

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Educação em Saúde ao Idoso: saberes e fazeres das Equipes
de Saúde da Família**

Anelise Schell Almeida

Passo Fundo
2012

Anelise Schell Almeida

Educação em Saúde ao Idoso: saberes e fazeres das Equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira

Coorientador:

Prof. Dr. Astor Antônio Diehl

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

A447e Almeida, Anelise Schell
Educação em saúde ao idoso : saberes e fazeres das equipes
de saúde da família / Anelise Schell Almeida. – 2012.
85 f. : il., color. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira.

Coorientador: Prof. Dr. Astor Antônio Diehl.

1. Idosos – Programas de saúde. 2. Programa de Saúde da
Família (Brasil). 3. Qualidade de vida. 4. Autocuidado. I. Vieira,
Péricles Saremba, orientador. II. Diehl, Astor Antônio,
coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DA ALUNA

ANELISE SCHELL ALMEIDA

Aos onze dias do mês de abril do ano dois mil e doze às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Educação em saúde ao idoso: saberes e fazeres das equipes de saúde da família”, apresentada pela mestranda Anelise Schell Almeida, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Péricles Saremba Vieira - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Telma Elita Bertolin, Iara Salete Caierão e Eliane Lucia Colussi. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 11 de abril de 2012.

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Profª. Drª. Eliane Lucia Colussi
Universidade de Passo Fundo - UPF

Profª. Drª. Telma Elita Bertolin
Universidade de Passo Fundo - UPF

Profª. Drª. Iara Salete Caierão
Universidade de Passo Fundo - UPF

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado ao meu esposo **JOÃO CARLOS**, que foi o melhor e o maior incentivador para meus estudos e trabalho, proporcionando meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

Dedico também aos meus filhos **LUCAS** e **MATHEUS**, que me incentivaram e me apoiaram **SEMPRE...**

AMO VOCÊS!!

AGRADECIMENTOS

Sou **MUITO GRATA** a todos que fizeram parte desta caminhada.

Agradeço a **Deus** por me proporcionar força e luz em todos os momentos de minha vida.

Agradeço ao meu marido **João Carlos**, aos nossos filhos **Lucas** e **Matheus**, pelo apoio, incentivo e pelos puxões de orelha para perseverar no mestrado!

Agradeço aos meus **familiares**, que acompanharam esta minha caminhada sempre na torcida pelo êxito.

Ao orientador deste trabalho **Professor Péricles**, obrigada pela dedicação, disponibilidade e confiança, obrigado por me instigar a pensar, a refletir, a aprender, a construir e a reconstruir.

A todos os professores do Mestrado, que contribuíram com meu crescimento acadêmico, em especial ao co-orientador deste trabalho, **professor Astor Antônio Diehl**.

Aos meus colegas de mestrado pela companhia e troca de experiências, em especial as colegas e amigas **Maira Audino**, **Andréia Schmitz** e **Andréia Gronevalt**.

As **profissionais coordenadoras** das Estratégias de Saúde da Família de Carazinho que colaboraram com a pesquisa.

Obrigado a **Secretaria da Saúde de Carazinho** pela acolhida, compreensão e auxílio na realização da coleta de dados, e a **Universidade Luterana do Brasil** de Carazinho pelo incentivo, em especial a minha colega e amiga **Patrícia Carlesso Marcelino**.

RESUMO

Almeida, Anelise Schell. Educação em saúde ao idoso: saberes e fazeres das equipes de saúde da família. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

O envelhecimento populacional crescente faz com que sejam buscadas alternativas para a melhoria e manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas. No âmbito da saúde pública a educação em saúde ao idoso tem sido foco do trabalho das Equipes de Saúde da Família, com o princípio de atuar na promoção da saúde de seus usuários. Este estudo teve por objetivo conhecer os saberes e os fazeres dos profissionais das Equipes de Saúde da Família de educação em saúde ao idoso, com a finalidade de obter subsídios que contribuam para a qualidade de vida dos idosos. O estudo caracterizou-se por ser do tipo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo, embasados segundo Minayo (2004). Participaram do estudo e foram entrevistadas as profissionais coordenadoras das equipes de Saúde da Família de um município de médio porte da região norte do RS, que tem implantado em seu território 12 equipes de Saúde da Família. Com base nos resultados percebeu-se que os saberes de educação em saúde ao idoso, na concepção da maioria das profissionais coordenadoras é de educar o idoso, transmitir conhecimentos a quem não possui. A palavra “orientar” como entendimento de educação em saúde é constante nas falas. Com relação aos fazeres de educação em saúde para o idoso as participantes deram ênfase aos trabalhos em grupos com os idosos, e também a dificuldade na formação e manutenção destes, deixando clara a necessidade de barganha com os idosos para participarem das práticas chamadas educação em saúde. Foi abordado pelas pesquisadas sobre a oportunidade de trabalhar educação em saúde na visita domiciliar, onde se pode observar o contexto familiar, e também de trabalhar com o idoso na própria unidade de saúde, orientando-os no que se fizer necessário. Com relação à qualificação para o trabalho da educação em saúde com os idosos a amostra enfatizou que esta não existe de forma organizada e frequente, que buscam ler e se informar do assunto através dos manuais do Ministério da Saúde. Faz-se necessária e urgente a capacitação dos profissionais para o trabalho com o idoso, em nível interdisciplinar e multiprofissional, a fim de que as políticas, tal como a educação em saúde, sejam validadas no cotidiano profissional, superando a evidente dicotomia entre teoria e prática, onde muitos profissionais da saúde podem se considerar detentores do saber, impondo ordens de agir ao idoso, sem levar em consideração o contexto em que este vive, a família, as relações sociais, a cultura, e em especial a valorização do saber e vivência dos idosos no processo de construção de práticas que mantenham e melhorem a qualidade de vida da nossa população idosa.

Palavras-chave: **1. Idoso. 2. Educação em Saúde. 3. Equipe de Saúde da Família. 4. Saberes. 5. Fazeres.**

ABSTRACT

Almeida, Anelise Schell. Educação em saúde ao idoso: saberes e fazeres das equipes de saúde da família. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

The increasing aging rate of the population makes we look for alternatives to the improvement and maintaining of the quality of life to elderly people. In public health, health education for the elderly has been the work's focus of the Family Health Teams, with the principle of act on promoting the health of its users. This study aims to know the knowledge and the doings of the Elderly Health Education, conducted by Family Health Teams, in order to obtain subsidies that contribute to the quality of life for seniors. This is an exploratory descriptive study with qualitative approach, with content analysis, based on Minayo (2004). We interviewed the professionals that work as coordinators of the Family Health Teams in a medium-sized city in north of Rio Grande do Sul, Brazil, which has implanted in its territory 12 Family Health Teams. It was noticed in the study that knowledge of health education to the elderly, in the view of most coordinators, passes the idea of educating the elderly, imparting knowledge to those who have not. The word “guide” as meaning of health education is constant on the statements. Related to the activities of health education for the elderly, in all statements it has been cited team work with them, and also the difficulty in forming and maintaining the groups, making clear the need to bargain with the elderly to participate in the practices called health education. It cited the opportunity to work in health education with visits at their home, where we can observe the family context, and also work with the elderly in the health unit, paying attention and guiding them. The classification for the work of health education for the elderly does not exist in an organized and often way, seeking to read and learn the subject through the manuals of the Ministry of Health In the speeches of professionals is noticed the strong appreciation to the medical professional, both for the elderly, and by the professional team, strengthening into a new model for health reorganizing: the biomedical model. It is necessary and urgent to train health professionals to work with the elderly, so that policies such as health education is validated in practice, overcoming the apparent dichotomy between theory and practice, where many health professionals may be considered holders of knowledge, ordering acts to the elderly, not considering the context in which they live, like the family, social relations, culture, and in particular the enhancement of knowledge and experience of older people in the process of building practices that maintain and improve the quality of life.

Key words: 1. Elderly. 2. Health Education. 3. Family Health Team. 4. Knowledge. 5. Activities.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Capa da Caderneta do Idoso do Ministério da Saúde. 23
- Figura 2 - Mapa da área geográfica do município com delimitações das áreas territoriais de atuação das ESF. 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de habitantes referenciados as ESFs por área de abrangência.	42
Tabela 2 - Número de pessoas por faixa etária.	43

LISTA DE ABREVIATURAS

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Estaduais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESFs	Estratégias de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NURESC	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO	18
2.2. O IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA	21
2.3. CONTEXTUALIZANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	27
2.4. SABERES E FAZERES E A PRÁTICA PEDAGÓGICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	31
2.5. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	39
4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	42
4.1. SABERES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	45
4.2. FAZERES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO IDOSO	49
4.3. VIVÊNCIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS	53
4.4. QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO AO IDOSO	58
4.5. MOTIVAÇÕES PARA TRABALHAR COM IDOSOS	62
4.6. DIFICULDADES PARA O TRABALHO COM O IDOSO	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	80
APÊNDICE A. CONVITE DE PARTICIPAÇÃO 1 – COORDENADOR DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	81
APÊNDICE B. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	83
APÊNDICE C. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS COORDENADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	85

1. INTRODUÇÃO

“O envelhecimento é a conquista da sabedoria pela meditação e pelas vivências cotidianas”.
(Silvino Santin)

A constatação do envelhecimento populacional no âmbito mundial nos remete a reflexões e preocupações constantes com o bem estar no contexto gerontológico. A conquista do aumento na expectativa de vida não tem sido sinônima de conquista na qualidade de vida, estamos vivendo mais tempo, e conseqüentemente também podemos viver mais tempo doentes.

As perspectivas do IBGE (2010), mostram que o número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos aumentará dos 11% em 2006 para 22% em 2050; observando um número maior de longevos do que de crianças até 14 anos. Papaléo Netto (2005), diz que os idosos que em 1980 perfaziam oito milhões de pessoas, serão 32 milhões até 2025. A população idosa brasileira é de 15 milhões de habitantes, e o grupo de longevos acima de 80 anos cresce de forma acelerada (VIEIRA, 2004). Conforme a OMS (2007), o cálculo é de que o Brasil será o 6º país mais envelhecido do mundo em 2025, com mais de 34 milhões de idosos; segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2011), o Brasil será nos próximos 25 anos, o 6º país mais envelhecido do mundo. Até o ano de 2020, um em cada 13 brasileiros será idoso.

Segundo Veras e Caldas (2004), a ascensão demográfica idosa é mundial, também em virtude da diminuição das taxas de natalidade, o que se constitui um fenômeno não só local, mas global, resultando em aumento gradativo da população longeva, necessitando desta forma, mudanças significativas na sociedade e nos serviços de saúde através de políticas públicas de saúde.

As políticas públicas de saúde em nosso país e no mundo a cada dia que passa tem aumentado o desafio: conciliar longevidade com qualidade. Uma das políticas da atenção básica, com a missão de atender a família na sua integralidade, e que tem como clientela assídua, e em números cada vez maiores os usuários idosos, são as Equipes de Saúde da Família.

Segundo Franco e Merhy (2006), as Equipes de Saúde da Família foram implantadas a partir de 1994 no Brasil, a partir do Programa de Agentes Comunitários

de Saúde 1991, com objetivo de implantar um novo modelo de saúde no país. A cada ano, aumenta o número de municípios que aderem a este modelo de trabalho na atenção básica a saúde, para que consigam atender sua demanda. O que era para ser um programa de saúde que poderia ser finalizado a qualquer momento tornou-se Estratégia de Saúde da Família, o que assegura a continuidade e o aumento de equipes deste modo de atenção à saúde, tendo como uma das diretrizes do trabalho das equipes de ESF a Educação em Saúde.

A atuação das equipes de Saúde da Família tem por objetivo primário, fundamental, atuar na educação em saúde, no trabalho de promoção da saúde, com a finalidade de orientar suas comunidades para a manutenção e melhoria da qualidade de vida. Um dos trabalhos preconizados e rotineiros das equipes de Saúde da Família tem sido a realização de atividades de promoção da saúde com os idosos.

A promoção em saúde é efetivada através da Educação em Saúde, em processo de educação permanente da comunidade. Segundo a Carta de Ottawa (1986, p. 1), promoção da saúde “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A Educação em Saúde é utilizada pelas Equipes de Saúde da Família como uma ferramenta para orientar a comunidade de sua área de abrangência, área esta delimitada populacionalmente e territorialmente segundo a portaria do Ministério da Saúde/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com objetivo de promover, prevenir e manter a saúde de sua população adscrita. Os agentes comunitários de saúde, profissionais integrantes destas equipes e que mantém o vínculo constante com as famílias têm como atribuição principal o trabalho de orientação a sua população, tendo de serem capacitados para a atuação da Educação em Saúde pela sua equipe de saúde, sendo a orientação aos usuários idosos uma das prioridades.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 2.488/2011, Anexo I, são atribuições específicas do agente comunitário de saúde “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas”, e “estar em

contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças”.

A Educação em Saúde enquanto estratégia de melhorias na qualidade de vida dos usuários tem suas implicações através da prática, podendo contribuir, contornar e ou transformar realidades através de orientações adequadas de cuidados a sua saúde. De acordo com o Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), vinculado à OMS, os objetivos da Educação em Saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (OMS, 2007). Segundo Paulino et al. (2011) nessa perspectiva, cabe à Educação em Saúde promover no sujeito tanto o senso de responsabilidade individual quanto o comunitário.

Comumente os idosos são participantes em maior número e assíduos dos grupos trabalhados pelas Equipes de Saúde da Família de Educação em Saúde, seja de hipertensos, diabéticos, vida saudável, podendo ser devido a estes estarem mais suscetíveis a agravos, também à maior parte de tempo livre, pois muitos destes estão aposentados, ou talvez, são os usuários que mais recebem sua agente comunitária de saúde para a visita domiciliar pelo maior tempo de permanência no lar, sendo orientados para a participação das atividades desenvolvidas pelas equipes, entre elas os grupos de idosos.

Percebe-se na prática como profissional de saúde, atuando na atividade assistencial e gestora que a Educação em Saúde permite o trabalho de promoção da saúde, proporcionando aos usuários idosos a opção de melhoria na qualidade de vida. Contudo, a forma como as equipes são qualificadas para trabalhar a Educação em Saúde pode ser determinante no modo de orientação de sua população, na consolidação de práticas de Educação em Saúde, podendo implicar de forma tanto positiva na qualidade de vida do idoso, como também de forma negativa, desmotivando o idoso, quando as ações de educação em saúde são impositivas e não consideram a integralidade do indivíduo.

A presente pesquisa teve por finalidade buscar subsídios que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos idosos através do conhecimento dos saberes e fazeres

de Educação em Saúde na atenção ao idoso, realizado pelas Equipes de Saúde da Família.

Diante disso, justifica-se esta pesquisa, pela importância em conhecer os saberes e fazeres de educação em saúde ao idoso dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família de um município, com intuito de contribuir para reflexões e principalmente ações dos profissionais da área da saúde e em especial para pessoas que atuam e querem atuar na área do envelhecimento humano acerca das práticas de educação em saúde ao idoso.

Foram entrevistadas as profissionais coordenadoras das Equipes de Saúde da Família, de um município de médio porte da região Norte do Rio Grande do Sul com uma população aproximada de 60.000 habitantes, com doze (12) equipes de Saúde da Família implantadas há mais de 10 anos no município, representando cerca de 70% da população com cobertura de ESF.

O estudo teve como questões norteadoras: Quais os saberes e os fazeres de educação em saúde na atenção ao idoso, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, e quais as vivências a partir do saber e o fazer destas equipes na atenção ao idoso? Como ocorre a qualificação, ou como se capacitam as equipes de saúde da família para o trabalho de educação em saúde ao idoso? Quais estratégias utilizam para fazer educação em saúde com os idosos? Quais as motivações para trabalhar com o idoso? Estas equipes encontram dificuldades para o trabalho de educação em saúde com o idoso? Como percebem o trabalho de educação em saúde na qualidade de vida dos idosos?

Com a pretensão de responder a estes questionamentos foi buscado através do estudo o conhecimento dos saberes e fazeres de Educação em Saúde ao idoso das equipes de Saúde da família. Foram selecionados autores que embasam o estudo do envelhecimento humano, tais como: Papaléo Netto (2007), Leme (2007), Paulino et al. (2011), Paulino, Fernandes e Siqueira (2010), Vieira e Baggio (2009), e de estruturação da saúde coletiva, tal como: Machado (2007), a portaria MS/GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, entre outras, acerca da organização da atenção básica. Para contextualizar a análise dos resultados foram utilizados os autores (MORIN, 2000; CAPRA, 2006; MATURANA; VARELLA, 2003; FREIRE, 2005), que constroem sua produção de conhecimentos relativos ao envelhecimento sob a corrente teórica que envolve os novos

paradigmas, os determinantes de sua produção são influenciados pela cultura em que estão inseridos, influenciando o processo de produção do conhecimento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Não somos um algo só. Somos indivíduos integralizados, mais do que culturais, somos psíquicos, físicos, míticos, biológicos, etc.”
(Edgar Morin)

A base teórica deste trabalho será organizada em cinco subcapítulos. O primeiro abordará uma reflexão sobre o envelhecimento humano. No segundo será colocado acerca da inserção do idoso nos serviços de saúde de atenção básica, amparado na legislação vigente. No terceiro será contextualizada a Educação em Saúde no âmbito do SUS, como ferramenta que pode proporcionar melhorias na qualidade de vida da população idosa. No quarto será conceitualizado saberes e fazeres e a prática pedagógica, para a reflexão destes conceitos e a importância da construção coletiva. No quinto será abordado à composição das Equipes de Saúde da Família, com ênfase nas diretrizes de trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde a esta modalidade de atendimento a população.

2.1. UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO

Nos últimos anos, em especial na última década o envelhecimento populacional tem sido um dos assuntos em pauta no cotidiano da população mundial, sendo apontado como um problema. O aumento da expectativa de vida das pessoas tem sido motivo de comemorações do ponto de vista quantitativo se contrapondo negativamente a falta de qualidade de vida na velhice e a incerteza de um futuro melhor para as pessoas idosas.

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo gradual, universal e irreversível, onde acontecem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, consequência da ação do tempo, e segundo Sturmer et al. (2010) é gradual porque não se fica velho de um dia para o outro. É universal porque afeta todos os indivíduos de uma espécie numa forma similar. As evidências indicam que o processo de envelhecimento pode ser acelerado ou desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido.

Com o aumento da população mundial, o número de idosos vem se destacando de modo crescente consideravelmente nos últimos anos. O processo de envelhecimento

vem sofrendo inúmeras alterações, devido a fatores que ocorrem durante este ciclo (LEME, 2007). De acordo com os dados do IBGE (2010) o censo aponta crescimento da população idosa, a qual inspira cuidados, e também revela que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo que mais cresceu na última década.

Apesar do crescimento significativo de idosos, os dados mais relevantes apontam que somos, pela primeira vez na história recente, uma nação cuja maior parcela da população é predominante adulta e em idade ativa, ou seja, um em cada cinco brasileiros tem entre 20 e 29 anos de idade, o que significa dizer que por duas décadas o país terá as condições favoráveis para se desenvolver, se for considerado que estará no auge da sua força produtiva, enquanto as crianças e os idosos representarão um percentual menor na população (IBGE, 2011).

Segundo Papaléo Netto (2007), no cenário do envelhecimento humano é que a geriatria e gerontologia situam-se, com a missão de atenuar os chamados problemas do envelhecer. São cada vez mais frequentes pesquisas e estudos acerca do envelhecimento a fim de contribuir para o entendimento da velhice, as pesquisas dão o caráter científico aos saberes e falas populares, cabendo aos pesquisadores avaliarem a contribuição real de sua pesquisa, buscando, apontando, formas de intervenções viáveis para esta fase da vida.

A geriatria e a gerontologia ditas como duas especialidades da medicina se diferenciam, segundo Potter e Perry (2004), a geriatria é a especialidade médica que lida com os aspectos fisiológicos e psicológicos do envelhecimento, realizando o tratamento das doenças. A gerontologia como o estudo de todos os aspectos do envelhecimento humano e suas consequências, vista por mais autores como especialidade de atuação multidisciplinar.

Segundo Santin (2011, p. 33):

A constituição do envelhecimento humano como objeto distinto de estudo é, relativamente, recente, incluído como uma parte importante da gerontologia e da geriatria. A gerontologia não trata apenas do velho ou da velhice; ela inclui os fenômenos que levam à velhice. A geriatria, por sua vez, não trata apenas das doenças dos idosos, mas se preocupa também com as prevenções destas doenças.

Tanto a geriatria como a gerontologia evoluem de acordo com as mudanças da sociedade como um todo, assim, se percebe a necessidade de se apoiarem em um pilar

para atuarem em benefício do envelhecimento humano, sendo um destes a família dos idosos, para que possam contribuir realmente de forma integral e agregadora, enfrentando o desafio da manutenção da qualidade de vida na velhice (LEME, 2007). Conceituar a família nos dias atuais não é uma tarefa fácil, pelo contrário, seria pretensioso um único conceito, devido às mudanças constantes no campo dos relacionamentos entre as pessoas, e é neste universo em que são permeadas as discussões de ambiente ideal para a convivência do idoso.

Segundo Leme (2007), historicamente, o idoso era cuidado por alguém da própria família, normalmente pelas mulheres, enfatizando que se tinha pouquíssima ou nenhuma informação sobre o envelhecimento. Entretanto as relações familiares modificaram-se com o passar dos anos, influenciadas pelas mudanças socioeconômicas da população, as mulheres começaram a atuar no mercado de trabalho em busca de uma vida melhor tanto financeira como pessoal, não podendo ficar mais com a responsabilidade de cuidadora incondicional que até então era a ela delegada.

A família segundo Guedes (2000), é rotulada como uma solução simples para todos os problemas de cuidados com seus familiares idosos, ficando indiscutível a fala sobre a família em qualquer discurso como responsável pelas pessoas idosas. Olhando superficialmente seria, uma vez que esta estivesse estruturada e adequada ao tamanho da responsabilidade que se faz imposta.

O fato do envelhecimento populacional submete a sociedade no seu núcleo familiar ao receio constante não só do envelhecimento, mas de ter que cuidar dos seus idosos. A família do idoso que pode ser de laços consanguíneos ou não, está adoecida, carente de suporte, informações e ajuda que as auxiliem na convivência harmônica em todas as fases da vida em especial no envelhecer.

Envelhecer é um processo consequente da vida do ser humano. Sendo assim, é importante que estejamos preparados para envelhecer da melhor forma possível, mantendo a capacidade funcional e a autonomia, consequentemente a qualidade de vida. Isto poderá ser possível a partir da educação em saúde para o envelhecimento, vencendo barreiras, testando, reciclando e reinventando conhecimentos e práticas de atuação com a população idosa através da inserção de políticas públicas de saúde que contemplem a integralidade de todo o indivíduo, em especial dos idosos.

2.2. O IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam, e é uma fase do desenvolvimento humano. Porém, devido aos avanços das áreas socioeconômicas e da ciência, a expectativa de vida da população aumentou, fazendo com que haja uma população de idosos sedentos de cuidados com a saúde.

Segundo dados do IBGE (2007), há no Brasil cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (9% da população). Dessa parcela 85% apresentam, pelo menos, uma doença crônica e 10% no mínimo cinco enfermidades.

Estudos sobre pessoas com mais de 65 anos indicam que 40% dessa população necessitam de algum tipo de auxílio para realizar, pelo menos, uma atividade instrumental diária. Segundo Carvalho Filho (2005), 10% desses idosos requerem inclusive auxílio para realizar tarefas básicas. O sistema de saúde deve estar preparado para acolher esta nova realidade. Somente assim, será possível oferecer aos nossos idosos uma velhice mais confortável e digna (BRASIL, 2003).

Concomitante à regulamentação do SUS, a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) nosso país tenta organizar-se para responder às crescentes demandas da população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94).

Em 1999, a Portaria Ministerial GM/MS nº 1.395 de 10 de dezembro anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 2003). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, sendo a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002 (BRASIL 2003), é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

O Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003 - assegura atenção integral à saúde dos maiores de 60 anos por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) para adequar o SUS com o normatizado pelo Estatuto do Idoso, mediante a regulamentação das seguintes questões: procedimentos de reabilitação, de cadastramento de idosos e de organização dos serviços para assegurar a assistência/internação domiciliar no âmbito do SUS.

Segundo a legislação do idoso (BRASIL 2003), a prevenção e manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento preferencial geriátrico e gerontológico em ambulatórios e Unidades de Saúde, em especial em ESFs; atendimentos domiciliares, incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para aquele abrigado e acolhido por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural; fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação; assegurar o direito a acompanhante ao idoso internado ou em observação, cabendo ao órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

A fim de acompanhar o idoso, sua evolução clínica, o Ministério da Saúde lançou em 2006, as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, sendo distribuídas as equipes de Saúde da Família para que fossem trabalhadas com os idosos através das agentes comunitárias de saúde e demais membros da equipe. Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 159), a função primordial da Caderneta da Pessoa Idosa “é propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar”.

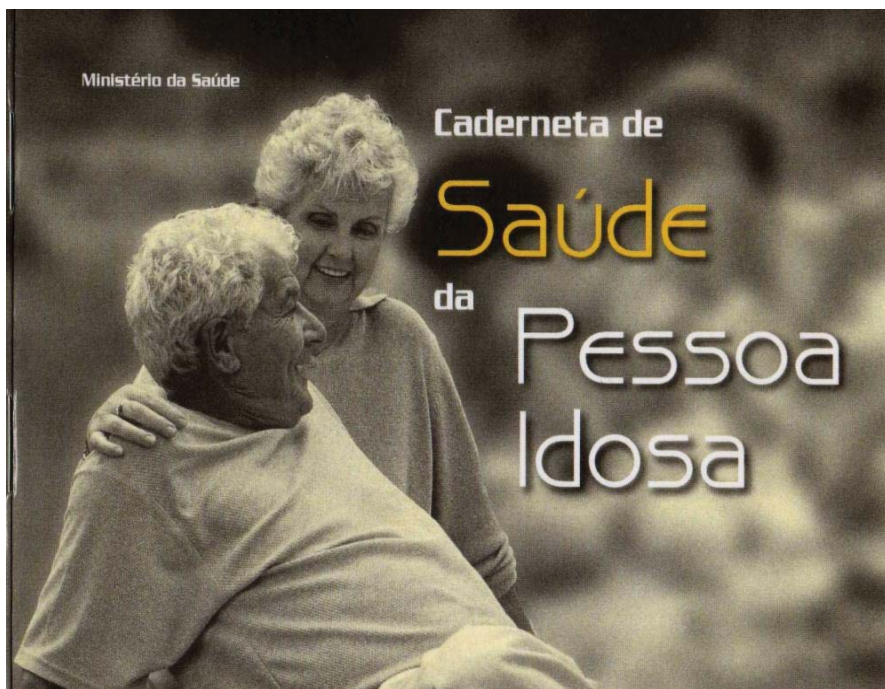


Figura 1 - Capa da Caderneta do Idoso do Ministério da Saúde.

A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ainda é um desafio para os municípios, para as equipes de Saúde da Família, visto as condições de manutenção deste instrumento, acompanhar o idoso é objetivo partindo do contexto de vida destes e de sua compreensão, juntamente com seus familiares, cuidadores ou profissionais dos múltiplos fatores que afetam a qualidade do cuidado na relação entre eles.

Com a necessidade de adequar a política do idoso, o Ministério da Saúde promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, revogando a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. O Programa da Saúde do Idoso tem como diretrizes essenciais: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

A clientela dessa política são todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de idade, com o sentido de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A portaria do Ministério da Saúde/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para as Equipes de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta portaria revoga a Portaria n 648/GM/MS de 28 de março de 2006, sendo que esta serviu de amparo à nova portaria.

A atenção básica, segundo a portaria do Ministério da Saúde/GM n 2.488 de 21 de outubro de 2011, no anexo I:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças crônicas que requerem mais serviços assistenciais de saúde sendo notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (CARVALHO; MARTIN; JUNIOR, 2001).

Segundo Duarte (2001), o Programa de Saúde do Idoso inserido na rede de atenção básica a saúde é de grande participação nas comunidades, pelos cuidados de assistência prestados a essa faixa etária, e pode contribuir de forma significativa para que o idoso permaneça ativo na sociedade e tenha melhor qualidade de vida.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) expõem que, pensando no fenômeno do crescimento do número de idosos em nosso país e na necessidade de capacitá-los para o autocuidado, pretende-se não perpetuar atitudes meramente filantrópicas e

assistencialistas, posto que seja incapaz de conseguir a verdadeira promoção do cidadão com mais idade e, em consequência, revelam-se excludentes.

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública: os idosos com alto grau de dependência funcional (BRASIL 2003). É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliarem a participação social dessas pessoas na sociedade.

Um dos exemplos atuais de criação de espaços físicos são as academias de saúde, implantadas a partir da portaria GM/MS nº 719, de 07 de abril de 2011, que tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudável. Para a implantação destas academias ao ar livre para a prática de exercícios físicos para a terceira idade, os municípios devem habilitar-se junto ao Ministério da Saúde, tendo como contrapartida a cedência do local e a manutenção, entendido também como ter um profissional educador físico para orientar a prática dos exercícios, porém, não é isto que tem se visto em muitos municípios, percebe-se que depois de inauguradas com alardes na comunidade a academia como feito do governo municipal e federal, o total abandono e depredação dos equipamentos, e principalmente a falta de profissionais contratados para atuação e orientação aos usuários frequentadores das academias.

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação das equipes de Saúde da Família, revelam a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção insignificante das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imprescindível à readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em fevereiro de 2006, foi publicado pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que

visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, pode representar um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (BRASIL, 2006).

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela da população que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Brito e Ramos (2007, p. 672) “os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e na família”, com base na atenção primária a saúde, no processo de valorização da promoção da saúde.

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos.

E neste sentido, frente ao envelhecimento populacional acelerado a alternativa para a QV da população que envelhece é o investimento em programas de atenção ao idoso, capacitando profissionais para o trabalho de promoção da saúde ao idoso, que priorizem o indivíduo na sua integralidade, orientando sua comunidade. Cabe aos profissionais da saúde e demais áreas atentarem ao processo de envelhecimento humano, contribuindo para as condições de vida e valorização do idoso em nossa sociedade.

2.3. CONTEXTUALIZANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Com o aumento da expectativa de vida, a longevidade passou a ser vista não só como um ganho para a sociedade, mas também como uma preocupação, devido ao aumento de patologias, disfunções psicológicas e funcionais causadas pelo estilo de vida da população, tendo como resultado o prejuízo na qualidade de vida dos mais velhos. Esta constatação é também um dos fatores que tem chamado atenção de gestores públicos e profissionais da saúde para o trabalho de Educação em Saúde, como forma de promover a saúde de sua comunidade, com vistas à qualidade de vida em especial na velhice.

Segundo Machado et al. (2007), a Educação em Saúde tem sido apontada como uma das ferramentas capazes de contribuir com a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Através dela podem-se esperar modificações comportamentais e sociais nos usuários do Sistema Único de Saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde a Educação em Saúde está sendo incentivada aos municípios, através das Coordenadorias Regionais, Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde. O Pacto pela saúde (BRASIL, 2006) que está sendo aderido pelos municípios tem como um dos pilares a Educação em Saúde, sendo em forma de incentivo financeiro em bloco específico em Educação em Saúde aos municípios, para que se habilitem e implemente o trabalho, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos usuários através de promoção da saúde, principalmente a população idosa que é uma das prioritárias ao cuidado.

Segundo Paulino et al. (2011), nas questões de Educação em Saúde, ao longo dos tempos:

A Educação em Saúde no Brasil, mais especificamente como uma política populacional, é recente e têm suas primeiras ações na chamada fase higienista que vai de 1903 até 1920, caracterizando-se por ações impositivas, quando o uso da força policial era comum. Esta perspectiva, hegemônica no século passado, caracterizava-se por ações verticais que preconizavam a adoção de novos comportamentos pela população, tais como ações corretas de higiene corporal, ambiental e alimentar, como parar de fumar e vacinar-se entre outros.

A adoção oficial do termo Educação em Saúde deu-se em 1919, em convenção da Organização de Saúde da Criança da América, por Sally Luança Jean, enfermeira e diretora da referida entidade, que demonstrava preocupação com a necessidade existente de ações educativas integrarem os serviços de saúde (TCHAKMAKIAN; FRANGELLA, 2007).

Segundo Carvalho, Martins e Junior (2001), em 1970, as práticas de saúde eram caracterizadas pelo modelo biomédico, essencialmente curativista, hospitalocêntrico, discriminatório e centrado na figura do profissional médico. Sob esta ótica, o ser humano é tratado de forma fragmentada, sendo a patologia o foco do cuidado, em detrimento da integralidade do ser. Além disso, o direito à saúde estava reservado àquelas pessoas que dispunham de dinheiro para comprar os serviços médicos particulares. Os pobres recebiam atendimento em instituições de caridade, enquanto os ricos recebiam assistência médica individualizada, ambos com o objetivo único de curar a patologia de uma forma isolada.

Frente a tal realidade, emerge o Movimento da Reforma Sanitária em 1974, que propunha a remodelação do sistema de saúde hegemônico. O movimento reunia uma diversidade de atores que defendiam idéias que posteriormente serviriam de sustentação ao Sistema Único de Saúde.

Para Filho (2006, p. 63), um dos principais produtos desse movimento foi à “elaboração de um documento intitulado Pelo direito universal à saúde, que sublinha a necessidade do Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população”.

Neste sentido, o movimento culminou com a construção de um novo projeto de saúde para o país, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo era a superação dos limites do modelo de saúde vigente. O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e regulamentado através das Leis nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), e nº 8.142, ambas de 1990 (CUNHA; CUNHA, 2001). Neste

âmbito é que se busca através da Educação em Saúde orientar o usuário, para que este tenha melhores condições de vida e saúde possível, sendo a prática da Educação em Saúde uma ferramenta para a promoção da qualidade de vida.

Segundo Castiel (2003) a promoção da saúde adota uma gama de estratégias políticas que visam direcionar os indivíduos a assumirem responsabilidade em relação a sua saúde, reduzindo o peso financeiro na assistência a saúde uma vez que os problemas reduziriam, numa perspectiva libertária na busca de mudanças sociais mais profundas, em especial a educação popular. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde, enfatizando a necessidade de ações educativas a população através da educação em saúde.

Cohen et al. (2007), propõe o redesenho de programas de saúde que contemplem a integralidade, a humanização e a equidade, enfatizando a intersetorialidade como política de promoção da qualidade de vida e a participação e o empoderamento com o intuito de valorizar a capacidade crítica e reflexiva dos agentes sociais, mediante um contexto econômico, social, cultural e ambiental em saúde.

A Educação em Saúde visa ações que viabilizem o empoderamento do indivíduo, que compreenda suas potencialidades numa sociedade que almeja desenvolver-se, sendo necessário uma inter-relação entre pessoas envolvidas e ambientes a serem trabalhados.

O empoderamento, permitido através da Educação em Saúde é uma estratégia de desenvolvimento comunitário que visa aumentar o entendimento e a autonomia dos indivíduos, a fim de dirigirem seus próprios destinos. Os usuários devem tomar posse deste “poder” que lhes é conferido teoricamente, negligenciado muitas vezes pelos detentores da informação. O empoderamento implica no rompimento com a lógica assistencial dominante, que privilegia o saber de um e silencia o saber de outros, a relação é de parceria e não de hierarquia.

A incorporação do empoderamento comunitário às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde, incorporem como diretriz, uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direitos, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços (CARVALHO, 2002).

Neste sentido, os Conselhos de Saúde, bem como as rodas e grupos de discussão, são espaços de Educação em Saúde, pois nestes locais os usuários podem atuar no levantamento de prioridades e necessidades, na formulação de estratégias, na implementação e avaliação das ações, a fim de garantir a qualidade dos serviços de saúde, que também refletem na promoção da qualidade de vida.

Prioriza-se o cuidado holístico ao indivíduo/família/comunidade, em que a equipe de saúde percebe o usuário enquanto sujeito biopsicossocial, ampliando seu olhar para além da doença. Este é o princípio da integralidade, assegurado no artigo 7, inciso II da Lei 8080/90, que diz: “a integralidade, é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Para que os indivíduos possam ser vistos como um todo, seria necessário o entrelace entre todos os setores que permeiam o meio em que vive este indivíduo, mais especificamente, do conjunto de políticas sociais que fazem parte daquele município, estado e país. As políticas públicas são o eixo norteador para a remodelação do sistema vigente, visando através da Educação em Saúde a melhoria na qualidade de vida dos usuários, em especial dos idosos.

O Sistema Único de Saúde incorpora princípios e diretrizes capazes de modificar a atual lógica de atenção à saúde, quais sejam: universalidade de acesso a todos os níveis de atenção, integralidade da atenção, resolutividade, descentralização, direito à informação, igualdade na assistência, participação da comunidade, entre outros. (CARVALHO, 2002).

Tais princípios e diretrizes transformam o Sistema Único de Saúde no paradigma ideal de atenção à saúde, capaz de modificar a situação de desigualdade na assistência prestada atualmente, pois é direcionado a todos os cidadãos, sendo financiado com os recursos oriundos de impostos e contribuições pagos pela sociedade.

Assim, o SUS é um modelo de saúde jovem que traz consigo a esperança de uma transformação há tempos aguardada pela população brasileira. Porém, colocar o que está posto na legislação em prática é uma tarefa complexa que exige empenho de diferentes atores, carece de profissionais qualificados que atuem em consonância com

os princípios e diretrizes deste novo sistema de saúde, levando em consideração a adaptação a peculiaridades da realidade local, regional e estadual.

2.4. SABERES E FAZERES E A PRÁTICA PEDAGÓGICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os saberes e os fazeres se constituem de diferentes formas, sendo dependente da vivência e compreensão de cada profissional para a atuação na educação em saúde ao idoso. A formação universitária, ou outra específica para o trabalho de educação em saúde pretende preparar o profissional para atuar na área, porém, é somente uma das partes do conjunto, sendo este complementado pelas vivências, conceitos, cultura e ética de cada indivíduo.

Segundo Nóvoa (1997, p. 25):

A formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal.

É preciso à reflexão de que os saberes e fazeres são pessoais, cada qual o faz de diferentes formas, nem sempre sabemos o que estamos fazendo, pois aprendemos a fazer desta forma e muitas vezes não nos questionamos, afinal sempre foi assim, ou aprendi assim. E nem sempre fizemos o que sabemos, pois muitas vezes sabemos como deveríamos fazer, mas não aplicamos este conhecimento na prática.

Os saberes e fazeres são necessariamente mediatizados por uma prática pedagógica, que segundo Souza (2008, p. 1099):

Prática pedagógica, entendida como uma dimensão da prática social, é gerada no estabelecimento de relação entre os conhecimentos do processo de formação inicial dos profissionais da educação e os conhecimentos adquiridos no conjunto das ações desenvolvidas no mundo da escola e da política local de educação.

António Nóvoa (2007) escreve sobre a necessidade de promover novos modelos de organização da profissão. Grande parte dos discursos torna-se irrealizável se a profissão continuar marcada por fortes tradições individualistas ou por rígidas regulações externas, designadamente burocráticas, que se têm acentuado nos últimos anos.

A reflexão da prática pedagógica se faz sempre necessária, precisa-se questionar se o meu modo de orientar as pessoas está sendo compreendido pelo outro. Neste aspecto segundo Freire (2002, p 25), “Quem ensina aprender ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, o entendimento de que os saberes e fazeres possa e deveria se transformar em espaço de aprendizado coletivo.

Segundo Sacristán (1999, p.70)

As práticas educativas, tal como os hábitos de alimentação ou de higiene, geraram uma cultura alicerçada em costumes, crenças, valores e atitudes. Trata-se de formas de conhecer e de sentir, que se inter-relacionam entre si, dando suporte às actividades práticas.

Do ponto de vista histórico, a prática educativa não é uma acção que deriva de um conhecimento prévio, como acontece com certas engenharias modernas, mas sim uma actividade que gera cultura intelectual, em paralelo a sua existência, como aconteceu com outras práticas sociais e ofícios. Isto é importante, porque muitos especialistas esquecem este facto, quando chega a hora de reflectir sobre a relação entre prática e conhecimento. Os problemas da prática não são ociosos ou vazios de fundamentação científica, mas sim contradições que a própria prática origina.

Pode-se dizer que não há uma receita única para trabalhar educação em saúde com os idosos pelas equipes de Saúde da Família, o que se tem é diretrizes do Ministério da Saúde para a prática dos profissionais, com princípios gerais que devem ser adaptados a cada realidade. Segundo a Fundação Nacional da Saúde (BRASIL, 2007) as diretrizes para o trabalho preconizam à promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população, com excelência de gestão, em consonância com o Sistema Único de Saúde.

A equipe de Saúde da Família é composta por diferentes profissionais e estes são agrupados em uma mesma Unidade de Saúde, formando assim uma equipe multiprofissional, com uma pretensão de interdisciplinaridade, tendo como uma das atribuições o trabalho de educação em saúde com sua clientela adscrita, que são os usuários cadastrados naquela unidade específica.

Os profissionais das equipes de saúde da família necessitam questionar-se sobre o seu trabalho de orientação, se realmente estão contribuindo na promoção e qualidade de vida da população, não em posição de repassar seus conhecimentos, mas em posição de compreender a realidade e seu papel enquanto mediador de aprendizados e de práticas, sendo fundamental a utilização de práticas pedagógicas com sua comunidade.

Neste contexto faz-se imprescindível à reflexão pelas equipes de saúde da família sobre a forma de orientar a comunidade e de questionar-se sobre a prática pedagógica vigente. Para Zeichner (1993, p. 17) “reflexão também significa o reconhecimento de que o processo de aprender a ensinar se prolonga durante toda a carreira”. Constatando-se assim que o processo de educação em saúde e o questionamento sobre a prática é contínuo, e vai depender sempre do outro, pois, é necessário trabalhar na amplitude da população considerando sempre as individualidades.

Segundo Benincá:

O discurso que não brota da prática não gera transformação, sendo utilizado para justificar o próprio discurso, principalmente o legal e o institucional. Em contrapartida, o discurso que nasce da prática, observada e refletida, pode transformar o sujeito da prática e, conseqüentemente, a própria prática pedagógica (2002, p 108).

Os saberes e fazeres de educação em saúde está diretamente ligado à forma de concretizá-los, necessitando assim de uma prática pedagógica que auxiliem os profissionais no processo de educação em saúde a sua comunidade, equipe e principalmente a si próprio.

A construção, questionamento, avaliação e reflexão sobre o saber e o fazer pelos profissionais das equipes de saúde da família, bem como adoção de prática pedagógica que promova da melhor forma o entendimento e aproximação da população, acrescentando saberes e fazeres para ambos, efetiva o trabalho de educação em saúde pelas equipes de saúde da família, contribuindo para a qualidade de vida da população assistida.

2.5. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Franco e Merhy (2006) escrevem que no Brasil a origem do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, foi instituída após a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição de 1988, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. O Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com

caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

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

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 2006), as equipes de Saúde da Família que faziam parte do PSF passaram a ser Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família é um dos programas incentivados financeiramente pelos governos Federal e Estadual aos municípios para que estes ofereçam aos usuários a atenção básica, sendo que esta é de responsabilidade municipal. As Equipes de Saúde da Família são a principal estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na atenção básica, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), em dezembro de 1994, 328 equipes de Saúde da Família e 29 mil agentes comunitários de saúde atuavam no Brasil. Em maio de 2008, eram 28.300 equipes de ESF, com 220.080 agentes comunitárias de Saúde. Em 2011, segundo o MS o número de equipes de ESF é de 32.295 equipes no Brasil, sendo 1.232 destas no Rio Grande do Sul.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde/GM, nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e

consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

As Equipes de Saúde da Família seguem as diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica 2011, regulamentadas pela portaria nº 2.488/2011. Esta portaria regulamenta os princípios gerais da atenção básica, as competências e responsabilidades de cada esfera de governo, o financiamento da atenção básica, as estruturas físicas e recursos humanos necessários à implantação e manutenção das equipes e as atribuições dos profissionais considerados essenciais as Equipes de Saúde da Família.

Segundo a Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, quanto à infraestrutura e dos recursos necessários:

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada

de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

Atualmente percebe-se que os municípios que têm implantado as Equipes de Saúde da Família, encontram dificuldades em manter o preconizado pelo Ministério da Saúde através da portaria específica. Uma das maiores dificuldades que os municípios encontram atualmente na manutenção e ampliação das Equipes de Saúde da Família é em fornecer estrutura física, funcional e de recursos humanos necessários, não somente pela questão financeira, mas também, pela falta muitas vezes de entendimento e respaldo por parte dos gestores aos profissionais das equipes de Saúde da Família.

A equipe de Saúde da Família tem como uma das responsabilidades atuar na Educação em Saúde, orientando sua população através de ações da equipe e de suas agentes comunitárias de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

Segundo a portaria MS/GM 2.488 de outubro de 2011, o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) as equipes de saúde da família são responsáveis por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; devem estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizando-se dos sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, como é o caso do SIAB (Sistema de Informações na Atenção Básica); e de atuarem de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Para auxiliar as equipes na educação permanente de seus profissionais, fornecendo apoio para o trabalho de Educação em Saúde o MS através da portaria GM/MS nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com o propósito de ampliar a capacidade resolutiva e a qualidade na atenção básica, credenciou os municípios para a constituição dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com profissionais específicos para o suporte das ESFs. Os NASFs estão sendo implantados de forma lenta, devido às dificuldades de estruturação nos municípios, tanto orçamentais como de recursos humanos dispostos a trabalhar de acordo com o preconizado.

Um dos papéis do NASF (BRASIL, 2008) é atuar na educação permanente dos profissionais das ESFs. E nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários

A Educação Permanente (BRASIL, 2008) deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição, atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento e programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem trabalhados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é importante que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município.

3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

“Não existe saber maior ou menor, existem diferentes saberes”.
(Paulo Freire)

O estudo caracterizou-se do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004). Inicialmente foi definido o município para a realização da pesquisa a partir do quantitativo de equipes de saúde implantadas, que deveria ser em número superior a 10 equipes. A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, parecer número 138/2011.

Estava previsto para o estudo além das entrevistas com os (as) coordenadores (as) das equipes de Saúde da Família a realização de grupo focal com as agentes comunitárias de saúde, sendo uma agente de saúde por equipe. Porém, após a realização de uma sessão de grupo focal, onde compareceram 10 (dez) profissionais, como teste inicial para a realização do grupo focal, foi percebido as dificuldades em focar o grupo no tema proposto. Foi realizado um segundo encontro onde compareceram 8 (oito) profissionais, e após a análise entre a pesquisadora, observadora e orientador do trabalho foi descartada a possibilidade de utilização das falas e continuidade dos encontros para o grupo focal.

Fatores que podem ter influenciado na falta de êxito com o grupo focal: o momento vivenciado pelas agentes comunitárias de saúde do município era de instabilidade profissional, diante da dúvida no reconhecimento do processo seletivo que realizaram há tempos no município; havia por parte das agentes de saúde a reivindicação salarial de acordo com nova portaria do MS que fixa valor para o cargo; o local disponibilizado pela Secretaria da Saúde foi no salão de eventos, sendo que no segundo encontro, devido à presença de usuários com suspeita de tuberculose no serviço em anexo ao local, o profissional médico solicitou que fosse liberado o espaço para o atendimento uma família de sete pessoas, devido ao salão ser um local amplo e ventilado, sendo o retorno ao tema do grupo focal prejudicado; também pode ter sido pela falta de habilidade da pesquisadora na condução das pesquisadas para a utilização do método de grupo focal. Optou-se então, em dar continuidade ao estudo com as entrevistas das coordenadoras das equipes de Saúde da Família, que já estavam ocorrendo de forma exitosa.

A coleta dos dados foi realizada com as Coordenadoras das Equipes de Saúde da Família do município, sendo através de entrevista semi-estruturada, com gravação de voz. De acordo com Gil (1999, p. 117), “entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. A entrevista exige diálogo entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa e parte de um objetivo determinado.

Os (as) coordenadores (as) das Equipes de Saúde da Família são designados (as) pelo Secretário Municipal da Saúde, podendo ser profissional que deve compor obrigatoriamente a equipe ou outro determinado para esta função. No caso do município em estudo as coordenadoras das equipes foram eleitas pelos componentes de suas equipes e depois de registrado a escolha destas, designadas pelo Secretário Municipal da Saúde do município.

Depois de permitido a coleta de dados com as coordenadoras das equipes do município foram iniciados os trabalhos para as entrevistas. As coordenadoras das equipes de Saúde da Família foram convidadas pessoalmente pela pesquisadora que entregou convite impresso na própria Unidade de Saúde, tendo uma conversa inicial com as pesquisadas sobre o tema da dissertação. Depois de aceito o convite foi agendado as entrevistas com as coordenadoras das equipes para data disponível, a pesquisadora deslocava-se até as Unidades de Saúde das ESFs. O tempo de duração das entrevistas com as profissionais responsáveis pela equipe de Saúde da Família foi em média de trinta e cinco minutos. Foi solicitada a participante a permissão para a gravação da entrevista, de modo a facilitar a pesquisadora na transcrição para a análise dos dados.

Foram convidadas as coordenadoras das Equipes de Saúde da Família do município, um total de 12 (doze) profissionais, devido este ser o número de equipes de saúde com ESF no município. Cada coordenadora de equipe tem sob sua liderança cerca de sete profissionais na Unidade de Saúde e de cinco a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe tem na sua área de abrangência em média 3.500 usuários cadastrados e referenciados a unidade de saúde na qual atua, sendo que cada agente comunitário de saúde é responsável por uma micro-área delimitada geograficamente dentro da área de atuação da equipe, na qual este reside, tem em média 150 famílias

cadastradas, cerca de 750 habitantes sob a responsabilidade de seu trabalho como agente de saúde, referenciados a esta equipe de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde da Família são coordenadas na Secretaria de Saúde por uma profissional enfermeira e pela equipe de apoio, (digitador, motorista e agente administrativo) mantendo o contato diário com as coordenadoras das equipes por telefone e mais raramente visitas as unidades, e também através do transporte da Secretaria da Saúde onde o motorista leva comunicados e materiais a estas.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, com categorização temática. A análise temática, segundo Minayo (2004), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p. 209).

Minayo (2004), refere que operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: - pré-análise: que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; - exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação; - tratamento dos resultados obtidos e interpretação: submete-se os resultados a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

“Você não pode ensinar coisa alguma a nenhuma pessoa, você apenas pode auxiliá-la a aprender por si mesma”.
(Galileu Galilei)

Participaram da pesquisa onze (11) das doze (12) profissionais responsáveis pelas Equipes de Saúde da Família, devido a uma das coordenadoras estar em gozo de licença gestante no período das coletas e de não haver substituta no momento, somente suporte das coordenadoras de outras unidades. São na totalidade profissionais enfermeiras as coordenadoras das equipes.

As Unidades de Saúde que contam com as Equipes de Saúde da Família localizam-se todas na área urbana do município, sendo nos bairros, a população de cobertura das doze Equipes de Saúde da Família é de aproximadamente 43.000 habitantes, que tem como referencia inicial a Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, este número significa cerca de 70% de cobertura da população do município por Estratégia de Saúde da Família. Na tabela abaixo o número de usuários cadastrados nas ESF, segundo os dados do SIAB 2010, do município.

Tabela 1 - Número de habitantes referenciados as ESFs por área de abrangência.

ÁREA	Homens	Mulheres	TOTAL
001	1869	2000	3869
002	1977	2160	4137
003	1852	2124	3976
004	2034	2080	4114
005	1186	1209	2395
006	1783	1903	3686
007	1520	1718	3238
008	1504	1708	3212
009	1637	1812	3449
010	1665	1869	3534
011	2242	2459	4701
012	1223	1409	2632
TOTAL	20.492	22.451	42.943

Fonte: SIAB 2010.

O número de pessoas por faixa etária na totalidade do município está distribuído conforme a tabela a seguir, sendo percebido o número relevante de idosos, representando 13,18% da população:

Tabela 2 - Número de pessoas por faixa etária.

<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
267	1738	1182	1902	3736	3835	13668	5660	4928	5932	42943

Fonte: SIAB 2010.

Na figura a seguir, o mapa do município em estudo com as áreas de abrangência das ESF delimitadas geograficamente de acordo com a população adscrita a cada unidade de ESF, limitado por diferentes cores.

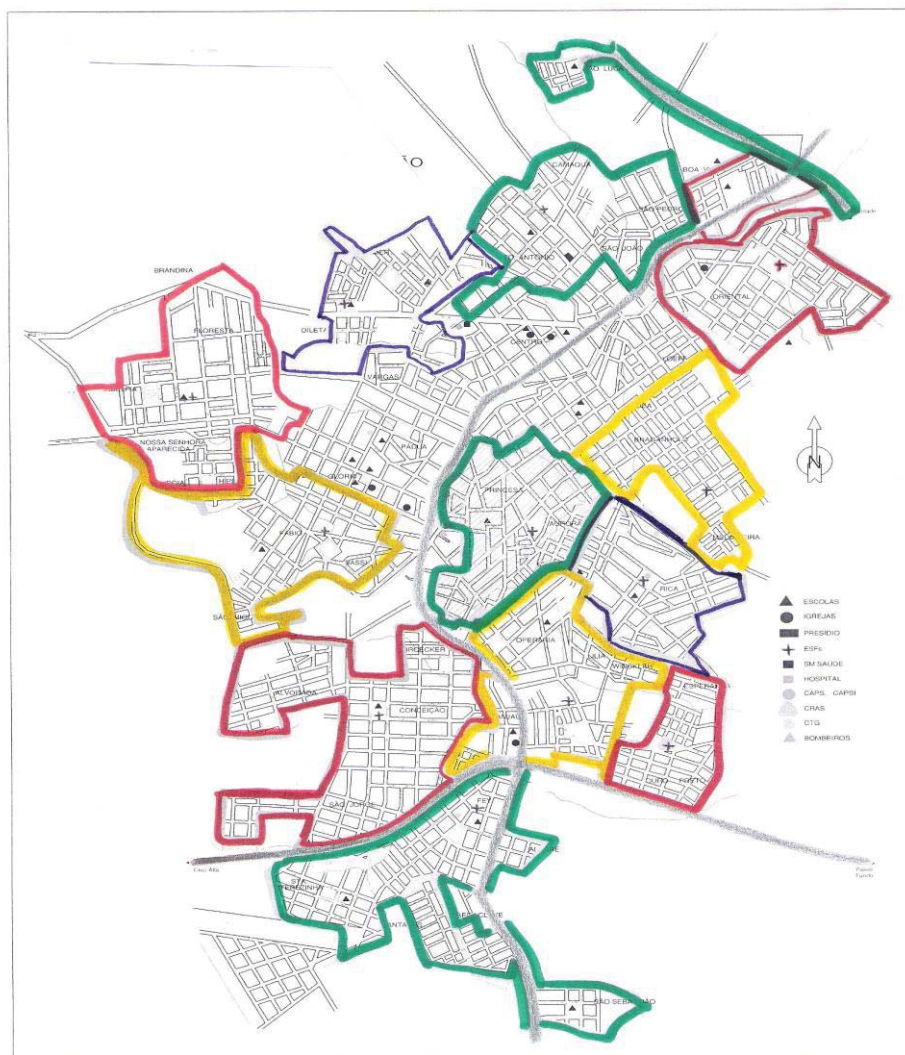


Figura 2 - Mapa da área geográfica do município com delimitações das áreas territoriais de atuação das ESF.

As entrevistas com as coordenadoras das equipes de Saúde da Família ocorreram nas próprias unidades de saúde das profissionais, tendo em média 35 minutos de duração. Foi agendada com antecedência, na visita da pesquisadora para entrega do convite e explanação da pesquisa, sendo confirmadas horas antes por telefone a disponibilidade da profissional. Devido a imprevistos no atendimento a pesquisadora voltou em três das unidades mais vezes para realizar a entrevista, sendo que em uma delas a pesquisadora também foi avisada por telefone que não poderia realizar a entrevista na hora marcada, sendo adiada por três vezes a entrevista.

A recepção da pesquisadora pelas profissionais das ESF foi tranquila e amistosa, atribuído o êxito pela pesquisadora nas entrevistas pelo primeiro contato para convite de participação. Somente uma das entrevistadas não permitiu a gravação de voz, alegando não sentir-se a vontade, sendo que a pesquisadora escreveu a fala, e no final leu para a profissional que concordou plenamente com o escrito.

Das pesquisadas na totalidade no período da entrevista estavam atuando na equipe de Saúde da Família há menos de um ano, em média 11 meses, isto se deve ao fato de o município ter realizado processo seletivo no ano de 2010, havendo troca de profissionais. Das onze coordenadoras das ESF, sete tiveram experiências anteriormente em Saúde da Família e quatro estavam trabalhando pela primeira vez em uma equipe de saúde da família. A média de idade das coordenadoras é de 29 anos, variando de 24 anos a 51 anos. A formação das profissionais foi em diferentes Universidades, e a maioria delas, 9 (nove) vieram residir no município a partir da nomeação no processo seletivo.

4.1. SABERES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O entendimento do que é Educação em Saúde se faz necessário para o planejamento e construção do trabalho de uma equipe de Saúde da Família na atenção ao idoso. Na fala das profissionais coordenadoras das equipes percebe-se que os saberes sobre educação em saúde são diferenciados de acordo com as vivências de cada uma. Segundo Maturana e Varela (2003), a nossa trajetória de vida nos faz construir nosso conhecimento do mundo, mesmo que de imediato não percebamos, somos sempre influenciados e modificados pelo que vivenciamos. Santin (2011, p. 55) escreve que “o conhecimento, no seu sentido mais amplo de saber, será sempre o responsável pelas tecituras culturais e éticas”.

O conceito de educação em saúde, seu entendimento depende da vivência de cada um, o modo de trabalhar a educação em saúde pode-se dizer que é embasado nos conceitos que formulamos e de como os reformulamos com o passar do tempo. Para iniciarmos a discussão acerca dos saberes, do entendimento do que é educação em saúde, utilizamos algumas das concepções das profissionais coordenadoras que foram elencadas a partir do foco comum:

É falar sobre os problemas de saúde, sobre a prevenção, sobre a forma de como lidar com doenças e prevenir.

[coord.1, 2011]

Educação em saúde eu vejo como o profissional estar sempre se atualizando, durante o seu trabalho, mas também passando a educação e orientando, principalmente nessa parte mais preventiva para os usuários. É onde vamos consertar qualquer coisa que consigamos prevenir, entendo que ele vem para complementar nosso trabalho e também para os usuários.

[coord.9, 2011]

Educar as pessoas assim seria passar teu conhecimento para quem ainda não tem muito, e para toda a comunidade, no sentido da prevenção, para cada um conhecer melhor suas doenças e estar se cuidando. É tu educar as pessoas através do teu conhecimento para que elas possam ter uma qualidade de vida melhor.

[coord.5, 2011]

Percebe-se na fala das coordenadoras que quando se fala no conceito, entendimento de educação em saúde remete-as a educar, orientar para prevenir doenças, o foco do saber de educação em saúde está em prevenir à doença. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa; López, 1996).

Assim como a palavra educação remete-as a educar, a ensinar, passar a educação, existe na conceitualização das profissionais do entendimento de educação em saúde uma pretensão em educar a comunidade, do modo como vê, podendo não estar considerando a realidade na qual está inserida, a cultura, as motivações, fatores financeiros e sociais da população.

É um serviço de orientação, de prevenção, tanto de o profissional ir buscar mais conhecimento para ele como para poder passar e orientar a população. Para realmente trabalharmos o sentido da estratégia de saúde da família que é mais focada na prevenção e na promoção para a saúde, não apenas na parte curativa que a gente tem visto. Então é isso, o profissional buscando informações e conhecimentos para passar uma educação em palavras que a sociedade entenda, para que possam se prevenir melhor de doenças e melhorar sua qualidade de vida.

[coord.6, 2011]

Educação em Saúde é como o conceito diz educar para a saúde, envolve mais assim na área da prevenção realizar atividades ou orientações dando opções de escolha de vida para o usuário e para o pessoal que trabalha para fazer Educação em Saúde com a população.

[coord.4, 2011]

Segundo a Conferência Nacional da Saúde On-Line, “conhecimento é uma apreensão da realidade. Aprendizado é uma modificação do conhecimento”. O orientar, o transmitir, o passar somente será válido para a população assistida se pressupor o conhecimento da realidade, e aliado a isso a consideração da autonomia do usuário, não

nos colocando os donos do saber, mas alguém disposto a conhecer a realidade através de uma relação mútua de confiança.

Maturana, Dá Vilay e Ágnez (2009, p. 236), escrevem que “se estamos amarrados a uma certeza, a uma verdade, escutamos na espera eterna de que o outro, a outra coincida com o que pensarmos, pois somos absolutos possuidores da verdade, da realidade, ou desta nova compreensão da biologia cultural”.

Na concepção das entrevistadas é percebido o conceito citado anteriormente, quando se coloca uma fórmula para a educação em saúde:

Aqui os ESF eles deveriam ter muito mais essa educação em saúde, tanto quanto dentista quanto nós. Isso não é muito utilizado, anteriormente íamos mais às escolas para começar já com os adolescentes, deles para quando chegar em casa já haver essa educação... Os grupos que temos, no caso de hipertensos e diabéticos, que aqui no caso é que a gente desenvolve. Tentamos também fazer um grupo de idosos anteriormente, mas não deu certo, era com caminhadas e antes de sair o doutor sempre falava alguma coisa com eles.
[coord.8, 2011]

Deve-se ter um grupo, para o trabalho render mais. É feito com orientações e conferir se surge o resultado. Além das orientações e dos grupos formados tem de ver se estão realmente sendo efetivos. Vendo se a população está absorvendo as orientações que estão sendo dadas no grupo e se estão seguindo-as.
[coord.10, 2011]

Os grupos podem ser considerados sem dúvida uma das formas de trabalhar a educação em saúde com os usuários, e isso é percebido geralmente com os idosos, pois estes são os frequentadores mais assíduos nos grupos de educação em saúde, porém, esta pré-concepção de ter que ser em grupo, pode fazer com que sejam desperdiçadas outras oportunidades de trabalho de educação em saúde. Segundo Camarano (2002), a heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento.

É percebido na fala da entrevistada a seguir as várias oportunidades no seu entendimento de educação em saúde de trabalhar com os usuários:

Educação em Saúde é diário, não é necessário fazer grandes eventos. É o dia-dia da pessoa, cuidado com o teu usuário que está em sua frente, e ver se está tudo bem. Avançando passos, na recepção, no consultório, na casa do usuário, nas visitas domiciliares. Não precisa muita coisa, mas faça toda hora, olhe bem no olho da pessoa pra ver se ela está compreendendo, repetir isso todo dia.
[coord.3, 2011]

“Educação em saúde é diário”, no conceito da profissional, em todos os momentos. Este conceito vem ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde no trabalho de educação em saúde, que os profissionais consigam trabalhar educação em saúde integralizada com as demais atividades no seu dia-a-dia, criando o vínculo com o usuário, olhando no olho, dando importância à compreensão deste sobre o que se está orientando.

No conceito de uma das coordenadoras, esta dá amplitude à concepção de educação em saúde, quando diz que educação em saúde é munir o usuário de informações, obtendo assim uma corresponsabilidade junto ao usuário.

Educação em saúde é promover saúde, é munir nosso usuário de informações sobre sua saúde, fazendo com que ele se responsabilize também pela sua saúde, fazendo com que este consiga viver com qualidade.

[coord.11, 2011]

O entendimento do que é a educação em saúde pela equipe SF, é fator fundamental para as ações com a comunidade adscrita, conceitos verticalizados podem comprometer o trabalho da equipe com os usuários, fazendo com que os usuários não obtenham melhoria na qualidade de vida como se propõe a ESF.

Conforme Junqueira (2005, p. 49):

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais e da sua solução. A complexidade desses problemas exige vários olhares, vários saberes que articulados permitirão visualizar soluções adequadas à realidade social onde estes problemas emergem.

Nahas (2006) define qualidade de vida como sendo a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Considera-se como parâmetros individuais, moradia, meio de transporte, segurança, assistência médica, condições em que as pessoas trabalham, remuneração, educação, opções de lazer, meio ambiente, dentre outros.

Os parâmetros individuais são caracterizados como a hereditariedade e os componentes do estilo de vida: hábitos alimentares, controle do estresse, atividade física habitual, relacionamentos pessoais e comportamento preventivo. Os parâmetros individuais são entendidos como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas.

De acordo com Nahas (2006, p. 29), o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Para Gonçalves, Vilarta (2004), a qualidade de vida pode ser diferenciada segundo objetivos, formas de abordagem, resultados observados e interpretações apropriadas ao contexto no qual é estudada ou aplicada.

4.2. FAZERES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO IDOSO

Segundo Paulino et al. (2009), “cabe à Educação em Saúde promover no sujeito tanto o senso de responsabilidade individual quanto o comunitário”. Os fazeres em educação em saúde com os idosos realizados pela equipe, citados pelas profissionais: dez (10) das onze (11) entrevistadas relacionaram inicialmente a prática de educação em saúde com a atividade em grupos dos idosos. Também foi citado pela maioria destas sete (7) que as práticas de educação em saúde ocorrem nas visitas domiciliares aos idosos, orientando o idoso com o conhecimento de sua realidade.

O trabalho da equipe em educação em saúde depende fundamentalmente do entendimento e do comprometimento com o trabalho da Estratégia de Saúde da Família, é preciso livrar-se das vendas de um modelo biomédico curativista ainda vigente. Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos coerentes. O discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde (ALVES, 2005).

Fala das profissionais quando perguntado como atuam, quais os fazeres na educação em saúde com os idosos:

Quando é feita pré-consulta lá na frente, como enfermeira eu sempre oriento eles, quando é um diabético ou um hipertenso ou qualquer caso eu busco conversar, esclarecer dúvidas, pois eles sempre têm alguma pergunta, então conversando com eles há como orientar melhor o uso do medicamento. Apesar de que ideal seria fazer os grupos para fazer uma orientação de saúde com uma programação com o que falar.
[coord.1, 2011]

Nós usamos desde o momento do acolhimento, isso é uma coisa que eu procuro trabalhar, desde a recepção até o pessoal da enfermagem que faz a avaliação para consulta, desde ali já procuramos fazer isso, colocar para a pessoa, questionar a pessoa de o que ela está sentindo,

o que está tendo, o que ela pode fazer, não limitar o atendimento médico ou a consulta. Estou tendo uma experiência melhor agora que eu estou ficando na recepção que é uma forma que eu tenho de questionar mais o que aconteceu passar para enfermagem para eles questionarem também, perguntar também o que a pessoa está tomando, pois muitas vezes as pessoas têm o hábito de se automedicar, ou às vezes se assusta com algo que não é grave. Não só chegar e por aparelho ou termômetro, mas dar atenção, conversar mais com eles.
[coord.5, 2011]

Estar mais próximo de seu público, “acolher na recepção” mostrar que se preocupa com seus usuários é uma das formas de trabalhar a educação em saúde, desde que os profissionais estejam comprometidos com o usuário, e interesse-se realmente pelos motivos que o trouxeram até a unidade de saúde. O processo de promoção da qualidade de vida dos idosos pode ocorrer mediante a Educação em Saúde. Porém, tal Educação em Saúde deve ser diferente da tradicional, onde prevalece à verticalidade na relação e os conhecimentos dos idosos são ignorados. O novo modelo de Educação em Saúde valoriza o conhecimento do senso comum e procura desvelar a realidade de cada usuário, bem como, sua compreensão de mundo. Sob esta abordagem pedagógica “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 2005, p. 69).

Na fala da profissional a seguir percebe-se a necessidade de negociar a participação dos usuários idosos:

Procuramos chamar os idosos para o grupo, pois só pela educação eles não têm a cultura de vir participar. Então sempre tem de haver um chá ou alguns comes e bebes, ou alguma coisa. O grupo de diabéticos procuramos fazer sempre o HGT que isso também chama eles para o grupo. O grupo de hipertensos sempre tem uma atividade diferente, geralmente procuramos fazer alguma atividade física.
[coord.10, 2011]

A fala da profissional demonstra que vivemos e ao mesmo tempo sustentamos um sistema paternalista, onde se subentende que deve haver algum ganho material para fazê-lo. Porém, é preciso uma reflexão das práticas que adotamos com os grupos de idosos, é preciso formar vínculos, resgatá-los na comunidade, pois, os idosos ou qualquer outro público irão sentir-se motivados a participar se for percebido o comprometimento da equipe com a população.

Segundo Pellegrini e Junqueira (2007), os cuidados preventivos, em moda atualmente, como dietas, exercícios físicos, entre tantos outros, são dirigidos a cada pessoa e ignoram questões como solidão, o isolamento, e empobrecimento e a segregação social. Muitas destas medidas preconizadas nos cuidados com a saúde não

encontram eco e tornam-se inócuas, por mais corretas que sejam, se consideradas intrinsecamente. “Além do mais, não tocam o cerne do problema do idoso nas sociedades ocidentais, que é a desvalorização como ser humano, uma vez que sua vida já não influencia decisivamente o mercado” (PELLEGRINI; JUNQUEIRA, 2007, p. 634).

Os profissionais das equipes precisam se questionar quanto à forma como atuam, pois o que pode ser percebido em alguns grupos, são profissionais sem preparo e muitas vezes, sem preocupação com o que se está fazendo e orientando, inseguros e por vezes prepotentes, colocando a culpa da falta de adesão ao grupo, ao tratamento, no idoso, não se dando conta da mecanização de sua atividade e da falta de uma prática pedagógica adequada ao grupo. Estar diante de um grupo de idosos, e, impor normas não pode ser considerado grupo de educação em saúde, visto a complexidade que envolve uma atividade de educação em saúde, onde se leva em consideração vários fatores, entre eles os saberes e vivências das pessoas.

Na colocação de uma das coordenadoras fica evidente a dicotomia existente entre a teoria e a prática, onde evidencia o aprendizado e a prática quando perguntado como realiza as atividades com os idosos:

Agora é bem diferente do que aprendi na faculdade, é bem difícil. Em nossa unidade é difícil porque o nosso público é bem diferenciado, não é um público tão carente quanto dos outros postos, então a população aqui tem um caráter bom e vêm procurar o posto só quando realmente tem doenças, a gente está tentando fazer alguma coisa para os hipertensos e diabéticos, mas é difícil, pois a aceitação e a participação não é boa.
[coord.2, 2011]

O entendimento de educação em saúde reflete na prática, a necessidade de barganha para a participação dos usuários em grupos pode se constituir de maneira errônea, quando pode faltar o interesse da equipe no trabalho de educação em saúde. Colocar “caráter” da população com a procura pelo atendimento na unidade somente quando está doente também pode ser uma armadilha quando se fala em educação em saúde, pois o usuário poderia estar orientado para o não adoecer, e a vinda à unidade também demonstra o vínculo, não precisa ser para consultar, mas sim, para conversar. Diversificar atividades para atrair o usuário é preocupação relevante para a continuidade dos grupos, mas, mais do que frequentar um grupo, o importante é que estas orientações cresçam aos usuários e aos profissionais, buscando com responsabilidade o vínculo com sua população.

As atividades realizadas nos grupos citadas por algumas profissionais são por meio de palestras realizadas sobre um tema específico: diabetes, hipertensão, vida saudável, câncer, e demais assuntos que estão na mídia.

Normalmente fizemos palestras no grupo, falamos sobre temas da saúde [...], hipertensão, diabetes, vida saudável, prevenção do câncer, ou outros assuntos que estão na mídia, como por exemplo dengue.
[coord.6, 2011]

Algumas profissionais também colocaram que definem o tema com os idosos, “às vezes somente conversamos sobre assunto que eles mesmos trazem” (coord.4, 2011).

Segundo CARVALHO (2002), a implementação de práticas que objetivem proporcionar melhor qualidade de vida demanda abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos que logrem promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e análise crítica de seus problemas e pretensões, visando à elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação do status quo.

Aqui acabamos pecando um pouco, mas temos um grupo de hipertensos e diabéticos. Esse mês quem fez o fechamento fui eu diferente dos outros meses, então parei para olhar os dados desse mês no fechamento, nossa faixa etária de grupo de maior atendimento são os idosos e também da faixa etária de vinte a trinta e nove anos, crianças muito pouco. Esses idosos como atendemos, mais no grupo de hipertensos e diabéticos, que a maioria dos integrantes desse grupo são idosos. Falta àquela coisa de conseguirem vim, um grupo onde a maioria são debilitados, são acamados, são deficientes físicos por sequelas de AVC, mais as agentes de saúde, então elas nos trazem para a unidade os problemas dos idosos. Mas o grupo acabamos pecando, tentamos começar a fazer mas ainda não está saindo tão bem.
[coord.7, 2011]

Na fala da profissional percebe-se o reconhecimento de falha do trabalho de sua equipe na educação em saúde aos idosos, e isto pode ser fundamental para iniciar o trabalho de educação em saúde: parar para verificar, conhecer quem é sua clientela e planejar as ações. É relatada também a importância do trabalho do agente comunitário de saúde, que faz as buscas “trazem os problemas dos idosos”, mas atrelado a não poderem participar dos grupos.

Percebe-se na fala de algumas profissionais que o grupo de idosos, é dos hipertensos e diabéticos, e de demais patologias que acometem o idoso, sem dar-se conta que o indivíduo idoso não é o hipertenso, o diabético, o acamado, o sequelado de AVC, e sim, é um indivíduo na sua complexidade e integralidade, tratá-lo como

patologia ambulante reforça a estigmatização do envelhecimento humano em nossa sociedade.

Segundo Fritjof Capra (2006), saber em que mudar não basta. O fundamental é descobrir como fazer a necessária transformação da realidade. “Quando vemos o mundo como uma máquina, controle é a forma mais apropriada de administrá-lo..., mas como pessoas a busca deve ser por participação, diálogo e cooperação”.

Segundo Machado et al. (2007, p. 342):

A construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável.

4.3. VIVÊNCIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS

As vivências das Equipes de Saúde da Família apresentadas neste estudo, fazem parte de equipes de um mesmo município, porém, com realidades socioeconômica e culturais diferentes, tanto de usuários quanto de profissionais que compõe as equipes de saúde, nas áreas delimitadas geograficamente. Segundo a fala de uma das coordenadoras:

Para trabalhar com o idoso tem de ter perfil, ser sempre civilizado. Vou contar minha experiência no outro posto, onde havia mais idosos. Então a primeira coisa é mudar a postura da equipe, saber quais são os problemas, fazer a equipe enxergar diferente, esse é o primeiro passo para conseguir trabalhar bem e para começar a orientação. E há profissionais de saúde que não gostam muito de trabalhar com o idoso, não podemos forçar, tem de ver a área onde cada um trabalha melhor, tem de ter o perfil.

[coord.3, 2011]

É pertinente a colocação da coordenadora 3, visto a importância em ter perfil para trabalhar com o idoso, porém, não é o que normalmente temos nos serviços de saúde, como é o caso da Saúde da Família, que abrange o cuidado com o indivíduo em todas as faixas etárias, mas, o importante é considerar e buscar o aprendizado acerca do envelhecimento humano, sabendo das diferenciações que vão ocorrendo ao longo da vida no indivíduo, valorizando cada fase da existência.

Quando perguntado as coordenadoras das equipes vivências da equipe de saúde de educação em saúde com os idosos foram colocadas diferentes abordagens pelas

participantes, desde experiências ruins a boas, como também a percepção destas nas vivências.

Uma experiência ruim, quando estavam sendo feito o grupo de idosos depois de vários meses que eu já estava trabalhando aqui, aí com a renovação da receita deles de medicamentos de uso contínuo que era um grupo de dependentes diabéticos e quem veio foram os idosos, e acabou que a médica falou muito dos problemas públicos do município ao invés do que eles vieram buscar e está experiência foi muito negativa. Estragou esse grupo que não se formou direito esse dos hipertensos e diabéticos idosos. O grupo deve falar mais de orientação, de qualidade de vida, soluções e coisas boas, se for para ouvirem problemas eles acabam não vindo, se cansam e tem de ser algo que os motive a vim, algo bom a eles.
[coord.1, 2011]

As vivências das equipes com o trabalho de educação em saúde é dependente dos profissionais que atuam na educação em saúde. Quando os idosos participam de um grupo geralmente querem sentir-se bem, falar de coisas boas, receberem atenção, escutar coisas novas ou velhas de formas diferentes, práticas que sejam viáveis a sua realidade. Contudo, é importante também a colocação aos usuários da situação da equipe, dificuldades, o que poderiam fazer para melhorar, fazendo assim parte do controle social, porém, os profissionais necessitam exercitar a sensibilidade do que esperam ouvir, contribuir e aprender com os participantes dos grupos.

Segundo Maturana e Rezepka (2003, p. 11), “a capacitação como tarefa educacional consiste na criação de espaços de ação onde exercitem as habilidades que se deseja desenvolver, criando um âmbito de ampliação das capacidades de fazer na reflexão.”

A fala da profissional abaixo também evidência a necessidade de estar atento às expressões dos participantes dos grupos, ter o bom senso para a continuidade do grupo, como também demonstra a vigência do modelo biomédico, que prevalece mesmo em um novo modelo de reorientação do modelo de saúde vigente.

O grupo de caminhada dos idosos era um fator que estava dando certo e devido ao inverno acabou. Coisas ruins como programarmos toda uma coisa, começamos a falar sobre o assunto e eles estarem totalmente desligados e tivemos que trocar de assunto para poder ter a atenção deles, às vezes tem assuntos que eles não se interessam muito, nesse dia pedimos para eles o que eles gostariam de falar. Até ali no caso nós que formulávamos o que iríamos falar, a partir disso conversamos e decidimos que iríamos perguntar para eles o que pensavam ser o melhor para falarmos da próxima vez. [...] E também uma coisa que não adianta é ir só agentes, tem de ir uma equipe e principalmente o doutor. Podemos conversar mais que o doutor até, mas ele tem de estar lá, tem de ter a presença de um médico. A gente chega e às vezes eles querem ver a pressão, eu vou passando de um por um para ver isso, eles acabam conversando às vezes mais comigo, mas o doutor tem de estar lá para ser melhor.
[coord.10, 2011]

Diante de tais considerações, percebe-se a necessidade de uma educação emancipatória voltada para o desenvolvimento e a sustentabilidade das populações, visando superar a evidente dicotomia existente entre a teoria e a prática. Isto é percebido em nossos municípios, onde a realidade vivenciada contrapõe-se ao texto constitucional, pois se continua cultuando o papel do profissional médico, em um novo modelo de atenção a saúde, onde a equipe multiprofissional deveria atuar em consonância com as diretrizes das ESFs, valorizando as potencialidades dos profissionais que compõe as equipes.

Segundo Morin (2007, p. 557), “quando se fala em aprender e ensinar, não se trata mais somente de aprender e ensinar o que foi passado” . O autor refere-se ao futuro, que está em construção. A irreversibilidade muda sua estrutura e cria novas relações entre a história e a atualidade. “Não existe, portanto, nem formação nem educação para o domínio de uma complexidade ainda representada como propriedade dos objetos e até mesmo como método de tratamento de dificuldades” (MORIN, 2007, p. 557)

Percebe-se que a Educação em Saúde pode transformar-se em utopia se não houver o entendimento dos profissionais que capacitam suas equipes para o trabalho. É um novo modelo, porém, a tempo de pensado, estudado e praticado pelas Equipes de Saúde da Família, que tem apoiado na educação em saúde um dos pilares para o entendimento e modificação de hábitos para a melhoria da qualidade de vida da população sob sua responsabilidade, em especial dos idosos que é clientela crescente da ESF.

Para Fernandes e Siqueira (2010), são frequentes as simplificações de educação em saúde que equiparam a fornecer informações, quando gestores e profissionais dos serviços de saúde presumem que dizer às pessoas o que elas devem fazer é educar.

Segundo Alves (2005, p. 43),

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, lócus de exercício de racionalidades, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico –

marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

A fala da profissional a seguir reflete no entendimento ao outro, quando procura entender as dificuldades dos profissionais de sua equipe e se propõe a auxiliá-lo, dificuldades não somente de condições físicas em fazer, mas complexas ao ser humano, de corpo e alma.

Eu já tive um problema com uma agente de saúde, ela tinha problema com a avó dela, um dia eu notei que ela não fazia a visita domiciliar em uma área cheia de idosos, então temos que analisar a vivência de cada um. Já tive experiência com médico que detesta idoso.
[coord.3, 2011]

O desafio da complexidade colocado por Morin (2007, p. 566), diz que “se quisermos um conhecimento segmentário, encerrado a um único objeto, com a finalidade única de manipulá-lo, podemos então eliminar a preocupação de reunir, contextualizar, globalizar.”

O início do trabalho de educação em saúde nos grupos sempre é um desafio, mas uma das formas é não colocar desculpas, como falta de local adequado, o que demonstra na fala da profissional, que iniciam seus grupos em salões da comunidade, onde deve existir vínculo com a comunidade para utilização de espaços.

Logo que eu iniciei, eu fiz dois grupos, marquei duas reuniões, uma aqui e uma em próxima a uma igreja onde bastante gente do público alvo morava próximo e ninguém apareceu. Então fiquei um pouco em dúvida se foi mal divulgado ou se eles resolveram não participar. Depois nós começamos a divulgar e convidar assim até a vinda a unidade só para ver pressão ou consulta médica, e agora sempre têm uns dez ou doze que vêm e eu fico muito feliz, posso conversar bastante com eles aqui na unidade e eles participam. Sempre têm perguntas e histórias para contar. A maioria são idosos.
[coord.4, 2011]

Na medida em que os profissionais se responsabilizam com seus usuários mutuamente qualquer local pode ser de educação em saúde, como disse uma das coordenadoras, “não é preciso grandes eventos, é diário”. Nesta fala foi colocado também que os idosos sempre têm histórias para contar, mostrando o espaço para ouvir o idoso valorizando suas experiências.

Segundo Diehl (2007, p. 65):

Como experiência compreendem-se situações vividas e representadas do mundo que os rodeia, no qual nós fazemos dos outros a base quase natural das nossas expectativas, entendendo que cada indivíduo partilha e assegura-se nesse movimento. A experiência está simplesmente aí e,

para sua existência, não é necessária qualquer justificativa, mas ela precisa estar em relação a outro para ter significado e sentido.

A experiência, entretanto, não é a única realidade na qual vive o indivíduo. Ele também poderá, com o passar do tempo, aproximar-se de realidades como a religião, a ciência, a arte, o sonho, etc. Mas a experiência continua sendo uma realidade superior, da qual vem à possibilidade de consciência.

Nossas vivências refletem no nosso trabalho na conduta de demais experiências, Maturana, Dá Vila e Ágnez (2009, p. 235), descrevem que “adotamos em cada instante um escutar que está ligado à nossa epigênese ou história particular, o que implica que os critérios de validade que aprendemos deste a nossa infância, o que tem a ver com os adultos com os quais temos convivido.”

Segundo Baggio e Vieira (2003, p. 11):

Na contemporaneidade a tendência mundial, quase que unânime, de criar condições para melhora à qualidade de vida dos idosos está relacionada aos paradigmas adotados pelas diferentes culturas e sociedades e em diferentes épocas, os quais condicionam tudo o que somos, fazemos e pensamos.

A profissional a seguir fala que para trabalhar com idosos tem que ter criatividade, “*tem que ter criatividade. Se você sentar e trabalhar só com eles, assim, eles vão gostar, mas chega uma hora que eles vão cansar*”,

e ter um certo controle na hora do grupo são os usuários principalmente os usuários idosos que começam a falar de todos os seus problemas, e acabam atrapalhando o andamento da unidade, do grupo. As vezes é preciso saber manejar isso. Tentar explicar qual é realmente o objetivo do grupo, porque a gente está aqui [...] acaba surgindo os grupos, alguém começa com as reclamações “que tem que ter doutor” “que eu vim aqui e não consegui tal coisa” e acabam trazendo parte de seus problemas pessoais pro grupo[...] Teve um convidado nosso que é diabético também que me pediu pra participar do grupo, e falar. Acabou que se transformou em outra coisa. Começaram a falar em política, na importância do pessoal se motivar, e as cobranças, mas esse não é o objetivo [...] Realmente assim, o grupo não é um local pro pessoal reclamar, se precisar a gente conversa em particular, resolve o problema de cada um, mas ali essa questão da educação [...] Planejamento e orientação sempre. “Gente, não precisa vir antes” mas é cultural.

[coord. 8, 2011]

A condução de atividades com os idosos, seja individual ou em um grupo, para atingir os objetivos que se propõe necessita-se de habilidades do profissional. Não se pode querer que os idosos participantes das atividades sejam meros expectadores do que diz o profissional, mas sim, que estes participem, e nem sempre o que o profissional acredita ser o importante de orientar é o que os idosos querem ouvir. Considerando que “os efeitos da ação dependem não apenas das intenções do ator, mas também das condições próprias ao meio onde se acontece” (MORIN, 2000, p. 42).

Vieira et al. (2011, p. 174),

Muitas das intervenções educacionais com pessoas idosas são caracterizados pelo que Doll, (2002, p. 50), define como “pedagogia da esperança” ou “princípio da esperança”, na qual são propostas atividades esperando-se que sejam boas em si mesmas e são avaliadas como positivas se as pessoas participantes tiverem felizes e contentes. Esta atuação sem maiores preocupações com os objetivos a serem alcançados é, no fundo, antipedagógica, porque abre mão exatamente da intencionalidade do processo educativo. As atividades de lazer e de diversão possuem seu valor, mas sem uma intencionalidade pedagógica não caracterizam intervenção educacional.

As discussões no grupo de assuntos que despertem a participação é o que alimenta um grupo de participantes e não apenas de ouvintes. Segundo Morin (2000, p. 55) acerca da complexidade humana “todo desenvolvimento humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana”. Maraschin et al (2010, p. 123), reforça que “se os profissionais da saúde estão interessados em contribuir para o bem-estar dos idosos, parece ser necessário que tal contribuição passe pelo entendimento da afetividade e da racionalidade humanas enquanto características biológicas”. A discussão nos grupos pode fortalecer o vínculo, quando o profissional consegue conduzir o grupo para a análise, valorizando a opinião dos participantes e contrapondo sempre que necessário, situações que necessitam ser orientadas.

4.4. QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO AO IDOSO

As profissionais enfermeiras coordenadoras das equipes foram unânimes em dizer que não existe qualificação específica de educação em saúde para a abordagem na comunidade, muito menos na atenção ao idoso. Que buscam se atualizar e capacitarem-se através dos materiais do Ministério da Saúde disponíveis na internet, e também em materiais próprios. Cabe ao coordenador capacitar sua equipe para o trabalho de educação em saúde na comunidade, em especial, os agentes comunitários de saúde.

Algumas das coordenadoras colocaram que estão iniciando a realização de uma especialização em Saúde da Família à distância, ofertada pela Secretaria da Saúde através de uma parceria com o Governo Federal, que tiveram ainda poucas aulas, mas que já percebem o quanto conseguem conhecer melhor o trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, e que terão um módulo específico sobre o idoso.

As coordenadoras das equipes também foram unânimes no relato de reuniões de equipe semanais ou quinzenais com toda equipe com a participação dos agentes comunitários de saúde de sua área de abrangência:

Fazemos reuniões de equipes no posto toda semana, e conversamos casos individuais que elas me relatam. Quando eu vejo que há algo que pode melhorar eu busco orientá-las para ajudar, mostro para elas o que é o correto, pois muitas vezes elas não sabem. Todo mundo sabe um pouco sobre muitas coisas como diabetes, pressão alta, o que comer e os malefícios de fumar. Mas assim como nós todas têm dúvidas e devemos buscar, e eu as oriento nesse sentido, mostrando com material como elas poderão estar trabalhando na casa de cada indivíduo.

[coord.1, 2011]

Em nossa ESF temos reunião todas às semanas com as agentes de saúde de capacitação, elas trazem suas aflições com os problemas de sua micro-área para fazermos a orientação em grupo, quando necessário já agendamos a visita domiciliar ou marcamos atendimento na unidade, damos prioridade a crianças, gestantes e idosos. Também discutimos assuntos referentes às dúvidas que estas têm sobre como orientar os usuários.

[coord.11, 2011]

Na fala das coordenadoras é verificada uma preocupação com a capacitação da equipe em especial das agentes comunitárias de saúde, que estarão atuando diretamente com o idoso e sua família. Importante colocar que as capacitações ocorrem a partir das necessidades verificadas na área, buscando amenizar os problemas e verificá-los em loco através da visita domiciliar pelos membros da equipe, normalmente as visitas domiciliares ocorrem pela enfermeira, técnica em enfermagem e o médico.

Quanto à capacitação dos profissionais que atuam nas equipes, segundo a portaria GM/MS n 2.488 de 21 de outubro de 2011, o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2011). A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos

problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

Segundo o Ministério da Saúde portaria MS/GM 2.488/2011, a educação permanente deve contemplar o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós crítico (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é importante que cada equipe, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar às ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2007).

Segundo Machado et al. (2007), dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos. A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor.

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho

educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde (MACHADO et al., 2007).

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais.

A Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, (BRASIL, 2007) que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, influenciando na organização dos serviços de saúde. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

A Educação Permanente em Saúde destina-se a públicos multiprofissionais; objetiva transformações das práticas técnicas e sociais; preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde; insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual; utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho; é contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007).

Como a educação permanente é uma obrigação das três esferas de governo o Estado do Rio Grande do Sul publicou a portaria n 39/2000, onde Institui Núcleos

Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) como estratégia descentralizada da Escola de Saúde Pública do RS nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Atribuindo às Coordenadorias Regionais de Saúde, por meio dos NURESC, a viabilização das articulações regionais com os órgãos formadores, coordenando a educação continuada, a extensão educativa e a ação social direta na Educação em Saúde Coletiva. Determinando às Coordenadorias, por meio dos NURESC, a aproximação de ações educativas em saúde aos municípios e a consolidação do conceito de educação permanente em saúde coletiva para o Sistema Único de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Através do NURESC das coordenadorias regionais de saúde, é incentivada aos municípios a implantação dos NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva), para que capacitem seus profissionais em um processo de educação permanente, capacitando-os para o trabalho de educação em saúde com a comunidade. Porém, ainda é tímida a implantação dos NUMESC nos municípios, o município em estudo é referenciado a Coordenadoria Regional que conta com 58 (cinquenta e oito municípios) e destes somente um deles implantou o NUMESC há dois anos, os demais ainda encontram-se sem os núcleos. A implantação dos NUMESC pode significar um relevante fator de êxito nas atividades de educação em saúde dos serviços de saúde dos municípios, sendo necessário que haja apoio da gestão e o entendimento do processo pelos profissionais.

Neste contexto também é importante refletirmos acerca da forma como se organizam os processos de formação dos futuros profissionais de saúde, o que os profissionais docentes das Universidades, que participam da formação destes estão orientando. Como estão inseridos na realidade? Que práticas preconizam? Que visão permitem ao acadêmico? Diante destes questionamentos percebe-se o papel fundamental da educação, Maturana e Rezepka (2003, p. 18), colocam que “adquiri-se a capacitação como uma capacidade de fazer e refletir sobre o fazer, apenas se o processo de aprendizagem ocorrer desde a possibilidade de ser responsável pelo que se faz”.

4.5. MOTIVAÇÕES PARA TRABALHAR COM IDOSOS

Para que possamos realizar algo é importante levarmos em consideração sentimentos, razões, motivos que nos levem a fazer, e em especial nos automotivar para

uma tarefa. Quando perguntado as coordenadoras das equipes, o que as motivam para que trabalhem educação em saúde com os idosos, foi citado que através de suas atividades com eles tanto nos grupos quanto na unidade de saúde eles conseguem melhorar sua qualidade de vida:

Sempre tem alguém que aproveita o que fazemos e falamos, é muito bom ver eles seguindo as orientações e melhorando a qualidade de vida, temos também o retorno dos familiares que contam que eles estão melhores.

[coord.11, 2011]

Uma motivação foi ver que os idosos começaram a entender que isso era importante. E isso motiva um profissional. Até porque te desmotiva você tentar fazer um trabalho e ninguém te reconhecer. Mas o que motiva é você ver que a orientação é necessária. E é muito importante pra qualquer tratamento e prevenção [...]. Um exemplo também é quando um idoso sai de uma consulta com um antibiótico, será que ele vai saber usar corretamente? Então, não custa você sentar e conversar com ele, eu sempre faço isso.

[coord.9, 2011]

A percepção dos profissionais quanto às modificações no comportamento dos idosos, a partir de suas orientações pode fortalecer o trabalho de educação em saúde e instigá-los a refletir sobre o modo como orientam os idosos e suas diferenças.

Também é evidente na fala das profissionais os sentimentos por parte do idoso com o profissional da saúde de: credibilidade, reconhecimento e gratidão, percebido nas falas a seguir:

[...]ficam bem agradecidos quando nos preocupamos com eles, são uma parte da população que em geral são mais sozinhos e muitas vezes só precisam de alguém para ouvi-los. Muito dos idosos que vem aqui só o que escutam da gente é o suficiente para eles.

[coord.1, 2011]

Porque eles sabem reconhecer o que se faz por eles [...].

[coord.11, 2011]

Pelo gosto que tem trabalhar com o idoso, pela atenção que eles nos dão e por acreditarem mais em nós.

[coord.6, 2011]

Outro fator que é citado é o interesse dos idosos na orientação do profissional, sendo que eles solicitam novamente a atividade, sendo entendido pela equipe como ponto positivo e que os motivam para a continuidade, também sendo fator importante o número de idosos que participam das atividades:

Uma das nossas motivações é que eles gostam e pedem. Até esse último quando acabamos eles já estavam perguntando quando seria o seguinte, se interessando, e essa importância que eles dão é sinal de que gostaram. Pela quantidade também de pessoas que vêm e continuam vindo.

[coord.8, 2011]

Eu adoro quando o paciente sai sorrindo e te agradecendo, quer dizer que ele entendeu aquilo que ele veio buscar. Um pouco isso, pois a gente trabalha aqui no meio de tanta revolta, de tanta ignorância e a pessoa de idade ela vem mais leve para você, vem buscando alguma coisa querendo que você a ajude, diferente do mais novo, que chega já “armado” para ver se consegue alguma coisa. A pessoa de idade vem à procura, é mais receptiva, se ela não consegue, por exemplo, um atendimento específico com o médico, você senta com eles para conversa e escuta.

[coord.7, 2011]

Na fala das profissionais pode ser percebido a importância do retorno do idoso sobre o trabalho realizado. Mesmo que de imediato as profissionais não percebam o que os idosos pensam das atividades e conseguem aproveitar, este é um fator decisivo para a continuidade e melhoria do trabalho, percebendo que suas orientações são importantes e podem auxiliar os idosos. Outra questão percebida na fala da profissional é a passividade dos idosos, quando diz que “ela vem mais leve”, “é mais receptiva”, devido à aceitação das orientações da equipe sem revolta aparente.

4.6. DIFICULDADES PARA O TRABALHO COM O IDOSO

Quando perguntado as coordenadoras se existem dificuldades no trabalho de educação em saúde para o idoso verificou-se nas falas as situações de falta de materiais, porém, sobressaiu-se à falta da adesão dos idosos aos grupos, seguido pela falta de capacitação e do entendimento da equipe.

A maior dificuldade é os idosos faltam muito nos grupos, não aderem.

[coord.11, 2011]

A maior dificuldade é trazer o paciente para a orientação, fazer aderirem à ideia de ir, de ouvir e de receber uma orientação essa é a maior dificuldade, fazer o paciente enxergar a importância, acabar com aquela visão que eles têm de que o posto de saúde é uma unidade que tu vai lá só para adquirir, nunca para doar alguma coisa como interesse e tempo em ouvir, eles vêm se vão ganhar remédios, exames ou se o médico estiver.

[coord.5, 2011]

A cultura do povo, pois eles não entendem que o grupo pode funcionar, e até melhor as vezes que uma consulta médica. Eles têm a ideia de que o médico é tudo [...] Falta essa cultura de orientações, de grupos, estamos tentando implementar, mas é difícil pela cultura da população.

[coord.10, 2011]

Neste contexto Vieira et al. (2011, p. 169) coloca que “desaprovar a atitude dos idosos que não participam dos grupos parece ser mais condizente com o pensamento vigente na sociedade contemporânea”. Sendo necessária uma reflexão acerca da condução do grupo, pois os próprios idosos, por vezes dizem que “não aprendem nada”, que “perdem tempo”, utilizando-se destas desculpas pela falta de adesão ao grupo.

Coloco na frase anterior a fala dos idosos mediante experiência profissional como enfermeira em equipe de Saúde da Família no interior de um pequeno município da região Noroeste do RS, que ao resgatar a participação dos idosos nos grupos, durante a visita domiciliar fazia o convite, solicitando que participassem e se não gostassem do grupo me falariam para vermos como poderia aproveitar melhor, uma das frases que escutei muito ao fazer os convites foi “mas o doutor fala sempre a mesma coisa, só xinga a gente”, “minha filha, já sei tudo que tenho que fazer, dieta, exercício, tomar remédio, do posto só preciso da consulta e do remédio”. Esta escuta permitiu a reflexão da equipe na forma impositiva como ocorriam as atividades nos grupos, pois, os idosos tinham que participar como uma contrapartida velada da troca pelo atendimento e a medicação, já que esta era entregue nos grupos. A partir do momento em que a equipe mudou sua postura em relação à condução do grupo, na tentativa de ser de forma democrática e construtiva a adesão ocorreu naturalmente, sendo interessante quando chegávamos para trabalhar com eles a expectativa: “o que vocês irão aprontar com a gente hoje?”. Pois foram modificadas as práticas, sendo que a equipe primeiramente participava do almoço com o grupo que ocorria nos salões comunitários, e várias vezes foi encenado pelos integrantes da equipe situações cotidianas de cuidados com a saúde. Percebemos que os idosos aguardavam o dia do grupo, pois comentavam quando iam à unidade de saúde, sendo um dos fatores motivadores a equipe na preparação da atividade seguinte.

Outra dificuldade apontada foi à dificuldade de trabalhar com o idoso devido à falta de capacitação e do entendimento da importância das ações e falta de apoio da equipe:

Na verdade as dificuldades são encontrar uma equipe que trabalhe contigo nessa parte.
[coord.9, 2011]

Muitas vezes quando falo, amanhã vamos ter o trabalho com os idosos, já olham com uma cara.
[coord.11, 2011]

Falta de capacitação tanto minha quanto do restante da equipe.
[coord.7, 2011]

É importante que a equipe de Saúde da Família tenha a consciência de que o modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra efetivo na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os

profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local. Isso não quer dizer que seja necessário trabalhar em grupo, mas trabalhar de forma interdisciplinar com o idoso e sua família, onde cada profissional tem sua contribuição no processo de construção de práticas de bem estar ao idoso. Paulino e Siqueira (2011, p. 103) escrevem que no âmbito específico da educação em saúde:

É possível perceber alguns deslocamentos na forma de pensar, como também muitos desafios em sua prática. A educação, historicamente tem incorporado as questões de saúde através de uma vertente que responsabiliza os indivíduos por suas doenças, minimizando a responsabilidade do sistema político-social no processo de adoecimento do sujeito.

Quanto à falta de materiais para o trabalho com o idoso foi apontado em algumas falas como um fator que interfere na continuidade do grupo, tornando o trabalho com o grupo monótono, como coloca uma das entrevistadas:

Precisávamos de mais materiais para trabalhar com eles. Porque às vezes precisávamos mostrar um data show, fazer uma atividade diferente um pouco, para não ser sempre apenas nós lá na frente.
[coord.8, 2011]

É de responsabilidade de o gestor local fornecer estrutura física e funcional as equipes de Saúde da Família, visto que há incentivos financeiros para a estruturação das equipes e manutenção, porém, o que ocorre em muitos municípios é que os incentivos são utilizados na totalidade para custear parte da folha de pagamento dos profissionais, e investido os recursos disponíveis, nos serviços de média e alta complexidade, ficando a atenção básica através das equipes de Saúde da Família em precárias condições de funcionamento. Foi observado durante as entrevistas pela pesquisadora a deficiência de estrutura física, funcional e de recursos humanos existentes na maioria das unidades de saúde. Entretanto em nenhum momento as profissionais queixaram-se disto ou utilizaram como desculpa para não fazer. Sendo que uma das coordenadoras coloca que não há dificuldades:

Na nossa não tem dificuldades, por que nós tínhamos, por exemplo, horários para consultas ou agendamentos e eles são prioridades e há uma data exclusiva para eles que até se não estivessem marcados eles eram atendidos iguais se viessem ao posto. Realmente acho que não há grandes dificuldades.
[coord.1, 2011]

A dificuldade maior que se pode enfrentar no trabalho de educação em saúde, é a falta da busca do conhecimento e entendimento acerca do envelhecimento humano e o uso de desculpas para o não fazer, desculpas como “idoso não é comigo” estigmatizam ainda mais o velho na sociedade e nos afastam ainda mais do êxito nas práticas de educação em saúde com o idoso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo”.
(Merleau-Ponty)

Com o advento do aumento na expectativa de vida, o envelhecimento populacional crescente é verificado nas estatísticas, e os idosos são cada vez mais a clientela assídua nos serviços de saúde, o que é constatado na atenção básica, em especial nas unidades de saúde que contam com Equipes de Saúde da Família.

Uma das estratégias das esferas de governo para a assistência a saúde da população visando amenizar os problemas na saúde pública foi à implantação de Equipes de Saúde da Família, para que estas consigam firmar vínculos com uma população delimitada em determinada área geográfica, tendo a incumbência de conhecer sua clientela e trabalhar focado na promoção da saúde e prevenção de doenças desta população, em um chamado novo modelo de reorganização da saúde. E umas das formas que estas equipes possuem para trabalhar com as população focada na promoção da saúde é através do trabalho de orientação de sua clientela, denominada de Educação em Saúde.

A partir das falas das coordenadoras das equipes de Saúde da Família, aliado aos estudos, foi possível alcançar o objetivo de conhecer quais os saberes e fazeres de Educação em Saúde ao idoso pelas equipes de saúde da família. Através do instrumento de coleta foi possível conhecer o que está sendo pensado e realizado no âmbito da Educação em Saúde ao idoso no serviço público de saúde, as vivências de educação em saúde aos idosos realizadas pelos profissionais das equipes, bem como a qualificação destes para trabalhar com o idoso, e os fatores que motivam e que dificultam esta prática, contribuindo para reflexão acerca das práticas realizadas pelos profissionais da saúde, direcionadas ao idoso.

O saber de educação em saúde na concepção das coordenadoras remete-as inicialmente a educar o idoso, passar o conhecimento que eles não possuem, a palavra orientação também foi citada pelas coordenadoras, observando a necessidade do exercício dos profissionais que trabalham com o idoso no entendimento do que é a educação em saúde e a importância de seu papel de mediador nessa orientação, sem a pretensão de educar o idoso, valorizando o conhecimento, cultura e vivência dos idosos.

As práticas, os fazeres de educação em saúde ao idoso citado pelas coordenadoras resumem-se a trabalhar com o grupo de idosos, e este grupo normalmente é o grupo de hipertensos e diabéticos, sendo também citadas possibilidades de trabalhar educação em saúde com o idoso durante a visita domiciliar e na própria Unidade de Saúde.

Entretanto, seria necessário repensar a prática de educação em saúde enquanto profissionais que trabalham com os idosos, seja, individualmente ou em grupos, pois, considerar o idoso um ser estático, que deve obedecer às normas impostas, sendo definido o dia e a hora que este compareça no grupo ou na unidade de saúde, que se interesse pelo assunto em pauta, que não cause polêmica, e que goste muito do que está sendo realizado, e volte ao seu lar motivado com o que foi dito, iniciando imediatamente os cuidados com sua saúde, pode ser considerado utopia, inviabilizando as possibilidades da educação em saúde enquanto importante ferramenta para acrescentar práticas que promovam a qualidade de vida do idoso. Neste sentido, as dificuldades salientadas nas falas das coordenadoras é a falta de adesão dos idosos aos grupos que chamam de educação em saúde.

Existe a necessidade de considerar a integralidade do idoso inserido no contexto familiar, social e econômico em que vive, e a necessidade urgente de avaliar as práticas do cotidiano, percebendo se o trabalho faz a diferença na vida do idoso, e a necessidade de uma educação emancipatória voltada para o desenvolvimento e a sustentabilidade das populações, visando superar a evidente dicotomia existente entre a teoria e a prática no trabalho das equipes em relação ao idoso.

A falta do entendimento dos profissionais que atuam nas unidades de saúde da família da metodologia de trabalho de educação em saúde pode comprometer a estratégia do governo na atenção básica, e esta possível falta de entendimento dos profissionais pode ser causada em sua maioria pelo descaso na capacitação do profissional, na indisponibilidade de discussão dos gestores municipais junto às equipes.

Um exemplo do descaso com a capacitação dos profissionais é de que, inicialmente o programa tinha um prazo para a capacitação de seus profissionais de 90 (noventa) dias a partir da contratação do profissional para que o município através da Coordenadoria Regional da Saúde disponibilizasse 40 horas de capacitação sobre o que

é a Estratégia de Saúde da Família, chamado de Introdutório ao Programa de Saúde da Família, prática esta, que podemos dizer abolida nos municípios, pois os profissionais não recebem uma capacitação condizente com o trabalho que irão desempenhar, quando contratados ou nomeados que é o mais frequente atualmente, é colocado na unidade com Saúde da Família sem o treinamento, e isso, pode estar sendo um dos agravantes da falta de entendimento do trabalho, da visão da importância do trabalho na Saúde da Família. Uma das capacitações citadas por algumas profissionais foi à realização da especialização em Saúde da Família que está sendo ofertada, pois esta poderá representar um novo direcionamento na metodologia de trabalho da equipe.

Ficou explícito nas falas das coordenadoras que os fatores que motivam suas equipes a trabalhar com o idoso perpassa sentimentos de gratidão, de reconhecimento e de valorização do profissional. Percebe-se que assim como os idosos estão carentes de atenção, os profissionais das Equipes de Saúde da Família também necessitam de cuidados por parte tanto dos gestores, quanto da população. Outra questão trazida nas falas o que as motiva é ver a melhora na qualidade de vida do idoso, a partir das orientações da equipe.

As equipes de Saúde da Família foram planejadas, implantadas e adequadas ao longo do tempo como um modelo de organização da atenção básica, e necessitam se estruturar e de se reestruturarem para que possam realmente cumprir seu papel de estar próximo do usuário, não somente no acesso dos usuários, mas no vínculo com as famílias, tendo em seus profissionais a diferença na comunidade.

A educação em saúde na atenção ao idoso que deveria ser priorizada pelas equipes de Equipes de Saúde da Família é muitas vezes relegada a um segundo plano, e a prioridade continua sendo o contentamento aos usuários com consultas médicas, números de exames, distribuição de medicamentos e a cura de patologias e de agravos, reforçando o modelo hegemônico de atenção à saúde. Uma das questões que precisa ser verificada é o foco na família neste novo modelo de reorganização da saúde: o idoso no seu contexto familiar, que precisa também ser valorizado, partindo do olhar no âmbito da família, e não de forma fragmentada como parece ser percebido, pois a família não é citada nas intervenções junto ao idoso.

O Ministério da Saúde normatiza o trabalho das equipes de ESF na atenção básica, porém, em um panorama nacional, e cada Estado, Município, Distrito, área de abrangência adapta estas normativas a sua realidade, este é o recomendado, porém, muitas vezes não é o que encontramos, devido às peculiaridades de cada local que não são consideradas, culpando muitas vezes a falta de êxito nas práticas dos serviços de saúde, pelo “problema” da cultura da população.

Faz-se imprescindível trabalhar a educação em saúde, tendo clareza acerca dos princípios e diretrizes que norteiam a Estratégia de Saúde da Família, possibilitando a melhoria da qualidade de vida da população, em especial na atenção ao idoso. A educação em saúde tem como um dos objetivos a promoção da saúde dos indivíduos, em especial aos idosos, com vistas a auxiliar no desvelamento das potencialidades destes em cuidar da própria saúde, ou seja, no empoderamento dos indivíduos/famílias/comunidades, para que tenham o controle sobre a própria vida, sendo sujeitos críticos e autônomos capazes de refletir acerca da realidade e decidir a melhor conduta a ser adotada, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto os profissionais das Estratégias de Saúde da Família precisam atuar buscando superar os diversos entraves que se apresentam, entre eles, os conceitos e pré-conceitos instituídos ao longo do tempo, tendo em vista a integralidade e complexidade do idoso no trabalho de educação em saúde.

Sugere-se a partir deste que os municípios com ESFs implantadas consigam acompanhar seus profissionais, fazendo discussões e avaliando o modo de atuação das equipes, para que haja o entendimento da necessidade de prática pedagógica adequada à realidade, fazendo com que teorias tenham seu êxito através da prática, prática esta que modifica, acrescenta saberes e fazeres a comunidade, em especial dos idosos.

Neste contexto sugere-se também que os profissionais da saúde que atuam nas demais instâncias de atenção a saúde, seja atenção básica ou de média e alta complexidade, reflitam sobre suas práticas de orientação a população idosa, percebendo formas de orientar o idoso, de modo que auxilie na construção de práticas de cuidados com sua saúde que proporcionem qualidade de vida, considerando a individualidade e integralidade de cada idoso, no contexto em que este se situa, tanto familiar, econômico, social e cultural.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- BAGGIO, A.; VIEIRA, P. S. Terceira idade sob o paradigma a corporeidade. In: BOTH, A.; BARBOSA, M. H.; BENINCÁ, C. R. S. *Envelhecimento humano: múltiplos olhares*. Passo Fundo: UPF Editora, 2003. p. 11-23.
- BENINCÁ, E. A formação continuada. In: BENINCÁ, E.; CAIMI, F. E. (Org.). *Formação de professores: um diálogo entre teoria e prática*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2002. p. 99-109.
- BRASIL. Conferência Nacional da Saúde On-Line. *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>> Acesso em: 28 ago. 2010.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde*. Brasília: Funasa, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

Acesso em: 9 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 9 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2011. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107742-719.html?q=>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_2528_out_2006>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *SIAB – Sistema de Informações na Atenção Básica*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 9 nov. 2011.

_____. Lei nº. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 11 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 10 jan 2012.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 394-402.

CAMARANO, A. M. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. Tradução Alvaro Cabral. 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional da Saúde*. Ottawa: [OMS], novembro de 1986. Disponível em: <www.saudeemovimento.com.br/conteudos-exibe1.asp?cod-noticia=202>. Acesso em: 14 nov. 2010.

CARVALHO, G. I. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis nº 8080/90 e 8142/90). 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005. p.60-70.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; JUNIOR, L. C. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001. p. 61-92.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-95.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DIEHL, A. A. *Às “brinca” e as “ganha”*. As ciências humanas em diálogo. Passo Fundo: UPF Editora, 2007.

DUARTE, O. A. Y. *O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso*. Manual de Enfermagem. Ministério da Saúde. Programa saúde da Família. São Paulo, 2001.

FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 371-385, abr./jun. 2010.

FILHO, C. B. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. Barueri/SP: Ed. Manole, 2004.

GUEDES, S. L. A concepção sobre família na geriatria e na gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 15, n. 43, p.69-82, jun. 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Histórico*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=431410>. Acesso em: 25 dez. 2011.

_____. *Censo 2010*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em 10 mai. 2011.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2007*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2007/indic_sociais_2007.pdf>. Acesso em 20 dez. 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. SUS: um processo em construção. *Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*, Brasília, v. 1, n. 9, p. 48-49, dez./jan. 2005.

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 15-28.

_____. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 217-224.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 3, v. 19, p. 700-701, jun. 2003.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 335-342, 2007.

MARASCHIN, R. et al. No “diálogo” entre profissionais da saúde sobre o envelhecimento, que espaço a ética ocupa. In: SANTIN, J. R.; BETINELLI, L. A. *Bioética e envelhecimento humano: inquietudes e reflexões*. Passo Fundo: Berthier, 2010. p.113-125.

MATURANA, H. R.; DÁ VILAY.; ÁGNEZ, X. *Habitar humano em seis de biológico-cultural*. Trad. Edson Araújo Cabral. São Paulo: Atenas, 2009.

MATURANA, H. R.; REZEPKA, S. N. *Formação humana e capacitação*. Trad. Jaime A. Clasen. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento*. 3. ed. São Paulo: Palas Athena, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: Cortez, 2000.

_____. *A religação dos saberes: os desafios do século XXI/ jornadas temáticas idealizadas e dirigidas por Edgar Morin*. Trad. Flávia Nascimento. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

NAHAS, M. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*. Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In: _____. (Org.). *Os professores e sua formação*. 3ed. Portugal: Dom Quixote, 1997. p.15-33.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*, 2007.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Perspectivas atuais frente ao crescimento demográfico*. [s. d.]. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: nov. 2011.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 29-38.

_____. *Gerontologia: a velhice e envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005.

PAULINO, L. F. et al. A Temática velhice no campo da educação: algumas reflexões a partir da análise de discursos em periódicos. In: DIEHL, A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. *Envelhecimento Humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora UPF, 2011. p.57-78.

PAULINO, L. F.; FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos. *Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente - Ensino, Saúde e Ambiente*, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 87-97, ago. 2010.

PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. H. F. A produção de conhecimentos e intervenção nos campos da saúde e da educação: deslocamentos e contribuições para o estudo sobre a velhice. In: DIEHL, A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora UPF, 2011. P. 90-111.

PELLEGRINI, V. M. C.; JUNQUEIRA V. Trajetórias das políticas de saúde a saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 625-636.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria 39/2000 de 1 de dezembro de 2000. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=42906>. Acesso em: 10 de out. 2011.

SACRISTÁN, J. G. Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: NÓVOA, A. (Org.). *Profissão professor*. Portugal: Porto Editora, 1999.

SANTIN, S. Envelhecimento humano: ciência, cultura e ética. In: DIEHL, A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. (Org.). *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora UPF, 2011. p. 31-56.

STURMER, G. et tal. Envelhecimento populacional - conceitos e aspectos demográficos. In: MARCELINO, P. C. *Envelhecimento humano: um olhar interdisciplinar*. Carazinho: Ed. Ulbra Carazinho, 2010. p. 77-89.

SOUZA, M. A. Educação do campo: políticas, práticas pedagógicas e produção científica. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 29, n. 105, p. 1089-1111, set./dez. 2008.

TCHAKMAKIAN, L. A.; FRANGELLA, V. S. As interfaces da alimentação, da nutrição, do envelhecimento e o processo educativo sob a visão interdisciplinar da

Gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 469-478.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 2004.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VIEIRA, P. S.; BAGGIO, A. O envelhecimento sob o paradigma da corporeidade. In: SANTIN, J. R.; BERTOLIN, T. E.; DIEHL, A. (Org.). *Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida*. Passo Fundo: Editora UPF, 2009. p. 23-39.

VIEIRA, P. S. et al. Terceira idade, aposentadoria e grupos de convivência. In: DIEHL, A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E. (Org.). *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora UPF, 2011. p.151-177.

ZEICHENER, K. *A formação reflexiva dos professores: idéias e práticas*. Lisboa: Educa, 1993.

APÊNDICES

Apêndice A. Convite de participação 1 – Coordenador da Equipe de Saúde da
Família



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Convite de participação 1 – Coordenador da Equipe de Saúde da Família

Prezado Coordenador da Equipe de Saúde da Família,

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre Educação em Saúde. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para participar de uma entrevista com gravação de voz. Serão feitas algumas perguntas sobre as vivências da Equipe de Estratégia de Saúde da Família que coordenas, sobre Educação em Saúde com os idosos.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o (a) senhor (a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. As divulgações das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira

Anelise Schell Almeida

Data: ____/____/____

Apêndice B. Solicitação de Autorização



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de Autorização

Passo Fundo, 2 de abril de 2011.

Senhor Secretário da Saúde,

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Educação em Saúde ao idoso: saberes e fazeres das Equipes de Saúde da Família”, do mestrado de Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF), com os profissionais responsáveis pela coordenação de cada Equipe de Saúde da Família, do município de Carazinho RS. Será agendada previamente entrevista com os coordenadores das equipes na própria Unidade de Saúde em que atuam, sendo que a pesquisadora fará o contato prévio com as profissionais.

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira

Mst. Anelise Schell Almeida

Apêndice C. Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada com os Coordenadores das
Equipes de Saúde da Família



Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada com os Coordenadores das Equipes de Saúde da Família

1. Formação do Coordenador e local de formação
2. Sexo/Idade
3. Há quanto tempo é atua na profissão?
4. Há quanto tempo trabalha nesta equipe de Saúde da Família?
5. Teve experiência em saúde da família anteriormente? Se sim, quanto tempo?
6. Qual seu entendimento de Educação em Saúde?
7. Quais são as estratégias utilizadas pela equipe para a Educação em Saúde aos idosos? Como se dá a Educação em Saúde? Vivências?
8. Como percebe as práticas de Educação em Saúde na qualidade de vida dos usuários idosos? Quais as implicações destas?
9. Como você é qualificado ou se qualifica para o trabalho de Educação em Saúde, em especial aos usuários idosos?
10. De forma orienta ou capacita a equipe, em especial os agentes de saúde para a Educação em Saúde aos usuários idosos? Em que materiais se baseiam as capacitações?
11. Se existem, qual ou quais os fatores que motivam a equipe para o trabalho de Educação em Saúde aos usuários idosos?
12. Se há dificuldade, qual ou quais as dificuldades encontradas pela equipe para o trabalho de Educação em Saúde aos usuários idosos?
13. Gostaria de acrescentar algo ou de contar alguma experiência relacionada à Educação em Saúde realizada por esta equipe?

