

Carolina Pinheiro Perracini

**Promoção da saúde e o desenvolvimento de
habilidades pessoais: representações de idosos
usuários de UBS sobre promoção da saúde e
contribuição dos serviços**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Júlio Litvoc

**São Paulo
2009**

Carolina Pinheiro Perracini

**Promoção da saúde e o desenvolvimento de
habilidades pessoais: representações de idosos
usuários de UBS sobre promoção da saúde e
contribuição dos serviços**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Júlio Litvoc

**São Paulo
2009**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Maria Inês, por toda a sua ajuda e dedicação para a concretização deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, pelas discussões, orientação e aprendizado.

Agradeço à equipe da Unidade Básica de Saúde, pela colaboração para a realização do campo.

Agradeço ao pessoal do Hospital Infantil Darcy Vargas pela compreensão e apoio durante toda trajetória.

Agradeço a minha família e ao meu noivo, pelo acolhimento nos momentos mais difíceis e por sempre acreditarem em mim.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
1. 1 Envelhecimento	1
1. 1. 1 Envelhecimento populacional	1
1. 1. 2 Perspectivas de análise sobre o envelhecimento	4
1. 1. 3 Envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo	19
1. 2 Saúde do Idoso	28
1. 3 Promoção da saúde do idoso e desenvolvimento de habilidades pessoais	37
1. 3. 1 Promoção da saúde: aspectos conceituais	37
1. 3. 2 Promoção da saúde do idoso no Brasil: referenciais utilizados	42
1. 3. 3 Promoção da saúde do idoso no Brasil: estratégias utilizadas	45
2 OBJETIVOS	51
2. 1 Objetivo geral	51
2. 2 Objetivos específicos	51
3 METODOLOGIA	52
3. 1 Apresentação da metodologia e proposta de análise	52
3. 2 Descrição do campo	58
3. 2. 1 O cenário	58
3. 2. 2 Os sujeitos e os critérios de seleção	71
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
4. 1 O envelhecimento populacional e a caracterização do conjunto de sujeitos	83

4. 2 Entendimento dos entrevistados sobre seu próprio envelhecimento	89
4. 3 Percepções de idosos sobre sua saúde e o paradigma do envelhecimento saudável: considerações sobre a saúde dos idosos	98
4. 4 Atividades de promoção da saúde, segundo representações dos idosos entrevistados	108
4. 4. 1 A realização de atividade física e a prática da alimentação saudável entre os sujeitos entrevistados	108
4. 4. 2 Hábitos prejudiciais à saúde: tabagismo e uso de álcool ..	122
4. 4. 3 Orientações sobre adaptações no ambiente doméstico	133
4. 4. 4 Considerações dos idosos estudados sobre sociabilidade e participação em grupos	137
4. 5 O serviço de saúde e sua contribuição para a promoção da saúde do idoso, segundo relato dos entrevistados	147
4. 5. 1 Onde os entrevistados costumam obter informações sobre saúde?	148
4. 5. 2 O olhar dos idosos entrevistados sobre a dinâmica do serviço de saúde: consultas, grupos e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde	150
4. 5. 3 Necessidades identificadas em saúde e sugestões de atividades a partir do relato dos entrevistados	163
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
ANEXOS	180

Resumo

Perracini, CP. *Promoção da saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais: representações de idosos usuários de UBS sobre promoção da saúde e contribuição dos serviços*. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

INTRODUÇÃO: A promoção da saúde é um tema bastante discutido atualmente. A partir do referencial teórico da Carta de Ottawa (1986), este estudo prioriza o desenvolvimento de habilidades pessoais entre os idosos, um dos campos de ação definidos por este documento. As atividades de promoção da saúde do idoso consideradas neste estudo foram selecionadas em documentos oficiais brasileiros e estudo de literatura sobre o assunto.

OBJETIVO: Discutir a inserção da promoção da saúde em práticas de vida de um conjunto de idosos de baixa renda, a partir de suas representações sobre promoção da saúde e a contribuição dos serviços.

METODOLOGIA: Foi utilizada metodologia qualitativa, com entrevista semi-estruturada realizada com doze usuários idosos de baixa renda de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo, e com duas profissionais de saúde dessa UBS. Também foram registradas observações em diário de campo. Utilizou-se como critério para seleção dos sujeitos o fechamento do campo por cotas e realizou-se análise de conteúdo e temática do material coletado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os idosos foram caracterizados segundo aspectos sócio-demográficos e segundo as representações que apresentaram em relação a seu envelhecimento. Quanto às características

sócio-demográficas, foi verificado que a totalidade era migrante; que os homens, na sua maioria eram casados e as mulheres, viúvas ou separadas (as mais novas); que as mulheres mais novas apresentaram redução da fecundidade. A concepção de envelhecimento destes sujeitos permite identificar aspectos biológicos (mudanças físicas e mentais), econômicos (aposentadoria e atividades produtivas), e sócio-culturais (etapa na trajetória de vida). A concepção de saúde destes idosos remete ao modelo de envelhecimento saudável. Em relação à própria saúde, referem benefícios das atividades de promoção da saúde no sentido de um bem-estar geral. Foram estudadas as seguintes atividades de promoção da saúde: atividade física e alimentação saudável; hábitos de fumar e uso abusivo de bebidas alcoólicas; prevenção de quedas; grupos operativos e de convivência. Destas, a atividade física, abandono ou redução do hábito de fumar e grupos operativos e de convivência foram as atividades abordadas de maneira mais enfática por este conjunto de idosos. Os serviços de saúde foram considerados *locus* privilegiado para fomentar a promoção da saúde destes sujeitos, em particular na modalidade de atendimento Estratégia de Saúde da Família. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo buscou contribuir para a avaliação e implantação de programas e atividades que visem à promoção da saúde de idosos, e também para estimular os mesmos a assumir uma postura ativa em relação aos cuidados com sua saúde.

Descritores: 1 – Promoção da Saúde; 2 – Saúde do Idoso; 3 – Idoso; 4 – Pesquisa Qualitativa.

Summary

Perracini, CP. *Health promotion and the development of personal skills: representations of elderly users of UBS on health promotion and contribution of services* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2009.

INTRODUCTION: Health promotion is an issue widely discussed currently. From the theoretical framework of the Charter of Ottawa (1986), this study prioritizes the development of personal skills among the elderly, one of the action's fields defined by this document. The activities of health promotion of the elderly in this study were considered based on official documents of Brazil and study of literature on the subject. **OBJECTIVE:** Discuss the integration of health promotion practices in the life of a set of low-income elderly, from their representations on health promotion and contribution of services. **METHODS:** We used qualitative methodology, with semi-structured interviews conducted with twelve low-income elderly's, users of a Basic Health Unit of the city of Sao Paulo, and also with two health care professionals of this UBS. Were also recorded daily observations of the field. It was used as a criterion for selection of subject the closing of the field by quotas and was held content and thematic analysis of the collected material. **RESULTS AND DISCUSSION:** The elderly were characterized by socio-demographic aspects and by the representations made in relation to their aging. Regarding socio-demographic characteristics, it was found that all of them were migrant; that most of men were married, and that women were

widowed or separated (the younger), and that younger women showed a reduction in fertility. The conception of aging of the subjects allows identify biological aspects (physical and mental changes), economic aspects (retirement and productive activities), and socio-cultural aspects (a step in the path of life). The conception of health of these elderly refers to the model of healthy aging. In relation to their own health, refer benefits of health promotion activities for a general well-being. We studied the following activities to promote health: physical activity and healthy eating; smoking habits and abuse of alcohol; prevention of falls; operative groups and socialization. Of these, physical activity, abandonment or reduction of smoking, operative groups and socialization were addressed more emphatic by the elderly. Health services were considered privileged locus to encourage the health promotion of these subjects, particularly in the modality of treatment Strategy for Family Health. FINAL CONSIDERATIONS: This study contributes to the evaluation and implementation of programs and activities aimed at health promotion of the elderly, and also to encourage them to take an active stance in relation to their health care.

Descriptors: 1 – Health Promotion; 2 – Health of the Elderly; 3 – Aged; 4 Qualitative Research.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

1.1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais vem crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. Estima-se que em 2025 haverá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e, até 2050, aproximadamente 2 bilhões, sendo 80% em países em desenvolvimento. (WHO, 2005).

No Brasil a realidade não é diferente e a população idosa tem se ampliado rapidamente. O conjunto de idosos no Brasil deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco, no período de 1950 a 2025. Desta maneira, espera-se que o país ocupe o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, atingindo cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. (Brasil, 1999).

O envelhecimento da população no Brasil está associado ao processo de transição demográfica, que vem sendo caracterizado pela rápida velocidade do aumento absoluto e relativo de populações adulta e idosa, modificando a pirâmide populacional, diferentemente do que ocorreu nos países desenvolvidos, nos quais este processo aconteceu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. (Brasil, 1999).

A transição demográfica é explicada por dois processos fundamentais: a diminuição da mortalidade e o declínio acentuado da fecundidade. Como decorrência, verifica-se o aumento da expectativa de vida.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos. Em 1960 passou para 55,9 anos. De 1980 a 2000 o aumento foi tal que, cada brasileiro esperava viver 68 anos ao nascer. Assim, as projeções para o período de 2000 a 2025 supõem que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima dos 80 anos, para ambos os sexos. (Kalache e cols., 1987 *apud* Brasil, 1999).

O aumento da expectativa de vida também está associado à redução das taxas de mortalidade. Algumas conquistas tecnológicas da medicina moderna dos últimos 60 anos também favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que até então eram fatais, o que contribuiu para a queda da mortalidade infantil. (Brasil, *idem*).

Além disso, o aumento da expectativa de vida está relacionado à melhoria das condições de vida e trabalho, do nível educacional e de escolaridade e do atendimento oferecido às necessidades de saúde da população. (Paschoal, 1996).

Em paralelo ao aumento da expectativa de vida, a queda da fecundidade é outro fator responsável pelo rápido crescimento da população idosa no Brasil. Foi somente a partir da década de 60, quando houve diminuição acentuada da fecundidade, que alterações significativas na estrutura populacional vieram a ser observadas. (Paschoal, *idem*)

A queda da taxa de fecundidade significa a queda do número de filhos por mulheres em idade fértil. Assim, em populações de baixa fecundidade, a proporção de adultos aumenta levemente, a do grupo etário mais jovem diminui e a das pessoas mais velhas aumenta muito mais rápido em termos relativos.

A queda desta taxa, assim como da taxa de natalidade (que é calculada pelo número de nascidos vivos por mil habitantes), encurta a base da pirâmide populacional de forma que, o tamanho de cada grupo etário vai ficando menor que o precedente e o tamanho dos grupos etários mais velhos aumenta automaticamente. Desta maneira, todas as populações com declínios de fecundidade tornam-se mais velhas (Paschoal, idem).

Associado ao processo de transição demográfica, o Brasil também tem vivenciado o processo de transição epidemiológica, que pode ser definido como alterações importantes no perfil de morbi-mortalidade de uma população.

[...] transição de uma situação com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas por outra onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas... à medida que ocorria o desenvolvimento sócio-econômico de uma sociedade, melhorando as condições de vida, trabalho e saúde, ocorria – *pari et passu* – uma substituição no padrão de morbi-mortalidade. (Paschoal, idem).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1999) as doenças infectocontagiosas que, em 1950 representavam 40% das mortes registradas no Brasil, hoje são responsáveis por menos de 10%. Já em relação às doenças cardiovasculares ocorreu o contrário: em 1950 estas

eram responsáveis por 12% das mortes e atualmente representam mais de 40%.

Desta maneira, o Brasil em 50 anos passou de um perfil de morbimortalidade característico de uma população jovem, para um perfil caracterizado por doenças crônicas e associado às faixas etárias mais avançadas. Este fato reflete diretamente nas necessidades de saúde e no uso de serviço de saúde da população.

As doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. (Brasil, 1999).

1. 1. 2 Perspectivas de análise sobre o envelhecimento

Após apresentar alguns dados importantes relacionados ao envelhecimento populacional, como a transição demográfica e a transição epidemiológica, vale realizar uma exposição sobre as diferentes maneiras de enfocar o envelhecimento, visando a proporcionar entendimento acerca do assunto.

Neste item serão apresentadas cinco perspectivas de análise identificadas na literatura consultada sobre o assunto, a saber, biológica, epidemiológica, economicista, sócio-cultural e transdisciplinar. Antes de comentar cada uma destas perspectivas de análise, faz-se necessário registrar três observações. A primeira é que a iniciativa de identificar diferentes abordagens do envelhecimento não constitui uma iniciativa original deste trabalho. É mister citar dois trabalhos que inspiraram a presente classificação: o de Siqueira e cols. (2002) e o de Lima (2003).

A segunda observação é que a presente tipologia não coincide exatamente com a efetuada pelos autores citados. A explicação para a especificidade desta apresentação – que não é extensa – decorre de dois fatos: (a) trata-se de tipologias construídas a partir de conteúdos dos trabalhos examinados, e não de uma explicitação dos autores de cada perspectiva; (b) as obras utilizadas para análise parecem usar mais de uma das perspectivas classificadas.

A terceira observação é sobre o caráter basicamente utilitário da presente classificação. Coerente com o restante da Introdução, este item – identificação de diferentes perspectivas do envelhecimento – terá como objetivo dominar o tema para elaboração das hipóteses e objetivos da pesquisa, além de referencial no momento da análise.

Isto posto, serão examinadas a seguir cada uma das cinco perspectivas identificadas no início deste item. Neste exame, o propósito será fundamentalmente o de caracterizá-las, e não o de esgotar o assunto. Como se trata de identificar linhas de produção científica sobre o tema, a caracterização estará apoiada em exemplos.

A primeira delas pode ser denominada de biológica. Descreve o envelhecimento como um estágio de perdas do organismo, que teria início após o período reprodutivo. A capacidade de o organismo sobreviver seria, então, o resultado da interação entre declínio e a passagem do tempo. (Groisman, 2002).

Nessa perspectiva de análise do envelhecimento como processo de deterioração do corpo e declínios, os idosos são considerados portadores de

múltiplas patologias sobre as quais se deve atuar, com o objetivo de postergá-las. Segundo essa perspectiva,

o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (Papaléo Netto, 1996).

Embora pareça abrangente e explicativa, essa definição tende a identificar o envelhecimento como um processo apenas negativo, relacionado a perdas progressivas até a morte. Não aponta aspecto positivo que possa ocorrer durante esse processo, enfatizando um olhar voltado para a relação envelhecimento e doença.

Ainda sobre essa perspectiva, Siqueira e cols. (2002) relatam que também são abordadas as mudanças no perfil populacional, a transição epidemiológica e a forma como as políticas públicas de saúde reagem a tais mudanças, no contexto da discussão sobre o envelhecimento.

A segunda perspectiva de análise do envelhecimento é aquela denominada de epidemiológica. Do ponto de vista metodológico cabe denominá-la epidemiológico-descritiva, na medida em que são privilegiados os trabalhos epidemiológicos descritivos nesta apresentação.

O volume de pesquisas nesta linha é grande. Em um dos momentos cronológicos – considerando apenas os trabalhos desenvolvidos no Brasil – é necessário citar a pesquisa pioneira de Ramos (1987) em seu trabalho de doutorado, quando desenvolveu, pela primeira vez no Brasil, um estudo de base populacional. Em outro momento cronológico, e sempre a título de

exemplificação da perspectiva de análise, cabe citar as pesquisas realizadas em Bambuí, Minas Gerais, pelo grupo de Lima-Costa (2004), o projeto SABE realizado pelo grupo de Lebrão (2003) e as pesquisas de Veras (2003).

Além de citar trabalhos dessa linha, cabe analisar algumas de suas peculiaridades. Dada a opção metodológica, descritiva, a técnica fundamental utilizada é basicamente a distribuição do(s) evento(s) de interesse segundo características selecionadas. Foi escolhido inicialmente o doutorado de Ramos (1987) para exemplificar a expressão “características selecionadas” e o termo “eventos”.

Na referida pesquisa, Ramos considera dois tipos de “características selecionadas”: primeiro, três distritos do município de São Paulo, representantes de áreas diferentes, segundo desenvolvimento sócio-econômico. A partir dessas características, efetuou a distribuição dos “eventos”: percepção das atividades de vida diária, da prevalência das doenças crônicas, estado mental, apoio familiar ao idoso, e bem-estar. Além de efetuar a distribuição segundo distritos, efetuou também distribuição segundo sexo e idade para, por exemplo, a capacidade funcional.

Com esse detalhamento, pretendemos sublinhar que a metodologia epidemiológica (descritiva, no caso), por sua relação com a saúde coletiva, privilegia como variável dependente aspectos mais ligados à saúde física, como as doenças; ou então a capacidade funcional. Os aspectos sócio-econômicos são trabalhados como variáveis independentes.

Esta abordagem gera freqüentes relatos denominados de “perfis do idoso”. Esses perfis revelam freqüentemente que o processo de

envelhecimento inclui uma gama de situações nas quais os idosos estão inseridos. No entanto, nem sempre ocorre uma explicitação disso por parte dos autores que estudam o processo de envelhecimento. É o caso, por exemplo, da pesquisa de Lima-Costa denominada *Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*¹(2003). Como se observa pelo título, o foco é a “saúde entre idosos” e não o envelhecimento de forma explícita. No entanto, cabem aqui três observações: primeira, que a saúde é parte da caracterização do envelhecimento, vide a transição epidemiológica; segundo, a identificação da desigualdade social é plenamente ligada ao processo de envelhecimento, ou seja, como ele ocorre; terceiro, é de suma importância uma de suas conclusões, que relaciona “pequenas diferenças na renda domiciliar” (informação diretamente referente ao processo de envelhecimento) com saúde e acesso a serviços.

Essa linha de pesquisa se relaciona diretamente a vulnerabilidades e, conseqüentemente, é freqüente propugnar políticas públicas para proteção aos idosos.

Outra maneira de refletir sobre o envelhecimento, chamada por Siqueira e cols. (2002) de economicista, diz respeito às relações entre o idoso, a família, a sociedade e o Estado, no sentido das suas condições de sobrevivência.

Antes de refletir mais especificamente sobre o conteúdo desta perspectiva, vale insistir no aspecto da interlocução entre as diferentes

¹ Os autores utilizam técnicas de análise mais sofisticadas como regressão logística múltipla. No entanto, dado o caráter de base populacional, manteve-se o artigo na classificação de descritivo, para fins de classificação.

maneiras de abordar o envelhecimento e na impossibilidade de pensar em termos de tipos puros para a análise do tema. Podemos citar, como exemplo, o artigo de Ramos (2003), sobre a capacidade funcional e paradigmas para a saúde do idoso. Embora aquele artigo possa ser classificado como epidemiológico descritivo, estabelece interface com a perspectiva economicista, ao relacionar a saúde do idoso com aspectos de renda. Chaimowicz (1997), classificado por Siqueira e cols. na linha “biológico/comportamentalista”, dedica atenção aos aspectos sociais e econômicos do envelhecimento no Brasil, destacando aspectos já abordados, quais sejam a feminização e empobrecimento da velhice, a permanência do idoso aposentado no sistema produtivo como complemento de renda, aspectos da dependência do idoso em relação à família e ao Estado, além do crescimento da demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILP) associada às mudanças nos arranjos familiares.

Também Uchôa (2003), para citar outro exemplo, a quem poderíamos chamar de sócio-culturalista, trata das diferentes maneiras pelas quais os idosos pesquisados pelo Projeto Bambuí, em Minas Gerais, se relacionam com questões de saúde a partir do enfoque econômico. A autora chama a desigualdade de acesso à saúde, tomada como acesso aos serviços, de “representação da saúde como ‘dinheiro-dependente’”. E observa:

a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde pareciam ser claramente determinados pela possibilidade de enfrentá-lo, muito mais do que pelo problema em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso aos cuidados médicos. Para um grupo de senhoras de alto poder aquisitivo, a saúde não constituía um problema, apesar dos vários problemas de

saúde por elas relatados (diabetes, doença de Chagas, fraturas, problemas cardíacos). Com exceção destas senhoras, que podiam consultar médicos particulares, todas as outras relataram dificuldades para conseguir consultas no sistema de saúde.[...] Assim, a situação econômica do próprio idoso e de sua família surgia como fator fundamental para a manutenção da saúde (Uchôa, 2003).

Ainda no caminho da interface, Debert (2004) reserva atenção especial ao aspecto econômico da velhice, ao refletir sobre as transformações decorrentes do desenvolvimento capitalista no século 20, acompanhadas da “[...] ampliação do trabalho assalariado para as camadas médias e outros setores sociais e profissionais” (Debert, 2004). Essas transformações afetaram, afetam e afetarão a sociedade – no caso, a brasileira – como um todo e o Estado, à medida que cresce a demanda pela Seguridade Social, com a entrada cada vez mais cedo das pessoas à aposentadoria e a expansão do tempo livre a ser ocupado, quer em atividades produtivas (não necessariamente remuneradas), quer em atividades de aprendizagem, consumo e lazer. Tais transformações, segundo Debert, “reinventaram” a velhice ao resignificá-la como um período de atividade e lazer, em detrimento da idéia de período de descanso e recolhimento. Na esteira dessa resignificação teria sido inventada a chamada Terceira Idade, originariamente na Europa e, depois, transplantada para outras regiões do planeta.

É curioso notar que a autora enxerga uma caracterização de gênero no crescimento de atividades voltadas para a chamada Terceira Idade e a Seguridade Social, mais propriamente a aposentadoria. Enquanto a primeira estaria mais diretamente apropriada pelas mulheres, como um possível

desdobramento das transformações culturais do último século, a segunda seria mais um assunto de homens, com forte dimensão política, através do embate dos idosos com a sociedade, o mundo produtivo e o Estado.

Siqueira e cols. (2002) também chamam atenção para aquele embate político a propósito da Seguridade Social, sem atentar para a sutileza de gênero proposta por Debert. Na interpretação das autoras, os idosos são tomados em bloco, como cidadãos em pugna por seus direitos, a partir de movimento social (Movimento dos Aposentados e Pensionistas, MAP) que abre três frentes de confronto: (1) com os trabalhadores da ativa, representados pelos sindicatos; (2) com o Estado, e a marginalização do idoso na sociedade; e (3) com “as ações tutelares dos grupos de Terceira Idade [...] [que] enfraquecem e desvirtuam interesses concretos” [dos idosos] (Siqueira e cols., *idem*). No entanto, as autoras advertem para contradições e ambigüidades que permeiam o processo de reivindicação dos idosos representados pelo MAP, tal como a tentativa de estabelecer “alianças” com os grupos de Terceira Idade quando em confronto com o Estado, mas manter um distanciamento em relação a eles quanto a um posicionamento ideológico.

A visão mais propriamente (sócio-)econômica do envelhecimento consultada se apresenta de maneira bastante bem trabalhada na obra *Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), em 2005. Esta obra é importante na medida em que discute

aspectos da relação entre o indivíduo, a sociedade e o Estado, na velhice. Nela, Camarano e cols. apontam como o envelhecimento populacional se dá, no Brasil, a partir do crescimento absoluto e relativo do número de idosos, e as características desse processo, conforme apresentado no início deste capítulo. Também chamam atenção para o aspecto dinâmico do envelhecimento, envolvendo perdas e vulnerabilidades “[...] diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis” (Camarano e cols, 2005), compensadas em parte pela expansão da cobertura da Seguridade Social. Tal dinâmica não impede, segundo as autoras, que parte dos idosos vivam em situação de dependência em vários níveis (econômico, psicológico, sócio-afetivo e político), mas permite também que parte deles viva ainda em situação de provedores.

Tomando como parâmetros de análise dois aspectos do envelhecimento, a saber, condições de vida da população idosa e oferta de bens e serviços específicos a essa população, Camarano e cols. (2005) desenham um quadro importante da velhice no Brasil e das políticas públicas voltadas para esse segmento da sociedade brasileira. Os indicadores apresentados pelas autoras corroboram o que foi tratado anteriormente, ou seja, a população idosa brasileira já representa 8,6% do total nacional; ela é majoritariamente feminina, em especial nas idades mais avançadas; a viuvez e o casamento caracterizam o perfil dessas mulheres; a transição demográfica permite maior convivência intergeracional; e, curioso, os idosos tendem a desempenhar papel de apoio informal na família. Podem também chefiar o domicílio ou, ainda, optar por morar só.

Dirigindo o foco para a questão que mais interessa nesse momento, o da reflexão sobre o aspecto econômico do envelhecimento – haja vista os demais temas abordados na obra em destaque terem sido objeto de atenção anteriormente –, vale destacar aspectos e dimensões observados por Camarano e cols., os quais constituirão objeto de reflexão futura. Segundo as autoras, ainda que a Constituição de 1988 tenha universalizado a Seguridade Social, o trabalho permanece um aspecto importante da vida dos idosos, em especial para os homens, afetando sua existência em pelo menos duas dimensões: (a) renda mais elevada; (b) “[...] autonomia física e mental e maior integração social” (Camarano e cols., *idem*). Isso significa que, para os homens, a renda do trabalho compõe com a aposentadoria para aumentar o padrão de consumo individual e/ou familiar. No caso das mulheres, a Seguridade Social (aposentadoria, pensão e benefícios da Assistência Social) ainda constitui a principal ou única fonte de renda, o que poderia configurar uma situação de feminização da pobreza na velhice. No entanto, mesmo a aposentadoria não acrescida de outro rendimento se torna uma importante dimensão do envelhecimento, assim como analisam Camarano e cols., à medida que pode vir a ser a única fonte de renda da família, se considerados aspectos regionais, institucionais e de classe social em que o idoso está inserido.

Dois últimos aspectos a ser considerados a propósito dessa perspectiva são o da incapacidade funcional e o da institucionalização dos idosos. Embora nesta pesquisa não se tenha configurado o campo em Instituições de Longa Permanência (ILP), esse é um aspecto a ser

considerado como fortemente influenciado por questões de renda. Camarano e cols. chamam atenção para o indicador “dependência” dos idosos, e o associam às questões de falta de autonomia e falta de renda. Consideram as dificuldades de desempenho de atividades básicas da vida diária (capacidade funcional) um dos principais indicadores de vulnerabilidade dos idosos, sendo que as mesmas aparecem em maior proporção entre as mulheres, e com o aumento da idade. Ao mesmo tempo, a falta de renda ou renda insuficiente são considerados aspectos da dependência dos idosos, corroborando o que foi dito anteriormente a propósito de idosos que ajudam na renda da família e idosos que não têm condições para isso.

Já o aspecto da institucionalização, de difícil mensuração segundo as autoras, apresenta características tais como: sua ocorrência varia entre as regiões geográficas, com maior concentração nos estados do Sudeste; é maior com a idade mais avançada e entre mulheres; é mais comum em pessoas solteiras, em particular entre os homens; ocorre com pessoas sem renda ou com baixa renda, e, numa proporção maior entre as mulheres, com algum tipo de deficiência física ou mental.

Siqueira e cols. (2002) dão o nome de sócio-cultural à quarta perspectiva de análise do envelhecimento, focada em aspectos da cultura e da diversidade cultural. Por essa perspectiva, associada geralmente a investigações sociológicas e antropológicas, a velhice é uma construção social, assim como as outras etapas da vida, e é a sociedade/cultura que estabelece funções e atribuições a cada uma delas. Vista dessa maneira, a

percepção sócio-cultural do envelhecimento apresenta especificidades no tempo e no espaço, ou seja, cada sociedade, em diferentes períodos de sua trajetória coletiva atribui valor e funções diferenciadas para as diferentes etapas da vida.

Aquelas autoras ilustram essa perspectiva por meio de três estudos sobre: a construção sócio-histórica da infância (Ariès, 1978 *apud* Siqueira e cols., 2002), a idade adulta (Elias, 1990 *apud* Siqueira e cols., *idem*) e da chamada terceira idade (Debert, 1999 *apud* Siqueira e cols., *idem*), na sociedade ocidental.

Na perspectiva sócio-cultural, é importante registrar a reflexão de Uchôa (2003), para quem a antropologia apresenta três contribuições aos estudos do envelhecimento e da saúde do idoso. A primeira delas diz respeito à relativização do olhar universalista ocidental a propósito da velhice como etapa de declínio e perdas. Tal relativização se tornou possível mediante a realização de um levantamento pela autora de pesquisas, entre outros estudos dessa natureza, que relatam diferentes maneiras pelas quais os idosos são percebidos, e que lugar é atribuído a eles nas relações sociais, políticas e econômicas, nas diferentes culturas.

A segunda contribuição de Uchôa foi valorizar a antropologia interpretativa, nos estudos dos significados atribuídos ao envelhecimento, permitindo aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações.

A terceira contribuição diz respeito à identificação dos fatores culturais intervenientes na percepção da saúde/doença pelos idosos. A distinção

entre doença – aspecto objetivo (*disease*) – e adoecimento – relação subjetiva com a doença (*illness*) – pode ser considerado um importante elemento daqueles fatores culturais. Uchôa utiliza como exemplo o consumo, tão valorizado nas culturas ocidentais, diferente de outras culturas, pelo qual ter dinheiro para comprar remédios, pagar consultas médicas e realizar atividades de lazer, proporcionam um olhar diferenciado em relação às doenças, mais leve do que o não ter dinheiro, e enfrentar filas e situações de precariedade material. Uma “representação da saúde como ‘dinheiro-dependente’” (Uchôa, 2003) seria própria de sociedades em que vogam as desigualdades sociais, como no Brasil. Neste caso, é preciso ter dinheiro para ter saúde, ainda que isso não implique em ausência de doenças.

Outra contribuição bastante significativa, e já apresentada em alguns aspectos, quando abordada a perspectiva economicista, é a de Debert (2004). Neste momento, destacamos um enfoque particular da antropóloga sobre o envelhecimento, que convida a re-visitar o aspecto dinâmico desse processo, em termos de especificidades no tempo e no espaço, apontadas anteriormente. Trata-se de sua proposta de estudar a velhice tendo como referencial as transformações decorridas a partir da chamada geração *baby boom* ou da contracultura. Segundo a autora, essa coorte, hoje na meia-idade, vem re-configurando as etapas mais avançadas da vida, ocupando posições de poder nos campos da produção cultural, institucional e científica, e, dessa forma, construindo novas imagens do envelhecimento, novas propostas para gestão da velhice e aposentadoria, e discurso gerontológico. Uma coorte que nasceu no pós-guerra, cresceu sob a

proteção do *Welfare State*, amadureceu no período do pleno emprego, ativismo político e movimentos de contracultura; viveu a época áurea da cultura de consumo, e, “ocupando posições de poder, reinventará o envelhecimento” (Debert, idem), em um período de claro esgotamento do modelo social, político, econômico e cultural em que foi criada.

Isto posto, Debert propõe uma politização do debate sobre o envelhecimento, no Brasil, como “[...] convite para um trabalho mais cuidadoso na caracterização de processos de mudanças, na identificação do que é novo na experiência contemporânea” e nos processo de resignificação da velhice como etapa da vida. Essa proposta leva em conta que

a plausibilidade dos cenários que montamos para o futuro da velhice dependerá muito do modo como os indivíduos são convencidos de qual pode ser o seu destino e das práticas por eles postas em ação, em função dessas previsões (Debert, idem).

E acrescenta: “como conciliar a reinvenção da velhice bem-sucedida com a ‘facticidade’ do declínio biológico e do espectro terrificante do prelúdio na morte social?” (Debert, idem).

Por fim, pela perspectiva chamada por Siqueira e cols. (2002) de “transdisciplinar” propõe-se a não depositar ênfase em um determinado aspecto do envelhecimento. A velhice é entendida como um processo natural e social, que se desenvolve em cada ser humano. Este, na sua totalidade existencial, defronta-se com perdas e compensações de ordens diversas (biológica, econômica e sociocultural), as quais proporcionam um processo de envelhecimento singular. Diante disso, pode-se dizer que esta abordagem focaliza a interação entre os valores culturais, os traços

individuais e os marcadores biológicos na construção de maneiras típicas de envelhecer e vivenciar o envelhecimento. (Uchôa, 2003).

O presente estudo, com perfil claramente interdisciplinar, propõe uma contribuição a essa preocupação, ao utilizar o instrumental qualitativo para analisar a maneira como sujeitos de diferentes coortes geracionais vêm lidando com os novos paradigmas do envelhecimento, em suas práticas cotidianas e seus projetos de vida. Para tanto, estudou-se o que a literatura pesquisada entende por modelos paradigmáticos sobre um envelhecimento satisfatório, o que se entende por saúde do idoso e promoção da saúde na velhice. Em seguida, mergulhou-se no campo, e analisou-se o diálogo entre esses paradigmas e as representações² e práticas de habitantes idosos de São Paulo sobre essa etapa da vida, tendo eles um perfil bastante específico: baixa renda, uso do serviço público de saúde, pouco acesso a informação acerca de sua saúde e direitos, e a oportunidades de lazer. A seguir, será apresentado o detalhamento desses assuntos.

Considerando esta breve descrição das diferentes maneiras de abordar o envelhecimento, parece apropriado esclarecer a respeito do marco considerado para o início desse processo.

Autores (Groisman, 2002; WHO, 2005) apontam que buscar registrar o início deste processo a partir do critério cronológico é falho. Consideram a necessidade de reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento e existem

² O termo representações será empregado nesta dissertação no sentido de “um saber prático” (Velo e cols., 1999). Ou, “nas palavras de Varela : ‘Ele [sic] se refere a qualquer coisa que possa ser interpretada como sendo a respeito de alguma outra. Esse é o sentido de representação como construção, considerando-se que nada é sobre nenhuma outra coisa sem de algum modo construí-la” (Varela e cols., 2003 *apud* Sancovschi, 2007),

variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. O envelhecimento é vivenciado de maneira heterogênea pela população. Essas variações poderão ser discutidas no Capítulo 6, Resultados e Discussão. No entanto, para efeito de investigação científica – o que nos cabe neste momento – alguns critérios de homogeneização se fazem necessários. Dessa forma, a despeito das controvérsias a propósito do tema, adota-se, nesta dissertação, o critério da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (2006b), qual seja, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos e mais, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

1. 1. 3 Envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e Envelhecimento ativo

Neste item serão comentados alguns modelos paradigmáticos do envelhecimento. Não é desprezada a existência de outros modelos, mas entende-se que estes são suficientes para identificar a diversidade de paradigmas que visam ao bem-estar do idoso.

Serão considerados quatro modelos, uma vez que a expressão envelhecimento bem-sucedido é utilizada em dois modelos: um que será denominado EBS de Rowe & Kahn (1997), e outro que será denominado

EBS de Baltes (1996)³. Serão explicitadas as diferenças entre os dois no decorrer do texto.

Antes de comentar cada modelo, é importante destacar que é possível perceber certa confusão entre essas expressões, na literatura. Cupertino e cols. (2007), por exemplo, utilizam a expressão envelhecimento saudável, mas assumem como referencial teórico a definição de Rowe & Kahn para o envelhecimento bem-sucedido. Diante deste cenário, pretende-se utilizar esses comentários para subsidiar a proposta contida neste trabalho.

O primeiro dos paradigmas, envelhecimento saudável, é definido pela literatura como resultado da “interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (Ramos, 2003). Ao propor este modelo, Ramos o relaciona à capacidade funcional e à necessidade de um equilíbrio entre as várias dimensões desta capacidade, independente da presença ou ausência de problemas em cada uma dessas dimensões. Sugere ainda que o principal desafio para o sistema de saúde é “a manutenção da capacidade funcional para o idoso, na comunidade, pelo maior tempo possível e gozando ao máximo a independência”. (Ramos, 2003).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, PNSI, (1999) é compatível com o referencial do envelhecimento saudável proposto por Ramos (2003), sendo que a capacidade funcional está presente enquanto objeto de

³ Cabe ressaltar que os estudos de Rowe e Kahn nessa área foram publicados inicialmente em 1987 (“Human aging: Usual and successful. *Science*, 1987. 237.) A linha seguida por Baltes tem sua primeira publicação em 1988 (Baltes PB. Lindenber U. On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 1988. 19:283-300), sendo, portanto, contemporâneas.

intervenção das ações de saúde para o idoso em quase todos os níveis de atenção. Pela PNSI, o envelhecimento saudável é definido como: “processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida”. (Brasil, 1999).

Nesta política, por exemplo, o envelhecimento saudável é considerado uma das diretrizes essenciais para a saúde do idoso.

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. (Brasil, 1999).

Existe uma versão revisada e atualizada da política de 1999, intitulada *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, publicada no ano de 2006, pelo Ministério da Saúde. Apesar de esta não utilizar como referência apenas o entendimento do envelhecimento saudável, optando também por acrescentar o conceito do envelhecimento ativo, ela mantém a definição do envelhecimento saudável como uma diretriz.

Pelo segundo modelo, o envelhecimento bem-sucedido (EBS de Rowe & Kahn) deve levar em conta: “baixa probabilidade de adquirir doença e incapacidade relacionada a doença, alta capacidade funcional cognitiva e física, e envolvimento ativo com a vida”⁴. (Rowe e Kahn, 1997).

Para cada uma das dimensões do modelo, os autores buscam, por meio de análises interdisciplinares, obter informações que reduzam o risco

⁴ “We define successful aging as including three main components: low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life”. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433.

de eventos adversos e/ou ampliar a resistência do idoso, caso ocorra a presença desses eventos adversos.

No caso da dimensão “evitando doença e incapacidade” (ou “baixa probabilidade de adquirir doença e incapacidade relacionada a doença”), a análise referida no parágrafo anterior é exemplar. Essa dimensão é descrita centrada nas doenças crônicas e incapacitantes. Os autores analisam os quatro estágios da história natural de uma doença crônica, em que estão incluídos o óbito – de 100%, em algum momento –, e, retroativamente, a incapacidade (em 75% dos idosos, no modelo analisado), a doença instalada e a presença de riscos. Riscos, no caso, incluem alterações bioquímicas como glicemia e colesterol, ou comportamentais como hábitos alimentares ou de fumar.

Retornando ao penúltimo parágrafo: na dimensão “evitando doença e incapacidade”, a proposta não é apenas a de ausência de doença, crônica no caso, mas mudança no perfil dos riscos, eliminando-os ou os atenuando.

Sobre o estado funcional, valorizam a educação como fator protetor para a função cognitiva, e, para a função física, a prática de exercícios adequada à condição da própria pessoa que a executa. (Rowe e Kahn, *idem*).

O envolvimento ativo com a vida está relacionado a dois aspectos fundamentais: as relações sociais constituem o primeiro, já que o isolamento social é considerado fator de morbi-mortalidade, e, fazer parte de um grupo social, é fator determinante de longevidade; o segundo é a realização ou

manutenção de atividades produtivas e que tenham algum significado para estes idosos.

Em suma, o envelhecimento bem-sucedido envolve a questão do risco de adoecer, principalmente em relação às doenças incapacitantes; envolve a questão da manutenção da capacidade funcional, com a preservação das habilidades físicas e cognitivas mais elevadas; e também a questão do envolvimento ativo com a vida, relacionado à interação social, ao suporte recebido e à realização de atividades produtivas e significativas. São situações potencialmente modificáveis, para os autores, seja por mudança do hábito ou da inserção social.

Outro modelo também denominado bem-sucedido (EBS de Baltes), com características que o diferem daquele de Rowe & Kahn, é o de Baltes (1996). Neste, a autora relaciona o envelhecimento bem-sucedido àquele em que o sujeito consegue manter os objetivos de vida, e busca atingi-los. Neste sentido, envelhecimento bem-sucedido é aquele no qual o sujeito consegue se adaptar às mudanças relacionadas ao envelhecimento, como a diminuição da capacidade funcional e a perda de habilidades, de acordo com suas metas e objetivos de vida. (Baltes, 1996).

Para que o idoso consiga fazer este movimento de estabelecer metas e buscar atingi-las, Baltes (idem) relata que é preciso passar pelas etapas de seleção, compensação e otimização.

A seleção seria identificar quais são suas principais metas, e, destas, quais podem ser mantidas com o envelhecimento. Já a compensação seria a capacidade de um idoso identificar o quanto a redução da sua capacidade

funcional está interferindo no alcance de suas metas e conseguir construir novos caminhos para alcançar as metas previamente estabelecidas. Por fim, a otimização seria o processo de enriquecimento, ou seja, de valorização da função nos domínios selecionados na vida. (Baltes, idem).

Quarto modelo, o envelhecimento ativo é mais recente. Foi proposto pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida “como uma contribuição para a II Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento, realizada em abril de 2002, Madri, Espanha” (WHO, 2005). Consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (WHO, idem).

O termo *ativo* “refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou ao fato de fazer parte da força de trabalho”. (WHO, idem).

Dentre os modelos apresentados, o envelhecimento ativo (EA) é o de maior vinculação institucional. Por isso, considera-se ser interessante descrever os fatores determinantes e alguns desafios identificados pelos seus proponentes.

- *Fatores culturais e de gênero*: estão relacionados aos valores culturais de cada população, ou seja, como as sociedades percebem as pessoas idosas e o processo de envelhecimento; o respeito às tradições e culturas; o papel atribuído às mulheres e aos homens que

estão envelhecendo. Os principais desafios seriam a feminização do envelhecimento, a solidão e a pobreza.

- *Sistemas de saúde e serviço social:* devem ter a perspectiva de curso de vida, priorizar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principalmente em relação às doenças crônicas. Neste sentido, o desafio seria o surgimento da dupla carga de doenças e o maior risco de deficiência, devido às doenças crônicas. Além disso, proporcionar acesso equitativo e de longo prazo, seguido da necessidade da reorientação dos serviços curativos, que na maioria são focados em quadros agudos. Reorientação também dos sistemas de apoio informal e formal no caso de assistência em longo prazo, nos quais o desafio é equilibrar o autocuidado, o apoio informal e o cuidado formal.
- *Fatores Comportamentais:* envolvem a questão dos estilos de vida saudáveis, participação ativa no cuidado da própria saúde, tabagismo, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, alcoolismo, uso de medicamentos e reações adversas.
- *Aspectos pessoais:* são considerados fatores determinantes já que os genes podem influenciar a etiologia das doenças e o aspecto psicológico, como a capacidade de resolver problemas e de se adaptar às mudanças.
- *Ambiente físico:* é um fator porque um ambiente adequado favorece a independência, as moradias seguras contribuem para prevenção do

isolamento social, engloba a preocupação com quedas e adaptações necessárias e a questão do saneamento básico.

- *Ambiente social*: considera que os idosos são mais vulneráveis à solidão; envolve a questão da violência e dos maus tratos tanto de abuso como de negligência; envolve também a questão da educação já que os analfabetos apresentam maior risco para deficiência e morte.
- *Fatores econômicos*: estão relacionados à renda. A pobreza está associada à má nutrição, a um maior risco de doenças e a moradias inadequadas. Desafio neste caso seria que, com o rápido envelhecimento, temos uma explosão incontrolável na área da saúde e custos com o seguro social.

Vale ressaltar ainda que o documento da WHO (2005), tem como objetivo bastante explicitado elaborar um projeto para discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento ativo. Ele é destinado às instituições responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento.

Buscou-se, nos parágrafos anteriores, destacar os aspectos mais relevantes de cada modelo segundo nossa interpretação. Não foi proposto esgotar a análise dos mesmos. Outros leitores seguramente destacarão aspectos diferentes, o que é um processo esperado quando se analisam propostas como as quatro aqui selecionadas.

Uma vez, então, explicitado o destacado em cada modelo, neste encerramento do item são propostas três questões para futuras reflexões, as quais se entendem como articuladas. Essas três questões (a, b, c) têm como propósito refletir sobre a possibilidade de incorporação, por parte do idoso, dos modelos de envelhecimento aqui descritos:

(a) Como o idoso acessa e eventualmente se apropria de cada um dos modelos? Sem esgotar as possibilidades, e, portanto, a título de exemplificação, pode-se citar que a equipe de saúde possa assumir a responsabilidade de divulgá-la; ou, se o idoso tiver condições para isso, apropriar-se por meio de leitura; ou por meio da mídia; ou por reflexão pessoal; ou por mecanismo denominado “efeito demonstração”, ou seja, observando a prática de outros idosos;

(b) Admitindo-se, para facilitar a exposição, que o idoso é informado *pelo serviço*, e eventualmente se apropria da informação, como se dá, no cotidiano, a sua incorporação pelo idoso? Exemplificando: um hipotético serviço assume a proposta de Rowe & Kahn de envelhecimento bem-sucedido. O idoso adotará todas as estratégias relativas ao controle dos fatores de risco; de manter alta funcionalidade física e cognitiva; e de participação social? Ou assumirá apenas uma ou duas? E quais?

(c) uma variante direta do item (b): e se, eventualmente, o idoso acessar mais de uma proposta? Como lidar com esse “mix”?

É importante frisar que responder estas questões ultrapassa e muito, neste momento, os objetivos desta Dissertação. No entanto, entende-se a apresentação delas como pertinentes para registrar a importância de

ultrapassar o plano normativo dos modelos. Ainda que não se analisem tais questões, a apresentação deste ponto – da incorporação dos modelos pelo idoso – visa a estimular uma reflexão sobre a consolidação, na prática cotidiana, daquilo que os paradigmas propõem como estratégias para preservar a saúde no envelhecimento.

1. 2 Saúde do idoso

Como a questão nuclear desse estudo é a promoção da saúde do idoso, cabe refletir sobre a saúde na velhice para identificar o objeto da promoção. Assim sendo, este tópico busca discutir como a saúde do idoso é caracterizada, especialmente no Brasil.

Como ponto de partida, foram privilegiadas as seguintes questões:

- (a) a saúde do idoso implica necessariamente em ausência de doença?
- (b) qual a importância da capacidade funcional na saúde do idoso?
- (c) como é definida a dimensão social, quando se pensa na saúde do idoso?

A primeira questão é, talvez, a mais fácil de responder: este requisito não pode ser valorizado, uma vez que os estudos epidemiológicos demonstram, com grande frequência, que a maioria dos idosos apresenta pelo menos uma doença, em geral crônica (Ramos e cols., 1993). Um acréscimo deve ser feito, ou seja, que as doenças estejam sob controle.

Quanto à segunda questão – que diz respeito à capacidade funcional –, a resposta é afirmativa e consensual (Ramos, 2003; Duarte, 2003;

Almeida, 2008; Chaimowicz, 1997). Dada a sua importância, é interessante registrar algumas considerações sobre o tema.

O conceito de capacidade funcional, conforme apontado por Alves (2008) é bastante diversificado, mas as definições não são conflitantes. Assim, a autora propõe apenas que cada pesquisador mencione qual será a definição utilizada, já que não existe uma definição modelo.

Neste estudo a capacidade funcional será definida como o potencial, habilidades físicas e mentais, que os idosos apresentam para decidir e atuar nos seus cotidianos e nas suas vidas de maneira independente. (Fiedler e Peres, 2008).

A capacidade funcional se relaciona a alguns conceitos como o de independência e o de autonomia. Sendo assim, neste estudo entende-se autonomia como a capacidade que uma pessoa tem de participar das decisões e de gerenciar a sua vida. Já a independência é compreendida como a capacidade que uma pessoa apresenta para desempenhar as suas atividades cotidianas sem a ajuda de outras pessoas (Duarte, 2003).

Para a definição de atividades de vida diária será utilizado o referencial de Duarte (2003), que são as atividades desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do seu entorno e à participação social. A autora classifica atividades de vida diária em: atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

As atividades básicas de vida diária “envolvem as atividades de autocuidado, que são alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, manter controle sobre as eliminações”. (Duarte, 2003).

Já as atividades instrumentais de vida diária são as atividades que favorecem o cuidado com o seu entorno e a inserção social, como o cuidar da casa, administrar as próprias finanças, realizar compras, utilizar meios de transporte, entre outras. (Duarte, idem).

Explicitados os conceitos, é necessário compreender o motivo pelo qual a capacidade funcional está sendo considerada como um indicador importante de saúde do idoso.

A dependência para a realização das atividades de vida diária é considerada um fator de risco para óbito entre os idosos pelo fato de que, nesta situação, necessita-se de ajuda indispensável para a realização de atos fundamentais para a sobrevivência. As limitações estão associadas a uma questão de sobrevivência. (Maia, 2006; Duarte, idem).

Estudo com a população idosa brasileira aponta que 85% dos participantes com idade igual ou superior a 60 anos não relatam dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro. (Lima-Costa, 2003).

Semelhante ao resultado acima apresentado, Duarte (idem) identifica, em um estudo realizado na cidade de São Paulo, que a maioria dos idosos (80,7%) não apresentava limitações funcionais que interfiram no autocuidado.

Quando se trata de dados a respeito das atividades instrumentais, o estudo de Duarte (idem) aponta que 26,6% dos idosos apresentam

dificuldades no desempenho dessas atividades. Uma proporção um pouco maior dos que apresentam dificuldades para as atividades básicas de vida diária. A autora relata que existe uma relação hierárquica de perda de habilidades funcionais com o processo de envelhecimento, sendo esta direcionada normalmente das AIVDs para as ABVDs. (Duarte, *idem*).

Ainda sobre o estudo de Duarte (*idem*), são identificados: aumento no grau de limitações funcionais entre idosos com idade igual ou superior a 75 anos; e as mulheres apresentam um nível de dificuldade no desempenho das ABVDs mais acentuado que os homens.

Estudo de Paskulin (2007), realizado em uma região de Porto Alegre, mostra que a maioria dos idosos referem boa saúde, apesar de grande proporção dos mesmos serem portadores de doenças crônicas e fazerem uso de medicação. É identificado também que 63,2% dos idosos participantes da pesquisa são independentes nas atividades de vida diária, o que reforça a idéia de que estar doente está relacionado às incapacidades do que ser portador de condições crônicas. (Paskulin, 2007).

Quanto à questão (c), a propósito da definição da dimensão social na saúde do idoso, entende-se como mais complexa. Ela implica em pelo menos duas posturas. A primeira, que considera os elementos da dimensão social como determinantes da saúde física ou de indicadores mais gerais, como a auto-avaliação da saúde, ou mesmo a capacidade funcional; e a segunda, em que a dimensão social é constitutiva do conceito de saúde.

Alguns exemplos da primeira postura serão relatados a seguir. Para tanto, a situação de saúde da população idosa no Brasil será abordada,

levando-se em consideração questões referentes ao perfil de mortalidade e morbidade dessa população, e à utilização de serviços de saúde.

Abordar os fatores de risco para mortalidade em idosos é importante uma vez que estes fatores fornecem dados que auxiliam na prevenção de um “desfecho fatal precoce”. A compreensão desses fatores auxilia a evitar mortes associadas à não assistência, à falta de estrutura e de recursos em uma sociedade que está vivenciando o rápido envelhecimento populacional (Maia e cols., 2006).

Segundo o estudo apontado (Maia e cols., 2006) a idade e o sexo são considerados fatores de risco imutáveis para óbitos em idosos. A probabilidade de adquirir alguma doença crônica ou incapacidades aumenta com o passar dos anos e, conseqüentemente, as taxas de mortalidade entre os idosos aumentam com a idade em ambos os sexos. As autoras apontam ainda que ter idade igual ou superior a 75 anos representa maior risco de morrer (Maia e cols., idem).

Em relação ao gênero, os homens são mais suscetíveis à morte do que as mulheres, e este fato pode ser justificado por diversos fatores, entre eles, a diminuição da mortalidade por causas maternas, a maior procura das mulheres por serviços de saúde e agilidade no diagnóstico e tratamento precoce de doenças. Além disso, entre os homens há presença maior de hábitos como fumar e consumir bebida alcoólica, e estes estão mais expostos a riscos ambientais e ocupacionais, como acidentes, homicídios e estresse (Maia e cols., idem).

Existem também outros fatores de risco para a mortalidade em idosos que são passíveis de intervenções, como a hospitalização, a dependência para a realização das atividades de vida diária, os déficits cognitivos, os hábitos de vida como fumar e não praticar exercícios físicos, o isolamento social, a falta de suporte social, o nível socioeconômico e a auto-avaliação negativa da saúde (Maia e cols., idem).

Sobre o perfil de morbidade, um estudo realizado por Lima-Costa e cols. (2003a) a partir da amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), identifica que cerca de 70% dos idosos relatam apresentar pelo menos uma condição crônica, sendo que esta proporção é maior entre as mulheres e que ela aumenta com a idade em ambos os sexos. Além disso, as doenças relatadas com maior frequência são: hipertensão (43,9%), artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19%), diabetes (10,3%), entre outras (Lima-Costa e cols., 2003). Vale ressaltar que esse é um estudo de morbidade auto-referida, o que pode subestimar as prevalências de doenças ou condições crônicas devido à ausência de diagnóstico ou déficits cognitivos.

A presença de pelo menos uma doença crônica nas pessoas com sessenta anos ou mais remete à discussão das estratégias utilizadas para enfrentá-las e de suas conseqüências, uma vez que o número de idosos vem aumentando a cada ano, conforme apresentado no item do envelhecimento populacional.

Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. Isso já pode ser

notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS. (Brasil, 2006a).

Sobre o uso de serviço, Lima-Costa e cols. (2003) apontam que a população idosa é a que mais consome este serviço, sendo que a ocorrência de internações hospitalares entre idosos brasileiros aumenta progressivamente com a idade avançada, em ambos os sexos. Em 2007, o uso de serviços de saúde por essa população foi de 83,3%, segundo Louvison e cols. (2008). Desta maneira, o idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. (Louvison e cols., 2008).

Pesquisas gerontológicas vêm utilizando bastante a percepção que o idoso tem a respeito da própria saúde por meio da auto-avaliação da saúde. (Paskulin, 2007; Maia e cols., 2006; Lima-Costa e cols., 2004).

A auto-avaliação da saúde é considerada um indicador importante do estado de saúde dos idosos uma vez que prediz de maneira consistente a sobrevivência dessa população (Lima-Costa e cols., 2004). Estudos apontam que uma auto-avaliação negativa da saúde no idoso é fator determinante no acesso e uso de serviços de saúde e que esta aumenta consideravelmente a possibilidade de morrer (Louvison e cols., 2008; Maia e cols., 2006).

Lima-Costa e cols. (2004) realizaram estudo sobre os fatores associados à auto-avaliação da saúde entre os idosos residentes em uma cidade de Minas Gerais. Neste, 49,2% dos participantes relatam auto-avaliação da saúde como razoável, 24,7% como boa/muito boa, e 26,1% como ruim/muito ruim.

Neste estudo a percepção mais negativa da saúde está associada à rede de suporte social, principalmente na questão da insatisfação com as relações pessoais e na pouca inserção em atividades da comunidade. Está associada também às condições de saúde de quem se auto-avalia, incluindo a presença de sintomas depressivos e de ansiedade e as queixas de insônia, além da associação às questões referentes ao acesso e uso de serviço, como a dificuldade no acesso aos serviços e às visitas médicas e maior número de hospitalização no último ano. A associação entre a auto-avaliação da saúde e a renda familiar também é identificada, sendo a primeira bastante influenciada pela condição socioeconômica do idoso e/ou da sua família. (Lima-Costa e cols., 2004).

Após esse relato, é possível perceber que, nesta linha, a visão que se tem do idoso apresenta uma “estrutura multidimensional”, e envolve aspectos relacionados ao contexto socioeconômico, à rede de suporte social, às condições de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde. (Lima-Costa e cols., 2004).

A segunda postura – em que o social é constitutivo do conceito de saúde – não privilegia nenhuma dimensão, do ponto de vista relacional. Pode-se até afirmar que existe uma busca de equilíbrio, mas um equilíbrio dinâmico e não necessariamente equivalente. Esta postura pode ser exemplificada, por um lado, pela definição de Last, segundo a qual “saúde é um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o físico, biológico e ambiente social, compatível com atividade funcional plena”⁵ (Last, 1984); e,

⁵ “[...] state of equilibrium between humans and the physical, biologic and social environment, compatible with full functional activity” (Last, 1984).

por outro lado, por um importante relato efetuado por Ramos, quando afirma que

na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

Uma outra pessoa com a mesma idade e as mesmas doenças, porém sem controle destas, poderá apresentar um quadro completamente diferente (Ramos, 2003).

Nesse contexto de equilíbrio, é indispensável citar a definição de saúde da OMS, segundo a qual saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade”⁶ (Last e cols., 1995). Mesmo passível de críticas, muitas delas procedentes, cabe lembrá-la pelo papel histórico que desempenhou na discussão da saúde (Stokes e cols., 1982).

Em suma, parece adequado assumir que a saúde do idoso aceita a presença de doença, mas sob controle; privilegia a capacidade funcional preservada, e deve ser considerada como multidimensional. O que cabe registrar, e apenas registrar neste momento, como destaque, são as possíveis contribuições das importantes discussões que vêm se

⁶ “A state of complete physical, mental, and social well-beg and not merely the absence of disease or infirmity”.

desenvolvendo, mas que não se preocupam, no momento, especificamente com a saúde do idoso (Almeida Filho, 2001).

1. 3 Promoção da saúde do idoso e desenvolvimento de habilidades pessoais

Este tópico buscará identificar as especificidades da promoção da saúde do idoso, em particular quanto ao *desenvolvimento de habilidades pessoais*, definido no quarto campo da Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986⁷.

O interesse pela promoção da saúde dos idosos tem resultado em importantes publicações na literatura científica brasileira (Veras e Caldas, 2004), com destaque para as diferentes estratégias de ação institucional neste campo.

Este tópico é constituído de três itens. O primeiro aborda aspectos conceituais; o segundo e o terceiro, dados nacionais em relação aos referenciais utilizados e estratégias de ação identificadas.

1. 3. 1 Promoção da saúde: aspectos conceituais

A promoção da saúde é um tema bastante discutido na atualidade. As conferências internacionais sobre promoção da saúde e a publicação de

⁷A Carta de Ottawa é uma dentre as formuladas nas diversas reuniões sobre promoção da saúde já efetuadas.

documentos relacionados a ela (Czeresnia, 2003; Buss, 2003) iluminam o debate sobre o assunto. Esse movimento pode ser compreendido como uma resposta ao modelo de atenção em saúde centrado na assistência individual e curativa (Czeresnia, 2003), e pela necessidade de reorientar os sistemas de saúde a fim de lidar com o aumento da prevalência de doenças crônicas na população idosa. Para isso, estilos de vida saudáveis recebem destaque.

A promoção da saúde é referida por Sigerist (Sigerist, 1946 *apud* Czeresnia, 2003) quando este define as quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, restauração do doente e reabilitação.

Em 1976, Leavell e Clark (1976), descrevem os níveis de aplicação da medicina preventiva a partir da história natural da doença e consideram que esta “compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente, que afetam o processo global e o seu desenvolvimento” (Leavell e Clark, 1976). A partir da compreensão dos períodos da história natural da doença – pré-patogênese e patogênese –, Leavell e Clark descrevem os níveis de prevenção, considerando que ela

depende do conhecimento das múltiplas causas relacionadas com características do agente, do hospedeiro e do meio ambiente e da facilidade com que estas causas possam ser interceptadas ou anuladas (Leavell e Clark, *idem*).

Desta maneira, a prevenção realizada no período da pré-patogênese é classificada como primária e abrange ações de promoção da saúde e proteção. Já no período da patogênese é realizada a prevenção secundária

por meio do diagnóstico e tratamento; e a prevenção terciária por meio da reabilitação (Leavell e Clark, *idem*).

De acordo com este modelo, os procedimentos para a promoção da saúde estão relacionados a: educação sanitária, alimentação adequada às necessidades de cada fase do desenvolvimento da vida; desenvolvimento da personalidade, condições de moradia e trabalho adequadas e agradáveis, entre outros (Leavell e Clark, *idem*).

Como movimento político, a principal referência na abordagem da promoção da saúde como hoje amplamente utilizada é a Carta de Ottawa, de 1986. Esta define promoção da saúde como o “processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde, e promovê-la”⁸. Neste documento, a saúde é entendida como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais, além das capacidades físicas. Neste sentido, as condições para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, equidade, justiça social, entre outros (OMS, 1986). A perspectiva de relacionar saúde e condições de vida é aqui resgatada e ressalta elementos físicos, psicológicos e sociais na conquista de uma vida saudável, enfatizando tanto o desenvolvimento da participação coletiva quanto as habilidades individuais (Czeresnia, 2003).

Desta maneira, observa-se que a Carta de Ottawa coloca a promoção da saúde não apenas como responsabilidade do setor saúde, na direção de

⁸ “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 30/11/2008, 20h.

um bem-estar global, mas em um estilo de vida saudável. A Carta define cinco campos centrais de ação (OMS, 1986; Czeresnia, 2003):

- *Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis*: implica na eleição da saúde enquanto prioridade entre os políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde da população; a política de promoção da saúde é uma ação coordenada voltada à equidade em saúde, à distribuição eqüitativa da renda e às políticas sociais.
- *Criação de ambientes favoráveis*: enfatiza a responsabilidade global para a conservação dos recursos naturais do mundo e implica em gerar condições de vida e de trabalho seguras e satisfatórias.
- *Reforço da ação comunitária*: incremento do poder das comunidades na fixação de prioridades na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. É o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e de consciência política para poder atuar em prol da sua saúde.
- *Desenvolvimento de habilidades pessoais*: implica na divulgação de informações, na educação para a saúde e na intensificação das habilidades vitais, o que possibilita um maior controle das pessoas sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente (idéia de *empowerment*, mas no plano individual).

- *Reorientação dos serviços de saúde*: enfatiza a responsabilidade compartilhada entre serviços de saúde, comunidade, indivíduos e profissionais pela promoção da saúde e preconiza uma visão abrangente e intersetorial, com a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Percebe-se que o entendimento de promoção da saúde da Carta de Ottawa apresenta pontos em comum com o proposto por Leavell e Clark, dez anos antes. Ambos consideram que a saúde não depende apenas do indivíduo, mas sim de uma relação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, e enfatizam a relação entre saúde e condições de vida. Consideram também que, para promover a saúde, são necessárias intervenções não destinadas apenas à saúde, mas também à educação, alimentação, condições de moradia, entre outros. Trata-se de um processo de reflexão sobre um paradigma de saúde discutido com essa terminologia desde o final da II Guerra Mundial. Porém, observa-se que a Carta de Ottawa se distingue de Leavell e Clark por valorizar a autonomia e a participação dos indivíduos e da comunidade na busca da melhoria da sua saúde; e, ao definir os campos de ação, possibilita um maior entendimento de que a promoção da saúde é responsabilidade dos vários setores: das políticas públicas, dos serviços de saúde, da comunidade e dos indivíduos.

Czeresnia (2003) situa com muita pertinência a amplitude da proposta de promoção da saúde, quando afirma que “a idéia de promoção envolve a

de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (grifo nosso).

Isto posto, cabe explicitar que o presente estudo utilizará a definição da Carta de Ottawa (1986) como referencial teórico para análise das representações e dos comportamentos dos sujeitos investigados a respeito da promoção de sua saúde. Privilegiar-se-á um enfoque específico sobre o *desenvolvimento das habilidades pessoais*, quarto campo da Carta de Ottawa, em suas várias implicações – acesso a informação sobre promoção da saúde, educação para a saúde, intensificação das habilidades vitais, maior controle sobre sua própria saúde e sobre o ambiente –, por meio do qual se buscará, no Capítulo 6, Resultados e Discussão, entender se e como os idosos promovem sua saúde a partir de suas representações sobre o assunto, bem como as contribuições dos serviços de saúde para isso.

1. 3. 2 Promoção da saúde do idoso no Brasil: referenciais utilizados

Ao analisar como a promoção de saúde no envelhecimento vem sendo conceituada pela literatura estudada (Araújo e cols., 2006; Veras e Caldas, 2004; Carvalho e cols., 2004) percebe-se uma forte influência dos pressupostos da Carta de Ottawa, principalmente em relação à noção de *empowerment*, o que respalda a opção por trabalhar com o campo do desenvolvimento das habilidades pessoais na investigação em curso.

Veras e Caldas (2004) consideram a promoção da saúde como um campo da saúde coletiva; utilizam o referencial da Carta de Ottawa e

ênfatizam a relaçaõ entre saúde e qualidade de vida. Apontam que, no caso do idoso, a promoçaõ está voltada à manutençaõ ou recuperaçaõ da autonomia e independência.

As pesquisas de Carvalho e cols. (2004), e de Araújo e cols. (2006) ilustram campos diferentes da promoçaõ de saúde, entre os definidos pela Carta de Ottawa. Carvalho e cols. privilegiam o quarto campo (desenvolvimento das habilidades pessoais), enquanto que Araujo e cols., o primeiro campo (elaboraçaõ e implementaçãõ de polítics públicas saudáveis).

Carvalho e cols. (idem) apresentam uma concepçaõ de promoçaõ da saúde que considera a aquisiçaõ de informaçaõs sobre os determinantes de saúde e doenças como desencadeador de um processo por meio do qual os indivíduos constroem a sua autonomia para o enfrentamento de problemas em direçaõ a uma vida mais saudável. Para os autores, educar é, nesse sentido, contribuir para a autonomia das pessoas.

Araújo e cols. (idem) descrevem a promoçaõ da saúde sob outra perspectiva, mais estruturalmente intervencionista, que envolve a criaçaõ de polítics, incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e sua família, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares e programas no intuito de prevenir e/ou adiar uma futura dependência em idosos independentes.

Além dos estudos de pesquisadores, registram-se as ações preconizadas pelo Estado, que constituem também referências, ao menos para os serviços. No sentido de identificar atividades de promoçaõ da saúde

preconizadas pelo Estado brasileiro, pode-se recorrer a diferentes documentos oficiais, especialmente a Política Nacional do Idoso, PNI (1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso, PNSI (1999), Estatuto do Idoso, EI (2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, PNSPI (2006b) e a Política Nacional de Promoção da Saúde, PNPS (2006a), de âmbito mais geral, dos quais destacaremos dois: a PNPS e a PNSPI.

No Brasil, a PNPS considera a promoção como uma das estratégias de produção de saúde (Brasil, 2006a), com objetivo de

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006a).

Nela são propostas ações específicas para a promoção da saúde, visando a: divulgação e implementação da PNPS; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle de tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006a).

Já a PNSPI (2006b) coloca ênfase na promoção da saúde enquanto manutenção e recuperação da capacidade funcional e da autonomia do idoso. As atividades de promoção da saúde propostas pela PNSPI estão relacionadas a: participação das pessoas idosas em equipamentos sociais e grupos de terceira idade; incentivo da prática de atividade física e combate ao sedentarismo; estimulação de hábitos de vida saudáveis; aumento das

habilidades para o autocuidado; orientações contextualizadas; e participação em grupos operativos e de convivência, para abordar questões referentes à saúde do idoso (Brasil, 2006).

Neste estudo foram utilizadas como referência de atividades de promoção da saúde, para elaboração do roteiro de entrevista, observação de campo e discussão dos resultados: a alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e controle do tabagismo e do uso abusivo de álcool.

1. 3. 3 Promoção da saúde do idoso no Brasil: estratégias utilizadas

Em literatura selecionada, foi possível identificar diversas estratégias de promoção da saúde do idoso desenvolvidas no Brasil, a maioria realizada por meio de intervenções grupais (Souza e Silva, 2007; Kerkoski e cols., 2007).

Os grupos de promoção da saúde são definidos como um conjunto de pessoas que interagem cooperativamente, buscando incorporar conceitos e práticas da promoção da saúde. Têm como objetivo potencializar as capacidades dos sujeitos, mudar comportamentos e atitudes no sentido do desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis ou desnecessários (Santos e cols., 2006). Ressaltam-se as contribuições destes grupos à crescente demanda de idosos pelo sistema de saúde, enquanto proposta de atendimento interdisciplinar (Santos e cols., 2006).

Entre as estratégias utilizadas, destaca-se a educação em saúde. Martins e cols. (2007) utilizam o termo ação educativa como um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria de suas condições de saúde. É um processo que estimula o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação compartilhada. Apontam ainda que a intervenção educativa contribui para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento.

A educação pode ser considerada também um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, propiciando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar o seu bem-estar físico e emocional, auxiliando na autonomia para enfrentamento de seus problemas em direção a uma vida mais saudável (Carvalho e cols., 2004).

Alguns dos temas abordados na educação em saúde para idosos estão direcionados ao esclarecimento e entendimento do processo saúde-doença, como o curso desenvolvido pelo Programa de Terceira Idade em Ação, da Universidade Federal do Piauí, sobre osteoporose, (Carvalho e cols., 2004). A osteoporose é abordada neste programa devido à alta prevalência, efeitos importantes na saúde física e psicossocial dos idosos e também por ser considerada causa de invalidez e deformidades. O objetivo do curso é conscientizar sobre prevenção da perda de massa óssea, por meio de alimentação balanceada e prática de exercícios (Carvalho e cols., idem).

Outro tema apontado é o próprio envelhecimento. Diogo e cols. (2000) relatam a experiência de programa educativo do Hospital de Clínicas da Unicamp, voltado a idosos e seus familiares, com finalidade de contribuir no entendimento do processo de envelhecimento, bem como dos problemas ligados a ele. O programa leva em conta que as atividades de ensino direcionadas aos idosos devem considerar as alterações relacionadas ao envelhecimento, podendo influenciar na habilidade do idoso aprender novos assuntos. Dentre aqueles, destacam-se a perda de memória e o comprometimento sensorial – declínio na visão e audição (Diogo e cols., 2000). Naquele estudo, são apontadas algumas dificuldades em relação à aderência aos grupos, como transporte e distância, disponibilidade do acompanhante, esquecimento da data do grupo e coincidência com consultas médicas agendadas.

Dentre as estratégias relativas ao comprometimento cognitivo dos idosos, outro estudo considera que o bom funcionamento cognitivo é um princípio para a promoção da saúde nessa etapa da vida. Uma estratégia encontrada para preservar o bom funcionamento cognitivo é a oficina de memória. Como o envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento com repercussão sobre a capacidade funcional, entre elas os transtornos cognitivos (Almeida e cols., 2007), a capacidade de reserva cognitiva pode ser mobilizada e melhorada através de treinamento. Além disso, exercícios mentais auxiliam na melhora da memória, na agilidade do pensamento e na facilitação para captar conceitos abstratos (Almeida e cols., idem). Os autores salientam ainda a importância dos fatores

comportamentais como co-determinantes da memória e de um estilo de vida saudável para o bom funcionamento da mesma.

Outra estratégia de promoção da saúde é a da atividade física. Ela vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos de vida saudáveis, de prevenção e mesmo de controle de doenças (WHO, 2005). A realização de atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou já doentes. Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar as pessoas idosas a ficar mais independentes e por mais tempo, além de reduzir o risco de quedas (WHO, 2005).

Apesar dos benefícios, verifica-se que uma grande proporção de idosos leva uma vida sedentária (Zaitune e cols., 2007). Alguns dos fatores associados ao sedentarismo são: nível sócio-econômico; gênero; e contextos ambientais, como o acesso a espaços físicos atrativos.

Uma terceira estratégia de promoção da saúde, as Universidades Abertas à Terceira Idade (UATI) surgem para promover a saúde como expressão de vida com qualidade (Veras e Caldas, 2004). Para Veras e Caldas, o objetivo destes espaços é utilizar as possibilidades existentes nas universidades para elevar os níveis de saúde física, mental e social das pessoas idosas. A programação delas foi elaborada a partir de três eixos: a participação, a autonomia e a integração. No Brasil, as UATIs surgiram na década de 80, com a experiência da criação do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Atualmente, estas instituições somam aproximadamente 150 unidades em todo o país (Veras e Caldas, 2004).

A quarta estratégia de promoção da saúde no envelhecimento identificada é o suporte social. As pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de ser mais vulneráveis à solidão e de isolamento social. Estes estão diretamente ligados a um declínio de saúde tanto física como mental. O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral (WHO, 2005). Considerando que as relações sociais sofrem mudanças no envelhecimento, o suporte social procura integrar o idoso na sociedade minimizando os riscos de exclusão, seja por meio de redes de apoio, seja mediante a construção e viabilização de políticas públicas, melhora a saúde e o bem-estar, atuando em algumas situações como fator protetor (Araújo e cols., 2006).

Esta revisão da literatura permite considerar que as atividades de promoção da saúde do idoso observadas coadunam com o campo teórico da promoção da saúde e as propostas do PNSPI (2006b), mantendo a preocupação com a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos.

Desta maneira, foram consideradas como atividades de promoção da saúde do idoso, potencialmente favoráveis ao desenvolvimento de habilidades pessoais: a participação em grupos em equipamentos sociais e de saúde voltados para educação em saúde, convívio, realização de

atividades e bem-estar espiritual; a manutenção de contatos sociais via familiares, amigos, vizinhos; a realização de atividade física, como caminhadas, alongamento, ginástica, entre outros; a realização de alimentação saudável; a não adesão a hábitos de vida prejudiciais à saúde, como tabagismo, uso abusivo de álcool e drogas, sedentarismo e automedicação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Discutir as maneiras pelas quais a promoção da saúde está inserida nas práticas de vida de um conjunto de idosos de baixa renda, a partir de suas representações sobre:

- atividades de promoção da saúde;
- repercussão dessas atividades na saúde;
- contribuição dos serviços de saúde para a promoção da saúde dos idosos.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o entendimento desses idosos sobre o envelhecimento;
- Descrever as atividades de promoção da saúde efetivamente realizadas pelos idosos;
- Verificar qual o significado/valor que os idosos atribuem às atividades de promoção da saúde;
- Identificar as representações dos idosos sobre a saúde ao longo de suas vidas e na velhice;
- Apontar como estes idosos entendem a contribuição do serviço de saúde para a promoção de sua saúde.

3 METODOLOGIA

Este capítulo terá por finalidade descrever a metodologia utilizada para a realização do campo da presente pesquisa. Inicialmente, será apresentada a metodologia – qualitativa – e a técnica escolhida para a realização do campo e coleta de dados, no caso a entrevista semi-estruturada e a observação registrada em diário de campo, assim como a proposta utilizada para análise e discussão dos resultados. Em seguida, será descrito o trabalho de campo, que inclui apresentação do cenário onde foram realizadas as atividades e os critérios de seleção do conjunto de idosos que compuseram os sujeitos desta pesquisa.

3.1 Apresentação da metodologia e proposta de análise

Este trabalho utilizou uma metodologia qualitativa de pesquisa, definida por Martins (2004) como:

aquela que privilegia a análise dos microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame extensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento de análise (Martins, 2004).

Sendo a entrevista a técnica em pesquisa qualitativa mais utilizada no processo de trabalho de campo, podendo ser definida como:

conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um

objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (Kahn e Cannell, 1968 apud Minayo, 1999).

Minayo (1999) considera que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, já que

a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo pode ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (Minayo, 1999).

Existem diferentes padrões de entrevistas e estas podem ser classificadas, segundo Minayo (idem) como: estruturada e semi-estruturada.

A primeira é realizada a partir da aplicação de um questionário totalmente estruturado, no qual as respostas são pré-estabelecidas, ou seja, a escolha do sujeito é condicionada pela multiplicidade de respostas apresentadas pelo entrevistador. A segunda envolve questões fechadas e abertas, dando liberdade para o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador. As duas podem ser realizadas verbalmente ou por escrito, necessitam da interação direta entre o pesquisador e o entrevistado, e podem ser complementadas pela observação participante e/ou diário de campo (Minayo, idem).

Neste trabalho optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada, na suposição de que, a partir das representações dos sujeitos idosos, seria possível compreender a inserção e a realização de atividades de promoção da saúde no seu cotidiano. Foi elaborado um roteiro de entrevista, com a finalidade de organizar e enumerar as questões que o

pesquisador desejava abordar no campo, a partir das hipóteses e dos objetivos estabelecidos, orientando, dessa maneira, as falas dos entrevistados (Minayo, *idem*).

Assim, o roteiro de entrevista deste trabalho foi elaborado com base no referencial teórico apresentado e discutido no Capítulo 1 (Introdução) e dividido em quatro temas norteadores: a história de vida e de saúde, condições atuais de saúde, atividades de promoção da saúde e contribuições do serviço de saúde (Anexo 1).

Como surgiram, ao longo do trabalho, dúvidas em relação ao funcionamento da Unidade, à dinâmica de trabalho nas diferentes modalidades (Estratégia de Saúde da Família e tradicional) e às atividades que são oferecidas aos usuários idosos, foram realizadas também entrevistas com duas profissionais da Unidade de Saúde que serviu de referência para as atividades de campo. Foi elaborado um segundo roteiro de entrevista, que buscou investigar, além da concepção de saúde e envelhecimento por parte destas profissionais, a compreensão da dinâmica do trabalho na Unidade de Saúde e as atividades que são oferecidas (Anexo 2).

Vale ressaltar que, antes da realização das entrevistas, utilizou-se um formulário também elaborado pela pesquisadora, para a caracterização dos sujeitos com: nome, data de nascimento, escolaridade, número de pessoas que moram na casa, entre outros (Anexo 3).

As entrevistas foram agendadas por telefone, pela própria pesquisadora. A escolha do local para a realização das entrevistas foi

sugerida pelos entrevistados, sendo três realizadas na Unidade, e as demais em domicílio. O horário das entrevistas foi estipulado de acordo com a disponibilidade de ambos: pesquisadora e entrevistados.

Antes de começar cada entrevista, a pesquisadora realizava a apresentação da pesquisa e informava os objetivos da investigação para os sujeitos selecionados, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos 4 e 5).

A identidade dos sujeitos selecionados para participar da pesquisa de campo foi mantida em sigilo, bem como eventuais comentários considerados confidenciais pelos entrevistados ou pela pesquisadora.

Foram realizadas 16 entrevistas, sendo: duas consideradas como piloto e catorze válidas, sendo duas com profissionais da Unidade. O piloto foi de grande importância para o trabalho, principalmente porque possibilitou a avaliação do roteiro de entrevista e a reformulação das questões de acordo com os objetivos. Já as entrevistas com os profissionais da Unidade foram realizadas devido à necessidade que surgiu ao longo do trabalho de campo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A média de duração de cada uma foi de 65 minutos, sendo realizadas em um único encontro. Durante o período de análise dos resultados foram realizadas consultas aos sujeitos para sanar eventuais dúvidas suscitadas pelo material coletado. Vale relatar que o material colhido (fitas e transcrições) ficará sob a guarda sigilosa e responsabilidade da pesquisadora. Esclarecimentos posteriores foram feitos por meio de ligações telefônicas aos idosos entrevistados.

Após cada atividade realizada no campo, a pesquisadora elaborava um relatório, com descrição do local, impressões acerca do entrevistado, sugestões e críticas para as próximas atividades, entre outras informações relevantes. O produto desta atividade, o diário de campo, também foi considerado como material para pesquisa e seus dados contribuíram para discussão e análise.

A análise do material coletado foi realizada com base na proposta apresentada por Minayo (1999), que é dividida em: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados é um momento que engloba todos os materiais colhidos para a realização da pesquisa, como entrevistas, observações e documentos. No caso deste estudo, foram consideradas as entrevistas com os sujeitos, as entrevistas com os profissionais e o diário de campo. Esta fase, que proporciona ao pesquisador um “mapa horizontal de suas descobertas no campo” inclui as seguintes atividades: a transcrição das entrevistas, a releitura do material, a ordenação ou classificação preliminar dos relatos e a organização dos dados da observação – diário de campo (Minayo, 1999).

A classificação dos dados, com base nos pressupostos teóricos e nas hipóteses levantadas pelo pesquisador, envolve duas etapas (Minayo, 1999):

- A leitura exaustiva (flutuante) e repetitiva dos textos, e a identificação de categorias empíricas de acordo com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas;

- A constituição de um *corpus* ou de vários *corpora* de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo. Nesta pesquisa, as entrevistas realizadas com sujeitos idosos, formam um conjunto que fornece informações e representações específicas, diferente das entrevistas realizadas com profissionais. Esta constituição implica em: leitura transversal de cada *corpus*, com o recorte de cada entrevista em termos de “unidades de registro”, a serem referenciadas por tópicos de informação ou por temas e utilizando-se de preferência de variáveis empíricas e teóricas; seguido do enxugamento da classificação por temas mais relevantes.

A análise final foi dirigida para a vinculação estratégica com a realidade, fazendo com que

se chegue à conclusão do trabalho com pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades (Minayo, 1999).

Em relação aos aspectos éticos, é importante destacar que esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com protocolo nº 1056/06 e pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo (SMS/SP), com parecer 189/07 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 74 /07.

3. 2 Descrição do campo

Neste momento, propõe-se a apresentação das características da área selecionada para realização do campo, assim como o perfil da população nela atendida e as características do serviço de saúde.

3. 2. 1 O cenário

O campo deste estudo foi realizado na cidade de São Paulo, caracterizada pela diversidade cultural, socioeconômica e na estrutura da saúde. Esta última contempla hospitais de grande porte referenciais para todo o Brasil, ambulatórios e serviços da rede básica de saúde. Além disso, a cidade conta também, tanto na assistência quanto na pesquisa em saúde com a colaboração das instituições de ensino superior reconhecidas mundialmente.

A cidade de São Paulo é dividida, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, em regiões e, do ponto de vista da administração em saúde, cada região é responsabilidade de uma Coordenadoria. Cada Coordenadoria é dividida em Supervisões Técnicas de Saúde, conforme é possível identificar com o mapa a seguir (Figura 1).



Figura 1. Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas do Município de São Paulo – 2008
FONTE: Site da Prefeitura de São Paulo

O campo deste estudo foi realizado tendo como *locus* inicial um serviço de saúde, localizado na Região Centro-Oeste da cidade de São Paulo, mais especificamente na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã.

Ao analisar o perfil populacional desta região, foi possível perceber que a Supervisão Técnica do Butantã é a que tem o maior número de pessoas, quando comparada às demais Supervisões desta mesma Coordenadoria de Saúde. Este maior número se mantém quando se divide a população entre homens e mulheres, porém há um predomínio de mulheres em relação aos homens⁹ (Tabela 1; Gráfico 1).

Tabela 1 – População residente por sexo, segundo área de supervisão da Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste – 2008

**POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO, SEGUNDO
SUPERVISAO DE ÁREA, 2008.**

SUPERVISÃO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
LAPA/ PINHEIROS	98946	140120	239066
SÉ	144814	185790	330604
BUTANTÃ	178347	198067	376414
TOTAL	422107	523977	946084

FONTE: FSEADE

⁹A supremacia de mulheres não será contemplada neste estudo, em termos de proporção de entrevistados do sexo masculino e do sexo feminino, pois a seleção de sujeitos, como apresentada no próximo tópico deste Capítulo, respeitou o critério de saturação do campo por cotas.

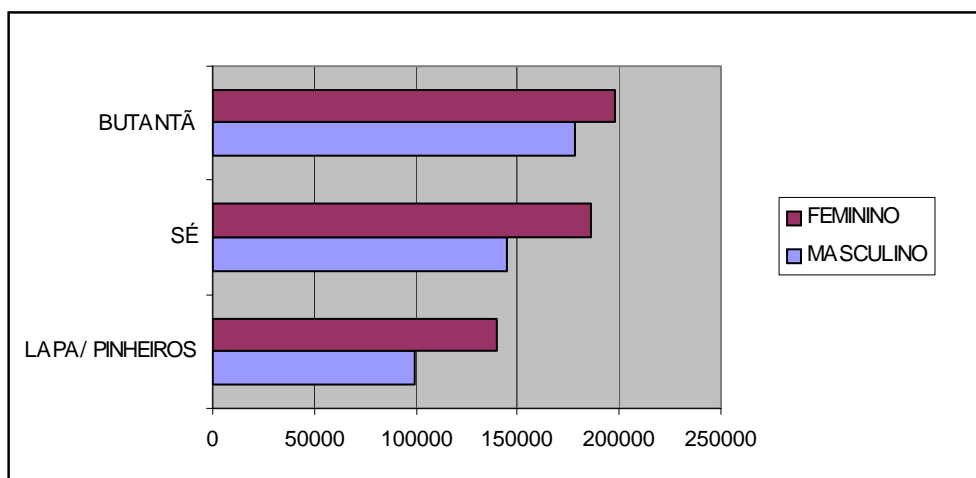


Gráfico 1. População residente por sexo segundo área de Supervisão da Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste – 2008
FONTE: FSEADE

A pirâmide populacional da área de Supervisão Técnica do Butantã permite observar que grande parte da população encontra-se na faixa etária produtiva e que o número de crianças de ambos os sexos tem permanecido equivalente entre as diferentes idades.

Este dado justifica a preocupação com essa parcela da população em idade produtiva, tendo em vista que a mesma irá envelhecer daqui a alguns anos, reproduzindo a situação descrita no capítulo sobre envelhecimento populacional (Gráfico 2). Foi possível observar, pelo Gráfico 2, o grande contingente populacional que demandará, em um futuro próximo, serviços especializados de geriatria e gerontologia, bem como programas de promoção da saúde do idoso. Disto decorre a relevância primeira do presente estudo.

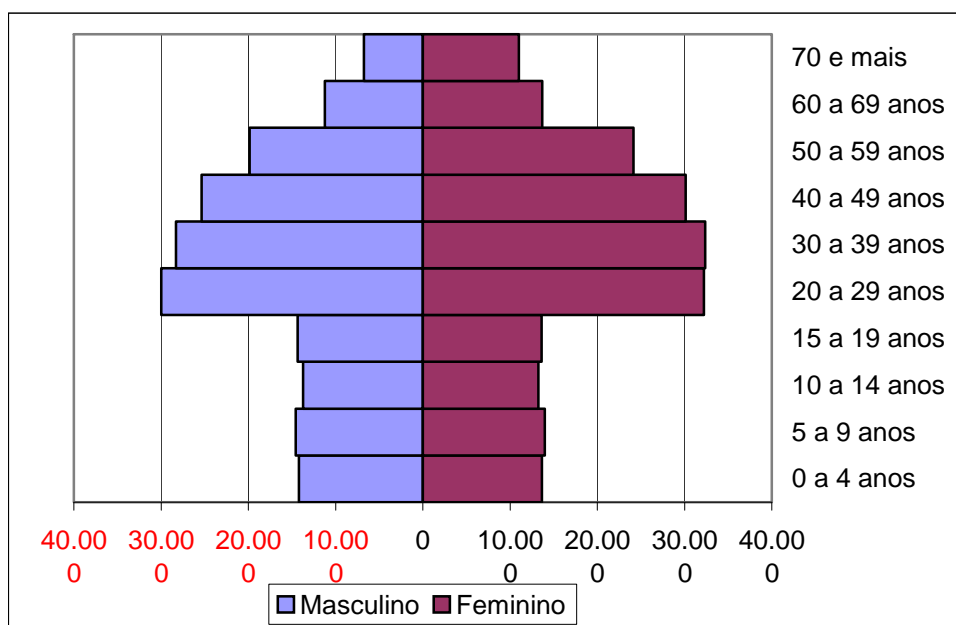


Gráfico 2. Pirâmide populacional da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã – 2008

FONTE: Tabnet

A rede de serviços de saúde oferecida por esta Supervisão Técnica do Butantã é bastante rica e diversificada, sendo que a população da região pode contar com: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatório de Especialidade, Pronto Socorro, Hospitais, Centro de Convivência e Cooperativas (CECCO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros (Figura 2).

Caracterizando ainda mais a Supervisão do Butantã, é preciso esclarecer que cada Supervisão Técnica de Saúde é composta por Distritos Administrativos (DA)¹⁰. Assim, a Supervisão do Butantã é composta por cinco DAs: Morumbi, Butantã, Rio Pequeno, Vila Sônia, Raposo Tavares (Figura 2).

¹⁰Segundo critérios estabelecidos pela Fundação IBGE.

O local que serviu como referência para a realização do campo foi uma UBS do DA Raposo Tavares da Supervisão Técnica do Butantã.

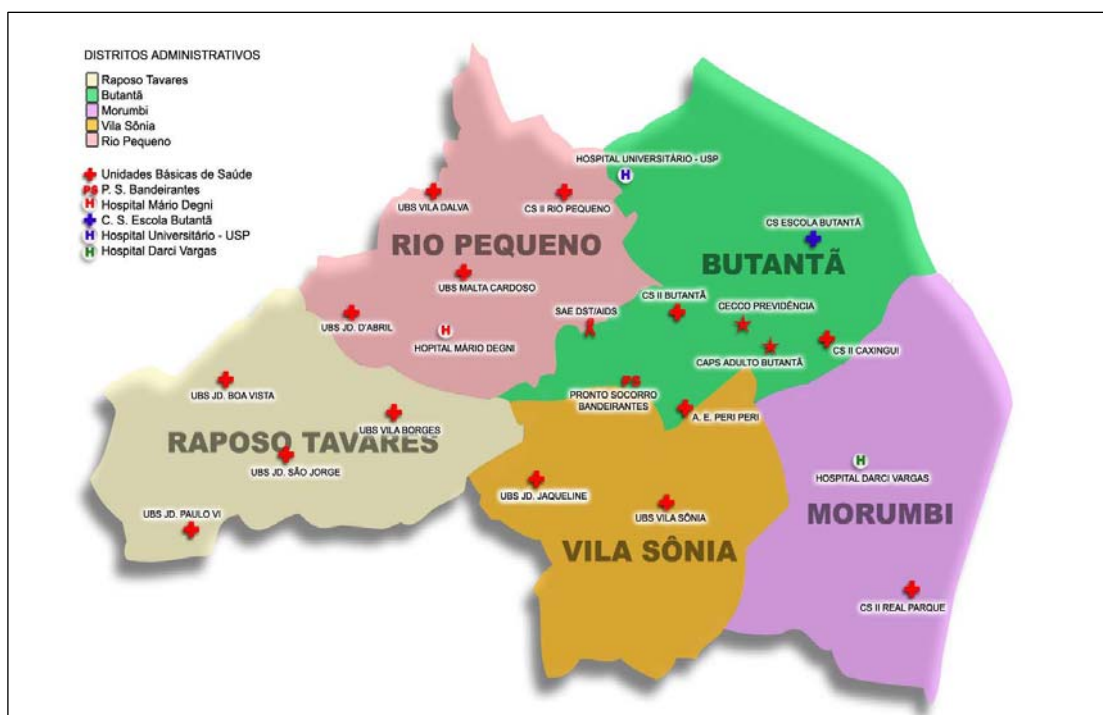


Figura 2. Serviços de saúde disponíveis na região da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã

O DA Raposo Tavares é um dos mais populosos da região (Figura 3). Porém, ao classificar essa população por faixas etárias, identifica-se que atualmente esta é uma área com pequeno número de idosos em relação às demais faixas (Figura 4).

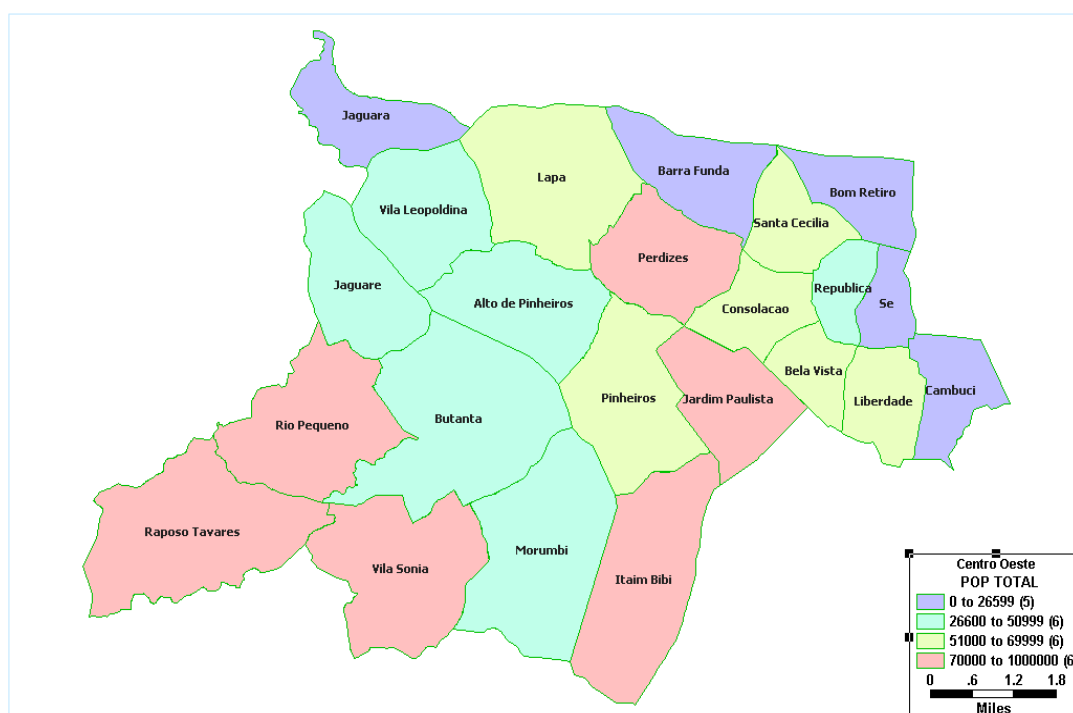


Figura 3. População total por Distrito Administrativo na região Centro-Oeste do município de São Paulo – 2004

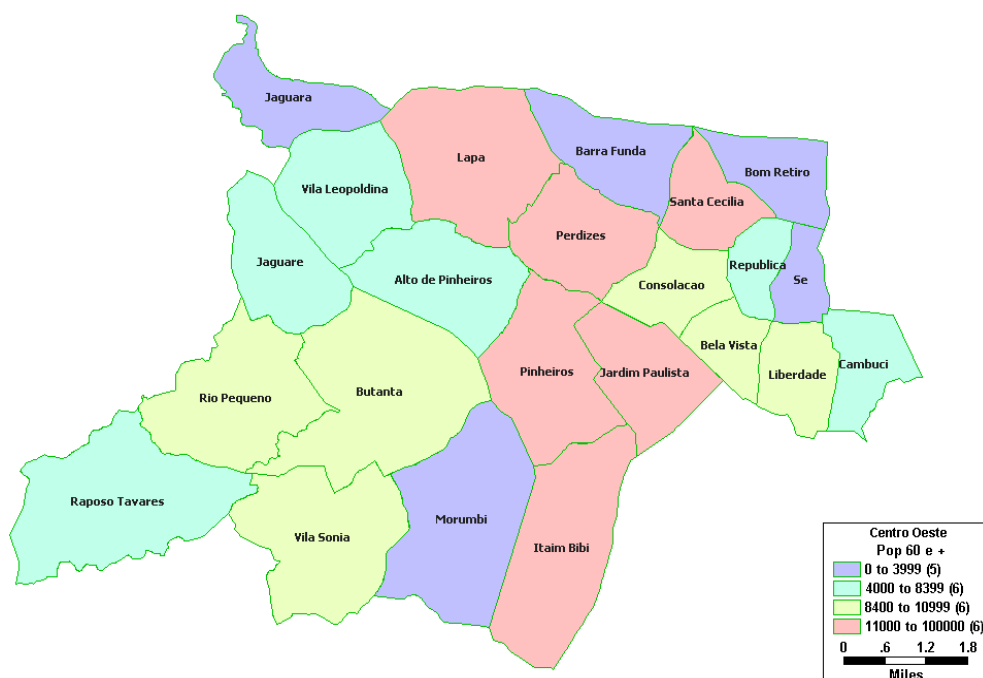


Figura 4. População com 60 anos e mais por Distrito Administrativo na Região Centro-Oeste do município de São Paulo – 2004

O perfil da população moradora dessa área é caracterizado por baixa condição socioeconômica, onde se tem um número grande de domicílios com rendimento de até três salários mínimos (22%); prevalecem os que percebem dentre 5 e 10 salários mínimos por mês (30%) (Gráfico 3).

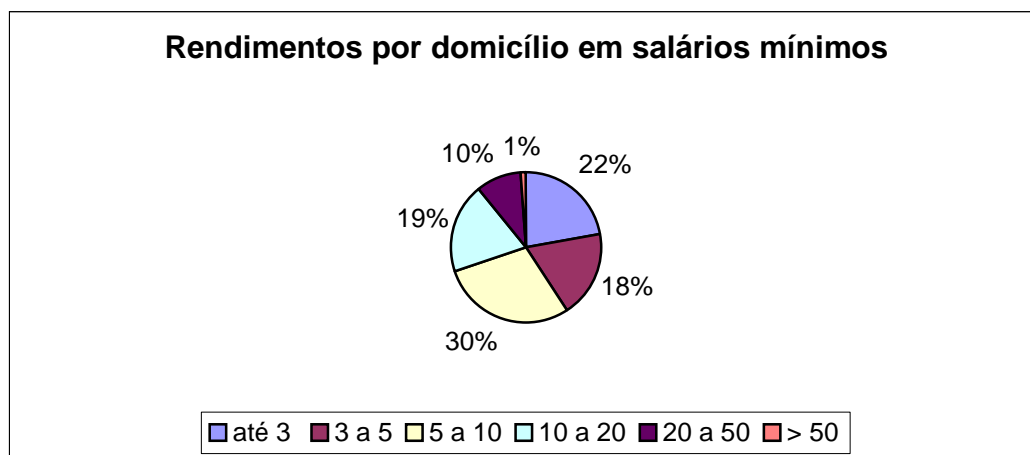


Gráfico 3. Rendimentos por domicílios em salários mínimos do DA Raposo Tavares – 2004

Já em relação à escolaridade, quase metade da população da região Raposo Tavares (48%) tem o primeiro grau incompleto (Gráfico 2).

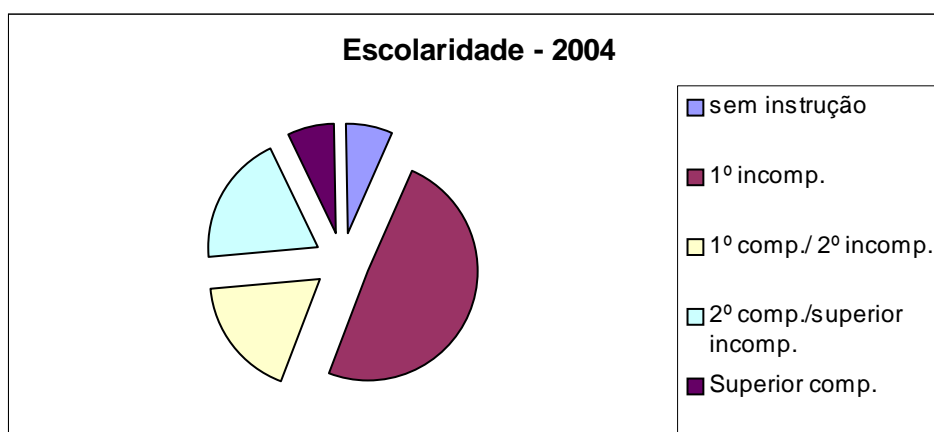


Gráfico 4. Perfil de escolaridade em porcentagem do DA Raposo Tavares – 2004

Apresentada a caracterização da região onde foi realizado o campo, será realizada uma breve descrição da UBS que serviu de base para o encontro dos sujeitos e realização da pesquisa.

As Unidades Básicas de Saúde são consideradas uma modalidade de atenção à saúde destinada a uma população que corresponde a sua área de abrangência, podendo assim estar em contato direto com o contexto daquela comunidade, com as condições de vida e com as necessidades daquela população.

Esta maior proximidade entre o serviço, indivíduo, família e comunidade contribui de maneira substancial para o seguimento do cuidado em saúde. Este vínculo deve permitir a co-responsabilização entre profissionais e usuários no cuidado e atendimento em saúde.

Segundo Schraiber e Gonçalves (1996), a Unidade Básica oferece a atenção primeira e básica. Primeira não no sentido de primeira vez na vida pessoal, mas sim no sentido de primeira vez para uma determinada demanda, servindo assim de porta de entrada para o sistema de assistência. Básica por oferecer um nível próprio de atendimento que deve resolver algumas necessidades que ultrapassam a esfera de intervenção curativa individual, como por exemplo, o saneamento do meio ambiente, o desenvolvimento nutricional e as informações em saúde. Neste sentido, acredita que as Unidades Básicas de Saúde são serviços potenciais para oferta e orientações de atividades de promoção da saúde, principalmente devido à possibilidade dessas intervenções serem contextualizadas e

adequadas aos valores culturais e às condições socioeconômicas da população.

A escolha dessa UBS como ponto de encontro entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados, foi de conveniência, tanto pela facilidade do contato com o gerente local e aceitação da realização do campo, quanto pela sua localização, de fácil acesso à pesquisadora. Além disso, nesta Unidade há atividades educacionais ligadas à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o que particulariza o campo e permite maior sinergia com a equipe profissional no sentido de dialogar e oferecer contribuição no campo do conhecimento sobre a promoção da saúde do idoso.

A UBS selecionada é considerada uma unidade mista, o que significa que seus usuários são distribuídos, segundo critérios territoriais, entre o atendimento chamado de tradicional e o atendimento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A modalidade de atendimento tradicional é a que conta com uma equipe de profissionais e oferta de serviços de saúde nas áreas: clínica geral, ginecológica e pediátrica.

Já a modalidade da Estratégia de Saúde da Família é definida como uma estratégia de re-orientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe é composta por um médico(a) generalista, um enfermeiro(a), dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Estas são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma determinada área geográfica. As equipes atuam

com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e doenças mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (Brasil, 2004).

No atendimento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família na UBS referida, são realizadas consultas na Unidade pela equipe de enfermagem e médico, visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários e, quando preciso, pelo médico e equipe de enfermagem; além dos grupos de seguimento e atividades, uma estratégia de promoção da saúde, conforme mencionada na Introdução. Dentre os grupos que são realizados, cabe destacar o grupo de hipertensão e diabetes. Cada equipe da ESF realiza este grupo, uma vez por mês, com o objetivo de acompanhar usuários que apresentam risco a desenvolver ou já são portadores de pelo menos uma dessas duas doenças crônicas. Para a realização do grupo, a equipe se divide em duas, sendo que uma parte fica responsável pela atividade grupal e outra parte fica responsável pela avaliação do paciente.

Inicialmente os usuários chegam, fazem a medida da pressão arterial e da glicemia e passam os seus dados para os profissionais poderem acessar o prontuário. Em seguida, é realizada uma atividade em grupo, visando à orientação sobre os cuidados com a saúde, com palestras, encenações, dinâmicas de grupo, entre outras. Enquanto isso, os profissionais responsáveis já avaliam o resultado da medida da pressão e da glicemia, e as medicações que os usuários estão fazendo uso; separando quem precisará ficar para orientação e consulta e quem poderá ir embora após a dinâmica.

Ao término da atividade grupal, as pessoas que necessitam de orientação sobre hipertensão e diabetes permanecem para passar em consulta médica e de enfermagem, as demais são liberadas.

É preciso destacar que este é direcionado à população que corresponde à área de abrangência de cada equipe da ESF, devido à dinâmica e proposta do grupo que já foi descrita anteriormente.

São oferecidos também pelas equipes da ESF grupos de atividades que não são direcionados a população de uma determinada área de abrangência, ou seja, se uma pessoa que mora na área rosa da ESF quiser participar desse grupo, mesmo que este seja oferecido pela equipe de uma outra área, ela pode. Dentre eles, estão os grupos de alongamento, de ginástica, de artesanato, de Lian Gong. Estes são realizados ou por agentes comunitários com formação para tal atividade, como, por exemplo, com formação para conduzir o Lian Gong; ou pela equipe de enfermagem e médico.

Durante o campo, foi possível observar alguns desses grupos. Chamou atenção a preocupação de quem conduz com a adequação das atividades para o perfil da clientela e para cada integrante, respeitando os limites e as dificuldades de cada um.

Durante a realização do campo, a UBS escolhida passou por uma reforma do prédio para ser acrescida da instalação de uma unidade da rede de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), cuja função é o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou

ginecologia (Prefeitura do Município de São Paulo, 2008). As obras de engenharia provocaram alterações na rotina da UBS, em todos os níveis, desde atendimento a pacientes e realização dos grupos, até da equipes administrativa. Esse fato restringiu totalmente o acesso da pesquisadora a informações quantitativas sobre o funcionamento, como número de atendimentos, prevalência de doenças entre idosos e outros. No entanto, em entrevista foi informado que há uma maior produção voltada às crianças e às mulheres e a falta de um trabalho específico para os idosos, que é reforçado pela afirmação apontada por um dos profissionais entrevistados.

Específico com idoso? Aqui na UBS, não. Tem bastante lugares, por aqui, que fazem. Por exemplo, o Educandário, esse centro espírita que eu te falei; mesmo a igreja, mas... Eu não faço. (Entrevista com profissional 1).

Com a nova configuração da UBS, o quadro de oferta de serviços da UBS em estudo apresenta bastante complexidade, em especial porque a distribuição territorial dos usuários permite que todos freqüentem a AMA. Já os atendimentos oferecidos pelo sistema tradicional e pela Estratégia de Saúde da Família são excludentes. Isso significa que, ao fazer parte de uma determinada modalidade de atendimento, segundo critérios territoriais, o usuário só poderá se reportar a essa modalidade e à equipe de sua referência.

Este dado serve também para as equipes da ESF, já que um usuário que é atendido pela equipe de uma determinada micro-área não pode ser atendido pela equipe de outra micro-área.

É importante reforçar que, quando foi iniciado o campo desta pesquisa, não existia a modalidade AMA. Esta foi implantada no decorrer

das atividades de campo, o que permitiu o acompanhamento da reforma do espaço físico, da adaptação dos profissionais e do reflexo desta implantação nos usuários.

Este fato interferiu também no andamento da pesquisa, sendo necessário estender o período da coleta do campo devido à reforma do espaço físico e à dificuldade em encontrar os usuários. Porém, não influenciou no conteúdo das entrevistas, haja vista que foram realizadas em domicílio, e respeitando a rotina de cada entrevistado, exceções feitas às três entrevistas realizadas no próprio prédio da UBS.

Esclarecida esta questão das modalidades de atendimento oferecidas pela unidade à população, este estudo optou por trabalhar com a população usuária da modalidade tradicional e da Estratégia da Saúde da Família, a fim de verificar a existência ou não de semelhanças e diferenças entre elas, segundo o olhar dos sujeitos entrevistados.

3. 2. 2 Os sujeitos e os critérios de seleção

Conforme apontado pela literatura a homogeneidade na formação do conjunto de entrevistados é fundamental e deve estar de acordo com o objeto da pesquisa (Fontanella e cols., 2008; Schraiber, 1995).

É importante retomar que idosos, neste estudo, são definidos como as pessoas que têm 60 anos ou mais, conforme classificação utilizada pela Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa de 2006 (Brasil, 2006b).

Considerando que o objetivo do presente estudo é discutir representações de idosos sobre saúde, práticas pessoais de promoção da saúde, utilizando como referencial o preconizado no campo quatro da Carta de Ottawa, e identificar a contribuição dos serviços de saúde para isso, como executores das políticas oficiais, os sujeitos deste estudo foram selecionados entre usuários de UBS atendidos pela modalidade tradicional ou pela Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Para garantir que usuários da modalidade tradicional fossem selecionados, foram convidados alguns idosos que estavam presentes na sala da espera da UBS, aguardando consulta com médico(a) da clínica geral. Os horários de atendimento desses médicos(as) foi passado à pesquisadora pela gerente da Unidade, no início das atividades de campo.

Apenas um dos casos que foram selecionados na sala de espera não fazia parte da modalidade tradicional, fazendo parte da ESF. Neste caso, optou-se por manter esta pessoa como sujeito da pesquisa, uma vez que esta ainda está habituada ao modelo tradicional e costuma a passar apenas por consulta na Unidade, apesar de receber as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e os convites para participação nos grupos, uma reconhecida estratégia de promoção da saúde, conforme apresentado na Introdução.

Já em relação aos usuários que fazem parte da ESF, estes foram selecionados a partir da participação em grupos. A pesquisadora foi informada sobre os grupos que estavam sendo realizados pelas equipes da ESF, e os horários dos mesmos, também pela gerente da Unidade. Após

contato prévio com os responsáveis pelos grupos e autorização para participação, a pesquisadora se apresentava no início dos grupos e fazia o convite para participação na pesquisa. As pessoas que aceitavam o convite permaneciam no local após a atividade de grupo, para conversar.

Assim, esta primeira fase da pesquisa contou com a participação de 20 idosos, sendo 9 atendidos pela modalidade tradicional e 11 pela ESF. No total foram 11 sujeitos do sexo feminino e 9 do sexo masculino. A idade dos sujeitos dessa seleção inicial variou entre 60 e 89 anos.

A entrevista semi-estruturada foi definida na introdução da parte metodológica e é considerada como uma metodologia de pesquisa qualitativa. Sabe-se, porém, que nesta metodologia de pesquisa o tamanho da amostra e a representatividade estatística não são relevantes, sendo que “a questão ‘quantos?’ parece ser de importância secundária [em relação a] a questão ‘quem?’” (Fontanella e cols., 2008).

Contudo, é necessário o estabelecimento de um determinado número de pessoas para a constituição do conjunto de sujeitos entrevistados da pesquisa. “A necessidade do fechamento amostral exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a seleção dos casos novos” (Fontanella e cols., 2008).

Nesta pesquisa, a técnica de interrupção da coleta de dados do campo utilizada é definida por Fontanella e cols. (2008) como fechamento por cotas,

em que se pré-determina a necessidade de contemplar algumas características secundárias dos elementos amostrais, como por exemplo, faixa etária e sexo, cujos indivíduos que as retém serão deliberadamente procurados (Fontanella e cols., 2008).

De acordo com o referencial da técnica de fechamento por cotas, com os dados colhidos na primeira fase foi possível traçar qual seria o perfil mais adequado à proposta da pesquisa e elaborar um quadro com os sujeitos ideais para a realização das entrevistas.

Neste momento da pesquisa, as características secundárias, ou seja, os critérios utilizados para a seleção dos sujeitos foram: sexo, idade, escolaridade, renda, morar só ou acompanhado, presença de doenças e modalidade de atenção a saúde no qual está inserido. Em cada critério, optou-se por trabalhar com polaridades.

Em relação ao primeiro critério, a seleção de idosos de ambos os sexos e em mesma proporção buscou verificar se existem particularidades que caracterizam os gêneros.

Já em relação à idade, foi realizado um agrupamento dos sujeitos pesquisados na primeira fase em três faixas etárias: 60-69 anos, 70-79 anos, 80 anos e mais. Esta divisão foi utilizada tendo como referência aspectos relacionados à autonomia e independência dos idosos, uma vez que se sabe que, com o passar dos anos, elas vão ficando comprometidas, devendo contar com redes de apoio (familiares, amigos, vizinhos e apoio institucional). A partir desse agrupamento, foram escolhidos entre homens e mulheres dois representantes de cada faixa etária. Também se buscava verificar características culturais e geracionais, entre o conjunto de entrevistados.

A escolaridade dos sujeitos, considerada pelos anos de estudo, foi o terceiro critério utilizado, buscando-se verificar diferenças relacionadas às representações sobre envelhecimento, saúde e promoção da saúde. Chamou a atenção, nesse primeiro momento, a ocorrência de idosos alfabetizados entre os entrevistados, e mesmo com escolaridade elevada para a idade, considerada uma informação relevante para a discussão. Relevante por se tratar de uma população de baixa renda, com idades mais avançadas e que poderia não ter tido acesso à educação formal na infância e juventude. Curioso ainda, por estar inserida em um ambiente em que predomina a baixa escolarização (Quadro 1).

Associada à idéia de independência econômica e conseqüente possibilidade acrescida de autocuidado, os idosos pesquisados são aposentados, sendo que alguns compõem a aposentadoria com alguma atividade extra, remunerada ou não.

O critério da companhia, considerado a partir da identificação se a pessoa idosa mora sozinha ou não. Foi utilizado para verificar aspectos de autonomia econômica e a existência de redes de apoio. Observou-se especificamente o morar só entre as mulheres, tendo em vista que nenhum dos idosos pesquisado mora sozinho, e entre as mulheres este fato não é incomum.

O número de doenças referidas pelos sujeitos é um critério fundamental para a reflexão sobre a situação de saúde, sobre a independência e a autonomia, e principalmente sobre a realização de atividades de promoção da saúde. Este critério influenciou na seleção de

todos os sujeitos, homens e mulheres. A questão da polaridade foi bem aproveitada, já que para cada faixa etária e sexo, foram selecionados idosos com menor ou maior números de doenças referidas.

Por fim, o último critério utilizado na seleção dos sujeitos para a fase da entrevistas foi em relação à modalidade de atenção em saúde em que cada um está inserido. Considerados os objetivos deste trabalho, estar inserido no sistema tradicional ou na ESF constitui um critério de primeira ordem, à medida que define o leque de atividades de promoção de saúde disponível ao usuário idoso no serviço, considerando que ele faz parte de um conjunto de pessoas de baixa renda e com pequena margem de manobra material para realizar atividades de promoção da saúde remuneradas, ou que exigem grande deslocamento espacial.

Conforme descrito no item anterior, ao usuário do modelo tradicional é oferecida formalmente a consulta, que pode contribuir para a realização de atividades de promoção da saúde de maneira indireta, através de aconselhamento e orientações.

Já aos usuários da ESF são oferecidas, além da consulta, as visitas domiciliares e atividades em grupos pré-estabelecidas pela equipe responsável por cada micro-área.

Desta maneira, considerando o critério de fechamento por cotas e as categorias acima definidas, o grupo de entrevistados dessa pesquisa foi constituído por doze sujeitos, dentre os vinte originalmente contatados, e a seleção dos mesmos se apresentou com a seguinte configuração:

Quadro 1 - Conjunto inicial de sujeitos para realização do campo							
Sujeito	Sexo	Idade	Anos de estudo	Renda	Companhia	Doenças	Modalidade
1	M	60	8	AD	S	3	PSF
2	M	62	11	A	S	0	PSF
7	F	63	0	AF	N	6	PSF
8	F	64	A	A	S	1	UBS
3	M	70	3	A+AR	S	1	UBS
4	M	74	0	A+AR	S	1	PSF
9	F	71	0	A	N	5	PSF
10	F	78	4	AD+AR	S	1	UBS
5	M	82	8	A	S	4	PSF
6	M	89	0	A	S	1	UBS
11	F	82	0	A	S	2	PSF
12	F	83	0	A	N	3	UBS

Legenda:	
Sexo	M = masculino F = feminino
Companhia	S = mora na companhia de outras pessoas N = mora só
Renda	AD = auxílio doença A = aposentado A+AR = aposentadoria + atividade remunerada AF = afastada do trabalho

Quadro 1. Sujeitos selecionados para a primeira fase de entrevistas

Destes, doze sujeitos apontados como ideais para a realização das entrevistas, respeitando as polaridades dos critérios levantados como relevantes, dois não deixaram o telefone para contato com a pesquisadora, que foram os sujeitos 4 e 7 do Quadro 1. Além disso, alguns dos que deixaram telefone com a pesquisadora não foram encontrados por três motivos: pela inexistência do número de telefone, caso do sujeito 10; pelo fato de que morava na região e se mudou recentemente, que foi o caso do sujeito 8; ou por não morarem na região e estarem cadastrados na UBS pelo comprovante de residência de um filho, que foi o caso dos sujeitos 2 e 6.

Assim, no primeiro momento da segunda fase do trabalho de campo, foram realizadas 6 entrevistas com sujeitos que faziam parte do Quadro 1.

Visando a substituir os sujeitos não encontrados, buscou-se o contato com as demais pessoas que compunham a primeira seleção de sujeitos da pesquisa, desde que estas apresentassem as características necessárias para o critério de inclusão na segunda fase.

Nesta segunda busca, conseguiu-se substitutos para os sujeitos 2 e 8, mantendo as características estabelecidas, e estes aceitaram participar da entrevista. Houve recusa da mulher que substituiria a senhora 7, a qual justificou que sua casa estava em reforma e que não tinha interesse em participar.

Ficaram faltando pessoas para substituir os sujeitos 4, 6, 7 e 10. Utilizou-se, então, a indicação por “rede institucional”. Esta indicação pode ser definida como a realizada por um profissional que faz parte do serviço de saúde onde o campo está sendo realizado, desde que respeite as características estabelecidas no critério de seleção dos sujeitos.

Desta maneira, entrou-se em contato com uma médica da ESF e esta sugeriu quatro pessoas para a substituição. Destas, três foram contatadas e aceitaram participar da entrevista, substituindo os sujeitos 6, 7 e 10.

Visando a respeitar a proposta inicial de explorar as duas modalidades presentes na Unidade, foi realizado também o contato com a médica da modalidade tradicional. Esta relatou que a UBS estava passando por mais uma transformação, deixando de ser Unidade Mista para ser Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sua totalidade.

Sendo assim, esta profissional não tinha usuários para indicar da modalidade tradicional e apresentou a pesquisadora a uma enfermeira da ESF, responsável por uma área diferente da médica que forneceu os outros indicados.

Após uma conversa com a enfermeira, esta fez um convite para participar de um grupo de hipertensão de sua área, no qual garantiu que haveria o perfil de sujeito necessário.

Desta maneira, o 12º sujeito da pesquisa, indicado para substituir o sujeito 4, foi selecionado neste grupo e pôde-se encerrar o trabalho de campo e a coleta de dados. O conjunto final de sujeitos ficou então com a seguinte configuração (Quadro 2):

Sujeito	Sexo	Idade	Anos de estudo	Renda	Companhia	Doenças	Modalidade	Grupo
1	M	61	8	AD	S	2 (P+De)	PSF	sim
2	M	62	11	A	S	2 (P+Cl)	PSF	sim
7	F	64	0	A+AR	S	2 (P+Ca)	PSF	não
8	F	68	3	A+AL	S	1 (P)	PSF	sim
3	M	70	3	A+AR	S	1 (P)	UBS	não
4	M	73	0	A+AL	S	2 (P+D)	PSF	sim
9	F	71	0	A	N	5 (P+Cl+Cr+D+Dj)	PSF	não
10	F	73	8	A	S	3 (P+Cl+Os)	PSF	sim
5	M	82	8	A	S	3 (P+Cr+Vi)	PSF	não
6	M	86	0	A	N	2 (P+Dj)	PSF	sim
11	F	82	0	A	S	2 (P+Do)	PSF	sim
12	F	83	0	A	N	2 (P+D)	UBS	não

Legenda:		Doenças
Sexo	M=masculino F=feminino	P=hipertensão Cl=colesterol Cr=problema de coração De=derrame D=diabetes Dj=dor no joelho Do=dor no corpo Vi=problema nas vistas Ca=câncer de bexiga Os=osteoporose
Companhia	S=mora na companhia de outras pessoas N=mora só	
Renda	A=aposentadoria AR=atividade remunerada AL=recebe aluguel	

Quadro 2. Conjunto final de sujeitos que participaram do campo

Como é possível identificar no Quadro 2, o critério modalidade de atendimento não pôde ser considerada como critério de seleção, já que a maioria dos sujeitos é da ESF devido ao momento de transição em que a Unidade se encontra.

Sendo assim, resgatando a idéia de que os sujeitos da modalidade tradicional faziam uso da Unidade especificamente para passar em consulta, buscou-se selecionar sujeitos que, independente da modalidade, buscassem a Unidade para passar em consulta ou para participar de algum grupo.

Uma mudança importante no perfil do conjunto final de entrevistado em relação à escolarização pôde ser observada. Metade deste é analfabeta, sendo quatro mulheres. Este fato pode ser justificado pela dificuldade do acesso à educação na época e a entrada precoce no trabalho, conforme os relatos:

Olha, se eu falar para você que eu estudei em série, eu nunca estudei com professor. Só essa aí, que... Mas eu estudava à noite, porque trabalhava. Com oito anos já comecei a trabalhar na roça. (Entrevistado 6).

É, porque minha mãe tirava da escola, para a gente trabalhar... Então, não deu para estudar. E agora, depois de idade, daí já fica mais 'compricado' também. Precisa trabalhar, é 'compricado'. (Entrevistada 7).

No caso das mulheres, é importante destacar que a única que teve acesso à educação quando criança foi a entrevistada 8, já que a entrevistada 10 foi alfabetizada recentemente pelo Programa de Educação para Jovens e Adultos.

Em relação à renda, todos os entrevistados recebem aposentadoria, sendo que apenas um recebe o benefício por auxílio-doença por conta do

“derrame” que teve há alguns anos atrás. Pode-se observar com as entrevistas a importância destes benefícios, visto que muitas vezes é a aposentadoria do idoso que vai sustentar a casa, ou seja, o idoso é o chefe de família.

Este é o caso, por exemplo, do entrevistado 2, que sustenta a sua casa, onde moram os três filhos, a esposa e ele. Um dos filhos poderia ajudar porque trabalha, porém não o faz e parece que o entrevistado prefere assim.

Ajuda, mas eu... Ele dá uma cesta básica todo mês. Porque o resto é deixar para ele fazer o futuro dele, não é? Está estudando agora, também, tem que estar... Eu deixo mais para ele. Enquanto eu puder... Sustentar do lado de cá, ele vai fazendo a parte dele também. [...] Mas o dinheiro dele, a maioria dele é para ele mesmo. Eu quero que ele faça o futuro dele! (Entrevistado 2).

Além da aposentadoria, alguns idosos procuram complementar a renda realizando uma atividade remunerada ou alugando algum cômodo, justificando que só o dinheiro da aposentadoria não seria suficiente para sustentá-los, como é o caso da senhora a seguir:

Se fosse só ele, não era suficiente, não. [riso] **(Tem mais alguma coisa?)** Eu tenho, uma casa que alugo, lá nos fundos, não é? Uma casinha que eu alugo por... Duzentos reais. Aí, ajuda, não é? **(Ah, então tem outra renda.)** Tem. Essa aí, porque, se fosse só isso aí, não... **(Só a aposentadoria, não ia dar.)** Não ia dar. Porque sempre tem despesa. A gente tem uma casa, tem... Tem despesa mais. Que sempre tem despesa. Tem que pagar conta: água, luz, telefone, gás, tudo. Tem que pagar. Isso aí, às vezes, pesa. Às vezes, não; sempre é pesado, não é? (Entrevistada 8).

Sobre o suporte social, que buscava classificar se o idoso morava sozinho ou em companhia de alguém e não se ele tinha “companhia afetiva”,

identificou-se certa dificuldade em encontrar homens idosos morando sozinhos, sendo esta situação mais comum entre as mulheres. Porém, as mulheres que moram sozinhas estão rodeadas pelos filhos, que moram “nos fundos” ou “na casa de cima”, e estão sempre recebendo a atenção dos mesmos.

Por fim, no critério de doenças referidas, pôde-se observar que nenhum entrevistado referiu não ter doenças. Todos são portadores de pelo menos uma doença crônica, sendo a hipertensão arterial a que está presente no relato de todos eles. Este dado é de grande valia para discussão sobre o conceito de saúde no envelhecimento e também reflete o impacto da transição epidemiológica apontada na Introdução, além da necessidade de atenção dos serviços para trabalhar essa questão.

Estas são reflexões possíveis de realizar de acordo com os dados apresentados no Quadro 2, e que serão aprofundadas no capítulo de Resultados e Discussão. No entanto, já contribuem para a compreensão e esclarecimento da escolha destas características como critérios de seleção dos sujeitos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo visa a apresentar os resultados obtidos com a realização do campo e a realizar uma discussão, considerando as reflexões registradas na Introdução. Tanto a apresentação como a discussão, deve ser salientado, não esgotam a riqueza do material coletado em campo. Trata-se da aproximação escolhida desse material, dentre outras possíveis. Dados os objetivos desta dissertação, o percurso realizado permitiu refletir sobre temas de estudo relevantes, presentes em todo trabalho: o envelhecimento; a concepção de saúde; as atividades de promoção da saúde e a contribuição dos serviços.

4. 1 O envelhecimento populacional e a caracterização do conjunto de sujeitos

Este tópico tem como principal propósito apresentar dados referentes ao conjunto de sujeitos que participaram da pesquisa de campo, como estado civil, número de filhos e procedência, visando a uma melhor compreensão de quem são estes sujeitos e a relação destas características com o envelhecimento populacional.

Vale ressaltar que, sendo este um estudo qualitativo, as afirmações apresentadas a seguir foram baseadas nos dados coletados em campo,

referentes aos sujeitos entrevistados e ao contexto em que estão inseridos. Além dessas informações, serão agregadas outras obtidas de fontes secundárias.

O número de filhos foi um critério escolhido para caracterização dos sujeitos, uma vez que a queda da fecundidade constitui uma das causas do envelhecimento populacional. Este é um fenômeno mundial e está relacionado à redução no número de crianças e jovens e ao aumento na proporção de pessoas com mais de 60 anos, denominado processo de transição demográfica. Os dois fatores fundamentais deste processo são a diminuição da mortalidade e o declínio acentuado da fecundidade (Berquó, 1999; Paschoal, 1996; WHO, 2005).

Da análise do número de filhos por mulheres pesquisadas em cada faixa etária, observou-se que as mulheres com 80 anos e mais tiveram mais filhos do que as de 70–79 anos; e estas, mais filhos do que as de 60-69 anos. Isto significa que, neste conjunto de entrevistadas, houve uma queda no número de filhos nas gerações mais novas.

É necessário considerar que este conjunto é constituído de um número pequeno de sujeitos, porém os dados com ele obtidos são compatíveis com o que a literatura vem apontando. Não se pretende com isso afirmar conceitos como o de representatividade, mas é interessante essa coincidência. Ainda que não se trate de representatividade, indica, neste critério, que os sujeitos são compatíveis com o universo de idosos do município de São Paulo.

A queda da taxa de fecundidade, conforme descrita anteriormente, é definida como a diminuição no número de filhos por mulheres em idade fértil. Esta pode encurtar a base da pirâmide populacional de forma que, o tamanho de cada grupo etário vai ficando menor que o precedente e o tamanho dos grupos etários mais velhos aumenta automaticamente. (Pachcoal, 1996).

O estado civil dos sujeitos entrevistados, segundo critério de caracterização dos sujeitos, permitiu identificar que apenas um homem é viúvo e os demais são todos casados. Por outro lado, nenhuma das mulheres tem marido/companheiro, sendo que quatro delas são viúvas e duas, que representam as da faixa de 60-69 anos, são separadas/divorciadas (Quadro 3).

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado Civil	Filhos	Local de nascimento
1	M	61	Casado	4	Paraíba
2	M	62	Casado	3	São Paulo*
3	M	70	Casado	3	São Paulo*
4	M	73	Casado	1	Bahia
5	M	82	Casado	1	Bahia
6	M	86	Viúvo	1	São Paulo*
7	F	64	Divorciada	4	Paraná
8	F	68	Separada	2	Pernambuco
9	F	71	Viúva	3	Bahia
10	F	73	Viúva	7	Pernambuco
11	F	82	Viúva	6	Bahia
12	F	83	Viúva	9	Minas Gerais

* Interior do Estado de São Paulo

Quadro 3. Caracterização dos entrevistados em relação ao sexo, idade, estado civil, número de filhos e procedência

Esta diferença em relação ao estado civil entre idosos homens e mulheres remete a reflexão sobre a feminização do envelhecimento, a qual considera, entre outros aspectos, que as mulheres tendem a viver mais do

que os homens em quase todos os países do mundo por conta de diversos fatores, tais como a maior procura das mulheres por serviços de saúde e a maior exposição dos homens a riscos ambientais e ocupacionais. (Berquó, 1999; WHO, 2005; Maia e cols, 2006). Os homens tendem a se casar com mulheres mais jovens e a contraírem novos matrimônios se as esposas falecerem, o que favorece que o número de viúvas seja significativamente maior do que o de homens nesta situação. (Berquó, 1999; WHO, 2005).

Em relação a esta afirmação, é possível dizer que se tem uma exceção no conjunto de sujeitos, visto que o entrevistado 6 é viúvo há 11 anos e não casou novamente, apesar de ser bastante galanteador e referir solidão quase todo momento.

... percebi que o mesmo é bastante sedutor e adora paquerar, sair para passear, namorar. Mas ele faz questão de esclarecer que tudo isso não está voltado apenas pela questão sexual, que ele gosta mesmo é da troca de carinho, de ter companhia, sempre com cuidado e muito respeito com a outra pessoa. (Diário de Campo 6).

Eu me sinto um homem que, pela idade, eu venci na vida. Mas só que hoje, eu vivo... Como se diz, eu tenho um pouquinho de solidão. **(É?)** É. A gente sente. Tanto que eu saio fora, ando. Fico aqui dentro de casa pouco. Eu gosto mais de ficar fora, porque, se eu ficar aqui, começa a bater a solidão. (Entrevista 6)

Ainda sobre o estado civil, outro fato curioso foi que as mulheres separadas e divorciadas são da faixa etária de 60-69 anos, o que pode significar que, para elas, a separação já foi algo possível, de acordo com os valores pessoais e da sociedade. Este comportamento difere em relação à faixa etária de 80 anos e mais, como no caso da entrevista 12, em que a

mesma submeteu a um marido agressor, alcoólatra, infiel, na esperança de que o mesmo mudasse.

Era encrenqueiro mesmo, porque ele bebia e quando chegava em casa... Ai meu Deus... Até apanhar eu apanhei. E aturei tudo até Deus me tirar. Fiquei sofrendo mas não saía, não larguei. Porque muita gente, às vezes, quando começa a sofrer já mete o pé e já manda embora. Eu não, eu não fiz isso. Eu falei: eu não vou mandar marido meu embora, deixa ele ai. Às vezes vai que ele endireite. Deixa ele, vai que ele fica bonzinho. Mas não teve jeito, não. (Entrevista 12).

Por fim, considerando uma terceira característica dos sujeitos entrevistados, a PNSI (2006b), descreve também que o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano, resultado do intenso movimento migratório, a partir de meados do século 20, motivado principalmente pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas e concentração de terras nas áreas rurais. Um retrato desse fenômeno pode ser identificado no conjunto de sujeitos dessa pesquisa, uma vez que todos são procedentes de outras cidades que não a cidade de São Paulo, atual local de moradia dos mesmos neste momento.

Ao abordar o seu histórico de saúde nas entrevistas, logo os sujeitos relatavam que moravam “no interior”, ou “na roça”, e que vieram para cá quando jovens.

Quando o senhor veio para São Paulo?

Vim em 1959. **(Em 1959? Já estava com vinte anos.)** Trinta e oito para 59, dezenove anos, não é? **(Vinte e um anos.)** Não, 21 anos. Vinte e um anos. (Entrevista 3).

A senhora é daqui de São Paulo mesmo?

Não, sou de Pernambuco. **(E veio para cá...?)** E vim para cá, eu tinha dezoito anos. E foi... Cinquenta e dois, que eu vim. (...) Ah, quando eu era criança, era... Trabalhava na roça, a idade de cinco anos. **(Já trabalhava na roça?)**

Catava algodão, feijão, milho, fava, mandioca, melancia; nós... cana... Nós 'plantava' de tudo na roça. Trabalhei assim até dezoito anos. [Com] dezoito anos, meu pai resolveu 'vim' para São Paulo. (Entrevista 10).

A senhora veio para São Paulo quando? A senhora se lembra?

Em 1979. E meu povo já estava aqui: minhas irmãs... Tinha duas irmãs aqui, um irmão... os filhos do meu marido – eu me casei com um viúvo –, já morava um bocado aqui. Aí, ele veio, a gente veio. Eu não vim nem para ficar. Aí, a gente veio, ele veio [trecho inaudível]. Aí... Eu tinha o meu filho... aqui... Que os meninos trouxeram, e a gente ficou aqui. (Entrevista 9).

O processo de urbanização proporcionou maior acesso aos serviços de saúde e saneamento à população, o que contribuiu para a queda da mortalidade, outro fator fundamental responsável pelo envelhecimento populacional. (Brasil, 2006b).

Assim, foi comum entre os entrevistados o relato de que a primeira experiência deles com serviço de saúde, médico, vacinas, doenças, foi acontecer quando eles vieram para São Paulo.

Vou te falar uma verdade: eu fui 'no' médico em 1974, que eu fui fazer... 'premeira' injeção para... Como é que fala? Contra tétano. Foi em 1974, aqui em São Paulo. (Entrevista 4).

Eu fui tomar a primeira injeção aqui em São Paulo, com 21 anos. Eu 'foi' tomar injeção porque eu peguei uma gripe. Eu ia ir tirar mercadoria na... na Barra Funda, na estação. Vim em cima do caminhão, pegou aquele vento frio, peguei uma gripe. Aí que eu tomei a injeção. (Entrevista 6).

Olha, quando eu morava na Bahia, eu não sabia o que é pressão. Nós, lá, não sabia, não. **(Não?!)** Não. Depois que meu marido faleceu, que eu vim para aqui, foi que os 'povo' aqui falou que eu estava com pressão alta. Mas lá, não sabia o que é isso, não. (Entrevista 11).

Diante destes relatos, percebe-se que o processo de urbanização foi acompanhado do processo de medicalização da saúde dessas pessoas, já

que onde moravam o acesso aos médicos e aos serviços de saúde era difícil e quando acontecia de ficar doente, os cuidados eram realizados pela própria família, em casa, ou no máximo iam até a farmácia para consultar a opinião do farmacêutico.

Lá, não tinha acesso aos médicos...?

Não tinha nada, só tinha farmacêutico. **(Só tinha farmacêutico?)** Farmacêutico. Não tinha posto de saúde, não tinha nada. Agora tem, mas antes não tinha nada.

Se pegava um resfriadinho, como a mãe fazia?

Era chá, não é? **(Era chá?)** Era chá. [riso] Remédio caseiro. (Entrevista 3).

É importante destacar, então, que a discussão inicial efetuada, possibilitou uma associação entre o conteúdo descrito pela literatura sobre o envelhecimento populacional e a experiência do conjunto de entrevistados em relação a este fenômeno.

4. 2 Entendimento dos entrevistados sobre seu próprio envelhecimento

Um dos blocos de questões do roteiro de entrevista teve como objetivo identificar a percepção dos sujeitos acerca do seu próprio envelhecimento. Para tal, foram utilizadas questões sobre a vida com o passar dos anos, como é ser considerado uma pessoa idosa.

Inicialmente, é preciso destacar que cada entrevistado apresentou uma maneira muito particular de vivenciar o processo de envelhecimento e as representações identificadas foram bastante distintas. Contudo, pode-se verificar alguns temas ou representações comuns entre eles e importantes

para discussão. Para facilitar sua exposição, optou-se por analisar o conteúdo das entrevistas de acordo com as faixas etárias – 60-69 anos; 70-79 anos e 80 anos e mais – e o sexo.

Primeiramente, em relação aos idosos de 60-69 anos, foi possível perceber que entendem o envelhecimento como uma etapa normal¹¹ e previsível da vida de cada pessoa. Os entrevistados apresentaram a noção do ciclo da vida, no qual se tem as categorias de infância, adolescência, fase adulta e velhice.

Ah, para mim foi normal. **(Foi normal?)** Foi normal. Porque a gente sabe que a gente nasce, cresce, e uma hora tem que ficar... Se não morrer cedo, fica idoso, não é? [riso] Então, acho que, vivendo bem, está bom” (Entrevista 8).

Pode-se verificar também que como estes sujeitos se encontram na faixa etária dos 60 anos e é a partir desta idade que o Ministério da Saúde passa a considerar a pessoa idosa, há indícios de que eles estão passando por um momento de transição (Brasil, 2006b). É comum o relato de que ainda não experimentaram os sinais do envelhecimento em ambos os sexos, mas que acham que daqui a alguns anos eles vão aparecer.

Eu acho que não tem como... como que é, como que não é. A gente tem que passar. A gente está vivo, tem que passar por isso. Só tem duas saídas, não é? Ou você morre antes de ser velho, ou fica velho e morre. Então, não tem... [risos] Você tem que cuidar daqui para frente, para que não aconteça o... os imprevistos. Sempre vai vir o imprevisto, mas você faça o máximo para não acontecer, não é? Repetindo aquilo que eu falei, que você passou de uma certa idade, os ossos vão ficando fracos... É, tudo fica... tudo contra a gente. Então, você precisa fazer o máximo para que não aconteça. (Entrevista 2).

¹¹ O termo normal utilizado pelos entrevistados pode ser relacionado ao conceito de senescência (Carvalho Filho, 1996): “alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento”.

Neste relato a fala “os ossos vão ficando fracos, tudo fica contra a gente e você precisa fazer o máximo para que não aconteça” relaciona-se com a perspectiva do envelhecimento biológico, apresentada na Introdução. São reconhecidas alterações próprias ao envelhecimento que não são doenças, mas valorizam também como processo de deterioração do corpo e declínios. Nessa perspectiva, idosos são considerados portadores de patologias múltiplas, nas quais deve-se atuar para retardá-las ou evitar o seu surgimento. (Papaléo Netto, 1996).

Na faixa etária dos 70-79 anos, a perspectiva de análise do envelhecimento biológica é mais intensa. Os sujeitos referiram estar vivendo o envelhecimento mais plenamente; falaram sobre o aparecimento dos problemas de saúde e avaliaram mudanças ou não em relação à disposição e atividade em sua rotina.

Ah, eu estou achando bom. Está tudo normal. **(É?)** É, tudo normal. O resto, está tudo bem. Só a pressão mesmo que não... É meu único ‘problema’ meu, que ela chega a subir até vinte. Ela chegou até 22. Agora, quando ela está normal, está catorze.

O senhor sempre teve problema de pressão?

Não, não. Dos sessenta anos para cá. (Entrevista 3).

Eu saía para comprar as minhas coisas, eu saía para fazer tudo, e, agora, eu não saio. Quando eu saio... fica assando, e tudo. E as pernas, eu falei, ainda pareceu uma ferida na perna. [tosse] Agora... que eu estava querendo sarar, mas não quer sarar. Mas... vai levando, confiando em Deus. É, esperando por Deus. (Entrevista 9).

Nesta faixa de idade, distinguindo-se da anterior, observou-se que, para os entrevistados, a manutenção da capacidade funcional para a realização de atividades significativas, como sair de casa, continuar com seu trabalho, participar do grupo da Terceira Idade, assumem uma importância

maior. Um dos entrevistados, por exemplo, referiu até se sentir jovem por fazer tudo o que consegue, aos 73 anos.

Me sinto jovem; pela minha saúde, pelo 'o' que eu faço. É minha saúde... Sempre fui jovem de trinta anos. Porque não é todo mundo que faz o que eu faço. Só vendo para acreditar 'o' que eu faço. Eu, contando, ninguém acredita.

O que o senhor faz tanto?

Olha, é aquilo. Eu trabalho de pedreiro, eu faço... Estou fazendo lá, rebocando a minha casa. Faço minha casa. O que faço lá é trabalho em casa, mesmo. Trabalho de pedreiro, não é? (Entrevista 4).

Esta relação da capacidade funcional com o envelhecimento é apontada pela literatura como o resultado do envelhecimento saudável, sendo este considerado a “*interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica*” (Ramos, 2003).

Especificidade de gênero aparece nesta faixa etária em relação à atividade que é significativa, ou seja, para os homens, o importante é continuar com o trabalho que eles sempre realizaram a vida toda; para as mulheres, é poder sair de casa, participar da atividade da igreja ou da Terceira Idade.

Ah, eu gosto. **(É?)** Eu gosto, sabe? Porque a gente se diverte; a gente sai, a gente não fica parada. Faz os deveres de cada... 'das' terceira idade. A gente conhece gente nova, e amiga, amigo. É... um ambiente bom, sabe? Eles não levam a gente num ambiente que não serve para nós. Leva lá para divertir, mesmo. (Entrevista 10).

A influência do gênero nas atividades significativas e realizadas por cada sujeito, também é apontada por (Debert, 2004), quando discorre sobre a caracterização de gênero no crescimento de atividades voltadas para

Terceira Idade e para a Seguridade Social – aposentadoria. A autora afirma que a primeira estaria mais diretamente apropriada pelas mulheres, como um possível desdobramento das transformações culturais do último século; a segunda seria mais um assunto de homens, com forte dimensão política, por meio do embate dos idosos com a sociedade, o mundo produtivo e o Estado.

Retornando à realização de atividades significativas, este dado permite efetuar aproximações com o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1997), o qual envolve a questão do risco de adoecer, principalmente em relação às doenças incapacitantes; a questão da manutenção da capacidade funcional, como a preservação das habilidades físicas e cognitivas para as realizações das atividades de vida diária (AVDs); e também a questão do envolvimento ativo com a vida, relacionada à interação social, ao suporte social recebido e à realização de atividades produtivas e significativas.

Por fim, na faixa etária de 80 anos e mais, intensificou-se a noção da perspectiva biológica por meio dos relatos sobre a diminuição da saúde, assim como a importância de se ter disposição e realizar atividades, tanto para o corpo, quanto para a mente, o que remete à capacidade funcional e o envelhecimento saudável.

Eu acho que agora não é quem nem era de 'premeiro', não é? De 'premeiro', a gente tinha mais saúde. Agora a gente não tem mais a saúde que tinha de 'premeiro'. [riso].

Por que não tem a saúde que tinha...?

Porque a gente vai caindo pela idade, não é? Vai caindo pela idade, a gente só... Vai enfraquecendo. [riso] (**Vai enfraquecendo?**) É.

A senhora, com 82 anos, já é considerada uma pessoa idosa. (É.) Como é isso, para a senhora?

Aí, eu não sei. [riso] (**Como a senhora está lidando com o fato de ser idosa?**) Ah, é... Parece que é do mesmo jeito.

[riso] Eu não posso ficar quieta, não é? Tenho que fazer as coisas. É, gosto de fazer as coisas. Não gosto de ficar parada, não. (Entrevista 11).

O modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1997) também aparece nos relatos dos sujeitos, acrescentando a questão do envolvimento ativo com a vida. Porém, no caso, foram valorizados tanto a realização de atividades significativas quanto o convívio social, uma vez que foi referido algo em relação ao envelhecimento que não havia aparecido nas outras faixas etárias: a questão da solidão.

Das perspectivas de envelhecimento apresentadas na Introdução, pode-se identificar com relativa facilidade referência à perspectiva biológica nos relatos dos entrevistados. No entanto, ao analisar o conteúdo de cada entrevista foi possível identificar também alguns dados referentes às perspectivas economicista e sócio-cultural.

Em relação à perspectiva economicista, todos os entrevistados recebem aposentadoria e alguns realizam também atividades remuneradas, sem diferenças entre os sexos.

Eu tenho uma casa alugada, eu tenho o... Eu tenho a casa alugada e, e eu tenho um, um, uma renda que eu tenho do serviço do tempo que eu trabalhava particular. Enfim eu tenho o que: da prefeitura eu ganho 430, mas eu recebo 1.200, 1.300, 1.500. É o meu salário. (Entrevista 5).

A permanência do idoso aposentado no sistema produtivo como complemento de renda foi um dos aspectos abordados no estudo de Camarano e cols. (2005), o qual dedica também atenção aos aspectos sociais e econômicos do envelhecimento no Brasil. Este destaca também a feminização e empobrecimento da velhice, aspectos da dependência do

idoso em relação à família e ao Estado, além do crescimento da demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILP), associada às mudanças nos arranjos familiares.

Ainda nesta perspectiva, identificou-se que alguns domicílios são administrados com a renda dessa aposentadoria, ou seja, com a renda do próprio idoso, mesmo que este more com a sua família e que alguns membros trabalhem. A ajuda oferecida pelos filhos, por exemplo, é pouca, mas também o idoso refere preferir que os filhos construam o seu próprio futuro.

Que a... minha filha, uma recebe... Trabalha, recebe o vale cesta de... de cinqüenta[?] reais. Aí, dá para fazer a compra, assim, do... arroz, feijão, açúcar, dá. As coisas, dá, fora as misturas. E o resto... E depois, eu fico para pagar as contas, a mistura, a feira.”(Entrevista 8).

Quem paga sou eu. **(Você?)** É. Porque a minha esposa é do lar, ela não tem... Não tem, assim, um... um salário fixo. Então, eu que pago. Sou aposentado, mas eu pago. Eu que pago a conta. (...) (Filho) Ajuda, mas eu... Ele dá uma cesta básica todo mês. Porque o resto é deixar para ele fazer o futuro dele, não é? Está estudando agora, também, tem que estar... Eu deixo mais para ele. Enquanto eu puder... sustentar do lado de cá, ele vai fazendo a parte dele também. (Entrevista 2).

Sobre a perspectiva sócio-cultural, os idosos entrevistados pareceram apresentar uma relação dinâmica com o envelhecimento. Pode-se observar, neste conjunto de entrevistas, que muitos idosos mantêm seus hábitos de outras etapas da vida, ainda que com alguma dificuldade. Como observa Debert (2004), a etapa do “descanso” e do “recolhimento” vem sendo vivida por eles como a etapa da atividade e do lazer.

As mulheres continuam cuidando de suas casas, exercendo o papel de mães, freqüentando as instituições relacionadas à religião, e até mesmo realizando atividades remuneradas. Apenas uma entrevistada referiu exercer o papel de avó e relatou sobre a sua convivência com seu neto.

Não. Única 'distração' minha é o meu netinho, isso aí, só. **([riso] Esse daí já distrai muito, não é?)** 'Ô"! Por fazer arte, mexer com uma coisa, mexer com outro... Isso aí, ele faz bastante. (Entrevista 7).

Algumas das mulheres deste estudo demonstraram ser chefe de família, especificamente as da faixa etária de 60-69 anos, e cada uma delas apresentou uma opinião diferente em relação a este fato. Uma relatou estar satisfeita com este papel, pois assim mantém o funcionamento cognitivo. Já a outra referiu se sentir cansada e demonstrou desejo de ter alguém para dividir esta responsabilidade.

É você quem toma as decisões aqui na casa?

É. **(É?)** É, do que tem que fazer... **(Isso.)** Se precisa de um conserto, alguma reforma, qualquer coisa, eu que tenho que ir. **(Vai atrás?)** Vou atrás. [risos]

Muito bom! O que você acha disso?

Eu acho bom. Porque, aí, a gente está... E aí, eu estou com a mente ocupada, estou... funcionando, pondo a mente para funcionar. **(Hum, hum.)** Parado é ruim, não é? (Entrevista 8).

Ah, para mim, às vezes, é meio cansativo, isso aí. Tudo eu só, para resolver. Desde quando... esse ex-marido meu morava aqui, era a mesma coisa. Ele não faz nada, não se toca em nada! Nada, nada, nada, nada.

Não te ajudava?

Tsc, tsc, em nada. Tudo era só eu. E continua sendo a mesma coisa, só eu. Já falei, um dia que, se um dia, se eu estou com a... Quando eu morrer, essa casa aqui vai cair também. Que 'tuda' as 'coisa' é só eu para fazer. (Entrevistada 7).

Os homens continuam realizando atividades significativas para eles, sendo a maioria relacionada ao trabalho que exerciam ou ainda exercem, mas também atividades que visem à inserção social e ao contato com outras pessoas, via instituição religiosa ou não.

Aqui, tem uma comunidade da igreja, religião católica. Toda terça-feira, a gente vai numa casa, rezar o terço. Eu vou. Ontem, não fui, mas eu vou rezar o terço com as mulheres lá, assim. E passo bem. Só me sinto feliz. (Entrevista 6).

Ainda faz alguns trabalhos, que ele chama de “bicos”, o que para mim parece ser o que o mantém saudável. Quando questionado sobre a atividade mais importante da sua vida, ele responde que é seu trabalho de pintor. (Diário de campo 3).

Sobre os modelos paradigmáticos de saúde no envelhecimento, ficou apenas faltando a referência ao envelhecimento ativo, que consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (WHO, 2005).

A não referência já era esperada visto que foi identificado no relato dos entrevistados que os padrões de informação a que têm acesso são limitados, e não incorporam outros direitos de cidadania, tais como gratuidade de atividades de lazer em instituições reconhecidas da cidade, e participação em associações e órgãos de decisão política como Conselhos Municipais de Saúde, Educação, entre outros.

4. 3 Percepções de idosos sobre sua saúde e o paradigma do envelhecimento saudável: considerações sobre a saúde dos idosos

Este item visa a fazer uma exposição das representações sobre saúde apresentadas pelos idosos entrevistados; descrever como eles consideram a sua própria saúde; e realizar algumas reflexões sobre o tema, tendo como referencial o modelo do envelhecimento saudável, conforme identificado nas representações dos sujeitos. Serão utilizados critérios de seleção de idade e sexo, buscando ainda verificar se existiram especificidades de acordo com as faixas etárias e o gênero.

Ao analisar as diferentes representações apresentadas pelos sujeitos, pôde-se observar que algumas foram comuns às diferentes faixas etárias, mas apresentaram diferenças em relação ao gênero.

A primeira diferença diz respeito ao entendimento da saúde enquanto disposição para realizar as atividades cotidianas, dentre elas andar, comer, dormir, trabalhar. Destacou-se também, sobre o tema, uma relação muito próxima entre saúde e qualidade de vida, ou seja, ter saúde é equivalente a levar uma vida boa.

O que é saúde? **(É.)** É ter uma vida boa, trabalhar, andar. Ih, tudo de bom que a gente precisa. Assim eu penso, porque... tendo saúde, a gente faz tudo que a gente precisa 'de' fazer, e pode fazer. E a gente, sem a saúde, não pode fazer nada. Esmorece o corpo, é cabeça... fica fraco, e não tem coragem de fazer mais nada. O corpo dói... É assim. E, com saúde, a gente tem tudo: levanta cedo, e a gente anda, a gente sai. Tem a... Como é que fala? Apetite para tudo. E, sem a saúde, a gente não tem... Fica fraco... Fica só dependendo dos outros. (Entrevista 9).

Saúde? A gente não abusar. Eu sou aquela pessoa que como para viver, não vivo para comer. Que tem pessoa que vive para comer. Eu, não. Eu tenho a hora certa para almoçar, eu tomo o meu banho todo dia certinho. Quando está muito calor, até dois, eu tomo. Porque, o homem, quando atinge uma certa idade, ele tem que procurar 'de' andar mais ou menos limpo. Não ficar, aí, barbudo, cabeludo, tudo; que eu já eu, um pouquinho. **([riso])** Mas, a saúde, é a gente saber preservar. Não bebo, não fumo. Então, eu vou levando a vida. Tenho um filho ótimo, dois netos, minha nora, tudo, que me quer bem; meus parentes, tudo. (Entrevista 6).

Ao ler este relato, pode-se perceber que quando o entrevistado falava de saúde – a partir da sua experiência pessoal e da avaliação de sua vida –, trazia temas como a alimentação, higiene pessoal, auto-imagem, hábitos prejudiciais e família; no sentido de não abusar, de preservar, sugerindo uma noção de equilíbrio entre estes fatores, algo que corrobora o paradigma do envelhecimento saudável.

Perguntados sobre o que é ter saúde, os sujeitos a colocaram como o aspecto mais importante na vida de uma pessoa. Relacionaram a saúde com algo positivo, muito bom, ou como uma riqueza.

É coisa muito importante. **(É?)** É. **(Como, assim, importante?)** Porque sem a saúde, nem eu nem ninguém não tem êxito na vida. Porque o bem-estar do ser humano... Ele pode não ter nada na vida, ele pode ter dinheiro como tiver, mas se ele não tem saúde, ele é 'pobre de Jó'. A riqueza do ser humano é a saúde. (Entrevista 1).

Neste sentido, a saúde apareceu como um elemento fundamental para a constituição do sujeito: “É um prazer muito grande, ter a saúde. É um prazer muito grande a pessoa ter saúde. Sem a saúde, a pessoa não é de nada.” (Entrevista 4). Ao analisar estes relatos de acordo com o gênero, foi possível identificar maior frequência nos homens das faixas etárias mais

jovens (60-69 anos e 70-79 anos) e nas mulheres na faixa etária mais idosa (80 anos e mais).

O único entendimento de saúde que se demonstrou específico de uma determinada faixa etária (60-69 anos) e independente do sexo dos entrevistados, esteve associado à ausência de doenças.

Ter saúde...? Ah, é... não ter... esse tipo de... como a gente tem: pressão alta...

Não é, assim, todo dia, nem 'tuda' vida, mas é só alguma hora que ela incomoda. Apesar [de] que eu todo remédio direto. Mas tem hora que, mesmo com o remédio, ainda ela sobe. (É?) É. (Entrevista 7).

Este relato indica um entendimento do conceito de saúde relacionado ao fato de não ter doenças. Esta concepção é discutida por estudos epidemiológicos, uma vez que se verifica a ocorrência de pelo menos uma doença crônica em idosos (Ramos, 1993). No conjunto de idosos entrevistados, por exemplo, todos têm pelo menos uma doença, a hipertensão arterial. Talvez o verificado entre esses entrevistados esteja relacionado ao fato de serem mais jovens, e ainda guardarem recordações da disposição juvenil e adulta.

A partir da identificação de como os sujeitos desta pesquisa entendem o conceito de saúde, buscou-se também verificar como eles descrevem e consideraram sua própria saúde. Indagados sobre sua saúde atual, os sujeitos deram respostas diferentes: a saúde está "boa", está "mais ou menos", está "normal", está "indo" ou "não está boa". As respostas positivas em relação à saúde ocorreram mais entre as mulheres, de diferentes faixas etárias, justificadas pela ausência de sintomas de

adocimento, aborrecimentos e pelo uso do serviço, conforme ilustram relatos a seguir:

Hoje, eu acho que está bem. **(Está bem?)** Hum, hum. É, porque a gente... chega uma idade que faz exames de rotina, de médico. Eu já fiz, esse ano, os exames de... colesterol, de... do coração, pulmão. E... continuo tomando os medicamentos do médico; vou ao médico 'de' cada dois meses... Estou bem. Ah, eu me sinto bem, não é? (Entrevista 8).

Eu me sinto bem, com saúde hoje. Se eu não estou sentindo nada, pra mim isso é coisa boa. Que nem hoje mesmo, eu levantei e falei: -- *Hoje eu estou boa.* (...) É como eu estou me sentindo. Não estou me sentindo mal. Graças a Deus eu estou me sentindo muito bem. Falei hoje para a minha filha: -- *Estou levantando bem.* Que nem ontem... Ontem eu estava 'descaída'. (Entrevista 12).

Agora, eu acho que está ótima! Estou me sentindo, assim, aliviada, lenta; muito bom. Estou mesmo.

Por que a senhora está se sentindo assim, aliviada...?

É, porque não tem nada para 'mim'... aborrecer, deixar 'eu' nervosa. É isso aí. (Entrevista 10).

Importante considerar que a presença de doenças crônicas e o uso contínuo de medicação foram verificados entre aqueles que avaliaram a sua saúde como boa. No entanto, é possível que este não tenha sido o indicador de uma saúde boa, mas sim o fato de não sentirem sintomas e preocupações. Apenas um entrevistado referiu que a sua saúde está boa, apesar das dificuldades enfrentadas pela seqüela de um "derrame". Ele tem dificuldades e limitações para a realização de suas atividades cotidianas, mas, ainda assim, avalia a sua saúde como boa.

Agora? Agora eu me considero... boa. **(Ah, sua saúde, hoje, está boa?)** Está boa. Não posso 'reclamar' porque alguma coisa que eu sinto, assim, negócio... alguma dificuldade, o médico já me explicou que foi... Alguma dificuldade que eu encontro, que eu acho que tem, é consequência da doença que eu tive, do derrame. (Entrevista 1).

Os entrevistados que consideraram a sua saúde “normal” encontram-se na faixa etária dos 70-79 anos e são do sexo masculino. Argumentam que estão saudáveis porque fazem atividades. A saúde, neste sentido, é avaliada pela capacidade funcional e pelo fato de estar ativo.

Eu acho que está no-normal, viu? **(Está normal?)** Está normal. Eu considero normal. **(O que é normal?)** Ah, ‘se’ sinto bem. Ando bastante, caminho bastante. De manhã eu saio, faço uma caminhada. Ando bastante, mesmo. **(Você se sente disposto?)** Disposto, ainda. **(Uhm...)** É. (Entrevista 3).

Já os entrevistados que referiram estar com a saúde “mais ou menos” também são do sexo masculino de diferentes faixas etárias e consideraram que a sua saúde não poderia ser classificada como boa devido ao uso contínuo de medicação e às doenças que apresentam. Sendo assim, para estes entrevistados, ter uma saúde boa é não precisar tomar remédio, não ter doenças e não apresentar complicações..

Em porcentagem? Ou... você quer saber, assim... Dez por cento, 20%? **(Você quem sabe.)** Ah, está uns... Eu não vou falar que está total boa, porque às vezes você toma... A gente toma remédio, não é? É aquilo que eu falei para você. Se você toma remédio, não está 100%. Se você toma remédio, é porque tem alguma coisa errada. **(Entendi.)** Entendeu? (Entrevista 2).

Estou... Estou mais ou menos. [risos] **(Mais ou menos?)** É, porque eu, volta e meia, minha pressão dá uma descontrolada. Não sei se... se é porque eu... carrego um pouco no sal... ‘Das vez’, pode subir. Mas, a... E... essas ‘dorzinha’ que dá. Mas eu... O resto... vai. A gente...
Estou sentindo um pouco de canseira nas pernas. Isso, sim, a gente sente. Mas, também... O carro... Eu sou que nem o carro. O carro, o motor vai pifando, ele não vai tendo força para puxar mais a carga. E eu, estou igual, também vou cansando. Mas a gente tem que pôr na cabeça que tudo tem o seu tempo. Eu já estou preparado. (Entrevista 6).

No último relato, o entrevistado faz uma associação entre sua saúde e o envelhecimento, demonstrando, na comparação com o funcionamento do carro, que a sua constituição biológica, o seu corpo, a sua saúde está enfraquecendo. E mais, este entrevistado foi o único que trouxe explicitamente a noção de finitude, quando relatou que tudo tem o seu tempo. Este é o mais idoso dos sujeitos entrevistados.

Apenas uma mulher não considerou boa a sua saúde. Esta senhora, da faixa etária de 70-79 anos, já teve problemas importantes com doenças, mora sozinha e é bastante dependente de seu filho para a condução de sua vida, e para sair de casa.

Está assim. **(Assim...?)** É, não está boa, não, porque... Ai, sinto... umas coisas, sinto... Meu joelho[?]. Não fiquei boa... Não estou boa de tudo, não estou boa como... não. Está melhorando, mas... Porque Deus é Deus, não é? Mas dizer que estou boa, forte, não. É, estou para pior. Eu sinto... (Entrevista 9).

Esta senhora avaliou a sua saúde negativamente, e, de acordo com a literatura revisada, este é considerado um dos fatores de risco para a mortalidade entre idosos passíveis de intervenção (Maia e cols., 2006).

É certo que este estudo não trabalhou com a auto-avaliação em saúde. Contudo, chamou atenção o fato de, quando indagados sobre como está a saúde, automaticamente os entrevistados descreveram que estava boa ou não e os motivos que os levavam a pensar de tal maneira.

Para concluir este aspecto, do estado de saúde dos sujeitos, faz-se necessária uma discussão sobre o paradigma do envelhecimento saudável, considerando a importância de sua manutenção para a saúde, segundo o

olhar dos sujeitos entrevistados, principalmente nesta etapa da vida. Foi possível observar, neste conjunto de entrevistados, que quase todos apresentaram independência e autonomia para a realização de suas atividades cotidianas, tanto AIVDs quanto ABVDs, o que já era esperado visto terem sido abordados pela primeira vez na UBS, o que pressupõe habilidades físicas e mentais para se deslocar até o local. Ressalta-se que não foram utilizados instrumentos para avaliar independência nas atividades de vida diária, porque essa estratégia não fez parte da metodologia e dos objetivos propostos nesta dissertação. A independência e a autonomia foram discutidas a partir do relato dos sujeitos sobre as suas dificuldades e necessidades de ajuda na rotina de atividades.

Apenas três entrevistados relataram dependência ou falta de autonomia para a realização das atividades cotidianas, não sendo possível identificar relação ao sexo ou idade, sendo cada um de uma faixa etária. Foram situações bastante específicas, que se aproximam apenas em relação à gravidade e seqüelas dos problemas de saúde. A primeira delas já foi apresentada anteriormente, que é o caso da entrevistada 9, de 70 anos. Ela apresenta dependência principalmente para realizar atividades externas – para sair de casa –, além da necessidade de ajuda de seu filho na tomada de decisões.

De casa, é, exato. Eu sair, o corpo não dá! E as pernas bamba[?] para caminhar. As meninas 'quer' que eu caminhe, para eu andar e tudo.

Aí, eu peço para o meu netinho comprar qualquer coisa para mim; meu filho compra, quando chega do serviço. Aí, precisa, ele vai, ele compra para mim. Ele compra... uma mistura, ele compra uma verdura, compra uma coisa... Compra as minhas bolachas... Ele compra essas coisas

para mim. **(O seu neto?)** O meu neto e o meu filho. (Entrevista 9).

A segunda situação é a de outra senhora, de 83 anos. Esta referiu ser diabética, com freqüentes descompensações nas taxas de glicemia. Ela mora sozinha e é dependente de sua filha para a realização de AIVDs como: limpar a casa, fazer comida, lavar roupas. Além disso, esta senhora relata certo descontentamento diante desta situação, por conta de que é sua filha quem toma as decisões e, em algumas situações cotidianas, não respeita suas vontades.

Tem vezes que eu fico sem vontade de comer. Teve algumas vezes que ela fazia o prato de comida, eu comia, mas deixava muito. **(Por quê?)** Porque ela enche muito o prato e eu não agüento. Não agüento e fica tudo.

E a senhora já falou para ela por menos comida ou não?

Já falei para ela para quando for arrumar... Se ela arrumar assim, uma quantia que dá para eu comer, tudo bem. Senão... Se der vontade de comer mais, a gente pede mais. Sempre ela faz aquela quantia certa. Às vezes eu como tudo. **(Às vezes não)** Mas tem vezes que eu deixo também. (Entrevista 12).

O relato dessas duas senhoras remete à relação hierárquica entre a perda de habilidade funcional com o processo de envelhecimento, sendo que, segundo Duarte (2003), a incapacidade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) antecede a incapacidade nas atividades básicas de vida diária (ABVDs). Neste estudo, as duas senhoras referidas acima já apresentam alguma dependência para a realização das AIVDs, seja para fazer comida, seja para fazer compras, mas ainda mantêm a independência para as ABVDs.

A falta de autonomia para a condução de sua vida também foi identificada por um senhor de 60 anos que sofreu acidente vascular cerebral (“derrame”). Após este incidente, o entrevistado relatou que adota postura mais submissa em relação à esposa, sendo ela a responsável pelas decisões da vida dele. Postura que também pode ser justificada diante da trajetória de vida deste senhor, já que era “mulherengo” e não valorizava a sua esposa antes do “derrame”. Vale destacar que o AVC geralmente é acompanhado de seqüelas motoras, sensoriais e déficits cognitivos, o que pode interferir na capacidade funcional.

Não? O que você faz com o seu dinheiro?

Como! **(Compra comida?)** Compro comida. **([riso])** [riso] Com o dinheiro... Ela recebe, é ela que... Desde quando eu estive doente, que eu adoeci, as coisas ‘mudou’. Que antes, era eu que resolvia. Agora, ela recebe, ela quem resolve.

Então, o dinheiro, quem fica responsável pelo cuidado do dinheiro, é ela.

É ela. **(A dona J.)** É. O que precisa ‘de’ comprar, ela compra. O que é necessário, ela compra... Eu só faço mesmo saber que recebo. Vou lá mais ela para receber, e ela que tem que tomar conta. Eu não... Se eu quero... Se eu quiser um real, tem que pedir a ela. Eu vou querer dinheiro para quê? Peço a ela, quando eu quero dois contos, cinco contos, dez contos. Peço a ela. (Entrevista 1).

Dando continuidade às questões que podem interferir na saúde do idoso, vale abordar também a influência das habilidades mentais e cognitivas. Mais uma vez, ressalta-se que não foram utilizados instrumentos para avaliar especificamente estas questões. No entanto, a partir dos relatos dos sujeitos, foi possível observar a interferência delas nas suas atividades cotidianas. Os três entrevistados descritos anteriormente quanto ao aspecto de independência e autonomia, foram os únicos que se queixaram de perda

de memória e esquecimento: “Eu estou esquecendo muito. Já estou ‘de’ idade e estou esquecendo tudo” (Entrevista 12); e também de influência dessas queixas nas suas atividades cotidianas.

Quando você vai ao supermercado, vai sozinho ou vai com a mulher?

Eu vou sempre mais ela, mas às vezes eu vou só. **(Às vezes você vai só.)** É. Mas, uma ‘explicação’. Ela manda eu comprar, diz assim: --*Você me traga tantos pães e... um quilo de açúcar.* Ela tem que anotar. Porque, se ela não anotar, o pão eu trago, mas açúcar, eu deixo. **(Uhm. O senhor já não consegue lembrar?)** Não lembro mais, porque é só... Lembro naquela hora que fala. Daqui que a senhora fechou a boca, daqui uns cinco minutos, se a senhora me perguntar: --*Seu G., o que foi que eu lhe disse?* Digo: --*Eu não sei mais.* (Entrevista 1).

A associação entre esquecimento e envelhecimento apresentou-se também no relato de outros entrevistados, mas não como algo que interfere na realização das atividades cotidianas.

Antes de avançar para o próximo item, algumas considerações fazem-se necessárias. O entendimento do conceito saúde pelos entrevistados esteve relacionado à manutenção da capacidade funcional e a certo equilíbrio entre os recursos físicos, mentais e sociais. A referência explícita à saúde enquanto ausência de doença apareceu apenas em um relato, de uma senhora da faixa etária mais nova. No entanto, quando indagados sobre sua própria saúde, grande parte dos entrevistados fez uma avaliação a partir da presença ou não de doenças, sintomas e uso de medicação. Apenas os sujeitos do sexo masculino, da faixa etária de 70-79 anos a avaliaram a partir do fato de estarem realizando atividades ou não.

Considerando a importância da capacidade funcional para a saúde do idoso, buscou-se discutir a saúde dos idosos a partir de relatos sobre suas

rotinas. Foi possível identificar apenas três idosos que já apresentam alguma dependência para a realização das AIVDs, devido ao comprometimento de habilidades físicas e mentais, além da dificuldade no exercício da autonomia. O comprometimento das habilidades físicas e mentais destes idosos esteve relacionado principalmente ao fato de terem tido problemas mais graves de saúde, necessitando de internações em Unidades de Terapia Intensiva, por exemplo.

4. 4 Atividades de promoção da saúde, segundo representações dos entrevistados

O objetivo principal deste item é apresentar quais são as representações dos idosos entrevistados sobre atividades de promoção da saúde, com base nas estratégias apontadas anteriormente na Introdução.

4. 4. 1 A realização de atividade física e a prática da alimentação saudável entre os sujeitos entrevistados

A atividade física e a alimentação saudável foram atividades definidas na Introdução, como promotoras da saúde do idoso. Por isso, questões referentes a estas atividades foram abordadas nas entrevistas e os resultados serão aqui apresentados, juntamente com algumas discussões.

As atividades mencionadas foram analisadas em relação a: fontes de informação disponíveis, motivação em realizá-las, sua prática efetiva e percepção de sua contribuição para a saúde. As fontes de informação dizem respeito aos veículos de comunicação disponíveis a esses idosos para orientação sobre atividades de promoção da saúde. A motivação foi abordada, considerando-se o que levou estes sujeitos a praticá-las. Já sobre as práticas, buscamos identificar se estes sujeitos realizam – onde, quando e com quem são realizadas – estas atividades no seu cotidiano. Por último, foi indagado aos sujeitos se essas atividades contribuem para sua saúde.

No aspecto das fontes de informação, cabe observar que todos os sujeitos entrevistados nesta pesquisa, à exceção de um, fizeram referência à UBS como principal veículo. Em relação aos grupos oferecidos pela UBS, os sujeitos relataram que foram informados e orientados por profissionais da própria Unidade, médico ou enfermeiro, e/ou por amigo.

Quem falou para a senhora dessa ginástica do Posto?

Ah, pois se eu não saio do Posto! [riso] **(Você não sai do Posto?)** Lá, é assim, ‘porque’ sempre eu estou lá, não é? **(Uhm.)** E... elas lá que falaram, as ‘enfermeiras’, para nós ‘fazer’. (Entrevista 11).

Dois sujeitos participam de grupos de alongamento e ginástica em outros espaços institucionais do bairro, foram informados por amigos, vizinhos ou realizam essa atividade por iniciativa própria.

Quem orientou você, da atividade no [*]? Quem falou para você que tinha grupo lá?**

Foi uma amiga que eu tenho, aí. **(É?)** É. **(E você começou a ir?)** É. Comecei a freqüentar. A amiga mora nessa rua. Ela já é aposentada também, mas é uma senhora solteira, tudo, e falou para mim: “-- Ah, vamos lá. Eu vou fazer, tal, lá”. E eu comecei a fazer exercício lá. (Entrevista 6).

Um dos entrevistados relatou que já obteve informações sobre a prática de atividade física, assistindo a televisão e na internet.

‘Do’ primeiro, não tinha muitas informações sobre... sobre saúde. ‘Do’ primeiro, a televisão não tinha muito disso aí. Pelo menos, eu não achei. Mas, de uns dez a... Digamos assim, uns cinco anos para cá, o que mais a gente vê, muitos canais informam tudinho sobre isso aí. (Entrevistado 2).

Os motivos pelos quais os sujeitos relataram que fazem atividades físicas são diversos: tanto por necessidades de saúde, prescrição médica e maneira de perder peso, quanto pelo fato de a prática desta atividade fazer bem à saúde e possibilitar que “não fique parado” em casa.

O que levou você a fazer caminhada?

A necessidade e o incentivo. **(É? O incentivo de quem?)** Do pessoal do Posto, aqui. [...] Porque a gente vinha fazer aqui uma consulta, por exemplo, e, através do... da necessidade, do peso, por exemplo: “—Você não pode pesar muito, você tem que fazer uma caminhada, e tal, tal”. Entendeu? [...] (Entrevista 2).

A atividade física está inserida na vida dos entrevistados, seja na forma de caminhada (mais referida), ou grupos de alongamento e ginástica, independente da faixa etária e do sexo. Pôde-se, no entanto, observar especificidade de gênero quanto à prática de atividade física. A maioria dos sujeitos do sexo masculino refere realizá-la só – a caminhada –, devido ao hábito de caminhar e de fazer exercícios na época da infância, quando não moravam em São Paulo.

Você sempre fez caminhada?

Sempre fiz. **(Desde mais jovem?)** Desde mais jovem. [...] Quando eu estava lá no interior, que andava quinze quilômetros, todo fim de semana. Eu queria ir ‘na’ cidade, para dar um passeio [...]. Ia a pé, não tinha condução. Ia e voltava a pé. (Entrevista 3).

Foi identificada confusão entre a prática da caminhada enquanto atividade física regular, com horários controlados, ritmo e frequência estabelecidos, e a realização de atividades cotidianas, como caminhar para fazer compras, um hábito saudável, mas que não pode ser considerado atividade física regular.

Você faz caminhada, quantas vezes por semana?

Olha, eu moro aqui, encostado 'no' Posto. Sabe onde é que eu vou comprar pão? Aqui embaixo, olha. **(Ah! Para comprar pão?)** Sim. É uma caminhada. [...] Todo dia. [...] Fora os passeios. [...] É uma caminhada que eu faço. (Entrevista 4).

Victor e cols. (2007) consideram atividade física regular grupos de caminhada, cujos participantes são orientados sobre: a importância de vestuário adequado, alimentação, hidratação e continuidade. Neste estudo, identificou-se que os grupos de atividade física são regulares, independentemente do local onde são realizados e instituição responsável, e coordenados por profissionais especializados, e geralmente têm uma hora de duração. A participação em cada um deles é livre. Não é feito, portanto, um controle de presença e não são destinados especificamente a idosos.

Lá tem adolescente, tem jovem, e tem idoso. [riso] Tem idoso, bem idoso mesmo. [...] É, tem idoso com 85 anos, que... Faz o que pode fazer. Porque, todas as atividades eles não conseguem fazer. Mas, o que eles podem fazer, eles fazem bonitinho. (Entrevista 8).

O fato de não ser específica para determinada faixa etária contribui para a compreensão de que a atividade física promove a saúde em qualquer fase da vida, desde que seja monitorada por profissionais especializados e adequada às habilidades físicas de cada um.

As contribuições da caminhada são consideradas diversas pelos sujeitos, abarcando estimulação das funções físicas, mentais e da inserção social. Assim, a atividade física, segundo relato dos entrevistados, contribui para o idoso ficar mais ativo, para se sentir mais disposto, para sentir menos dor, para o melhor funcionamento cognitivo e para promover contatos sociais.

E fazer caminhada, faz bem para a saúde?

Faz em tudo, também. [...] **(Por que faz bem?)** Olha, porque a pessoa não fica entevada, e fica com as pernas duras; e a pessoa está fazendo 'exercício'. Está andando, está fazendo ginástica. (Entrevista 4).

Você se sente mais disposta?

É, 'sinto' mais disposta. Fazer os afazeres de casa... O que tem que fazer, não é? A mente funciona melhor. [risos] [...] A cabeça também. É tudo... Funciona bem. O... Intestino... Até o intestino nosso também faz parte. (Entrevista 8).

Eu acho que sim. Muito. Porque a gente... Fazendo exercício, você tem, assim... Já tira um peso do corpo, não é? Você, fazendo os alongamentos, também. E... A ginástica, nossa! É ótima. A gente dá risada, a gente conversa, a gente se distrai mesmo, entendeu? É muito bom. (Entrevista 10).

As representações citadas corroboram a literatura apresentada anteriormente, segundo a qual a realização de atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. E ainda, que a vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais (WHO, 2005).

Também conforme apontado anteriormente, o sedentarismo é um aspecto importante na saúde dos idosos. Alguns dos fatores associados ao

sedentarismo são: nível sócio-econômico (populações de baixa renda), gênero (mulheres) e contextos ambientais devido à dificuldade no acesso a espaços físicos atrativos e seguros para tal prática (Benedetti, 2008; WHO, 2005).

Nesta pesquisa apenas o fator gênero deve ser destacado, uma vez que todos os idosos são de baixa renda, e não relataram dificuldade no acesso a espaços físicos adequados e atrativos. Quatro dos doze idosos entrevistados não praticam atividade física regular, sendo três mulheres (uma em cada faixa etária) e um homem. Apesar de as três mulheres já terem passado por internações devido a problemas importantes de saúde, foi clara a diferença da mais nova em relação às demais. Esta referiu que sua rotina é cansativa, pois trabalha como faxineira e cuida do neto. Já as demais relataram a falta de disposição e comprometimento das habilidades físicas.

Quando eu estava internada, eles falaram para 'mim' fazer... E aqui no Posto também. Só que, agora, eu não tenho, ainda tempo de fazer isso, por causa do neném. Esperar quando ele for para a creche. Porque ele não está na creche, ainda. Então, eu não... Com ele, não dá para 'mim' sair, fazer nada. (Entrevista 7).

E as suas amigas continuaram e você parou?

Elas continuaram e eu parei. Acho que era por causa da saúde que... Não estava com saúde. Porque quando eu estava com saúde eu fazia tudo "direitinho". Depois que eu saí, fiquei descansando um pouco em casa. E eles falavam quando eu quisesse voltar... Então eu falava: *eu quero voltar*. [...] Depois eu voltava.

E a senhora não está indo mais?

Agora, nesse meio tempo, não.

Mas tem vontade de voltar ou não?

Vontade eu tenho, mas não estou agüentando mais também, não. (Entrevista 12).

O único homem que não pratica atividade física é um senhor de 82 anos que relatou nunca ter recebido informações sobre o assunto, mas que também não gostaria de participar de nenhum grupo com essa finalidade. Quando questionado sobre qual grupo gostaria de participar, demonstrou preferência para grupos de conversa.

E você gostaria de participar de algum grupo lá [no Posto]?

É bom. [...] **(Nunca falaram para você de grupo?)** Nunca. Nunca. Mas é bom. **(De grupo de ginástica? De alongamento?)** Ah, isso não precisa, não. [...] Esse eu não quero, não. **(Você queria um grupo para quê?)** 'Pra' conversa. Pra nós dialogar, conversar. Aí sim. (Entrevista 5).

Alimentação saudável, segunda atividade selecionada neste item, foi objeto de reflexão nesta pesquisa. É citado pela literatura estudada que problemas de alimentação estão presentes em todas as idades e envolvem tanto o consumo deficiente quanto o consumo excessivo de calorias. Este último é de fundamental importância entre idosos, visto que aumenta o risco de obesidade e doenças crônicas durante o envelhecimento (WHO, 2005).

Os sujeitos entrevistados relataram receber orientação sobre o tema por médicos e enfermeiras da UBS principalmente, e de outros profissionais vinculados a outros serviços de saúde, como psicóloga de um grupo destinado a idosos do Hospital Universitário, da Universidade de São Paulo (USP). As orientações foram realizadas, principalmente, durante as consultas individuais ou em grupos de educação em saúde, sendo estes nomeados, às vezes, de palestras, pelos entrevistados.

[...] Quando eu saí da internação, eles falaram para que não comer aquelas comidas... 'braba', aquelas fortes. Como diz, 'braba', não, forte. 'Mortandela', azeitona, coisa que não deveria. Aí, explicou outras coisas. (Entrevista 9).

[...] você já recebeu orientações sobre alimentação?

Já. **(Já? Onde você recebeu?)** Já. Aqui no Posto, também. No Posto, também, já falaram. Eles têm palestra, aqui, sobre esse assunto. (Entrevista 2).

Além dos serviços de saúde, algumas pessoas relataram que receberam informações sobre alimentação saudável no grupo de ginástica em uma instituição comercial, que já convidou uma nutricionista para dar palestra sobre o assunto; pela televisão; e por meio de familiares e da própria experiência de vida; conforme o trecho:

E, foi a médica do Posto quem fa...?

Não, foi uma... enfermeira. Estava explicando. A gente também vê passar na televisão. **(É?)** É. Na televisão passa também. (Entrevista 7).

Conforme descrito na PNSI (1999) e na PNSPI (2006b), temas relacionados a hábitos saudáveis, como a alimentação, devem ser objeto de processos educativos e informativos continuados, por meio da utilização de diversos recursos disponíveis, como cartazes, cartilhas e folhetos; campanhas em programas populares de rádio, vídeos na televisão, entre outros.

Curioso notar que as orientações sobre a alimentação saudável realizadas em grupos, palestras e consultas vinculados aos serviços de saúde são relatadas nas três faixas etárias pesquisadas. Porém, a televisão enquanto meio de divulgação de informação de alimentação saudável surgiu no relato da faixa etária dos 60-69 anos. Por outro lado, receber orientações

dos membros da família e obter informações sobre o assunto a partir da própria experiência de vida, foi relatado apenas pelos sujeitos das faixas etárias 70-79 anos e 80 anos e mais. Observação que possibilita pensar sobre a valorização das experiências individuais e das tradições passadas entre os membros da família, na faixa etária dos mais velhos.

Bom, isso daí a própria experiência da vida já ensina. Eu sei que eu não posso comer muita fritura. Ovo também, você comer um por semana, olha lá. **(E você sabe disso por experiência própria?)** Por experiência. [...]Verdura, eu gosto de comer, tanto crua, assim, salada, como cozida.

Nunca ninguém conversou com você sobre isso?

Não, não. Isso aí, não. Bom, ensinava minha mãe. Minha mãe, minha esposa falavam. (Entrevista 6).

Orientações sobre alimentação que faz bem à saúde foram equivalentes nas diferentes faixas etárias e a maioria realizada verbalmente. Apenas duas entrevistadas referiram ter recebido um folheto explicativo e orientações por escrito. As informações veiculadas estão relacionadas basicamente a diminuir o sal na comida, evitar comidas gordurosas, reduzir a quantidade ingerida de doces, priorizar a ingestão de frutas e verduras – tanto na salada quanto cozidas, dar preferência à alimentação leve e sadia, e evitar comida pesada e forte.

Aí ela me explicou, ‘pra’ eu não comer carne gorda, não comer a comida muito temperada, com muita gordura, não comer sal, não comer açúcar, comida muito doce. Não comer doce. Se eu puder me alimentar mais de verdura e fruta, e folha, aí que é uma maravilha para mim. (Entrevista 5).

Ah, lá na ginástica eles dão papelzinho para a gente... Ler, e saber como que faz os exercícios. Na Faculdade de Medicina, também, a médica me deu. Tenho tudo guardadinho. [...] Como a gente tem que fazer as ‘alimentação’, não comer nada salgado para não subir a pressão. (Entrevista 10).

Em relação à possibilidade de seguir estas orientações em casa, à apropriação das informações sobre a alimentação saudável e à inserção da mesma no cotidiano dos sujeitos, foram encontradas diferentes situações, que estiveram ou não associadas à idade e sexo.

Os sujeitos reconheceram a importância de uma alimentação saudável e referiram conseguir adotar as orientações em parte, visto que não vão deixar de comer o que têm vontade. Neste caso, um senhor justificou sua postura pela idade e pela incerteza sobre o futuro, conforme relato:

Você consegue controlar a sua alimentação em casa?

Em termos, sim, não é? [...] Como eu falei para você, tem certas coisas que você tem vontade de comer, e não vou deixar. Porque eu não sei se eu... [...] estou vivo amanhã. Vou deixar de comer, para... Se eu não sei se vou bater com as dez amanhã? Então, sem exagero, a gente vai e come. (Entrevista 2).

A questão do evitar exageros, abusar e a necessidade de ter limites em relação à alimentação também foi utilizada como justificativa para esta situação. Os sujeitos referiram não deixar de comer certas coisas de que gostam – sabendo que não fazem tão bem à saúde –, mas de maneira controlada e consciente.

Você já recebeu orientação sobre alimentação? [...]

Olha, minha filha, outra coisa. É que nem eu estava falando agora, que a pessoa nunca deve 'abusar da bondade'. Que a pessoa, às vezes, o que ela não sabe... A pessoa nunca deve passar do limite. Fazer, almoçar ou jantar alguma coisa que prejudica ele. (Entrevista 4).

Quanto à apropriação das informações, parte dos sujeitos afirma que consegue realizar as orientações sobre alimentação saudável em casa. Porém, os relatos espontâneos sobre hábitos alimentares e as observações registradas em diário de campo, indicam que, na prática, o cuidado com a alimentação era deixado de lado.

Chego na casa do entrevistado às 8:50hs. Sou recebida pela sua esposa, Dona A. Encontro Sr. A. na sala, tomando chimarrão e comendo churrasco [*sic*]. Na verdade, um prato de carne frita, bastante gordurosa [...] Gordura logo cedo... (Diário de campo 5).

Você acha que cuidado com alimentação ajuda na saúde?

Ajuda. [...] **(Como ajuda?)** Ajuda porque a gente [...] não pode comer qualquer coisa. [...] Já falei para você, [...] Pastel de feira, só de queijo. Se eu vou num bar, [...] eu não vou comer aquelas coxinhas, aquela empadinha que está feita ali. Essas coisas, eu não tenho confiança, não. [...] Conforme, mando cortar um pouquinho de salaminho, ponho no pão e como. Salaminho, eu sei que é fabricado, firma bem limpa. (Entrevista 6).

Pôde-se identificar, nos relatos acima, que o hábito de comer “churrasco” todo dia pela manhã como acompanhamento do chimarrão, o hábito de comer pastel de queijo toda semana na feira, entre outros, são contrários à afirmação de comer muito pouca gordura e fritura.

Por fim, ocorre situação em que o sujeito não consegue seguir as orientações sobre alimentação e não consegue fazer com que estas façam parte de sua vida cotidiana. Neste caso, identificou-se dois motivos para tal comportamento: a dificuldade na organização da rotina de atividades, diante da necessidade de complementar a renda da aposentadoria com atividade

remunerada; e o não reconhecimento dessas orientações como importantes para a saúde.

Você não consegue fazer?

Às vezes; sim; às vezes, não. **(Por que não consegue?)** É que, às vezes, eu não tenho tempo. Essa semana mesmo, nos dois dias que eu fui trabalhar, na quinta-feira, que tem feira bem aqui, pertinho, eu não fiz feira. (Entrevista 7)

Você não precisa cuidar da alimentação?

É, não precisa, não é? **(Não?!)** Não. Feijão, e farinha, e carne, para mim [risos] já está bom. Ela [esposa], não. Ela já tem que cuidar. **E ela consegue cuidar, a sua esposa?** Consegue. (Entrevista 1)

A contribuição da alimentação saudável para a saúde foi pouco elaborada pelos entrevistados, sendo comuns relatos de que esta faz bem à saúde e que se sentem bem quando comem comida leve. No entanto, um dos entrevistados relatou que a alimentação adequada contribui para evitar o uso de medicamentos, enfatizando que a quantidade deles em uso, nesta fase da vida, é grande.

Como contribui? Como pode contribuir?

[...] Ah, eu acho que só o fato de você não [...] precisar tomar outros tipos de remédio já é bastante contribuição. Entendeu?

Porque, se você tem uma rotina de tomar o remédio para aquele 'coiso', e não precisar tomar mais, [...] já é o bastante. Se você olhar para trás, que tem muita gente que toma dez, doze remédios por dia, aí... [...] sempre é... bom. (Entrevista 2)

Afirmção desta natureza é coerente com a preocupação da OMS, visto todos os entrevistados referirem pelo menos uma doença crônica – hipertensão, e orientações sobre alimentação saudável, como a redução da

quantidade de sal utilizada na comida, pode contribuir na manutenção da saúde destas pessoas.

Após a exposição e discussão destes temas é possível fazer algumas reflexões. Assim, pôde-se perceber que os relatos reconheceram a contribuição e os benefícios das atividades para a preservação da saúde nessa etapa da vida, destacando, na atividade física, o retardo do declínio funcional, a maior disposição para a realização das atividades cotidianas, a melhora do funcionamento cognitivo e a manutenção de contatos sociais; e, na alimentação saudável, a diminuição do risco para doenças crônicas potencialmente incapacitantes.

A recorrência de relatos sobre a participação em grupos de atividades físicas e de educação em saúde oferecidos pela UBS mostra a importância e a responsabilidade deste serviço para com a promoção da saúde de seus usuários idosos. A PNPS (2006a) propõe o estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção do SUS, mas enfatiza a importância destas ações na atenção básica.

Além da responsabilidade da UBS, verificou-se também a participação de alguns idosos em grupos de atividade física oferecidos por outras instituições do bairro, resultado da divulgação realizada por amigos e os vizinhos, o que indica um avanço no entendimento de que as ações de promoção de saúde não devem ser restritas aos serviços de saúde e que o cuidado com a saúde é responsabilidade de todos: indivíduo, sociedade, instituições e Estado.

Diante disso, pôde-se constatar que os princípios da promoção da saúde estão presentes nas representações dos idosos entrevistados, nos aspectos do desenvolvimento de habilidades pessoais, significando que os sujeitos participantes deste estudo já haviam sido informados sobre a importância, para a saúde, da prática de atividade física e da alimentação saudável. Os que as realizam se apropriaram destas informações e as incorporaram no seu cotidiano.

Os motivos pelos quais alguns entrevistados não realizam atividade física e não seguem as orientações sobre alimentação saudável foram justificados pela falta de tempo diante da rotina cotidiana repleta de compromissos e à escolha pessoal, apesar da informação sobre o assunto. Porém, especificamente em relação à prática de atividade física, percebeu-se também a influência das condições de saúde, habilidades físicas e motivação.

Ressalta-se, para concluir este item, que conhecer os motivos que levam os idosos a praticar ou não atividade física, e a seguir ou não as orientações sobre alimentação saudável, é de grande valia para a implantação de programas e atividades específicas, e também para a estimulação dos mesmos no sentido de assumirem uma postura ativa em relação ao cuidado de sua saúde.

4. 4. 2 Hábitos prejudiciais à saúde: tabagismo e uso de álcool

Os hábitos prejudiciais à saúde abordados nesta pesquisa foram o tabagismo e o uso abusivo de álcool, de acordo com as atividades promotoras da saúde citadas na Introdução.

O tabagismo é considerado um importante problema sério de saúde pública, contribuindo para quase cinquenta diferentes doenças incapacitantes e fatais (OPAS, 2007).

[O tabagismo] Responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrame) e 30% das mortes por câncer. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. (OPAS, 2007).

Lima-Costa (2004) afirma que este hábito é um dos cinco mais importantes fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo, por exemplo, para o aparecimento e agravamento de condições como a hipertensão arterial e diabetes. O tabagismo é considerado uma doença e está incluído na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substância psicoativa, visto que a dependência química causada pelo tabaco é semelhante à de drogas como cocaína e heroína (OPAS, 2007).

É considerado, então, uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado e fazer parte da rotina de atendimentos das Unidades de Saúde, da mesma forma que é efetuado para hipertensão e diabetes (OPAS, 2007).

E mais, sabe-se que o consumo de tabaco, assim como a exposição à fumaça produzida pelo fumante, são considerados causas passíveis de prevenção de doenças e, devido às estimativas de que os danos causados pelo tabagismo se dobrarão em 20 anos, são necessárias intervenções urgentes neste sentido (Lima-Costa, 2004).

Diante do entendimento do tabagismo como problema de saúde pública, passível de intervenção, e de que a não adoção de tal hábito contribui para a promoção da saúde, buscou-se neste momento entender a relação deste hábito prejudicial à saúde com a vida de sujeitos idosos.

Foram utilizadas questões referentes à adoção deste hábito ao longo da vida: procurou-se entender o motivo que os levaram a adotar tal hábito, quando isto ocorreu e por quanto tempo permaneceu. Nos casos em que os sujeitos conseguiram para de fumar, buscou-se entender como aconteceu.

Apenas dois sujeitos referiram que nunca fumaram, um homem de 70 anos e uma mulher de 82 anos, sendo que esta última justificou tal comportamento pela sua religião.

Ah, não, Deus me livre! Nunca fumei, nunca bebi... Nós, aqui, nenhum! Nem minhas 'fia', nada. (...) Ai, não posso nem ver 'fedô' de cigarro. E nem de... cachaça. Graças a Deus, eu sou evangélica. Nós, aqui, todos. Nós somos da igreja. Minha 'fia' tem essa lanchonete aí, mas... essas coisas não entram aí, não. (Entrevista 11).

Dos sujeitos que referiram tabagismo ao longo de suas vidas, pode-se identificar que estes iniciaram tal hábito, tanto no começo da adolescência como também na vida adulta e os motivos foram diversos, possibilitando uma associação ao gênero.

Entrevistados de ambos os sexos referiram que começaram a fumar porque viam outras pessoas fumando, como membros da família e colegas, e achavam bonito. Percebe-se que a adoção do tabagismo era incentivada antigamente pela própria família e valorizado socialmente.

Primeiro foi cigarro e depois fui para o cachimbo. Mas é porque as minhas cunhadas... Como que é? É cunhada? As mulheres dos meus irmãos... **(Cunhadas)** Todas elas fumavam cachimbo e eu aprendi.

Você aprendeu com elas?

É, com elas. Aprendi a fumar cachimbo com elas.
(Entrevista 12).

Eu, com sete anos de idade, aprendi a fumar. Eu via o meu pai... O meu pai fumava... fumo de rolo. Eu achava bonito. Aí, ele, às vezes, estava fazendo um serviçinho assim, às vezes com a ponta de cigarro na orelha, eu chegava, tirava e... acendia. Eu achava tão lindo, aquilo! Aí, minha mãe... Eu lembro que minha mãe me dizia: --*Homem, não deixa... Não deixa esse menino... Toma esse cigarro do menino.* Mas, sabe que pai, quando gosta do filho, tem amor no filho, aí acha aquilo bonito! Ele disse: --*Ah, deixe o bichinho, que ele não se 'avicia', não. Ele não 'avicia'.* Aí, fumei... até hoje. (Entrevista 1).

Porém, especificamente entre as mulheres da faixa etária de 60-69 anos, foi possível identificar a adoção do tabagismo relacionada ao relacionamento conjugal. Em um dos casos, a mulher começou a fumar para acompanhar o marido que era tabagista:

Eu comecei a fumar tinha uns trinta anos. Assim, sabe? Comecei a fumar por besteira, à toa. O meu marido fumava, [risos] aí... ele acendia o cigarro, às vezes eu dava um trago. Aí, fui, 'avicie' no bendito cigarro. (Entrevista 8).

Já em outro, a mulher referiu que retornou a fumar pelo "nervoso" que seu marido a fazia passar:

Aí, depois eu voltei a fumar... É, tipo um... Como é que fala? Desespero, nervoso, essas coisas todas, sabe? Voltei a fumar". (Entrevista 7).

Entre os homens foi verificada uma relação entre a adoção do hábito de fumar e a dinâmica do trabalho, conforme o relato: "Eu acendia um cigarro, que era para acender o maçarico. O cigarro na boca, eu acendia o maçarico para soldar, e depois... quando não ia soldar, não fumava. (Entrevista 6).

Apenas um dos entrevistados mantém tal hábito, mas relata que está em processo de parar e que já diminuiu a quantidade de cigarros por dia. Aponta que antigamente ele fumava um maço de cigarros por dia e que depois que teve o derrame foi reduzindo, segundo orientação do médico. Hoje costuma fumar cinco cigarros por dia.

Até o médico mesmo que cuidava de mim disse: --Olha, com o tempo que o senhor faz de fumo, há cinqüenta e tantos anos, o senhor não deixa de fumar, assim, do dia para a noite. Diz assim: 'Eu vou deixar!' O senhor vai fumando pouco, fuma cinco... Se fumava vinte, o senhor passa a fumar dez. Com o tempo, o senhor fumava dez, aí, fuma cinco. Vai diminuindo, até chegar... Chega um dia, o senhor diz: '-Não, ah, eu estou fumando um, posso passar sem esse um'. Aí, o senhor controla. Mas, agora mesmo que o senhor deixar, o senhor [palavra inaudível]. Não vou nem proibir o senhor de fumar, porque o fumo não lhe ofende. (Entrevista 1).

Os demais referiram ter sido tabagistas por períodos variados, entre dez e trinta anos. As mulheres foram as que apresentaram algumas tentativas, sem sucesso, de abandono da dependência durante esse período.

As diferentes maneiras adotadas pelos entrevistados para abandonar o tabagismo podem ser classificadas em: sem ajuda de tratamentos, medicamentos e espiritual, ou com ajuda. Dentre elas os motivos são variados e serão descritos detalhadamente a seguir. Ressalta-se a influência da faixa etária e do gênero neste processo.

Todos os homens do conjunto de entrevistados relataram que conseguiram parar de fumar sozinhos, não precisando de ajuda de tratamentos, medicações e de apoio espiritual. Porém ao analisar os motivos que incentivaram estes sujeitos a tomarem tal atitude, pode-se identificar uma diferença entre as faixas etárias.

Os sujeitos das faixas etárias mais velhas, de 70-79 anos e 80 anos e mais, por exemplo, decidiram parar de fumar após conselho de colega ou por vontade própria, por meio da avaliação negativa dos efeitos do cigarro para a sua vida.

Porque eu fumava o fumo de corda. Só que ele me embebedou, e eu larguei o cigarro por causa disso.

Quem te embebedou?

O cigarro. **(É?)** É. [risos] Eu estava com meio quilo, como que para 'mim' fumar. E ele... o cigarro embebedou, eu peguei, dei tudo para os outros, e nunca mais fumei. Em 1965. (Entrevista 4).

Não, não. Eu parei por minha conta. **(Ah, é?)** Por minha conta eu larguei. Eu estava no estado de Paraná, tocando o serviço, onde que tinha uns espanhóis que trabalhavam comigo. Ele chegou e falou para mim, falou: *A., esse cigarro que você está fumando vai te prejudicar.* Falei: *mas como? Porque eu fumava e me prejudicou. E o médico falou que foi o cigarro. E eu fumava menos do que você e me prejudicou. E você que fuma essa quantidade? Pára! Pára com essa bobagem.* (Entrevista 5).

Diferente do entrevistado da faixa etária de 60-69 anos, que tomou tal decisão após assistir a uma palestra sobre o assunto, e após conversar com seu médico.

Porque nós fomos ter uma palestra sobre o... incêndios. É aqueles primeiros socorros, Corpo de Bombeiros. E ele apresentou; não ele, mas outro colega dele apresentou o 'pobrema' do cigarro, e a gente... Eu levantei o 'pobrema', eu falei: --*Não, por que eu ficar me judiando da minha saúde com uma coisa que... uma coisa banal, uma coisa desse mundo aqui? Por que eu vou ficar?* Estragando a minha saúde, não é? Aí, eu parei.

(...) **Largou de vez?**

Não, de vez, de uma vez, não. Porque o médico mesmo aconselhou... Tomei uma opinião, e ele falou que não, não era para largar de uma vez. Por exemplo, se eu fumasse um... cigarro 'de' cada duas horas, 'fumava' só meio, jogava fora, tal. Uma coisa parecida, assim. Controlasse até... Mas foi uma semana e pouco, eu tinha... Larguei mesmo. (Entrevista 2).

Pode-se perceber, diante dessa exposição, que os sujeitos das faixas etárias mais velhas tomaram a decisão de parar de fumar a partir da própria experiência ou pelo conselho de um amigo. Já o sujeito da faixa etária mais nova, de 60-69 anos, precisou do incentivo e da orientação de profissionais da saúde.

As mulheres entrevistadas que não precisaram de ajuda são das faixas etárias mais velhas, de 70-79 anos e 80 anos e mais, e os motivos que as levaram a tomar tal atitude estiveram relacionados à "vontade Divina" e também a perceberem os prejuízos que este trazia para a sua saúde.

Depois que o seu marido faleceu você parou de fumar? Nunca mais fumou?

Fiquei fumando ainda, mas quando foi um dia, parece que Deus anunciou e me tirou aquele vício. Então eu não quis mais. **(Da noite para o dia?)** A gente diz que não pode deixar, assim, na hora, mas eu deixei na hora. **(É?)** Não senti falta de nada. Falei que se Deus está me tirando isso, deixa levar embora. (Entrevista 12).

Ainda bem que comprar, nunca comprei com o meu dinheiro. Os outros que me davam. Com um pouco eu me embebedava, com um pouco, e... e ficava ruim, me doía tudo aqui, e deixava. E tornava. Quando estava junto com as colegas, assim, eu achava tão bonito! Mas eu não consegui, deixei de mão. Não deu, não. Tentei, tentei, mas não deu certo. E dava prejuízo. (Entrevista 9).

Uma das mulheres da faixa etária de 70-79 anos relatou também que, além de reconhecer os efeitos negativos do cigarro para com a sua saúde, precisou receber orientação da médica.

O médico, doutor 'A.', falou para mim, mais a doutora 'B.', que é para 'mim' deixar de fumar porque... eu estava com uma 'toxe', uma ronqueira, assim. Mas, estava insuportável. E não dormia, de noite. Perguntou, tudo, e eu falei... Ele falou assim: -- *Faça um pouco de esforço e deixe de fumar. Você vai prometer?* Falei: -- *Vou.* Aí. Fiquei 24 horas sem fumar, aí eu falei: -- *Agora eu consigo.* E deixei. (Entrevista 10).

Por fim, as mulheres da faixa etária de 60-69 anos foram as que relataram dificuldade para parar de fumar sozinhas e que buscaram apoio em instituições religiosas e em serviço de saúde. Nas instituições religiosas, estas senhoras encontraram apoio através de palestras, tratamentos e fornecimento de medicações. Já o serviço de saúde, ofereceu tratamento via uso de adesivos.

Não, me deu vontade de largar de novo. Mas só que... **(Deu?)** É, só que eu tive que fazer tratamento. Fui nas 'Clínica', pegar aquele adesivo. Até meu filho, também, com aqueles adesivos, largou. E aí, na ****, que faço tratamento. É, ****. **(Ah. E tem ajudado?)** Todas 'terça-feira', eu vou lá na terapia, que é para ajudar também a largar do cigarro. Apesar [de] que eu já larguei. Não estou fumando mais. (Entrevista 7).

Agora eu larguei, faz... Dois anos eu deixei, mas a muito custo. **(É difícil, não é?)** Ai, só Deus sabe. Ainda hoje, se... Às vezes me dá vontade de fumar, mas eu... 'Da' vez que

eu já deixei, eu tenho que deixar mesmo, não é? Largar mesmo, esquecer.

Como foi que você deixou?

Eu fiz... tratamento. Eu fui... Eu queria largar sozinha, não consegui. Aí, fui procurar apoio. (Entrevista 8).

Os prejuízos do cigarro para a saúde, relatados pelos sujeitos nas diferentes faixas etárias e sexo, estiveram relacionados à falta de ar, tosse, rouquidão, dores de cabeça, perda de apetite e “vistas turvas”.

Como a senhora está se sentindo, agora [depois que parou de fumar]?

Olha, eu [me] senti muito bem. Eu vivia com ‘farta’ de ar, dor de cabeça... Até a vista ficava turva, assim, quando eu fumava demais. Porque era um atrás do outro. Parecia que eu estava louca, assim. Quando eu ficava nervosa, eu... fumando aquela droga, lá. Graças a Deus... (Entrevista 10).

Considerando o relato realizado, pode-se dizer que o tabagismo fez parte da vida dos sujeitos entrevistados e, em um caso, ainda faz. O motivo que os levaram a adotar tal hábito esteve relacionado aos valores sociais da época em que eram adolescentes e jovens adultos. Apenas as mulheres da faixa etária de 60-69 anos relacionaram o hábito ao relacionamento conjugal. Este dado corresponde aos determinantes sociais do tabagismo descritos pela OPAS (2007), dentre os quais se destacam a associação de imagens positivas ao produto e ao ato de fumar.

Pôde-se perceber também, nos relatos, uma mudança de atitudes e estímulos na direção do abandono do tabagismo de acordo com as faixas etárias em cada sexo.

Assim, entre os homens entrevistados foi possível verificar que o abandono da dependência nas faixas etárias mais velhas dependeu apenas

da vontade própria e de conselho de colega. Já na faixa de 60-69 anos, foi necessário o incentivo de uma palestra e a orientação do médico.

Entre as mulheres, este movimento também foi identificado, mas com características diferentes. Identificou-se que a necessidade de orientação do médico já esteve presente na faixa etária de 70-79 anos e que na faixa etária de 60-69 anos, já foi necessária a busca de ajuda e intervenções para abandonar tal dependência.

Este movimento de mudanças comportamentais em relação ao parar de fumar, identificado neste conjunto de entrevistados, indica a influência da medicalização da saúde na capacidade individual de tomada de decisões em prol da sua saúde. Assim, a faixa etária mais nova demonstrou-se mais dependente de intervenções terapêuticas e de medicação para abandonar o tabagismo, principalmente as mulheres.

Ressalta-se também a responsabilidade assumida pelos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, em atender esta clientela e realizar intervenções que contribuam para a prevenção e tratamento do tabagismo (OPAS, 2007).

Sobre o uso de álcool e suas repercussões no indivíduo e na sociedade, é necessário esclarecer que existem diferentes padrões de consumo e que estes são estabelecidos levando em conta aspectos médicos e psicossociais do uso do mesmo. No entanto, o objetivo de abordar esta questão neste estudo não foi de avaliar como se dá este consumo e classificá-lo, mas sim qual foi a relação dos sujeitos entrevistados com o

consumo de bebida alcoólica e levantar as conseqüências deste uso para a saúde.

Diante do esclarecimento, não foi possível fazer uma análise detalhada como realizada com o tabagismo, uma vez que foi maior o número de pessoas que não fizeram uso de bebida alcoólica ao longo de suas vidas.

Dos entrevistados que referiram fazer uso de bebida alcoólica ao longo de suas vidas, sujeitos das faixas etárias 60-69 anos e 70-79 anos, e de ambos os sexos, todos consumiam cerveja e não consideravam tal hábito enquanto dependência ou prejudicial para a saúde.

E beber, a senhora bebia?

Bebia, assim, quando tinha uma festinha... Natal, Ano Novo. (...)É isso. É. Cerveja. Eu bebia era cerveja. A única coisa. [riso] Agora, pinga, essas 'coisa', não... Nunca tomei, não. Mais era a cervejinha, quando nós 'ia'... Chegava final de ano, que a gente saía da escola, nós e ela... Em cima, ali, o posto, em frente o posto de gasolina, ali na... Entramos numa lanchonete lá, [riso] e tomamos dezoito cervejas, eu e os alunos, e a professora. Professora M. I.. [risos] **([risos])** Foi muito legal! (Entrevista 10).

Estes relatavam que o uso de bebida alcoólica era apenas "social", quando se reuniam com os amigos. No entanto, um dos entrevistados quando questionado sobre a freqüência que consumia bebida alcoólica, relatou que era todo dia.

[...] Se eu bebia? Não, nunca fui viciado em nada, muita coisa, não. **(A bebida é socialmente?)** Socialmente. Já bebi exagerado, mas acompanhado de muita gente. Já bebi exagerado, já fiquei bêbado algumas vezes, mas nunca foi bêbado, assim, para encher o saco dos outros. Eu nunca fui, não.

Mas você bebia, por exemplo, todos os dias?

Bebia todo dia, sim. Bebia todo dia, sim. **(É?)** Socialmente, bebia todo dia, sim. (Entrevista 2).

Apenas uma senhora de 64 anos comentou que costumava beber cerveja e que a primeira vez que parou com este costume foi por conta de dor de estômago. Mas logo voltou com o hábito porque o marido a fazia “passar muito nervoso”.

Bebia. Larguei, porque eu tive ‘pobrema’ de dor no estômago. Larguei de beber. Depois, eu dei de beber. Não bebida, assim, pinga, ‘essas’ bebida forte. Eu dei de beber cerveja. Mas, até isso, agora eu não estou tomando mais, também. É uma coisa que... (Entrevista 7).

Esta relação do uso de bebida alcoólica de acordo com o relacionamento conjugal também foi citada pela senhora de 83 anos, uma vez que começou a beber cerveja depois que se casou, para acompanhar o marido. E se ele a fazia “passar nervoso”, ela afirmou que bebia também.

Beber, eu bebia, sempre. **(Bebeu?)** Bebi, mas não de ficar assim... Por ai à toa. (...) Bebia assim em casa, porque ele comprava. Ele comprava e deixava em casa e eu bebia junto. Depois que ele largou, que ele morreu, eu não bebi mais também. (...) Bebia junto com ele. Ele me fazia nervoso, eu ficava nervosa **(Aí você bebia?)** Bebia. (Entrevista 12).

A única diferença que chamou a atenção foi que os homens da faixa etária de 80 anos e mais foram os únicos que relataram que bebiam cachaça. Um deles relatou que tinha o “vício” de beber cachaça todo dia, antes do almoço, para abrir o apetite:

Beber, beber, eu não... Tomava, ‘ansim’... Quando eu trabalhava na oficina, antes do almoço eu ia ‘no’ bar, tomava meia dose de pinga, antes do almoço. Era um vício, mas... para abrir o apetite. (Entrevista 6).

O outro relatou que costumava a beber cachaça freqüentemente, mas não considera que tal hábito tenha prejudicado a sua saúde, e sim a sua

vida. Segundo relato do mesmo, este chegou a perder todos os bens que tinha conquistado ao longo de sua vida por conta da bebida.

Eu fiz aquela barbaridade na fazenda, arrendei a fazenda de bala, era pra mim... Porque naquele tempo eu tinha dinheiro. Naquele tempo eu tinha. Eu gastei... Naquela época eu gastei sessenta mil com advogado. Perdi um sítio que eu tinha de cinquenta alqueires. Vendi e gastei com advogado. Eu tinha trinta bois no sitio, vendi toda a boiada. Perdi o açougue, perdi a administração, perdi tudo. Eu voltei [trecho inaudível] lavar tora, com machado. Pinga na minha boca, nunca mais! Não fui para o fundo da cadeia, porque eu tinha muito dinheiro. (Entrevista 5).

Contudo, apesar dos entrevistados não relatarem sobre os prejuízos que bebida alcoólica pode trazer para a saúde, estudos apontam que o consumo excessivo de álcool está relacionado à hipertensão arterial, cirrose, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, alguns tipos de cânceres, além de acidentes, violência e suicídio. Assim como o tabagismo, é considerado um dos mais importantes fatores de risco para doenças crônicas (Lima-Costa, 2004).

4. 4. 3 Orientações sobre adaptações no ambiente doméstico

Este item não foi apresentado explicitamente como uma das atividades de promoção da saúde do idoso na literatura estudada. No entanto, a adaptação do ambiente do idoso geralmente está associada à prevenção de quedas, fato que tem interferência direta na saúde dos idosos e, por isso, foi considerado como estratégia para a promoção da saúde.

A queda é a principal causa de acidente em idosos. Um terço das pessoas que têm 75 anos, que moram em casa, sofrem uma queda por ano

(Rocha, 1994; Okada, 1997). A frequência de quedas em idosos é maior do que se imagina, visto que estes a consideram como um fato inevitável do envelhecer e normalmente não as relatam, e é maior em mulheres do que em homens de uma mesma faixa etária (Papaléo Netto, 1996; Pereira e cols., 2001).

Considerada como uma das causas mais importantes de morbidade e incapacidade entre os idosos, a queda pode trazer conseqüências sérias e progressivas para a saúde. Além do risco de fraturas, ela também proporciona uma diminuição da mobilidade devido à perda de confiança e ao medo de novas quedas. Estas questões podem levar à “diminuição da força muscular, ao enfraquecimento das pernas, à condição de dependência, ao isolamento social e à institucionalização” (Papaléo Netto, 1996).

Os fatores de risco para quedas podem ser classificados como: intrínsecos, associados às condições biológicas e patológicas; e extrínsecos, que estão relacionados aos fatores ambientais. Este último será destacado visto que 70% das quedas acontecem no domicílio (Pereira e cols., 2001), e que este também foi objeto de investigação no campo.

Dentre os fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos, os principais são: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos e estreitos, obstáculos no caminho como móveis baixos ou fios, ausência de corrimões em banheiros e em escadas e calçados inadequados (Pereira e cols., 2001).

Estes fatores de risco são passíveis de intervenções, como orientações e modificações no ambiente, que visem à prevenção da saúde.

Autores relatam que estas devem ser realizadas com o consentimento do idoso, visando a respeitar valores e significados atribuídos aos seus pertences (Papaléo Netto, 1996; Pereira e cols., 2001).

No conjunto de entrevistados desta pesquisa, poucos sujeitos relataram que haviam sido orientados em relação ao assunto, entre eles, um senhor e uma senhora da faixa etária de 60-69 anos, uma senhora de 70-79 anos e um senhor de 80 anos e mais.

Os sujeitos da faixa etária de 60-69 anos foram orientados tanto em consulta quanto em palestras, mas não se identificaram com as orientações e comentaram que ainda não as realizaram.

Foi o médico. **(Um médico?!)** Hum, hum. **(Lá do posto?)** É. **(Ah, é?!)** É, porque, às vezes, não tem outro médico para substituir, para fazer essas coisas. Aí, os médicos que dão a consulta já... já induz isso na cons... **(Já passa essa informação.)** Informação, é. (...) É, porque chega uma idade que as pessoas de idade ficam frágeis, não tem muita força nas pernas. Aí, tem que ter, assim, não pôr tapete, esses tapetes que escorregam, nos lugares que anda; pôr piso antidesslizante, pôr trava no banheiro, aquelas... para segurar.
Você já fez alguma dessas mudanças? Ainda não. Não, eu não fiz ainda, não. [risos] **(Você ainda não precisou.)** Ainda não 'picisei', então...[risos] **(Mas já sabe, não é?)** Já sei... que, uma hora, vou precisar. (Entrevista 8).

Eu escuto na televisão; às vezes até o médico, mesmo, dando... dando palestra, dizendo o que é bom, o que é ruim; o que serve, o que não serve. Aí, eu já sei que... são essas coisas que... inclusive, nos traz algum 'problema'. Eu já não uso! Não adianta eu comprar uma coisa que, um negócio que me traz... me traz 'problema', eu não vou comprar. Para quê? O eu adianta dizer: --*Eu vou ter a minha casa bonita! Toda azulejada, toda...* Que eu vou saber que no azulejo eu vou escorregar e cair? (Entrevista 1).

A senhora de 73 anos relatou que foi orientada durante a consulta com o médico no qual ela faz acompanhamento de osteoporose. Esta é uma doença que compromete os ossos, sendo as orientações sobre prevenções de quedas mais importantes nestes casos por conta do risco de fraturas. Porém, a senhora comentou que conseguiu seguir as orientações em parte.

Ah, sim. Isso aí, a doutora que... Eu tirei tudo. Tinha um monte de tapetinhos que eu ganhei, de crochê, da minha filha. Então, a doutora J., do Hospital das Clínicas, falou que não era para 'mim' usar, para 'mim' levantar de noite; porque a gente toma muito remédio diurético, então a gente levanta várias vezes à noite. Ela falou: -- *Toma cuidado. Compra uma lanterna, e você fica usando quando levanta.* Mas eu não preciso, porque eu... Dá claridade dentro de casa. (Entrevista 10).

Por fim, na faixa etária de 80 anos e mais, apenas um senhor havia sido orientado sobre algumas adaptações no ambiente, principalmente relacionado às escadas de sua casa, pela agente comunitária que faz visitas domiciliares. No entanto, este também relata que sente necessidade de tais adaptações: "Não, já me falaram, mas por enquanto não. Você vê, tem essa escada aqui que eu preciso arrumar ela, eu subo isso e desço. **(Você sobe e desce escadas sem problemas?)** Sem problemas." (Entrevista 5).

Considerando que o risco de sofrer quedas é maior a partir dos 75 anos e que a mesma é mais freqüente em mulheres, conforme apresentado anteriormente, chamou a atenção o fato de nenhuma das senhoras terem sido orientadas sobre os fatores de risco e as adaptações no ambiente. Contudo, estas relataram que já apresentam tais preocupações e que buscaram estratégias próprias, ou via familiares, para enfrentar esse desafio no cotidiano.

E você tem uma 'escadona' aqui, para subir, não é?

É, na casa lá, como é que é! Entra lá, para você ver, depois. **(Depois eu vejo.)** É. Mas não escorrega, não. **(Não?)** O banheiro é que escorrega, mas eu, graças a Deus, nunca... [riso] Nunca caí, lá.

O que você faz para não cair? Que cuidado a senhora toma?

Ah, eu... Eu... Calço um 'chinelinho'. [riso] É. Calço um chinelo. **(Sem chinelo, fica liso?)** É. Fica liso. Para tomar banho, eu calço um chinelo. (Entrevista 11).

Com o piso que tinha lá, eu escorreguei há um... Mas não machuquei. Graças a Deus. **(Mudou o piso ou não?)** Então comprou um piso mais... Depois se a senhora quiser ver lá o... O Piso. Aquele lá é bom.

E quem que teve essa idéia de mudar o piso?

O povo da casa mesmo, daqui. Eles todos deram a idéia. Pra mim não ficar caindo... Já está doente, ainda cai e quebra alguma coisa... Pior ainda. (Entrevista 12).

4. 4. 4 Considerações dos idosos estudados sobre sociabilidade e participação em grupos

As pessoas idosas apresentam-se mais vulneráveis à solidão e ao isolamento social; o apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento da mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição da saúde e bem-estar em geral (WHO, 2005). De acordo com a revisão da literatura sobre os modelos de envelhecimento, as relações sociais previnem a morbi-mortalidade, e a participação em grupos é uma determinante de longevidade (Rowe & Kahn, 1997). Neste sentido, questões referentes à sociabilidade¹² e à contribuição da mesma para a

¹² Nesta Dissertação, o termo sociabilidade será entendido como qualidade e capacidade de viver em sociedade de forma positiva. Disponível em <http://pt.conscienciopedia.org/Sociabilidade> Acesso em: 31/12/2008.

saúde foram abordadas no trabalho de campo e estas serão descritas a seguir, mantendo-se a interpretação por faixas etárias e sexo, visando à identificação de particularidades entre as diferentes idades e gênero.

Na faixa etária de 60-69 anos, pôde-se observar que a sociabilidade dos idosos entrevistados esteve bastante dependente de instituições religiosas – católica e espírita. Todos relataram que freqüentam estes espaços pelo menos uma vez por semana, seja para assistir à missa, rezar o terço, participar de reuniões, realizar cursos e trabalhos voluntários.

Faço. **(Qual grupo?)** Eu faço... Eu faço parte, eu e ela, nós fazemos parte de um grupo de uma... uma comunidade da Legião de Maria. **(Uhm... Como é esse grupo? Eu não sei.)** É uma Legião de Maria. É uma legião que tem que... Tem um grupo de gente que... que faz trabalho. Por exemplo, visita uma pessoa doente, faz trabalho para a igreja... Assim.

Quantas vezes por semana, você vai no grupo?

Às vezes 'é' duas vezes. **(Hum, hum.)** Agora... certo que tem reunião... Uma reunião, a gente vai lá, a reunião; vai lá, a gente reza o terço e... escuta. Lá tem a palestra; conversar etc, e coisa e tal. E, realmente tem... pra gente prestar contas: para onde foi que a gente foi, quem foi que visitou, quantas pessoas visitou etc e tal... (Entrevistado 1).

Os entrevistados consideraram que participar de atividades nestes espaços contribui para a saúde, na medida em que promove contatos sociais: fazem amizades, têm com quem conversar e não ficam isolados em suas casas.

É importante, sim. É muito importante. Ficar isolado, sem conversar com ninguém, sem ter, assim, um diálogo com alguém não é bom. **(Você acha...?)** Faz muito bem a nossa cabeça. **(Faz bem para a cabeça?)** É. A nossa mente fica mais desenvolvida. **(E reflete na saúde?)** Hum, hum. **(Ah, é?)** É. É, porque, se a gente está bem, a cabeça, o coração está bem, tudo em paz, acho que... ajuda também na saúde. Tem a ver com a saúde. (Entrevista 8).

Apenas um entrevistado do sexo masculino demonstrou interesse em participar de uma outra atividade não relacionada à religião. Este entrevistado relatou que quando trabalhava em Osasco freqüentava uma associação de trabalhadores, mas teve que abandonar após se aposentar, por conta das despesas com condução para chegar até o local. Comentou, ainda, que gostaria de retomar esta atividade, mas gastaria muito dinheiro para isso.

Participa de alguma associação aqui do bairro? (Não, não.) Associação de aposentados...?

Não. Não participo, não. Eu participava lá em Osasco, quando eu trabalhava lá. Mas, depois, me desliguei de lá. **(É?!)** É, porque... eu ainda pago condução. Eu ainda pago condução. Daqui 'em' Osasco são quatro carros, dois para ir, dois para voltar. No mínimo, daqui lá 'é' dez, doze reais todo, dia que eu vou, se eu fosse todo dia. Entendeu? (Entrevista 2).

Este relato indica a relação da participação social com condições financeiras favoráveis, uma vez que se o entrevistado não tivesse que sustentar toda a sua família com a sua aposentadoria, talvez pudesse manter a realização dessa atividade. Além disso, o entrevistado é aposentado, mas ainda não tem direito de utilizar o transporte público gratuitamente, uma vez que este é conquistado a partir dos 65 anos, conforme descrito pelo Estatuto do Idoso (2003):

Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares (Brasil, 2003).

Uma senhora relatou que participa de reuniões sobre o Bolsa Família representando o filho, para quem o benefício é realmente oferecido. Estas

reuniões, no entanto, são realizadas no espaço do Centro Espírita, local também freqüentado por ela nos finais de semana, por conta de sua religião.

Aqui na... Ali no Bom Caminho, onde eu vou, na... É Bom Caminho, lá, onde eu vou, na Federação. Chama Bom Caminho. **(É o Centro Espírita?)** É.

Lá, vocês fazem reunião para o Bolsa Família?

É, é. Então, eu participo. A moça que vai lá, fazer a reunião, é 'psicóloga'. Ela passa um monte de coisa, assim, para a gente... Desenhar, às vezes. Faz um monte... Conta muita história para a gente 'arresponder' as 'pergunta', aquelas 'coisa'. Só 'essa' reunião que eu participo. (Entrevista 7).

Outra consideração importante que se faz necessária ainda nesta faixa etária é que, além da religião ter forte influência na sociabilidade destes entrevistados, as atividades referidas como mais importantes para a vida dos sujeitos que tiveram doenças graves, como câncer e acidente vascular cerebral, também estiveram relacionadas à religião.

Ah, só minhas 'oração'. **(Oração?)** É. **(É?)** É. Esse eu não posso deixar de fazer.

É muito importante para você?

É, isso é importante. **(Por quê que é importante?)** Ah, se eu não fizer 'de' noite, eu tenho que fazer 'de' manhã. Para mim, é importante fazer.

Que nem eu tava... Às 'vez' eu deito, para depois eu levantar, fazer, e durmo, não é? Então, tenho que fazer 'de' manhã. Para mim, isso aí é importante. (Entrevista 7).

Sobre os entrevistados da faixa etária de 70-79 anos, foi possível observar que a participação social dos homens esteve mais limitada, sendo que até mesmo as atividades relacionadas à religião são vivenciadas em suas casas: "Olha, eu gosto, eu tenho a fé em Deus, que Deus é nosso pai, mas sou ruim de... consegui ir 'na' igreja. E agora, o que eu assisto [na televisão] mais é... No domingo, é missa da Aparecida do Norte." (Entrevistado 4).

Um deles relatou que não participa de grupos, reuniões e associações porque é mais tímido e “tem medo de falar bobagem” nestes locais. Este referiu que mantém apenas contato com alguns amigos e deu a entender que este contato é o que o mantém saudável, pois o distrai, não o deixa “parado” nem “nervoso”.

Não. **(Não?)** Não vou porque não tem perto. Não tem nem parque aqui. **(Associações de moradores, de bairro?)** Não, não. Também não. Nem em reunião, eu não vou. **(Nem reunião no condomínio?)** Nem em reunião de condomínio eu vou. [riso] Quem vai é ela [esposa]. (...) Não vou porque eu não gosto. Sou meio... [riso] nervoso, posso falar bobagem, lá, e... [riso] (...) Não é ter vergonha, é o meu sistema. **(É?)** É o meu sistema. Desde moleque, desde criança. Eu falo pouco. **(É mais tímido.)** Mais tímido. (Entrevista 3).

Além disso, apesar de não fazer parte de nenhum grupo no seu bairro, na igreja ou no posto, parece que J. tem bastantes amigos e consegue manter essas amizades. Costuma sair para encontra-los, conversar, fazer caminhada, assistir ou participar de jogos (como a bocha, o dominó). Isso é outra coisa que parece que o mantém saudável. Estes contatos e a distração que eles proporcionam são também valorizados por J. (Diário de campo 3).

Já outro sujeito também relatou que não participa de grupos e que costuma ficar mais em casa mesmo. Porém, este apresentou o desejo de aprender a dançar: “Um grupo de que podia praticar, se tivesse aqui no bairro, era dançar. Aqui não tem...” (Entrevista 4).

Quando questionados sobre a atividade mais importante para suas vidas, nenhum desses homens remeteu a atividades de sociabilidade, como já era esperado, uma vez que elas são pouco exploradas por eles. Estes

valorizaram as atividades relacionadas ao trabalho – que ainda conseguem manter em suas vidas –, e atividades que fazem movimentar o corpo.

Eu gosto, a pintura. **(A pintura?)** A pintura. Gosto, mesmo! Faço com gosto, porque eu... É... [respira fundo] porque eu aprendi aqui em São Paulo, quando eu vim para cá.

Você aprendeu a pintar quando você veio para cá?

Quando eu vim para cá. Trabalhava na fábrica de tinta. **(Uhm.)** Foi assim. Sou colorista, eu que faço cor. As cores 'é' [palavra inaudível]. (...) Eu aprendi isso e gosto de fazer. Faço, mesmo, com gosto, certo? (Entrevista 3).

Eu fazer movimento no corpo. **(É?)** É. **(Que movimento no corpo?)** Às vezes, a pessoa, como se diz, deve de manhã cedo, tomou o seu café e vai andar... Que nem, eu ando lá do lado da minha casa. Eu moro no fundo, eu vou 'cá' para cima... 'Cato' um jeito, um serviço, uma coisa ou outra para fazer. Às vezes eu fico andando, só para fazer movimento no corpo. **(E isso é importante?)** É importante. (Entrevista 4).

Por outro lado, as mulheres desta faixa etária apresentaram-se muito diferentes em relação à sociabilidade. Uma delas demonstrou-se totalmente dependente da instituição religiosa, sendo esta o único local onde costuma ir quando sai de casa. Ainda assim, relatou que precisa da ajuda do filho ou das colegas para realizar tal atividade, pois apresenta dificuldades para caminhar fora de casa. Quando questionada sobre a contribuição desta atividade para a sua vida, relatou que se sente feliz e alegre quando está na instituição religiosa e que as orações a fazem sentir-se bem.

Direto. **(Vai?! Que dia da semana tem?)** Ai, facilmente que a igreja que eu vou tem que ter todo dia. Eu não vou todo dia porque eu não posso ir todo dia.

A senhora vai mais ou menos quantas vezes por semana?

Ah, tem vez que dá certo, eu vou a semana toda. **(É?)** Eu não ia, não. Estava ruim, sem força... Eu ia... uma noite, outra não. E assim, aí tem dia que... está bom o corpo da gente, eu vou segunda, terça, quarta, vou direto.

[...] Me ajuda, a igreja me ajuda. **(É?)** É. Na minha igreja eu me sinto muito feliz, muito bem. Me sinto bem. Aquelas orações bonitas, eu me sinto bem. Assim, aquelas... Os testemunhos que o povo dá, assim, de coisa, eu sinto bem. (Entrevista 9).

A outra entrevistada, quando questionada sobre as atividades de inserção social, logo referiu as atividades que realiza no grupo da Terceira Idade de uma instituição do bairro, como o grupo de dança e os passeios. Para a entrevistada estas atividades contribuem para a saúde, pois eles dá risada, conversa, “se distrai”, “se diverte”.

Ah, eu acho que sim, porque a gente se diverte. A gente está ali num ambiente, e os ‘professor’ falando e ‘explicando’; e se a gente erra, eles pegam no pé mesmo... Não tem moleza, não tem... Porque um é mais velho do que o outro, mais novo, não. Eles pegam no pé da gente, mesmo. É. Muito bom.

No seu dia-a-dia, agora falando do seu dia-a-dia mesmo, você faz uma atividade que você fala assim: -- É muito importante para mim? Que você não pode deixar de fazer?

É, para mim é... a terceira idade. É a única. (Entrevista 10).

É interessante que, para as mulheres desta faixa etária, as atividades realizadas que incentivam a inserção social são as consideradas como mais importante nas suas vidas.

Por fim, em relação à faixa etária de 80 anos e mais, a religião assume novamente grande parte da responsabilidade pelos contatos e sociabilidade. Todos os entrevistados, independente da religião, referem que costumam freqüentar instituições religiosas pelo menos uma vez por semana, seja por ser pastor, seja para ir à missa, rezar o terço ou participar de grupos. Para dois entrevistados, um de cada sexo e de religiões diferentes, a socialização depende das atividades relacionadas à religião.

E, você participa, faz parte de algum grupo aqui no bairro?

Não! **(Não?)** Não. Não, não participo de nada. **(Nenhum grupo?)** A minha participação é na igreja, mais nada.

Ah, e como que é essa participação na igreja?

Eu sou pastor e vou lá ensinar a, e pregar a palavra de Deus e, explicar tal a doutrina. É isso aí. E mais nada.

E, em que dias da semana você faz esse trabalho de pastor na igreja?

Hoje mesmo eu vou pra igreja. É, são quarta... lá na capela eu vou quarta, vou quinta, vou sexta, sábado e domingo. (Entrevista 5).

Freqüento a igreja, mas a igreja aqui do bairro, não. **(Do bairro, não?)** Aqui da São José, eu não freqüento. Eu freqüento a do Rio Pequeno...

Quando eu acordo bem cedo, eu vou na do Rio Pequeno. Senão, quando... mais tarde um pouco, vou na Senhora Aparecida, ali no Peri-Peri. Porque aqui, começa um pouco mais tarde a missa, nove e meia. E, então, eu procuro 'de' ir mais cedo. (Entrevista 6).

Já os outros dois entrevistados referiram que, além das atividades oferecidas pela igreja, costumam visitar amigos e manter contato com vizinhos e parentes. A senhora comentou sobre a participação no grupo de passeio oferecido pela UBS. Já o senhor mais velho do conjunto dos entrevistados demonstrou o desejo de se matricular no "SESC" para começar a participar das atividades oferecidas por este serviço.

A manutenção destas atividades e dos contatos sociais contribui para a saúde segundo os relatos dos idosos, na medida em que eles ficam alegres, contentes e felizes; esquecem as coisas ruins, mantém as amizades e conversas com amigos.

Contribui. **(É.)** Contribui. Porque não é só a gente se alimentar direito, tudo. A gente tem que ter aquela amizade, a gente tem que se ajuntar, assim, para a gente esquecer muita...

A gente esquece muita coisa ruim. A gente se junta, conversa, faz a oração lá, que tem que fazer, rezar, tudo... Apesar [de] que eu não sou muito, assim, não, coisa... Eu

vou mais para fazer companhia, mesmo, assim, tudo. Mas eu acho que ajuda muito.

Porque a gente... A pessoa ficar muito 'sozinho', muita coisa, ele vai ficando uma pessoa mal humorada, assim, tudo. Então, juntando aquela comunidade, a gente se sente bem. (Entrevista 6).

Você acha que ir à igreja, orar, cantar, contribui para a sua saúde?

Ah, a gente tem o costume. Chega lá... a gente fica muito... alegre. [riso]

Como você sai de lá, depois?

Ah, eu saio... alegre, 'proque'... Às vezes, se eu estiver com 'arguma' coisa, 'arguma' dor, eu peço para eles orar para mim. Porque a pessoa, tendo fé, tem tudo na vida. Agora, se ela não tiver fé, não tem nada feito. E eu vou, eles 'ora', e eu chego aqui sã. [riso] É. (Entrevista 11).

No entanto, uma das entrevistadas relatou que freqüentar a igreja contribui para a saúde, pois “ensina o caminho do céu”, o que pareceu estar relacionado à espera da morte. Quando questionada sobre qual atividade é mais importante para a sua vida, esta relatou que não realiza nenhuma atividade importante, pois é dependente para quase todas atividades instrumentais de vida diária e não é estimulada por familiares a realizar atividades com autonomia.

Porque eu fico contente de poder ir à missa. Quando eu quero ir à missa eu vou. Fico contente por ir.

Faz bem para a senhora ir a missa?

Eu acho que sim.

Faz bem pra quê?

Pra ensinar o caminho do céu. (Entrevista 12).

Nada que é importante para você?

Assim, eu não tenho vontade de fazer nada não. Tenho vontade de largar tudo para lá e ir embora para o céu.

[...]

Já não tem mais vontade de fazer nada? Está só esperando?

Estou só esperando, o que mais a gente pode fazer? Comida mesmo eu já não faço mais porque ela não me deixa fazer. Tenho o fogão, mas... Ela vem fazer aqui pra “mode” o fogão não ficar parado. Faz comida aqui, faz lá...

Faz aqui... Eu gosto quando ela faz aqui, porque aqui está perto de mim. (Entrevista 12).

Apenas um entrevistado considerou a atividade da igreja, que está relacionada à inserção social, como a mais importante de sua vida. Os outros dois, um senhor e uma senhora, valorizaram as atividades cotidianas, como fazer comida e cuidar das plantas.

Finalizada a exposição dos relatos dos sujeitos sobre sua sociabilidade e as atividades que os mesmos consideram importantes para suas vidas, algumas considerações podem ser realizadas.

A primeira delas é que a relação entre as atividades religiosas e a manutenção de contatos sociais é bastante forte nesta etapa da vida destes idosos, uma vez que alguns se demonstraram fortemente vinculados às instituições religiosas, nas diferentes faixas etárias.

A segunda, pôde-se observar influência da condição sócio-econômica e da falta de acesso a locais para realização de tais atividades, como no caso do senhor da faixa etária de 60-69 anos que gostaria de participar da associação profissional em Osasco, mas não tem condições financeiras. Ou um senhor que gostaria de participar de um grupo de dança e não sabe que este é oferecido por uma instituição do bairro onde mora.

Concluindo, uma consideração importante neste item diz respeito ao desconhecimento, e conseqüente não participação destes idosos entrevistados em Conselhos tais como o Conselho Municipal de Saúde. Este último foi estabelecido pela Lei nº 8.142 de 1990 como uma das formas de

participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e é definido como:

Órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, sendo que suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (Brasil, 1990).

Sendo assim, pelo fato de os entrevistados serem usuários dependentes dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e também por serem aposentados, e em alguns casos apresentarem mais disponibilidade de tempo livre, considera-se que a informação sobre a existência de Conselhos e incentivo à participação nos mesmos seja parte constitutiva da promoção da saúde e conseqüente empoderamento dessa população, segundo a definição da Carta de Ottawa a propósito do desenvolvimento de habilidades pessoais.

4. 5 O serviço de saúde e sua contribuição para a promoção da saúde do idoso, segundo relato dos entrevistados

Neste tópico busca-se compreender qual é a relação dos usuários idosos com o serviço de saúde, enquanto executor de políticas públicas na área de promoção da saúde. Inicialmente, serão apresentados dados sobre os locais onde os usuários costumam obter informações sobre saúde e promoção da saúde. Em seguida, serão apontados os motivos que fazem os

usuários procurarem a Unidade Básica de Saúde e o olhar dos entrevistados sobre a dinâmica da consulta, dos grupos que são oferecidos e das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. Por fim, será realizada uma discussão sobre as necessidades de saúde identificadas nos relatos dos sujeitos entrevistados e sugestões de atividades referidas pelos mesmos, à luz das propostas de estratégias de promoção da saúde apresentadas anteriormente.

4. 5. 1 Onde os entrevistados costumam obter informações sobre saúde?

Este item visa a identificar os locais onde os sujeitos entrevistados costumam buscar e obter informações sobre saúde e foi organizado de acordo com as faixas etárias.

Na faixa etária de 60-69 anos, foi possível identificar que todos os sujeitos, independente do sexo, referiram buscar informações sobre saúde na Unidade Básica de Saúde, através de consultas e de grupos.

Onde você costuma pegar informação sobre promoção da saúde?

Lá no Posto. [...] É, de alguma... Alguma coisa, assim, que eu quero saber, alguma dúvida, aí eu pego a médica, ou uma enfermeira daquelas: -- *E tal, e isso, assim, assim? E tal, é? Explica para mim, olha?/ -- Faz assim, faz assim, faço.*

Em mais algum lugar ou não?

Não. **(Só no posto?)** No Posto. (Entrevista 1).

Onde você costuma pegar informação sobre saúde?

Eu vou 'no' Posto. [...] Tem médico que tem... Eles dão palestra. É, dão palestra sobre saúde. Eu vou. Quando tem, eu vou. Esse ano teve duas... É, esse ano já teve duas vezes.

Como a senhora fica sabendo?

É, eles avisam, não é? Eles põem cartaz lá no posto, ou na rua. A gente sabe, e vai. As pessoas que querem ir... Porque não vai muita gente... A maioria do povo, às vezes, não gosta muito, sei lá, dessas coisas. (Entrevista 8).

Além disso, um senhor relatou que costuma também obter informações sobre saúde nos programas de televisão e na internet, pois parece que o mesmo tem facilidade para uso de computador.

É um negócio de saúde, lá, da televisão. Eu fico, fico um tempão, vendo ali, saúde. Um dia desses estava assistindo aquele *Globo Repórter*, falando sobre... Os alimentos. E eu tentei fazer até um alimento em casa, mas não consegui porque [risos] 'fartou' os ingredientes. E faltou a própria... Ele falou que é no 'li-lificador', lá, bater no 'lificador'. Liquidificador. Mas eu não consegui fazer, não. Mas vou preparar para fazer um... Já tirei do site, lá, direitinho, como é que é ele, como é que faz, direitinho. Já está na minha mão, já. (Entrevista 2).

Já em relação à faixa etária de 70-79 anos, pôde-se observar que além da Unidade Básica de Saúde, os sujeitos entrevistados relataram que obtém informações sobre saúde a partir de sua própria experiência (um senhor) e/ou a partir da participação em grupos em outras instituições, sejam voltadas à saúde ou não (uma senhora).

'Premeira' coisa, de minha cabeça; segunda, do Posto. **(Entendi, no Posto também.)** Isso, isso. Eu 'ajudo' do posto. Mas, primeira coisa, a pessoa, da saúde, a pessoa tem que se cuidar como é que é, como é que não é. Que, se a pessoa não cuidar pela sua cabeça, for pela cabeça dos outros, 'ele' está perdido. (Entrevista 4).

Onde você costuma pegar informação de saúde?

Ah, lá na ginástica eles dão papelzinho para a gente... Ler, e saber como que faz os exercícios. Na Faculdade de Medicina, também, a médica me deu. Tenho tudo guardadinho. Eu tenho, é. Como a gente tem que fazer as 'alimentação', não comer nada salgado para não subir a pressão. (Entrevista 10).

Porém, ao identificar os relatos dos sujeitos da faixa etária de 80 anos e mais, pôde-se verificar que estes são os mais dependentes da Unidade Básica de Saúde para obter informações sobre os cuidados em saúde. Quando questionados sobre o assunto, todos direcionaram suas respostas para o “Posto de Saúde”, sendo através de consulta e conversa com médico, conforme relato a seguir: “Informação? [riso] No Posto de Saúde. É, por que, quando eu estou meio ‘ansim’, eu já vou lá, na doutora ****.” (Entrevista 6).

Neste sentido, pode-se afirmar que o serviço de saúde é fundamental no fomento à promoção da saúde dos idosos entrevistados, visto que foi possível compreender que, com o passar dos anos, os sujeitos desta pesquisa foram se tornando cada vez mais ligados a ele para obter informações sobre saúde. A utilização dos meios de comunicação e do avanço da tecnologia, enquanto veículos de informações sobre saúde, foi referida apenas pela faixa etária mais nova deste conjunto de entrevistados, refletindo a dinâmica social e do envelhecimento.

4. 5. 2 O olhar dos idosos entrevistados sobre a dinâmica do serviço de saúde: consultas, grupos e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde

Este item tem o propósito de entender o olhar do idoso entrevistado sobre as práticas oferecidas pelo serviço de saúde, como as consultas, os grupos e as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários.

Quando questionados sobre o motivo que os levam a ir ao serviço de saúde, os sujeitos entrevistados das diferentes faixas etárias relataram que o fazem para fazer consulta, para participar de grupos, para medir a pressão, para pegar a medicação e para conversar com a enfermeira.

Eu vou para o Posto para quê? Para... Eu vou para o Posto para... para passar 'no' médico, para examinar meu corpo, ver como está minha saúde, minha pressão, como eu estou; e, às vezes, também, colher alguma informação. Que é importante. (Entrevista 8).

Pela palestra, que eles fazem aí, de uma vez por mês, que é aquele... Eu não sei o nome certo que a gente fala. Que já falaram, já falaram, mas eu não me 'alembro'. Mas é aquele conjunto para saber como é que está a pressão... Digamos, uma consulta, uma consulta médica.

Mas é em grupo, não é?

Em grupo! É em grupo. É aquilo que eu falei para você, de vinte, trinta pessoas. É em grupo. [...] E eu venho aqui também para medir a pressão. Venho, duas vezes por semana eu venho aqui. Duas vezes por semana. (Entrevista 2).

Quando tem a consulta marcada. Quando não tem, eu não vou não. Eu não gosto de ir lá, porque eu vejo muita coisa... Eu vejo pessoas doentes, reclamando, chorando, um dói... Falando dos médicos, falando da, da enfermeira, falando do, do... Eu não vou! Eu não gosto disso! (Entrevista 5).

Porém, ao analisar os relatos dos sujeitos da faixa etária de 80 anos e mais, pode-se perceber que estes também freqüentam a Unidade Básica de Saúde para passear, conversar e visitar o "pessoal" que trabalha lá.

É difícil passar a semana que eu não 'vou'. Quando não tem, eu dou uma desculpa para medir a pressão, só para ver a... a turma, lá. [...] Vai, ao menos, para cumprimentar, não é? [...] Aquela turma lá, eu gosto muito, viu? Eu... A doutora **** é... É um amor de médica. [...] O Posto de saúde, ali, eu chego ali, cumprimento, coisa... Ih! 'Das vez', eu vou medir a pressão lá, tem 'arguma', fala: -- *Outra vez?! Eu falo: -- Eu 'tô' pagando!* [risos] (Entrevista 6).

Sobre a consulta, os sujeitos entrevistados das diferentes faixas etárias relataram que fazem consulta quando estão com doenças e queixas específicas, mas também quando querem fazer acompanhamento, pedir orientações e verificar a medicação.

Eu vou, assim, para... Fazer uma consulta, para alguma coisa que eu estou achando anormal, que eu acho que está anormal em mim: uma gripe, uma coisa assim. Aí, eu vou. Chego lá na doutora e... A doutora me atende, pego, eu digo o que eu estou sentindo. Eu digo a ela: --*Doutora, eu estou sentindo isso*. Ela me passa um exame, uma coisa e tal. (Entrevista 1).

Vou para o negócio, mais pela pressão. E controle de exame de sangue, essas coisas. Eu gosto de fazer, mesmo. Quero controlar, para ter um controle. [...] Não, vou para consulta. Marco; vou lá, marco a consulta. Depois, vou lá, converso com a médica, tudo. Peço uma orientação 'para' ela. [...] Não, vou por vontade própria minha, mesmo. Não é que eu estou me sentindo mal. [...] Não é, não. Eu vou porque eu gosto de... Controlar, mesmo. (Entrevista 3).

As consultas foram descritas pelos sujeitos de maneira semelhante em todas as faixas etárias. Estas envolvem dizer "o que está sentindo", medir a pressão arterial, pesar, realizar exames e tirar dúvidas. Foi comum o relato de que eles têm espaço para conversar e que não têm dificuldades na compreensão do conteúdo que é passado nas consultas nem do vocabulário que é utilizado pelos médicos.

De conversar o que eu estou sentindo; se eu estou sentindo alguma coisa, se eu não estou; tirar a pressão, pesar. Essas coisas. [...] É, porque a gente já vai no médico para tirar dúvida de alguma coisa que... A gente pensa que não está certo. [...] A gente entende porque a gente sabe que... Se a gente não faz, não cuida da saúde na orientação que ele nos dá para fazer, não adianta nada você tomar remédio, passar no médico. Não adianta nada, porque, se você não se cuida também, não faz a sua parte, o médico não é milagroso, não é? (Entrevista 8).

Converso. [...] Falo. Falo o que eu sinto e o que não sinto.

Ele passa informação para a senhora sobre como que a senhora tem que fazer para cuidar da sua saúde?

É, para tomar o remédio “direitinho” e para poder cuidar bem do corpo. [...] Eu entendo o que eles falam. [...] Que a gente tem que se tratar, se cuidar bem para poder ter saúde. Às vezes eu dou risada porque acho engraçado.

É difícil entender o que ele fala?

Não, não é difícil. (Entrevista 12).

Apenas uma entrevistada, da faixa etária de 70-79 anos, comentou que tinha dificuldade para compreender a fala da médica que a atendia. Assim, quando não entendia “de primeira”, a médica tinha que explicar várias vezes para que esta senhora entendesse. A entrevistada ainda refere que tal dificuldade faz com que a consulta seja demorada e exige dos médicos mais paciência com os usuários.

Umás coisas, eu entendia; outras, ela explicava. Ela falava, e dizia... Muitas coisas ela explicava para mim. [...] Tem médico, [que] tem muita gente para passar, e não dá para a gente demorar. Porque tinha coisa que eu perguntava. [...] Porque, para ‘mim’ entender... [...] Ela tinha muita paciência com o povo. Tinha umas que demoravam! E ela gostava de explicar... Coisa, bem ensinar para a gente. Ela dizia: *-Está isso, isso. Ah, eu já falei isso, isso, isso.* Já sabia a saúde da gente. (Entrevista 9).

Esta preocupação da senhora entrevistada em relação ao tempo da consulta de pacientes idosos e a necessidade de paciência dos profissionais e dos demais usuários também foi verificada no relato de profissional médico entrevistado, o que reforça o entendimento de que o atendimento ao idoso apresenta especificidades.

Precisava diminuir o número de consultas. Porque ele dá muito mais trabalho para você explicar, para você orientar. [...]

Em termos de satisfação, não. Eles são um pessoal muito mais carinhoso, é um pessoal que não é agressivo. Eles,

pelo menos, ouvem a gente. [...] Eu acho que no atendimento, até mais satisfatório. Dá mais satisfação [atendimento do idoso] do que outros atendimentos. (Entrevista Profissional 2).

Ainda sobre este tema, a questão da comunicação entre usuários idosos e profissionais da saúde, principalmente durante as consultas, foi descrita pelos dois profissionais entrevistados como um problema, visto que a maioria dos idosos que freqüentam a Unidade, além de apresentar déficits sensoriais e cognitivos associados ao processo de envelhecimento, é considerada de baixa renda e de pouca escolaridade.

É que a maioria dos idosos é analfabeta. Então, a gente tem que ter um cuidado muito especial para orientar. Depois que eles saem da consulta, você tem que anotar na sua agenda, para passar no dia seguinte o caso para a agente de saúde; para ela ir até a casa do idoso depois da consulta, para reforçar o que você falou. Porque, às vezes, você desenha, você fala devagar, você tem a maior paciência do mundo, e ele sai sem entender nada! É super sério, assim. (Entrevista Profissional 1).

Este fato, segundo os profissionais entrevistados, compromete a compreensão das informações e das orientações que são passadas aos idosos e acaba interferindo no cuidado da saúde dos mesmos.

Quanto à aderência ao tratamento e orientações da consulta, a maioria dos entrevistados relatou que consegue seguir as orientações passadas pelo médico em casa e reconhece a importância das mesmas. Entretanto, um entrevistado da faixa etária de 80 anos e mais, apesar de demonstrar essa preocupação e valorizar as orientações realizadas pelo médico, comentou que quando chega em casa faz uso do remédio apenas quando “cisma”, ou seja, da maneira que ele quer.

Mas eu tomo 'quannndo'... Uma vez, quando cismo, não é? Porque, se eu não estou [me] sentindo mal, eu não vou tomar, não é? Então, essas coisas. [...] Não; não, não. Não tomo porque... Se eu estou com a pressão boa, se estou [me] sentindo bem, então não vou... Para que eu vou pôr remédio no meu corpo?

E a doutora falou o quê?

Eu não falei com ela disso aí. (Entrevista 6).

Em relação aos grupos, os entrevistados das faixas etárias mais novas referiram que passam em diferentes tipos de grupos: o de hipertensão e diabetes, que tem como princípio a educação em saúde; o de alongamento, que está relacionado à atividade física; e a caminhada, também destinada para a atividade física.

No entanto, a motivação e o incentivo para a participação em tais grupos podem ser divididos em: indicação médica ou por convite de profissionais e vizinhos.

Você falou que passa em grupo de caminhada. Além desse grupo, o senhor gostaria de participar de mais algum grupo, lá no posto?

Não. A não ser que... A médica achar que eu deva participar de alguma outra coisa: --*Ah, o senhor vai ter que participar disso e tal, e tal.* Aí, eu posso ir. Mas que acho nece... Que eu veja, assim, que estou necessitando, não. [...] Se ela manda uma coisa que é para o meu bem, que eu sei que é para bem da minha saúde, para o meu bem, eu vou fazer com a maior tranquilidade. (Entrevista 1).

Uma senhora, minha amiga lá, que tem, ela falou: -- *Eu faço alongamento lá no Postinho.* Falei: -- *Ué, eu moro há tanto tempo, eu não sabia!* Falei: -- *Lá tem?* Ela falou: -- *Tem.* Eu falei: -- *Ah, então...* Ela falou: -- *Todo dia você pode ir.* Aí, eu vim; vim terça-feira e vim na... Não, vim na segunda e terça, e hoje não vim. [...] Antes eu não vinha, porque não sabia. E, além disso, eu faço caminhada. (Entrevista 10).

Apenas uma das entrevistadas da faixa etária de 60-69 anos relatou que já foi informada desses grupos, mas que não participa de nenhum, por conta de exercer o papel de cuidadora do neto.

Alguém já te convidou para algum grupo?

Já. Mas, que nem eu estava falando. Por enquanto, eu não posso, por causa do menino. Por causa desse negócio dessa dor no meu braço, a menina falou que a doutora X faz aqui na... Lá mesmo, no Bom Caminho, onde eu vou, 'de' segunda-feira, um grupo para... Eu não sei como é: se é alguma terapia, o que é que ela faz, para quem tem dor. Mas, para 'mim' ir, para 'mim' não dá. Por enquanto não dá. [Tem que] esperar 'ponhar' o menino na creche. (Entrevista 7).

Sobre a participação em grupos, foi possível ainda identificar que o único sujeito, da faixa etária de 70-79 anos, não orientado sobre a oferta destes pelo serviço de saúde foi o entrevistado que faz parte da modalidade tradicional. E mais, além de nunca ter sido informado, este demonstrou desejo de participar de algum grupo “de conversa” sobre saúde.

Ainda não. Não me convidaram. Isso, nunca me fizeram esse convite. [...] (**Você gostaria de participar?**) É bom, não é? [...] Gostaria, sim. (**Que tipo de grupo te agrada?**) [...] Caminhada. [...] Orientação. Orientação, não é? [...] Sobre saúde, sobre tudo. (Entrevista 3).

Este dado permite fazer uma reflexão. Todos os sujeitos da faixa etária de 60-69 anos foram informados e orientados sobre os grupos que acontecem na Unidade, a única senhora que não participa justifica tal atitude pelo fato de ser cuidadora do neto. Entretanto, na faixa etária de 70-79 anos, percebe-se um desencontro entre o serviço e o usuário, pois, conforme esclarecido pelos profissionais da Unidade, à exceção dos grupos de hipertensão e diabetes, específicos para cada área da ESF, os demais são abertos para toda população usuária da Unidade, sem restrição em relação

à modalidade a que pertence. Se ele é aberto à comunidade, verificou-se, no entanto, que o trabalho da UBS (modalidade tradicional e da ESF), é muito diferente. Dessa forma:

Essas orientações não são passadas pelos médicos da UBS, entendeu? Essa... Os folhetinhos, sabe? Está tudo lá na frente, está tudo no balcão, para quem quiser; mas o médico tem que saber, o enfermeiro tem que saber. Você precisa saber o que tem, para você oferecer. E isso não é feito pelas pessoas da UBS, sei lá por quê. Por uma questão de tradição, de... É uma medicina mais hospitalar, e não tem... Muito aproveitamento do que acontece na comunidade, do que você pode proporcionar para as pessoas. (Entrevista Profissional 1).

Isso, e eles são todos abertos, inclusive para as outras Unidades. Não sei se você sabe. É, não é fechado para a região.

E vocês podem orientar os pacientes também?

Isso, pode orientar. Tem grupo de caminhada... Se você quiser vir, não tem problema. Tem grupo de lian gong, tem grupo de alongamento. Mais nesse sentido. E, como é aberto, não tem problema. (Entrevista Profissional 2).

Quando analisada a questão da participação em grupos na faixa etária mais velha, de 80 anos e mais, percebeu-se que esta é mais restrita ainda. Apenas uma das entrevistadas relatou que participa dos grupos oferecidos pela Unidade, principalmente o voltado para atividade física.

Não, é só no de ginástica, mesmo. Ah, tinha outro também, que 'nóisi' ia lá, mas agora não tem mais, não. Era assim, que nem uma reunião, que estava o papel lá na parede, e... Para falar. Falar coisa de comida, que a gente não pode comer isso e nem aquilo. É... Agora não tem mais, não. (Entrevista 11).

Este fato não esteve relacionado com a modalidade a que os sujeitos pertencem, visto que outros dois sujeitos desta mesma faixa etária também são da ESF.

Além disso, cada um dos sujeitos desta faixa etária que não participa de grupos apresentou reações diferentes quando questionados sobre o assunto: um foi informado e não ficou interessado, outro não foi informado e não ficou interessado, e a senhora não foi informada e não tem interesse em participar.

O senhor que já foi informado sobre estes grupos, mas que não se interessou por nenhum deles, comentou que, se existisse algum grupo voltado para a conversa, ele participaria: **“E você queria um grupo para quê? Pra conversa. Pra nós dialogar, conversar. Aí sim. [...] Esse aí eu gosto, eu gostaria”** (Entrevista 5).

A contribuição destes grupos para a saúde dos entrevistados já foi apresentada anteriormente neste capítulo, quando abordada a questão da atividade física e alimentação saudável.

No entanto, sobre o grupo de hipertensão – “palestra”, foi possível identificar nos sujeitos que participam dele ou já participaram total domínio e conhecimento de como se realiza, conforme apresentado no Capítulo da Metodologia, e consideram que este contribui para a saúde uma vez que a pessoa fica mais disposta e as informações passadas funcionam como “conselhos”. A única crítica que fizeram foi em relação ao tempo de duração, já que uma das entrevistadas da faixa etária de 70-79 anos referiu que este é muito demorado.

Era o grupo de... De saúde mesmo, de explicar essas coisas de doença, de remédio, de... de coisa de mulher mesmo. Tudo: de pressão, de coração, essas coisas todas aí. E ensinava o que a gente faz, o que não faz... Quem estivesse passando mal, passava no médico. Quem não estivesse, vinha embora, estava bem. [...] Achava bom. Umas coisas

eu achava que estavam 'certa', outras coisas mesmo, eu achava que isso demorava... (Entrevista 9).

O último assunto abordado sobre o serviço de saúde foram as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Sobre estas, os entrevistados comentaram que os ACS costumam passar uma vez por mês em suas casas e fazem perguntas sobre a saúde, sobre como estão se sentindo, se estão se alimentando direito, dormindo bem; se estão fazendo uso correto da medicação, além de tirar dúvidas, fazer orientações sobre saúde e marcar consultas. Ao término, anotam os nomes das pessoas que moram na casa, pedem para os sujeitos assinarem o comprovante da visita.

Ah, ele vem, passa aqui, visitando na rua. Alguma orientação, alguma dúvida que a gente tiver, a gente tira. [...] Ele explica o que a gente pode fazer, o que a gente não pode. Aquilo que ele não pode resolver, ele diz: --*Olha, vai lá falar com a médica*. E... Dá toda a explicação à gente, direitinho. Marcar uma consulta... A gente: --*Olha, eu não posso ir, coisa e tal, para marcar uma consulta*. Ele marca. Muito, é muito útil essa... vinda dos agentes comunitários na rua. Eles sempre estão vindo. (Entrevista 1).

Eles vem aqui, vê como que está, como que não está a saúde, tal, tal, tal... Que dia que eu vou, como que está... Como que está o remédio, olha o remédio, tal, tal, tal... É isso. Elas sempre vêm aqui. [...] Ela só marca pra mim e eu vou lá e volto. É muito... Eu gosto muito. Muito bom. (Entrevista 5).

A contribuição desta atividade para a saúde, específica para quem faz parte da Estratégia de Saúde da Família, está associada ao fato de os entrevistados saberem existir alguém que se preocupa com a saúde deles, que auxilia na marcação de consultas e favorece o diálogo para tirar

dúvidas. Os sujeitos de todas as faixas etárias deste estudo consideram as visitas como uma forma de cuidado.

Eu acho que é importante. Eu acho que é importante. Assim, pelo menos, a gente sabe que alguém está olhando, [riso] vendo alguma coisa; se está faltando alguma coisa, assim... Uma orientação, eles dão, às vezes. Eu acho importante. [...] Contribui, sim. [...] Porque, se você fica largado, não tem ninguém que te olhe, nada, não é legal. E, assim, você sabe que tem alguém que está... Olhando, está te orientando em alguma coisa, se você não está fazendo certo. (Entrevista 8).

Especificamente no caso dos sujeitos de 80 anos e mais, as visitas são compreendidas como um período para conversar, inclusive pela senhora que não recebe por fazer parte da modalidade tradicional. Ter possibilidades de conversar, para esta faixa etária, parece ser algo muito importante.

Ah, eu acho bom! [...] É, eu acho é bom elas 'vim' aqui. [...] Não sei! [riso] Mas eu acho bom. A gente conversa bem...
É bom ter com quem conversar, não é?
É, é bom. (Entrevista 11).

Gostar eu gostaria, mas, coitados, eles também não podem. As mulheres virem de lá para cá e o médico também... Não dá.
Mas seria melhor para a senhora?
Seria melhor porque eu teria com quem conversar. (Entrevista 12).

Um senhor da faixa etária de 70-79 anos que também não recebe visita domiciliar dos agentes de saúde por não fazer parte da ESF, demonstrou interesse em receber tal visita.

Aqui, nunca, nunca veio ninguém, não.
Não? E vocês gostariam de receber?
É bom. É bom, não é? É bom. Gostaria, sim. (Entrevista 3).

Apenas um dos sujeitos da ESF fez críticas às visitas, visto as agentes da sua área não marcam consulta com a médica na Unidade para

ele e o mesmo acreditar que esta é uma das atribuições dos agentes comunitários de saúde.

Eu tenho muita amizade com ela, eu gosto muito dela, porque mora vizinha quase, aí. Mas só que ela só passa, só pergunta: -- *Está tudo bem de saúde? O que está'...* Como é que 'tá' a pressão?/ -- 'Tá', 'tá' boa. Aí, ela pega, fala: -- *Assina aqui...* Eu assino, pronto. Passou o visto, pronto. Só isso aí. Agora, se você quer marcar uma consulta, você tem que ir lá. Ela não marca! [...] Por isso que eu acho errado. Porque, você vai lá, enfrenta uma fila, para marcar consulta. (Entrevista 6).

No entanto, acredita-se que neste caso, por ser um senhor da faixa etária de 80 anos e mais, viúvo, que mora sozinho, com histórico de depressão e queixa de solidão, os agentes comunitários de saúde adotem tal postura para estimular as saídas deste senhor e não incentivar a restrição do mesmo ao ambiente doméstico. Esta é uma preocupação específica do atendimento ao idoso, conforme apontada pelo profissional médico entrevistado:

A única coisa que eu faço de diferente é que, de vez em quando, eu visito... Mas, mesmo assim, uma coisa que eu procuro deixar claro para eles é que eu nem quero visitar, porque eu quero que eles saiam de casa. Porque eles saem muito pouco. (Entrevista Profissional 1).

Após a exposição sobre o olhar do idoso sobre as práticas realizadas pelo serviço de saúde, algumas observações podem ser reforçadas em relação ao já exposto.

Foi possível identificar que o uso da Unidade para passar em consultas, seja por queixas específicas ou para acompanhamento, esteve presente no relato de todos os entrevistados, independente da faixa etária.

A maioria dos sujeitos entrevistados não relatou dificuldades e problemas na dinâmica de atendimento das consultas, enfatizando que conseguem compreender as orientações realizadas. Esta afirmação não corresponde ao olhar dos profissionais entrevistados. Estes últimos referiram que a consulta do idoso é mais demorada e que, muitas vezes, é necessário repetir as orientações e usar vocabulário mais acessível por conta da baixa escolaridade da população idosa atendida pela UBS.

Sobre os grupos, pôde-se identificar maior participação na faixa etária mais nova e menor participação na faixa etária mais velha. Além do problema de divulgação identificado, já que alguns entrevistados demonstraram interesse em participar e não haviam sido informados sobre os mesmos até o momento da entrevista.

Sobre a visita domiciliar realizada aos idosos, foi possível identificar que os agentes comunitários acabam assumindo o papel de educadores em saúde e têm a possibilidade de verificar a adequação das orientações realizadas na Unidade à realidade de vida dos usuários e ao contexto onde estão inseridos.

Diante das atividades relatadas pelos idosos entrevistados, apesar das particularidades apontadas no atendimento do idoso quando se descreveu a prática das consultas, pôde-se verificar que não é oferecida nenhuma atividade específica para esta categoria de idade. Os grupos citados, por exemplo, são destinados para todas as idades.

4. 5. 3 Necessidades identificadas em saúde e sugestões de atividades a partir do relato dos entrevistados

Este último item visa a apresentar quais foram as necessidades¹³ identificadas nos relatos dos sujeitos, no sentido da promoção da sua saúde. Busca também ressaltar as sugestões de atividades para o serviço de saúde, apontadas pelos sujeitos.

Inicialmente, foi possível identificar, a partir da análise do relato dos sujeitos entrevistados em todas as faixas etárias, queixas sobre “esquecimento” e dificuldade de memória. Os sujeitos consideraram o “esquecimento” como algo inerente à idade, ao fato de estarem velhos.

Por exemplo, para ver... Igual, como eu falei para você que tem aquele hobby. Eu tenho hobby de... De eletrônica. Então, tem que estar tudo ali, perto de mim. Porque, se eu pegar aqui um alicate, alguma coisa parecida, uma chave de fenda, e ‘ir’ com ele para algum lugar, eu deixo lá, digamos assim... Digamos, assim, ‘num’ banheiro. Depois, eu fico... Volto lá, para o serviço, sem a chave, e depois eu fico... [som de palmas batendo] *Onde eu deixei aquela chave?* Aí, é aquele desespero, correndo atrás, onde que está a chave. Entendeu? E isso eu senti muito, assim, depois de uma certa idade, mesmo, para cá. (Entrevista 2).

A avaliação do estado cognitivo do idoso foi relatada pela profissional entrevistada como especificidade do atendimento oferecido à esta clientela, conforme relato a seguir.

Tem coisas específicas que a gente observa. Por exemplo, a marcha, a força muscular, a memória... a cognição, de forma geral. Isso você tem que ficar... Eu não pergunto especificamente, mas, desde o momento que eu vou chamá-lo na recepção até a hora que eu dou a

¹³ Vários conceitos de necessidade têm sido estudados extensivamente na Saúde Coletiva (Lima, 2003). Utilizou-se, nesta Dissertação, como relatos de atividades de promoção da saúde dos sujeitos que não constavam do roteiro de entrevista.

receita na mão e falo: -- *Tchau, dona fulaninha, vai com Deus, não sei quê, você tem que ficar mais atento. Já vai para um mini-mental, se você percebe que parece que tem uma demência, ou já vai carta para a família, para... – Deixa o telefone com o idoso. Deixa o nome, deixa um documento com ele.* Orientação de sapato... (Entrevista Profissional 1).

A estimulação da memória foi descrita no Capítulo da Introdução como uma das estratégias de promoção da saúde do idoso que vêm sendo realizadas no Brasil, uma vez que o envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento com repercussão sobre a saúde, entre elas os transtornos cognitivos (Almeida e cols., 2007). Além disso, a capacidade de reserva cognitiva pode ser melhorada e estimulada através de treinamento e exercícios.

Neste sentido, como os entrevistados mais novos já começaram a descrever situações em que vivenciaram dificuldade de memória e os mais velhos já reconhecerem que estão “esquecendo tudo mesmo”, acredita-se que seria interessante a introdução de alguma atividade grupal, semelhante à proposta de Oficina de Memória de Almeida e cols. (2007) no serviço de saúde em questão.

Outro tema importante: foi possível perceber que alguns dos entrevistados relataram ter feito ou ainda fazerem tratamento contra depressão, sendo um deles relacionado à solidão e à perda de familiar. Outros entrevistados demonstraram alguns comportamentos depressivos, como o senhor que teve “derrame” e referiu dificuldade na realização de suas atividades cotidianas, entre elas o banho, apesar de manter habilidades motoras para isso: e a senhora que passou por tratamento de câncer de bexiga e que relatou estar sempre cansada, com sono.

Segundo Varella (2008) até um terço dos casos de depressão estão associados a condições médicas como câncer, dores crônicas, doença coronariana, diabetes, epilepsia, infecção pelo HIV, doença de Parkinson, derrame cerebral, doenças da tireóide e outras. Ainda segundo este autor, o interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; a fadiga ou perda de energia; a insônia ou “hipersônia” praticamente diárias; são alguns dos sintomas da depressão.

E ainda:

Sabe-se que particularmente na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções sobre o passado e perda de energia (Gazalle e cols., 2004).

Diante disso, considera-se a necessidade de uma atenção especial à saúde mental dos idosos e, nos casos diagnosticados de depressão, o acompanhamento e tratamento com profissionais qualificados ou o encaminhamento para serviços especializados como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs).

Outro tema relacionado à promoção da saúde do idoso é a orientação sobre prevenção de quedas. Dados sobre o assunto já foram explorados na análise dos resultados, e pôde-se observar pouca referência a ele nas representações dos entrevistados, enquanto orientação de profissional de saúde. A orientação dos usuários idosos sobre os fatores de risco para quedas e sobre algumas adaptações possíveis de realizar no ambiente doméstico emerge como questão importante. Ressalta-se a importância da

capacitação dos agentes comunitários, uma vez que estes costumam visitar as casas dos usuários e podem realizar orientações mais adequadas a realidade dos mesmos.

A preocupação com a estimulação cognitiva, com a presença de sintomas depressivos e com a prevenção de quedas, podem ser consideradas como promotoras da saúde do idoso.

Os sujeitos desta pesquisa também foram estimulados a falar sobre as atividades de que gostariam de participar – e que poderiam ser oferecidas pela UBS –, entre elas, grupo de orientação em saúde e grupo de conversa.

O idoso que sugeriu o grupo de orientação em saúde apresenta uma preocupação com o controle de sua pressão arterial, e este se encaixaria no perfil do grupo de hipertensão arterial e diabetes que já é realizado pela Unidade, mas oferecido apenas para os usuários que já fazem parte da modalidade de saúde da família. Considerando que a Unidade de Saúde em questão está passando por um momento de transição e que, futuramente, vai se transformar em Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é possível que este usuário tenha a oportunidade de participar de tal grupo.

Sobre a sugestão do grupo de conversa, realizada pelo entrevistado da faixa etária de 80 anos e mais, percebe-se que esta é uma necessidade específica entre os idosos.

Apesar de inicialmente apresentar-se desconfiada, durante a entrevista foi se soltando e falou bastante. Percebo que as pessoas mais idosas gostam mais de conversar em relação aos idosos na faixa de sessenta anos. Talvez porque os mesmos tenham várias atividades e não tenham muita disponibilidade para conversa. (Diário de campo 9).

Precisava diminuir o número de consultas. Porque ele dá muito mais trabalho para você explicar, para você orientar. E, o problema do idoso, é assim: ele tem grande necessidade de conversar. Então, se for em questão de tempo, é uma consulta muito mais trabalhosa. [grifo nosso] (Entrevista Profissional 2).

Neste sentido, ressalta-se a importância da introdução de um grupo operativo no serviço de saúde, sendo esta também descrita anteriormente como uma das estratégias de promoção da saúde do idoso.

O grupo operativo é definido como

todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de espaço e tempo e articuladas por mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, que constitui sua finalidade (Pichon-Rivière, 1977 *apud* Maximino, 2001).

Esta tarefa tem a função de disparador do processo grupal e é usada racionalmente para que os integrantes se encontrem e efetuem algo em conjunto, seja conversar sobre determinado assunto, seja realizar uma atividade, seja aprender sobre determinados conceitos (Maximino, 2001; Berstein, 1986).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Dissertação buscou fundamentalmente, com metodologia qualitativa, estudar as representações de um conjunto de idosos sobre atividades de promoção da saúde que se enquadram no quarto campo da Carta de Ottawa, de 1986 (desenvolvimento de habilidades pessoais). Foram estudadas representações sobre três pontos: as atividades em si; as repercussões destas atividades na saúde; e a contribuição dos serviços de saúde.

Foram selecionadas seis atividades, escolhidas a partir de recomendações oficiais (PNPS, 2006a; PMPSI, 2006b) e da literatura estudada, a saber, atividades física e alimentação saudável, hábitos prejudiciais à saúde (tabagismo e uso de álcool), prevenção de quedas e sociabilidade.

Os três pontos pesquisados – as representações sobre atividades, repercussão na saúde e a contribuição dos serviços – são marcadamente relacionadas, mas é conveniente apresentá-los separadamente.

Isto posto, o primeiro ponto comentado é a representação das atividades em si. Nesta abordagem, diversos aspectos foram identificados. Serão reproduzidos a seguir alguns considerados mais relevantes:

- a atividade física está inserida na vida dos entrevistados, independentemente da faixa etária e do sexo, levando-se em conta que os

homens tendem a preferir realizar caminhada sozinhos, hábito adquirido na infância e juventude, quando residiam na zona rural;

- oito dos entrevistados realizam atividade física regular;

- dentre os quatro idosos que não realizam atividade física regular, três são mulheres das três faixas etárias estudadas, que tiveram doenças graves. O único homem, na faixa dos 80 e mais, referiu preferir grupos de conversa;

- as motivações para realização de atividade física são necessidades de saúde, e para ter uma atividade externa à vida doméstica. Na avaliação destes idosos, os resultados são positivos;

- embora reconheçam que a alimentação saudável seja um componente importante para a saúde, são comuns, entre os entrevistados, hábitos que não correspondem a essa atividade de promoção da saúde;

- apenas um entrevistado relacionou a alimentação adequada como mecanismo de redução do uso de medicamentos;

- os hábitos alimentares têm raízes históricas e culturais, acrescidas de condicionantes de renda, e, portanto, de difícil mudança;

- dez dos sujeitos foram fumantes. Destes, apenas um continua fumando, o que se demonstrou notável;
- na faixa etária de 60-69 anos, houve necessidade de busca de ajuda e intervenção médica para ambos os sexos, no sentido de superar a dependência do cigarro. Nas faixas mais velhas, essa superação ocorreu independente de intervenção técnica;
- houve dificuldade em abordar o tema do consumo de bebidas alcoólicas, na medida em que mesmo aqueles que referiram uso de bebidas, enfatizaram que era “socialmente”. A leitura do conjunto das entrevistas indicou contradições nos relatos, sugerindo que este seja um tema cuja privacidade é muito resguardada;
- poucos foram os sujeitos que referiram realizar adaptações no ambiente doméstico , visando à prevenção de quedas;
- dentro os grupos de relações sociais, o de maior destaque é o religioso. Na faixa etária dos 60-69 anos ela é intensa, enquanto que nos idosos com 80 anos e mais ela é importante, mas são relatadas outras atividades, como visitar amigos e parentes;

- na faixa dos 70-79 anos, é possível identificar que os homens tendem a se desinstitucionalizar, participando mais de grupos informais do que as mulheres;
- essa situação é condicionada, assim como no caso da alimentação, a aspectos de ordem econômica e de acesso a informações que permitam diversificar os ambientes de sociabilidade.

Em relação ao segundo ponto – as repercussões das atividades de promoção da saúde na saúde destes idosos – destacam-se os seguintes aspectos:

- a concepção de saúde dos idosos entrevistados pode ser superposta ao modelo de envelhecimento saudável;
- a maneira como descrevem a própria saúde permite observar que, apesar de destacarem que as atividades de promoção da saúde beneficiem o domínio físico, percebe-se, no conjunto dos relatos, uma valorização implícita do bem-estar decorrente do convívio social.

Em relação ao terceiro ponto – a contribuição dos serviços para o desenvolvimento de habilidades pessoais em idosos – destaca-se:

- conforme constatado no Capítulo de Resultados e Discussão, o serviço de saúde se demonstrou referencial, tanto para acesso a informações sobre

saúde e atividades de promoção da saúde, quanto para tratamento de saúde e sociabilidade;

- nesse sentido, a ESF demonstrou ter uma importância nuclear na promoção da saúde dos idosos entrevistados, em especial devido à presença dos ACS com seu papel informativo e educativo;

- dada a dinâmica do envelhecimento, os serviços deverão estar atentos a esse processo, buscando atualizar as suas estratégias de aproximação com a sua clientela, uma vez que esses dados correspondem a um determinado conjunto de indivíduos (de baixa renda), em um contexto específico (periferia da cidade de São Paulo), e cuja trajetória de vida guarda aspectos particulares, quando considerados em uma perspectiva temporal.

Como estudo qualitativo, esta pesquisa não visou a generalizações. Outros estudos poderão apresentar aspectos diferentes e relevantes para o entendimento da saúde no envelhecimento. No entanto, reitera-se que pesquisas como esta podem contribuir para a compreensão da promoção da saúde do idoso, bem como para a compreensão de comportamentos e representações de idosos a respeito da promoção da saúde e práticas efetivas. Esta contribuição, por sua vez, poderá informar os serviços de saúde, a fim de que estratégias de atendimento possam se adequar às especificidades culturais e de gênero de seus usuários.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(4).

Almeida MHM, Spínola AWP, Iwamizu PS, Okura RIS, Barroso LP, Limal ACP. Confiabilidade do instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Revista de Saúde Pública*. 2008.

Almeida MHM e cols. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2007;11(22).

Alves LC, Leite IC, Machado C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13 (4).

Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção da saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2006;9(18).

Ariès P. História social da criança e da família. Tradução: Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

Aula fornecida pela Dra. Priscila, médica da ESF da UBS Jardim São Jorge. 2008. [Cópia eletrônica]

Autor NN. Fisioterapia em pacientes idosos. In: Papaléo Netto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.

Baltes MM. Successful ageing. In: Ebrahim S, Kalache A (eds.). *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group, 1996.

Benedetti TRB e cols. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 2008; 42(2).

Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In Neri AL; Debert GG. (orgs) *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papyrus ,1999. Cap. 1.

Berstein M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: Osório, LC e cols. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. Cap. 8.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf. Acesso em: 18/10/2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 27/09/2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. SAS/Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família. Brasília. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 20/10/2008.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 18 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395/GM, 1999. Disponível em: <http://ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>. Acesso em: 28/07/2008.

_____. Presidência da República. Política Nacional do Idoso. Lei Nº 8.842, 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>. Acesso em: 18/10/2008.

_____. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26/12/2008.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

Camarano AA, Kanso S, Pasinato MT, Leitão e Melo J. Idosos Brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(3).

Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto MP. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública. 1997;31(2).

Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007;20(1).

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1.reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

_____. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

Diogo MJ D'E, Ceolim MF, Contra FA. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2000;8(5).

Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML., Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem – estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Elias N. O processo civilizador: uma história dos costumes. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990. 2.v.

Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(2).

Fontanella BJB, Rica J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1).

Gazalle, FK e cols. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. Revista de Saúde Pública. 2004;8(3).

Groisman D. A velhice, entre o normal e patológico. História, Ciências e Saúde. 2002;9(1).

Kahn RL, Cannell CF Interviewing: social research, in International Encyclopedia of the Social Sciences, 1968, VIII, pp. 149-61.

Kalache A, Veras RP, Ramos RL. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista de Saúde Pública. 1987;21(3).

Kerkoski, Edilaine et al. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. Texto contexto - Enfermagem. 2007;16(2).

Last JM. Human Ecology. Journal of Common Health, 1984:15-22.

Last JM e cols. A dictionary of Epidemiology. Third Edition. International Epidemiological Association (ed.), Oxford University Press, 1995.

Leavell H, Clark EG. Nível de aplicação da medicina preventiva. In: Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. Trad. Donnangelo MCF, Goldbaun M, Ramos US. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial Brasília: Organização Pan-Americana da Sade, 2003.

Lima AMM. Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão. [Doutorado] Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, 2003.

Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004; 13(4).

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. Revista de Saúde Pública. 2004; 38(6).

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19(3).

Louvison MCP, Lebrão ML., Duarte YAO. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Revista de Saúde Pública. 2008;42(4).

Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Revista de Saúde Pública. 2006;40(6).

Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa. 2004;30(2).

Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barrá DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto & Contexto Enfermagem. 2007;16(2).

Maximino VS. Referências Teóricas para o Estudo dos Grupos. In: Maximino VS. Grupos de atividades com pacientes psicóticos. São José dos Campos: Univap, 2001. Cap. 3.

Minayo MCS. Fase de análise ou tratamento do material. In: Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

Okada SH. Fall prevention. In: Lohman, H.; Padilla, RL.; Byers-Connon, S. Occupational Therapy with elders – strategies for the COTA. CV Mosby, 1997.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Promoção da Saúde. Conferências. Carta de Ottawa. 1986. Disponível em: www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em dezembro de 2004.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Tabagismo – um problema grave de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/Tabagismo_grave_problema.pdf Acesso em: 21/12/2008.

Papaléo Netto M, Borgonovi N. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: Papaléo Netto MP. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto MP. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p.26-43.

Paskulin LMG, Viana LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Revista de Saúde Pública. 2007;41(5).

Pereira, SEM e cols. Quedas em Idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. 2001. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf. Acesso em: 22/12/2008.

Pichón-Rivière, H. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Ed. Nueva Vision, 1977.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0006>. Acesso em 22/10/2008.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19(3).

_____. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community, London, 1987. [PhD Thesis, University of London].

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. 1993;27(2).

Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. In: Cançado, FAX. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: COOPMED, 1994.

Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. The Gerontologist. 1997;37(4).

Sancovschi B. Sobre a noção de representação em S. Moscovici e F. Varela. Psicologia & Sociedade. 2007;19(2).

Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos RL. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública. 2006;40(2).

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública. 1995;29(1).

Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Gonçalves, R. B. M. (orgs.). Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Saúde em debate – série didática, 1996.

Sigerist, HE The University at the Crossroads, New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(4).

Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(5).

Stokes JIII, Noren JJ, Shindell S. Definition of terms and terms applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 1982;8.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(3).

Varela F, Thompson E, Rosch E. A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

Varella D. Artigo sobre depressão. Disponível em:
<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/depressao.asp> Acesso em:
27/12/2008.

Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1999;12(2).

Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(3).

Veras RP, Caldas PC. Promovendo a Saúde e a Cidadania do Idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004;9(2).

Victor JF e cols. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista Escola de Enfermagem - USP*, 2007; 41(4).

World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(6).

ANEXOS

ANEXO 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA
USUÁRIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

USUÁRIOS(AS)

1) HISTÓRICO DE SAÚDE DA PESSOA

- Como está a sua vida com o passar dos anos? (ênfasis na questão da vida depois dos 60 anos, de ser considerado idoso, estar no processo de envelhecimento).
- O que é ter saúde, na sua opinião? (concepção de saúde).
- Fale-me um pouco sobre como era a sua saúde na infância, na juventude e na idade adulta (histórico de saúde).
- O que você fazia para cuidar da sua saúde? (como era o cuidado com a saúde).
- Era fácil fazer consulta médica, ser atendido no posto de saúde e hospitais? (acesso aos serviços de saúde).
- Você teve algum problema de saúde que exigiu maior cuidado? Qual (is)? (presença de doenças).
- Após o aparecimento desse(s) problema(s) de saúde, você mudou a maneira de cuidar da sua saúde? Como? (existência de complicações ajudou a se preocupar mais com o cuidado da saúde).
- Você acha que a fase atual da sua vida exige mais cuidados com a saúde? [Se sim] Quais? (concepção de saúde no envelhecimento)
- Você teve algum hábito que acha que prejudicou a sua saúde? Qual(is)? Se sim, por quanto tempo? Se parou, o que motivou? Como foi esta experiência? Mantém ainda hoje? (hábitos nocivos como fumar, beber, automedicação, jogos...).

2) ESTADO DE SAÚDE ATUAL

- Como está a sua saúde agora? Por quê? (percepção da sua saúde).

- O que você faz para cuidar da sua saúde hoje? (cuidados com a saúde).
- Toma remédios? Pra quê? Quantos? Consegue tomar na hora certa? Faz confusão entre remédios e horários? (uso de medicação, doenças crônicas, estado cognitivo...).
- Conte-me o que você faz num dia da semana (rotina típica, com tipo de alimentação, horários; higiene pessoal; saídas de casa etc). E no final de semana, muda alguma coisa? (capacidade funcional, atividades cotidianas e relações sociais).
- Você está com dificuldades para realizar algumas dessas atividades do dia-a-dia? O que faz para lidar com essa(s) dificuldade(s)? Dê um exemplo. (limitações – físicas e mentais – e o que faz para superá-las).
- É necessária ajuda de outras pessoas para realização de alguma dessas atividades do dia-a-dia? Se sim, como e quando estas pessoas te ajudam. (independência).
- Você participa das decisões na sua casa? Por exemplo, pode escolher o que vai comer, a que horas vai tomar banho, que roupa vai vestir. E o que você acha sobre isso? (autonomia).
- Você recebe aposentadoria? Ela é suficiente para você? É preciso trabalhar para complementar a renda? O que você faz com esse dinheiro? (situação econômica e gerenciamento).

3) ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Onde você costuma pegar informações sobre saúde?
- Você já recebeu informações sobre a prática de exercícios físicos? Se sim, onde? E você tem praticado? Por quê? (prática de exercício).
- Você já recebeu orientações sobre alimentação que faça bem para a saúde? Se sim, onde e quem orientou? Você consegue se alimentar desta maneira? Por quê? (alimentação saudável).

- Alguém já conversou com você sobre mudanças que podem ser feitas na sua casa para facilitar a sua vida? Se sim, quem conversou? Você conseguiu fazer essas mudanças? Por quê? (adaptações, prevenção de quedas, prevenção de acidentes domésticos).
- Você faz parte de algum grupo no seu bairro? (Exemplo: igreja, associações, parques). Por quê? O que você acha de participar destes grupos? (inserção social, atividades significativas, benefícios).
- No seu dia-a-dia, você realiza alguma atividade que considera muito importante na sua vida? Fale sobre esta atividade. (atividade significativa).
- O que você faz para se distrair? Relate sobre isso. [Caso a resposta seja negativa] O que você gostaria de fazer. (lazer)
- Você acha que estas atividades (que conversamos) contribuem para a sua saúde? Se sim, como? (benefícios, significado e relação com saúde; apropriação pessoal do conhecimento sobre as atividades).

4) CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Você costuma ir à Unidade de Saúde? Para quê? (uso do serviço). [Caso não vá] Por que não vai? Tem plano de saúde? Faz consulta por ele?
- [Caso passe apenas em consulta] Qual o motivo da consulta? O que é conversado com o médico? Ele orienta, passa informações sobre saúde? Você entende o que ele fala? Você tira as suas dúvidas, dá sua opinião? (explorar como é consulta, se orienta sobre saúde, hábitos saudáveis, contextualização das informações).
- Caso passe também em grupo, que grupo é esse? O que te motiva a participar deste grupo? Você gostaria de participar de outros grupos? Se sim, quais? E por quê não participa?

(explorar participação em grupo, motivo, contribuições e restrição ou não de acesso).

- Você recebe visita do agente comunitário na sua casa? Se sim, como são essas visitas? O que é conversado? Como você acha que estas visitas podem contribuir para a sua saúde? (explorar contribuição do ACS na promoção da saúde e na contextualização das orientações).

Para finalizar, você gostaria de acrescentar mais alguma coisa que eu não tenha perguntado?

ANEXO 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA
PROFISSIONAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS

Dados gerais:

- 1) Nome completo;
- 2) Idade;
- 3) Profissão;
- 4) Quanto tempo está na unidade;
- 5) PSF ou modalidade tradicional;

Sobre PSF:

- 1) O que é PSF/modalidade tradicional?
- 2) Qual é a proposta?
- 3) O que o PSF/modalidade tradicional do Jd. São Jorge oferece para a sua população? (atividades)

Sobre envelhecimento:

- 1) Como você entende o envelhecimento?
- 2) O PSF/modalidade tradicional faz algum trabalho específico para os idosos? qual(is)? / o que é oferecido para os idosos?
- 3) Trabalhar com idosos é diferente de trabalhar com as demais faixas etárias? como?

Sobre saúde:

- 1) O que é saúde?
- 2) O que é saúde no envelhecimento?
- 3) O que é promoção da saúde?
- 4) O que vocês oferecem para promover a saúde no envelhecimento? (atividades físicas, alimentação saudável, memória, orientações sobre ambiente...)

ANEXO 3

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dados Gerais dos Participantes	
Unidade de Saúde:	Data da aplicação:
Nome:	
Data de Nascimento:	Idade:
Sexo:	Estado civil:
Raça:	Religião:
Nível de Escolaridade:	
Trabalho (remunerado ou não, aposentado....):	
Telefone para contato:	
Quantas pessoas moram na sua casa?	
Condições de moradia:	
Problemas de saúde:	
Participa de alguma atividade oferecida pelo posto sem ser consulta médica? Qual?	
<input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> UBS	
Observações gerais:	

ANEXO 4
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENTREVISTA – USUÁRIO(A)

Prezado(a) Usuário(a),

Eu, Carolina Pinheiro Perracini, venho por meio deste informar que estamos realizando o projeto de pesquisa intitulado “*Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: experiências de pessoas que estão envelhecendo*” para a obtenção do título de mestre em Medicina Preventiva.

O projeto de pesquisa tem por objetivo investigar a relação das ações de promoção da saúde no cotidiano das pessoas que estão envelhecendo com a qualidade de vida.

A pesquisa será desenvolvida através da realização de entrevista semi-estruturada, na qual serão explorados tópicos relacionados ao tema promoção da saúde, e escolhemos o Sr(a), usuário(a) de Unidade Básica de Saúde, que tem idade acima de 60 anos e que está inserido em alguma atividade voltada para a promoção da saúde nesta Unidade.

A sua participação na pesquisa é livre e em caso de recusa não haverá qualquer prejuízo em relação ao uso do serviço ao qual está vinculado, podendo também se desligar da pesquisa a qualquer momento, se julgar conveniente, mantendo o direito de uso de todas as atividades oferecidas pelos serviços públicos de saúde.

A entrevista será ser realizada no espaço da Unidade Básica de Saúde, antes ou depois do horário da consulta médica ou compromisso do(a) usuário(a) no equipamento de saúde.

Pretendemos divulgar esta pesquisa e os dados coletados em publicações e eventos especializados, assegurando o seu anonimato. Qualquer informação poderá ser obtida com a pesquisadora, Carolina Pinheiro Perracini, no telefone: 81243179 e no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP/SMS), endereço: rua General Jardim, 36 - 2º andar, tel: 3218-4043.

Caso o(a) senhor(a) decida participar, solicitamos assinar o presente termo.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) responsável

ANEXO 5
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENTREVISTA - PROFISSIONAL

Prezado(a) Profissional,

Eu, Carolina Pinheiro Perracini, venho por meio deste informar que estamos realizando o projeto de pesquisa intitulado “*Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: experiências de pessoas que estão envelhecendo*” para a obtenção do título de mestre em Medicina Preventiva.

O projeto de pesquisa tem por objetivo investigar a relação das ações de promoção da saúde no cotidiano das pessoas que estão envelhecendo com a qualidade de vida.

A pesquisa será desenvolvida também através da realização de entrevista semi-estruturada com profissional, com objetivo de coletar dados a respeito das atividades oferecidas pela Unidade aos usuários(as) idosos(as) voltadas a promoção da saúde. Escolhemos você, profissional da Unidade Básica de Saúde, para participar.

A sua participação na pesquisa é livre e em caso de recusa não haverá qualquer prejuízo em relação ao serviço ao qual está vinculado, podendo também se desligar da pesquisa a qualquer momento, se julgar conveniente, mantendo o seu direito enquanto funcionário(a) do serviço público de saúde.

A entrevista será realizada no espaço da Unidade Básica de Saúde, antes ou depois do horário da consulta médica ou compromisso do(a) profissional no equipamento de saúde.

Pretendemos divulgar esta pesquisa e os dados coletados em publicações e eventos especializados, assegurando o seu anonimato. Qualquer informação poderá ser obtida com a pesquisadora, Carolina Pinheiro Perracini, no telefone: 81243179 e no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP/SMS), endereço: rua General Jardim, 36 - 2º andar, tel: 3218-4043.

Caso você decida participar, solicitamos assinar o presente termo.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) Profissional

ANEXO 6

ENTREVISTA PARA ILUSTRAÇÃO ¹⁴

¹⁴ Optou-se por anexar apenas uma entrevista para ilustração. As demais estão à disposição da banca examinadora. Caso necessário, entrar em contato com o orientador.

ENTREVISTA 8

Nome do entrevistado: M. C. S.

Idade: 68 anos

Data: 11/09/2008

Duração: 41m

Hoje é dia onze de setembro (É.) de 2008. Eu estou aqui, com a M. C.. Fala para a gente o seu nome completo, M. C..

Meu nome é M. C. S..

Quantos anos você tem?

Sessenta e oito.

[corte na gravação]

A gente pode começar, Dona M. C.? (Pode.) Sim?

Essa entrevista é dividida em quatro partes. É sobre a história da sua saúde, como está a sua saúde agora, sobre a promoção da sua saúde e sobre o serviço. Vamos começar, com a primeira parte?

Como está a sua vida, com o passar dos anos?

Eu... estou bem. Eu me sinto bem. **(É?)** É. Eu tenho 'problema' de saúde, que é... tenho pressão alta. Só... Também, só isso que me incomoda. Eu tenho pressão alta, mas o resto, demais, está tudo bem.

A senhora já está com 68 anos, não é? (Já. Hum, hum, sim.) A senhora, agora, já é considerada uma pessoa idosa, porque, acima de sessenta anos ([vozes sobrepostas] Já, já.) é considerado, não é? (É, com certeza. [risos]) Como é isso, para a senhora?

Ah, para mim foi normal. **(Foi normal?)** Foi normal. Porque a gente sabe que a gente nasce, cresce, e uma hora tem que ficar... Se não morrer cedo, fica idoso, não é? [riso] Então, acho que, vivendo bem, está bom. Está

bem, ainda[?]. A gente, conseguindo viver bem, está bom. Tem que acostumar com isso, não é? Certo?

Certo. O que é ter saúde, para a senhora?

Eu acho que ter saúde é a gente... poder trabalhar, fazer as coisas que são necessárias para a gente, para a casa. Eu acho que... Isso é ter saúde. É ter um pouco de saúde. Não aquela saúde, mas... uma saúde razoável, que dá para viver, não é? Certo?

Conta para mim, um pouquinho, como era a sua saúde na infância?

Na minha infância a minha saúde era muito boa. **(É?!)** É. Eu vim passar em médico sabe quando? Quando eu fui ter a primeira filha. Que eu fui fazer o pré-natal. **(Nossa! Quantos anos a senhora tinha?)** Eu tinha vinte... vinte e um anos.

Nunca tinha passado no médico?

Não, nunca tinha passado no médico antes. Que eu tinha... Acho que eu tinha saúde. E... Então, 'tá' que eu só vim passar 'no' médico quando foi para sair o pré-natal da primeira filha. [riso] **(Você já morava aqui, em São Paulo?)** Já, já.

Era fácil o acesso aos médicos, ao posto de saúde? Como era?

Onde? Lá, onde eu morava? **(É.)** Era. Ah, mas eu não precisava, não é? Não tinha por quê. Eu só ia para tomar vacina. [riso] 'No' médico para tomar vacina, só.

Depois que você começou a... que você teve a sua filha, que foi a primeira vez que você foi ao médico, como ficou a sua saúde?

Não, na primeira filha, aí eu... fiquei normal, com saúde. A mesma coisa, não é? Aí, depois... Depois, engravidei, perdi, foi... a segunda gravidez. Depois, engravidei da-da, do ter... foi a terceira gravidez, que é a minha filha mais nova, que eu tenho. Aí, a... Aí, eu já estava indo 'no' médico, porque tinha pressão a... A minha pressão deu de ficar alta. Porque, acho que... Esse 'poblema' de pressão alta meu, acho que vem de pai, mãe, tudo. Tem pressão alta, não é?

Ah, seus pais têm pressão alta?

É, meu pai tem, tinha pressão alta, minha mãe tem pressão alta. Então, acho que... já, já herdei essa... [riso] essa genética. [risos] E aí, fiquei... Agora, tem que ir 'no' médico. Sempre tenho que ir 'no' médico, todo mês; ou de cada dois meses, para fazer prevenção da pressão. Mas ela está estabilizada. [riso]

Naquela época, na sua infância, depois que você foi ficando adulta, você cuidava da sua saúde?

Cuidava. **(É?)** Cuidava. **(Como você fazia para cuidar?)** Ah, eu... Se eu não estivesse bem, eu procurava um médico. Se eu percebesse que eu não estava... que a gente percebe quando o corpo da gente não... não está funcionando bem, não é? Aí, procurava médico, mas... assim, em seguida. Mas, tanto...

Eu acho que... Eu só vim a ter 'poblema' mesmo, depois dos quarenta anos para cá. Arrumei a pressão, tive 'poblema' de pressão alta, e... Também tive uma enxaqueca, que nunca sarava, que nunca sara.

Enxaqueca eu ainda tenho, é. De vez em quando, fica atacada. E assim por diante. [riso]

Depois que deu que você estava com pressão alta, e que você teve a enxaqueca, mudou a maneira de cuidar da sua saúde?

Mudou... Mudou. Tem que mudar a alimentação. A alimentação, que tem que ser uma alimentação adequada, e precisa comer uma comida sem sal; comer bastante verdura, fruta, legume, essas coisas. Mudou um pouco, não é?

Isso se mantém até hoje?

É, se mantém até hoje. Eu tenho que manter, porque... senão... fica ruim para mim. [risos]

Você acha que agora, que a senhora está com 68 anos, essa fase da sua vida precisa de mais cuidado com a saúde?

Precisa. Eu acho que precisa. **(É?)** É. Porque a gente chega a uma idade, principalmente nessa idade, a gente é frágil, não é? Fica frágil, fica... A imunidade do nosso corpo diminui. Por isso nós 'picisamos' ter mais cuidado com a saúde. Tem que se cuidar mais, não é?

Eu fumei, fumava, mas larguei, também.

Ah, você fumava?

Sim. Fumava. Aí, eu fiz o maior esforço. Só Deus sabe o custo que foi para 'mim'... [risos] **(Imagino.)** Pra 'mim' largar. Largou de fumar...

Você começou a fumar, quando?

Eu comecei a fumar tinha uns trinta anos. Assim, sabe? Comecei a fumar por besteira, à toa. O meu marido fumava, [risos] aí... ele acendia o cigarro, às vezes eu dava um trago. Aí, fui, 'avicie' no bendito cigarro. Agora eu larguei, faz... Dois anos eu deixei, mas a muito custo. **(É difícil, não é?)** Ai, só Deus sabe.

Ainda hoje, se... Às vezes me dá vontade de fumar, mas eu... 'Da' vez que eu já deixei, eu tenho que deixar mesmo, não é? Largar mesmo, esquecer.

[vozes sobrepostas] **Como foi que você deixou?**

Eu fiz... tratamento. Eu fui... Eu queria largar sozinha, não consegui. Aí, fui procurar apoio.

Hum, hum. Onde você procurou apoio?

Eu fui 'numa' igreja de... de evangélico. Porque, sei lá, a gente... tenta uma coisa sozinho, e não dá certo, aí a gente tem que procurar apoio. Eu fui 'numa' igreja de evangélico, esses adventistas do sétimo dia. Que lá eles... dão palestra com 'psicólogo'. Então, a gente tem apoio para... **(Ah, é?!)** Ajuda bastante. Eles dão pa... Tem palestra com 'psicólogo', e... Eles fornecem remédio... remédio, assim, para... para esquecer... para ajudar a esquecer o vício do cigarro. Foi 'aonde' eu consegui largar de fumar. Porque, sozinha, eu não conseguia, não. Tentei várias vezes, mas... Ficava um dia, dois sem fumar; depois, estava fumando de novo. [risos] Aí, eu falei: --*Ah, não. Eu tenho que procurar ajuda.* Aí, fui, procurei ajuda. Graças a Deus, larguei de fumar.

A senhora teve mais algum outro vício... [vozes sobrepostas] (Não.) durante a sua vida, ou foi só o cigarro?

Não, só o cigarro. **(É?)** É. Eu nunca bebi. Bebida, nunca gostei. Nunca fui, nunca fui bebida... Assim, cerveja, pinga, conhaque, essas coisas. Nunca bebi, não. Graças a Deus, nunca bebi. O único vício que eu tinha era o... maldito do cigarro. Mas, também, larguei para trás. Hoje eu pas...

[vozes sobrepostas] **E você sente diferença... [vozes sobrepostas] (Eu sinto.) na sua vida, de quando você fumava, e agora?**

Sinto, porque, no tempo que eu fumava, eu subia em um lugar, assim, mais alto, eu ficava cansada, [som de falta de ar] com a língua para fora. E agora, não.

Sentia dor, assim, nas pernas; cansado nos braços; dor aqui, sabe? Sentia aquela... Não sinto mais, não. Agora estou bem, graças a Deus. Acho que foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida. O maior passo que eu dei na minha vida foi esse: largar de fumar.

Você continua fazendo acompanhamento lá?

Ham, ham. **(Na igreja?)** Hum, hum. Lá, eles são muito bons, porque a gente tem ajuda... Além de ter ajuda com remédios, e tem ajuda com 'psicólogo'. Eles conversam com a gente, dão apoio, sabe? Porque, acho que tudo na vida que está difícil, a gente precisa de apoio, não é? Precisamos de apoio. Sem apoio, a gente não vai a lugar nenhum. [riso] Isso que eu achei.

Então, fui lá, me dei bem, graças a Deus.

Muito bom. Vamos para a segunda parte? (U-uhm.) Como está a sua saúde agora, hoje? Como você acha que está a sua saúde, hoje?

Hoje, eu acho que está bem. **(Está bem?)** Hum, hum. É, porque a gente... chega uma idade que faz exames de rotina, de médico. Eu já fiz, esse ano, os exames de... colesterol, de... do coração, pulmão. E... continuo tomando os medicamentos do médico; vou ao médico 'de' cada dois meses... Estou bem. Ah, eu me sinto bem, não é?

O que você está fazendo hoje, para cuidar da sua saúde?

Hoje, eu procuro... Como o médico me indicou, fazer exercício físico, cuidar melhor da alimentação, e... Isso! **(É?)** Hum, hum.

[riso] Você toma remédio?

Tomo. **(Toma?)** Tomo. Remédio... duas vezes, porque tomo 'de' manhã e à noite, para pressão. **(Hum, hum.)** Eu não tenho diabetes, graças

a Deus, meu colesterol está bom... Estou levando a vida, normal, não é? **(Que bom.)** É.

A senhora, às vezes, esquece de tomar o remédio?

Não, não esqueço, não. [vozes sobrepostas] **(Não?)** O remédio é sagrado, não é? [risos]

Como é um só, também, não dá nem para fazer confusão, não é?

Não, 'é' dois que eu tomo, não é? **(Ah, são dois remédios?)** São dois remédios. **(Ah...)** Eu tomo dois de... dois, um diferente do outro, 'de' manhã; e, de noite, é só um.

A senhora consegue tomar direitinho? (Eu consigo.) Não está fazendo confusão?

Não, porque, se a gente não toma o remédio 'dereito', também não... não adianta, não é? **(Hum, hum.)** Tomar remédio errado, sem hora, assim... não é? Não adianta. Então, eu tomo, sim.

Conta para mim o que você faz na sua terça-feira.

Na minha terça-feira? Eu vou caminhar! [risos]

Que horas você acorda? Eu quero saber tudo direitinho, assim, a sua rotina.

Eu acordo 'de'... seis e meia, e vou caminhar 'de' sete horas, até as oito. Aí, na segunda-feira eu vou lá na ginástica do Carrefour; na quarta eu vou também na ginástica. Hoje que não fui, porque hoje tem faxina... [risos] **(E eu vim aqui, não é?)** [risos] Hoje tem faxina, tem feira! [risos] Oito[?] horas. Aí, hoje eu não fui; agora, amanhã eu vou caminhar; e sábado, eu vou 'na' ginástica de novo.

A gente tem que fazer alguma coisa pela saúde, não é? Fazer algo pela saúde, que a saúde é muito importante. Se a gente perde, nunca mais encontra.

É verdade. Como é o seu dia-a-dia? Você acorda às seis e meia...

Toma café ou não?

Eu acordo... Tem dia que dá vontade, tem dia que eu tomo café. Mas eu, antes de sair, eu tomo um leite, como uma fruta. Tomo um copo de leite, quando não estou com vontade de comer. Como uma fruta e... **(Aí, saí...?)** Aí, saio, faço caminhada. Chego, tomo um cafezinho, não é? **(Toma, de novo?)** Tomo, um cafezinho. E...

Chego em casa, cuido de casa: lavo roupa, passo roupa, faço comida... Casa, é a minha vida, não é?

É?! Você vai almoçar lá pelas...?

Lá... pela uma hora. **(Uma hora.)** Uma hora da tarde, eu almoço. Aí, arruma a cozinha de novo, porque vida de dona de casa é... Você sabe. Eh, tempo[?] que nunca acaba, não é?

Trabalho nunca acaba, não é?

[vozes sobrepostas] Nunca acaba. Você pensa que acabou, aí, vai ver, tem alguma coisa para... [vozes sobrepostas] **(A pia está cheia de louça.)** [risos] **([risos] É.)** Tem algo para você fazer. **(O lixo está lá, para ser tirado.)** É. Então. E, quando... Daqui a pouco é de noite, é hora de fazer janta, que... os filhos chegam para jantar, não é?

Os filhos chegam para jantar?

Vêm jantar. Então, eu vou fazer janta, arrumar janta. Toma banho; depois, janta, vê uma televisãozinha; depois, dormir. [risos]

À tarde, você costuma descansar um pouquinho?

Eu, às vezes, eu faço tudo para, toda tarde, descansar pelo menos quinze minutos. **(Uhm...)** Assim, não durmo. Não dorme, não dorme, não dá para dormir, mas pelo menos deitar, relaxar um pouco, quinze minutos. Pelo menos quinze minutos, é suficiente, não é? **(Hum, hum.)** Eu aprendi esse

hábito... No dia que eu não faço isso, fico cansada. **(É...)** Acho que o hábito que eu peguei, de fazer isso todo dia, no dia que eu não faço, sinto falta.

Você costuma assistir à televisão?

Assisto. **(É?)** É. **(O que você assiste?)** Eu assisto a novela. As novelas, assisto... Eu assisto das sete, a das nove, e... Das dez, nem assisto muito[?], não[?].

Vai dormir, mais ou menos, que horas?

Dez horas, dez e meia. Porque tem uma... menina que... estuda, ela chega tarde. Chega mais tarde. Então, enquanto não... Você sabe, mãe, como é. Mãe, enquanto os filhos não estão todo mundo em casa, não consegue relaxar. Aí, eu fico esperando. Eu... Dez... Dez, onze horas, onze-onze, onze e vinte, por aí, às vezes... Quando ela chega, aí, eu... **(Aí, consegue dormir?)** Aí, consigo dormir. [risos]

E dorme bem?

Durmo. **(É? Dorme a noite toda ou acorda?)** [vozes sobrepostas] Durmo. Às vezes... Não, a gente acorda, porque... tem... De vez em quando, às vezes, me dá uma insônia, à noite. Às vezes, assim, de vez em quando... dá insônia. Às vezes, fica uma noite, sabe? Às vezes, sem dormir, mas... Não é constante isso aí.

Você falou que cuida também da sua mãe?

Ih, é. Tem a minha mãe, também, que tem oitenta e... oitenta e cin... sete anos. Eu cuido dela. **(Mas ela é mais dependente? Como é?)** Não, ela... faz a comidinha dela... **(Uhm...)** É, eu tenho que ver, porque ela... está fraca. Os nervos ficam fracos, não é? Para não cair... Eu que saio para comprar as coisas para ela. Para levar 'no' médico, tudo, 'é' eu que tenho que...

Você acompanha?

É, para levar 'no' médico... É... sair para pegar remédio para ela, eu que faço. Então, essas coisas, não é?

Ela faz a comida, lava a roupinha dela... Só não lava, assim, roupa de cama, roupa... pesada: cobertor, essas coisas. Ela... Mas, a roupinha... dela, ela lava. Faz a comida, toma banho sozinha; corta as unhas, pinta o cabelo. [riso]

Então, na verdade, você só dá uma supervisionada...?

[vozes sobrepostas] É, é. E as coisas que tem que fazer fora, eu que faço, porque... **(Você quem faz.)** Marcar consulta, quando precisa 'de' ir 'no' médico... Quando precisa, não; que tem que ir 'no' médico. Marcar consulta, tudo, 'é' eu, não é? Mas, estou dando conta, graças a Deus. **([riso])** [risos]

E, no final de semana, muda alguma coisa?

Não, no final de semana não muda nada, às vezes. Porque... as meninas, no final de semana... Às vezes, alguém vai trabalhar, no final de semana. Aí, uma vai trabalhar; a outra, fica em casa. Aí, eu tenho como nem sair. Aí, vou cuidar da casa mais um pouco, às vezes fazer alguma coisa que eu deixei de fazer 'na' semana. [risos] Põe em dia, não é? Assim por diante.

Mas você gostaria de... de sair, passear?

Ah, eu gosto de sair, de... Quando dá, eu gosto de sair. Gosto de sair. Porque a gente, ficar só em casa, depois, não é bom, não é?

[riso] Você já está com alguma dificuldade para fazer as suas atividades do dia-a-dia?

Não, não estou ainda, não. **(Não?)** Não. **(Não.)** Ainda consigo fazer muito bem. [riso] **(Que bom, não é?)** É, graças a Deus.

Não está precisando da ajuda ou supervisão de ninguém, ainda?

Não, não. Não. As minhas coisas, que eu tenho que pagar; as contas, que eu tenho que pagar, também eu tento pôr em dia. Sei o dia que eu tenho que pagar... Não... Acho que estou ainda...[risos]

Você que vai e paga?

É, pagar as minhas contas, é... **(É?!)** Fazer as coisas em casa... Essas coisas, eu não esqueço, não. As coisas de casa... o necessário. A administração de casa é comigo, não é?

Suas filhas te ajudam em alguma coisa?

[vozes sobrepostas] Ajudam. Ajudam, mas eles também trabalham. Sempre[?] quase tudo para mim, não é? Porque uma sai cedo, saiu de manhã cedo. A outra, vai só 'de' uma hora. Mas chegou 'de' onze horas... Está dormindo ainda, está descansando.

É você quem toma as decisões aqui na casa?

É. **(É?)** É, do que tem que fazer... **(Isso.)** Se precisa de um conserto, alguma reforma, qualquer coisa, eu que tenho que ir. **(Vai atrás?)** Vou atrás. [risos]

Muito bom! O que você acha disso?

Eu acho bom. Porque, aí, a gente está... E aí, eu estou com a mente ocupada, estou... funcionando, pondo a mente para funcionar. **(Hum, hum.)** Parado é ruim, não é?

É... Você recebe aposentadoria?

Recebo. Eu recebo faz dois anos. Recebo um salário mínimo, não é? **(Aposentou por... idade?)** É, eu aposentei por idade. Porque eu paguei o INSS, mas só paguei dezoito anos. Trabalhava, mas... Não tinha 'inhesseesse'. Depois, foi[?] isso[?], eu dei de pagar... assim, 'autônimo', por minha conta, não é? Aí, paguei. Tinha dezoito anos. Aí, depois, chegou a

idade; aí, eu me aposentei. **(Entendi.)** Não é muito, é o salário mínimo, mas dá para alguma coisa. Melhor do que nada, não é? [riso]

Ele está... É suficiente, para você?

Não. Se fosse só ele, não era suficiente, não. [riso] **(Tem mais alguma coisa?)** Eu tenho, uma casa que alugo, lá nos fundos, não é? Uma casinha que eu alugo por... duzentos reais. Aí, ajuda, não é? **(Ah, então tem outra renda.)** Tem. Essa aí, porque, se fosse só isso aí, não...

Só a aposentadoria, não ia dar.

Não ia dar. Porque sempre tem despesa. A gente tem uma casa, tem... Tem despesa mais. Que sempre tem despesa. Tem que pagar conta: água, luz, telefone, gás, tudo. Tem que pagar. Isso aí, às vezes, pesa. Às vezes, não; sempre é pesado, não é? [risos] **(Sempre é pesado.)** É. [riso]

Então, você usa esse dinheiro para pagar as contas?

É, para as contas, e alimentação. Que a... minha filha, uma recebe... Trabalha, recebe o vale cesta de... de cinqüenta[?] reais. Aí, dá para fazer a compra, assim, do... arroz, feijão, açúcar, dá. As coisas, dá, fora as misturas. E o resto... E depois, eu fico para pagar as contas, a mistura, a feira. [vozes sobrepostas]

Depois, a senhora também usa o seu dinheiro para comprar...?

O meu di... O meu dinheiro... é. **(Mais comida?)** É, para a feira, mistura. Porque a gente não vai comprar mistura... o mês, aí, o mês inteiro. Aí, a mistura, a feira... Essas coisas. Alguma coisinha que falta: gás...

E, você que controla o dinheiro? [vozes sobrepostas]

Ham, ham. É, é. Tem que controlar porque, senão, [risos] também não dá. Se a gente... Do jeito que 'está' as coisas 'caro'. Subiu as coisas, não é? Mistura... As coisas tudo muito caro. Se a gente não controlar bem, chega a metade do mês, já não tem nada, não é? Não tem o que comer. Se

não controlar, não tem... Não comprou comida, não... Não pagou as contas... **(Não pagou a conta. [riso])** O importante é pagar as contas, não é? [risos] **(E comer também.)** E comer, é.

Então, nós já vamos para a terceira parte. (Está bom.) **Que é a parte sobre as atividades de promoção da saúde, que você já até comentou um pouquinho.** (Hum, hum.) **Onde você costuma pegar informação sobre saúde?**

Eu vou 'no' posto. **(No posto?)** É. Tem, tem... tem médico que tem... Eles dão palestra. **(Uhm... Ah, é?! Eles dão palestra?)** É, dão palestra sobre saúde. Eu vou. Quando tem, eu vou.

Esse ano teve duas... É, esse ano já teve duas vezes. **(Ah, é?!)** É.

Como a senhora fica sabendo?

É, eles avisam, não é? Eles põem cartaz lá no posto, ou na rua. A gente sabe, e vai. As pessoas que querem ir... Porque não vai muita gente... A maioria do povo, às vezes, não gosta muito, sei lá, dessas coisas. Acha que está mal[?], não é?

A minha filha.

Olá.

[riso] Acha que não é importante. Mas eu, assim, quando eu sei que tem, eu vou. Que a gente tem que saber, não é? É bom, saber... a importância que tem a saúde na vida da gente. **(Hum,hum.)** Que, às vezes, você acha que... está bem, e, às vezes, não está. Muitas vezes você acha que está bem, está correndo tudo bem, e, às vezes, mas não está. E, você tendo informação, é melhor. [riso]

Mais em algum outro lugar?

Não, só lá no posto, mesmo. **(Só no posto.)** No posto, é.

Você pratica exercício, não é?

É. **(Quem falou para você sobre praticar exercício?)** Uhm... Foi um médico. [vozes sobrepostas] **(Você se lembra?)** foi um médico. **(Um médico?)** É, foi o meu médico, ou a minha médica que falou[?]. Que a gente tem que... fazer 'exercício'...

Hoje em dia não 'é' só as pessoas idosas que têm que fazer 'exercício'. Todo mundo tem que fazer 'exercício'. Porque a gente... Depois de a gente [palavra inaudível]... que a gente faz 'exercício', a gente percebe que o 'exercício' é... essencial na vida. A saúde da gente melhora um pouco. Algo na vida da gente melhora um pouco. Porque, você faz 'exercício', você fica uma pessoa mais ativa, tem mais disposição para fazer... os afazeres.

Você se sente mais disposta?

É, 'sento' mais disposta. Fazer os afazeres de casa... O que tem que fazer, não é? A mente funciona melhor. [risos] **(Ah, é? A cabeça também?)** A cabeça também. É tudo... funciona bem. O... intestino... Até o intestino nosso, também faz parte.

Por exemplo, você... não faz 'exercício' nenhum, assim. Se alimenta, só se alimenta; faz um servicinho de... o que tem de fazer, não faz 'exercício'. O intestino acaba ficando preguiçoso também. **(Uhm...)** Eu pensava que nada tinha a ver, mas... tem.

Você sentiu a diferença?

É. É, o intestino funciona, a gente... Funciona todo melhor, não é? [risos] Em tudo, melhor.

Muito bom. Você está fazendo exercício onde, mesmo?

Eu... faço caminhada aqui no... no... **(No posto.)** No posto. 'Exercício', eu faço lá no Carrefour, com professor. **(Ah, é? Como é esse exercício?)** A gente pegou... É... Para poder fazer, teve que passar 'no' médico. Peguei um atestado... para ver se podia ou não podia fazer 'exercício'.

É, a gente faz alongamento, faz... um pouco de 'eróbica'. **(Ah, é?!)** É. [risos] alongamento... Essas coisas.

É quanto tempo?

É uma hora. **(Uma hora?)** Uma hora. **(É nesse Carrefour aqui, da Raposo?)** É, é. É, tem um trabalho bom, aí, de... Tem gente que... bastante, lá, que... a turma gosta. [riso]

Como você ficou sabendo desse do Carrefour?

É que a ge... Eu vou lá fazer... Eu faço compra lá. Sempre estou lá, às vezes que eu vou comprar alguma coisa lá, e...

Um dia eu fui e vi, lá, o pessoal fazendo 'execiço'. Aí, eu fui lá, perguntei para o professor... como que tinha que fazer para entrar. Ele falou. Aí, eu passei 'no' médico, pedi o atestado, e fui lá. Faz um ano e meio que eu estou indo lá. Estou gostando. Adoro ir lá! **(Um ano e meio?!)** É. [risos] **(Nossa!)** Estou adorando, lá! [riso]

Que bom! E a caminhada no posto, como foi?

A caminhada... é... a gente se... Tem uma.. enfermeira... uma agente de saúde que... que ela coordena a caminhada. Então, a gente sai daqui 'de'... seis e meia. Chega... Vai lá para uma rua GMT[?], lá embaixo, que é bem... 'prano'. Porque diz que caminhada é bom em um lugar bem... **(Plano, não é?)** Bem 'prano'. Então, a gente vai lá, e faço caminhada de... 45 minutos, às vezes uma hora. Mas, a maioria é de 45 minutos. Depois, faz alongamento, e volta para casa. [riso]

Hum... Quem falou para você ir nessa caminhada? Você se lembra?

[vozes sobrepostas] Foi a médica, foi... **(A médica do posto.)** Foi, a médica do posto que indicou. Lá, tem jovem, tem... Tem até criança, adolescente... **(Ah, é para todas as idades?)** É. **(Uhm...)** Idoso. [risos] Tem

para todas as idades. Para todo mundo que quiser ir... Se eu[?] chegar lá, vai.

O que você acha disso, de ter todas as idades?

Eu acho bom. É, eu acho bom porque, aí, mistura todo mundo. Também lá, 'no' professor também. Tem adolescente... que os médicos mandaram para... falaram para fazer 'execiço'.

Lá tem adolescente, tem jovem, e tem idoso. [riso] Tem idoso, bem idoso mesmo. **(Ah, é?!)** É, tem idoso com 85 anos, que... Faz o que pode fazer. Porque, todas as atividades eles não conseguem fazer. Mas, o que eles podem fazer, eles fazem bonitinho. [risos]

Você falou também que já recebeu orientação sobre alimentação.

(É.) Onde você recebeu?

Foi no... no grupo do... do alongamento, lá no po... lá no... Carrefour. **(Ah, é?!)** É, que foi a nutricionista. **(Ah, foi nutricionista?!)** Foi. Lá, eles vão... Às vezes, vai nutricionista, vai 'psicolgo'. **(Uhm...)** A semana... Foi sábado. Sábado foi uma 'psicóloga' da Usp, lá. **(Ah, é?!)** É. Então, vai... Aí, ela que falou... eles falam. E os médicos também falam, quando nós passamos na consulta.

Ah, os médicos falam também?

É, falam também sobre a alimentação... Que, chega uma idade que nós não podemos... comer sal, comer carne... comer gordura, muita. Eu... Muita, não. Nenhuma gordura é boa, para a gente comer. Com... Assim, procurar uma alimentação leve, sadia. Comer fruta, verdura; não comer muita carne vermelha. Não comer carne vermelha... Às vezes eu passo duas, três semanas sem comer carne vermelha. **(Ah, é?!)** É, como peixe, como... frango. **(Nossa!)** Eu procuro fazer... o que eu posso para... viver melhor.

Você consegue seguir essas orientações? É?

Consigno, sim, porque... faz bem. Se a gente não... faz nada, depois é ruim para a gente. Então, eu tenho que procurar fazer.

[Silêncio]

Alguém já conversou com você sobre algumas mudanças que a gente pode fazer na casa, para facilitar a nossa vida?

Já. **(É?!)** Já. Que chega uma idade que, às vezes, é... Tapete, não... **(Isso.)** Antideslizante, trava nos banheiros, para segurar... Piso antiderrapante. Eles falam sobre isso. **(É?!)** Falaram já, tudo isso, é.

Quem falou?

Foi o médico. **(Um médico?!)** Hum, hum. **(Lá do posto?)** É. **(Ah, é?!)** É, porque, às vezes, não tem outro médico para substituir, para fazer essas coisas. Aí, os médicos que dão a consulta já... já induz isso na cons... [vozes sobrepostas] **(Já passa essa informação.)** Informação, é. **(Nossa!)** É. **(Mas, que bom!)** É. É, porque chega uma idade que as pessoas de idade ficam frágeis, não tem muita força nas pernas. Aí, tem que ter, assim, não pôr tapete, esses tapetes que escorregam, nos lugares que anda; pôr piso antideslizante, pôr trava no banheiro, aquelas... para segurar. **(Barra, não é? De segurança?)** Ham, ham. Para segurar. Essas coisas.

Você já fez alguma dessas mudanças? Ainda não.

[vozes sobrepostas] Não, eu não fiz ainda, não. [risos] **(Você ainda não precisou.)** Ainda não 'picisei', então...[risos] **(Mas já sabe, não é?)** Já sei... que, uma hora, vou precisar. [risos] **(Se precisar, já sabe o que tem que fazer.)** É, lógico. Com certeza. **(Não é?)** É. [riso]

Muito bom! Além desses dois grupos, da caminhada, e do exercício no Carrefour, você faz parte de mais algum grupo... (Não) aqui no bairro?

Não. Eu... Eu gostaria, até, de fazer, mas... depois, quando é 'de' tarde, a minha mãe... As meninas saem para trabalhar, minha mãe fica sozinha. Aí, eu não posso deixar muito tempo... ela sozinha dentro de casa, que, sabe Deus, pode cair, acontecer alguma coisa, e eu... Aí, eu não faço, por causa disso. **(Fica...?)** É. Ficar... vendo ela, se... 'picisa' de mim para alguma coisa. Porque, você sabe, chega uma idade que, às vezes, a pessoa está 'bonzinho', de repente acontece... algo. Que... a gente tem que estar prevenido para isso também.

Acontece algo...?

É, acontece algo que... inesperado, que nós estamos sem esperar, e, às vezes, acontece. Então, eu fico em casa. À tarde, assim, eu fico em casa. Porque eu tenho medo de deixar... Porque se... Eu acho que, se eu vou 'fazer' alguma... alguma coisa, assim, à tarde, fica a tarde inteira fora da minha casa, ela fica sozinha. Aí, eu não quero, eu... **(Você fica preocupada.)** Fico preocupada. Aí, acho que nem ia conseguir fazer o que eu ia fazer legal, porque... estou preocupada.

Você costuma ir à igreja?

Vou. **(É?!)** Eu vou. **(Você é evangélica?)** É, vou aos domingos na igreja. Não, mas eu não... Sou católica.

Você é católica?

Sou católica, eu vou aos domingos na igreja. Só domingo que eu vou 'na' igreja. **(Na missa?)** Na missa. Às vezes eu vou 'em' reunião.

Ah você vai em reunião também?

Na igreja, é. **(É?)** É. **(É?! Reunião sobre o quê?)** Sobre saúde, essas coisas também. Poder... [vozes sobrepostas] **(Ah, também tem?)** É, é. O padre daí é 'psicólogo'. **(Ah...)** E, às vezes, ele dá palestra sobre saúde, alimenta... Fala as coisas sobre a saúde, sobre... família!

Ah! E, aí, você também arruma...

[vozes sobrepostas] É. (... dá um jeitinho de ir?) É, é. A gente tem que estar informado. **(Hum, hum.)** Que a gente, informado, a gente aceita as coisas melhor. **(Hum, hum.)** O que vem na vida da gente, que... A gente não sabe, não é? Às vezes acontece algo na vida da gente, se a gente estando informado, é melhor para a gente. Sem informação, pegar de surpresa é ruim. **(É verdade.)** É. [riso]

Você conhece as pessoas que também costumam ir à missa, nessas reuniões?

Conheço. **(É?)** É bom, também, porque a gente conhece. Vai nesses lugares, na caminhada, no alongamento, na igreja, a gente conhece alguém, faz mais amizade. **(Ah, é?!)** É. Conversa. É muito bom.

Você tem amigos?

Eu tenho, sim. **(Já fez amigos?)** Hum. Já, sim. **(É?!)** Tenho bastante amigos. É, porque, se a gente fica só dentro de casa, a gente não conhece alguém, não conversa com ninguém; não tem com quem dialogar. E, às vezes, a gente tem até um 'poblema'... pode ter até um 'poblema', e fica só para a gente. E a gente, tendo alguém com quem a gente pode conversar, às vezes é mais fácil dar... de test... solução do 'poblema'. [riso]

Muito bom.

**No seu dia-a-dia, tem alguma atividade que você fala assim: --
Essa atividade é importante para mim?**

Eu acho todas. Todas que eu faço 'é' importante.

Não tem uma que você fala: --Essa não posso deixar de fazer?

Não, todas elas são importantes.

O que você costuma fazer para se distrair?

Ah, eu... Para me distrair, eu... Eu vejo... eu ouço música. [risos] **(Você gosta de ouvir música?!)** Eu gosto. **(É?!)** É, quando eu estou em casa só, eu gosto de ouvir música.

Que tipo de música?

Eu gosto de sertaneja, de... música pop; de Madona, eu gosto. Gosto de cantor internacional. Eu gosto de Madona e de Michael Jackson. **(Nossa, mas você é animada, hein?)** [risos] **(É! É.)** Não, porque eu gosto. Eu gosto desses dois... cantores de música pop. E de... de... de nacional, eu gosto de 'sertaneja', de MPB.

Então, para se distrair, você gosta de ouvir música?

[vozes sobrepostas] Gosto de ouvir música, é.

Você gostaria de fazer mais alguma coisa, para se distrair?

Ah... **(Que não tem dado para você fazer ultimamente?)** É, sim. Passear, assim dia... Assim, passear, ir 'num' parque... É, passear. Às vezes até, eu ir à cidade, ir 'no' shopping, ver as vitrines. De vez em quando eu vou. [risos] **(Ah, é?! De vez em quando você consegue ir?)** É. De vez em quando eu vou. Não 'de' sempre, mas eu sempre vou. Gosto de ver vitrine... Eu não tenho jeito. [risos]

Você, quando costuma sair para passear, via sozinha ou acompanhada?

Às vezes, eu vou só; às vezes, eu vou com uma das minhas filhas. **(Ah, uma das suas filhas 'te' acompanha.)** É. E, às vezes, eu vou só.

Você acha que essas atividades que a gente conversou agora, tanto a atividade física, quanto a sua participação na igreja, o passeio, contribuem para a sua saúde?

Sim. **(Ah, é?)** Contribui, sim. Porque, se você fica uma pessoa isolada, você... não se sente bem. Eu não me sinto bem se eu ficar uma

pessoa isolada, sem conversar com alguém, sem... Sei lá, eu me sinto bem, sim. Me faz bem! [vozes sobrepostas]

É importante ter esses contatos?

É importante, sim. É muito importante. Ficar isolado, sem conversar com ninguém, sem ter, assim, um diálogo com alguém não é bom. **(Você acha...?)** Faz muito bem a nossa cabeça. **(Faz bem para a cabeça?)** É. A nossa mente fica mais desenvolvida. **(E reflete na saúde?)** Hum, hum. **(Ah, é?)** É. É, porque, se a gente está bem, a cabeça, o coração está bem, tudo em paz, acho que... ajuda também na saúde. Tem a ver com a saúde.

Muito bom. Nós vamos, agora, para a última parte. Já está acabando. [risos] (Está bom.) É sobre os serviços de saúde, sobre o posto. (Ham, ham.) Você vai ao posto de saúde para quê?

Eu vou para o posto para quê? Para... Eu vou para o posto para... para passar 'no' médico, para examinar meu corpo, ver como está minha saúde, minha pressão, como eu estou; e, às vezes, também, colher alguma informação. **(Hum, hum.)** Que é importante.

Quando você vai ao médico, qual é o motivo?

Eu vou porque eu sei que necessito 'de' passar 'no' médico. Pelo menos 'de' cada dois meses eu tenho que ir 'no' médico para ele me examinar e ver como eu estou. **(Para um acompanhamento?)** É, para um acompanhamento.

Você não deixa para ir só quando está doente?

Não. Eu não vou 'no' médico só quando eu estou doente. 'De' cada dois meses eu vou 'no' médico, porque a gente vai, ele passa uma receita que vale dois meses. Cada dois meses... Mas aí... Ele passa de seis meses, mas eu gosto de ir... 'De' cada dois meses eu vou, eu volto lá para ver como que estou. Fazer... examinar eu corpo, para ver como eu estou.

Como é a con... [corte na gravação]

[Final do Lado A]

[Início do Lado B]

Como é a consulta? Você conversa com ele?

É, 'de' converso. De conversar o que eu estou sentindo; se eu estou sentindo alguma coisa, se eu não estou; tirar a pressão, pesar. Essas coisas.

Você consegue falar o que está sentindo, tirar as suas dúvidas?

Ham, ham, sim. **(É?)** É, porque a gente já vai no médico para tirar dúvida de alguma coisa que... se a gente pensa que não está certo. **(Hum, hum.)**

O que ele fala para você, o que ele orienta é fácil de entender?

É. **(É?)** É. É, porque... A gente entende porque a gente sabe que... se a gente não faz, não cuida da saúde na orientação que ele nos dá para fazer, não adianta nada você tomar remédio, passar no médico. Não adianta nada, porque, se você não se cuida também, não faz a sua parte, o médico não é milagroso, não é? [risos]

Mas ele usa palavras difíceis ou...?

Não, eles não usam palavras difíceis **(Não?)**, que eles sabem como lidar com as pessoas. **(É?)** É. [risos]

Então, está bom.

Lá no posto, às vezes, acontecem outros grupos. Você gostaria de participar também, ou não?

É, tem o grupo de hipertensão, de diabetes. De diabético, de... É, tem esses grupos. Eu já participei também desses grupos de hipertensão, de

diabético... Sobre orientação, como tem que fazer: 'execiço', alimentação, cuidados como de cortar unhas, de... de... os diabéticos, para não se machucarem, e cortar a unha direito; usar sapato, procurar usar sapato confortável nos pés, tudo isso eles falam. Eles falam e a gente tem que acatar, porque... precisa, não é?

Você parou de ir nesse grupo, agora?

Agora eu parei. Nunca mais eu fui. Mas quando... Quando começou, eu ia quase toda vez que tinha. Agora que... a minha mãe está mais de idade, aí eu... Eu não quero deixar muito ela sozinha em casa. **(Entendi.)** [palavra inaudível].

Você recebe a visita do agente comunitário aqui na sua casa?

Recebo. **(É?!)** É. É uma vez por mês, ele passa. **(Uma vez por mês.)** É. Ele passa para saber se a gente teve 'poblema', se está tomando os remédios, se está bem, se foi no posto medir a pressão, se... se está se alimentando direito, todas essas coisas que ele procura saber.

Como a senhora avalia a vinda de alguém do posto aqui, na sua casa?

Eu acho que é importante. **(Uhm.)** Eu acho que é importante. Assim, pelo menos, a gente sabe que alguém está olhando, [riso] vendo alguma coisa; se está faltando alguma coisa, assim... Uma orientação, eles dão, às vezes. Eu acho importante.

Uhm... Qual é a sua área, aqui?

Área azul.

Área azul? Uhm... E você acha que essas visitas contribuem para a saúde?

É, ajuda. Contribui, sim. **(É?)** É, um pouco, não é? Porque, se você fica largado, não tem ninguém que te olhe, nada, não é legal. E, assim, você

sabe que tem alguém que está... olhando, está te orientando em alguma coisa, se você não está fazendo certo. É importante, contribui, sim. **(Entendi.)** Eu acho que tudo contribui, desde que você queira viver bem. **(Hum, hum.)** Como diz o ditado, vale tudo. [risos]

[riso] Só tira mais uma dúvida para mim: essa caminhada que você faz no posto é para o pessoal só da sua área?

Não, vai todo mundo. **(Todo mundo do posto pode...? Tem a...?)** [vozes sobrepostas] É, todo mundo... Quem quiser ir. Área azul, área... Tem área azul, área rosa, área amarela... Área azul... Acho que 'é' quatro áreas: amarela, azul... **(Acho que tem a vermelha também.)** A vermelha, é isso aí. Então, todo mundo que quiser ir, aí...

Agora, quem não é dessas áreas, não pode ir?

Não, não. O pessoal [palavra inaudível] que faz tratamento, que passam aí, com os médicos do posto, [palavra inaudível].

Hum, hum. Entendi. Então, M. C., era isso. Eu já fiz todas as perguntas que eu precisava. Agora, só para finalizar, eu queria saber se a senhora quer falar mais alguma coisa ([vozes sobrepostas] Não.) sobre esse assunto.

Não, não quero mais, não. Acho que... já falei demais, até. [risos]

Não, você contribuiu bastante para a minha pesquisa [riso]. Obrigada. [riso]

'De' nada. [risos]

FIM DA GRAVAÇÃO