitudes/hábitos/comportamento)
- Satisfação com o atendimento (por quê?).