

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

WANDA PEREIRA PATROCINIO

**DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO
POPULAR EM SAÚDE DIRIGIDO A IDOSOS COMUNITÁRIOS**

Campinas

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP
Bibliotecária: Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

P276d	<p>Patrocínio, Wanda Pereira. Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde para o envelhecimento saudável de idosos comunitários/ Wanda Pereira Patrocínio. – Campinas, SP: [s.n.], 2011.</p> <p>Orientadora: Anita Liberalesso Neri. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.</p> <p>I. Velhice bem sucedida. 2. Envelhecimento. 3. Atitude (Psicologia). 4. Educação popular. 5. Programas educacionais. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.</p> <p>11-006 /BFE</p>
-------	---

Título em inglês: Description and analysis of the effects of a program of popular health education for healthy aging of older community

Keywords: Successful aging; Aging; Attitude (Psychology); Popular education; Programs education

Área de concentração: Psicologia Educacional

Titulação: Doutora em Educação

Banca examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Anita Liberalesso Neri (Orientadora)
Prof^ª. Dr^ª. Sonia Glúbiai
Prof^ª. Dr^ª. Maria Elena Guarente
Prof^ª. Dr^ª. Meire Cachioni
Prof^ª. Dr^ª. Beltrina da Purificação da Córte Pereira.

Data da defesa: 18/02/2011

Programa de Pós-Graduação : Educação

e-mail: wanda@gerculida.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

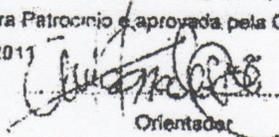
Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde
dirigido a idosos comunitários

Autor: Wanda Pereira Patrocínio
Orientador: Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por
Wanda Pereira Patrocínio e aprovada pela Comissão Julgadora.

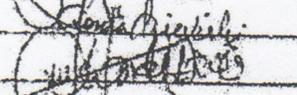
Data: 18/02/2011

Assinatura:


Orientador

COMISSÃO JULGADORA






2011

Dedicatória

Dedico este trabalho aos idosos participantes do programa de educação popular em saúde que, mesmo em meio às perdas que a velhice pode acarretar, buscam envelhecer com dignidade, lutando por uma experiência de vida mais positiva e por um viver com mais qualidade.

AGRADECIMENTOS

Seguem aqui os meus sinceros agradecimentos para pessoas especiais que fizeram e fazem parte de minha caminhada...

→ Meu coração é eternamente grato à minha família que amo imensamente: meu pai Sebastião, minha mãe Teresinha, minhas queridas irmãs Rosângela, Roberta e Vanessa, meu cunhado Antônio e minha linda sobrinha Júlia.

→ Meu eterno agradecimento ao meu marido, companheiro sempre presente e sensível em minha jornada, em sua jornada e em nossa jornada, Martin, muito obrigada pela sua presença em minha vida e pelo nosso lindo evoluir espiritual, que é nossa base de vida!

→ À minha querida orientadora Anita Liberalesso Neri. Sou muito feliz e grata pela possibilidade de ter cursado o doutorado em educação na Faculdade de Educação da Unicamp e mais grata ainda por tê-la como orientadora. Agradeço a Deus por me permitir passar por esta experiência tão valiosa. Agradeço a profa. Anita pela atenção, capacidade, dedicação, qualidade e responsabilidade com seu trabalho no campo da gerontologia.

→ Às professoras Maria Elena Guariento e Sônia Giubilei pela presença na banca de qualificação e de defesa, com contribuições ricas e atenciosas, pelo incentivo e pela colaboração. E às professoras Meire Cachioni e Beltrina Côrte pela presença e pelas valiosas considerações que realizaram na banca de defesa.

- À agente comunitária de saúde Onely Ramos que auxiliou na montagem do grupo de participantes no Orosimbo Maia e à sua coordenadora Érika Guimarães, que acolheu o projeto com abertura e aceitação.
- Aos idosos que participaram do Programa nas comunidades Orosimbo Maia e Figueira. E para as participantes mais jovens que contribuíram com suas presenças nos encontros.
- Aos queridos Lau (*in memoriam*) e Eliane, pela acolhida em meu início de caminhada na graduação em pedagogia. Especiais em minha vida.
- À amiga Mathilde, cuidadosa e sensível, que busca um caminho de amor e luz em sua trajetória e que vibra e ora, mesmo a distância.
- À amiga e acupunturista Sílvia, que me socorreu em momentos difíceis de meu crescimento pessoal, tão eficiente e sensível com suas agulhas.
- À amiga Taís, uma enorme gratidão pela nossa amizade e pela imensa generosidade em seu coração.
- Aos profissionais que me auxiliaram em conteúdos do Programa, para que ele fosse realizado de forma multidisciplinar: Elisandra V. G. Sé (*memória*); Stella V. de Souza Torres (*saúde bucal*); Taiguara B. Costa (*atividade física*); Cristina R. Lima (*tai chi chuan*); Rosália M. de Angelis Alves (*uso de medicamentos*) e Sara P. Vieira (*emoções e sentimentos na velhice*).
- Aos funcionários da Faculdade de Educação, por trabalharem para que esta instituição exista. Para Ade, Gislene e Nadir, extremamente atentos e cuidadosos, auxiliando sempre que necessário.
- Aos colegas e professores que encontrei ao longo das disciplinas na pós-graduação, que somaram convivência e aprendizados em minha vida.

Patrocínio, Wanda P. (2011). *Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Pp. 138.

RESUMO

Objetivos: Implementar um programa de educação popular em saúde para um envelhecimento saudável em duas comunidades da cidade de Campinas, baseado na perspectiva de Paulo Freire e na política de envelhecimento ativo (OMS); verificar a influência deste programa sobre a mudança de atitudes dos idosos em relação à velhice, à saúde, à participação social e a aspectos psicossociais. **Métodos:** foram realizadas intervenções educacionais em dois grupos de idosos residentes em região de baixo índice de vulnerabilidade social (N = 5) e médio índice de vulnerabilidade social (N = 11) com delineamento pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento, no qual a intervenção consistiu em um encontro semanal de 150 minutos, de agosto a dezembro de 2009. As medidas incluíram questionários e escalas sobre variáveis sociodemográficas, psicossociais, de participação social, de saúde e sobre atitudes em relação à velhice. Os programas foram elaborados com temas escolhidos pelos idosos. **Resultados:** Análises estatísticas e de conteúdo mostraram mudança nas atitudes em relação à velhice, com diminuição de opiniões negativas, aumento das positivas; percepção de que a velhice comporta tanto ganhos como perdas; melhora no tempo diário de prática de atividade física; e melhora no consumo diário de verduras e legumes para os dois grupos; as pontuações em satisfação com a vida foram geralmente altas; as avaliações de saúde percebida foram positivas. **Conclusões:** O desenvolvimento de um programa educacional baseado no modelo de Paulo Freire e realizado de forma multidisciplinar, com conteúdos adequados e de interesse dos idosos resultou em melhora em aspectos da qualidade de vida dos participantes. Os resultados sugerem que intervenções deste tipo podem favorecer a saúde física e mental de idosos. **Palavras-chave:** Velhice bem-sucedida; Envelhecimento; Atitudes em relação à velhice; Educação popular; Programas educacionais.

Patrocínio, Wanda P. (2011). *Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários. Description and analysis of the effects of a program of popular health education aimed at the elderly, Brazil*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Pp. 138.

ABSTRACT

Objectives: This study was aimed to implement a program of popular health education toward healthy aging in two communities of Campinas, based on the perspective of Paulo Freire and the politics of active aging (WHO) and to verify the influence of the program on the attitudes of the participants toward old age, health, social participation and psychosocial aspects. **Methods:** educational interventions were performed in two groups of community dwelling-elderly from regions of low and intermediary social vulnerability index, with pretest, intervention, post-test and follow-up design. The intervention consisted of a weekly meeting of 150 minutes, from August to December 2009. Measurements were taken by questionnaires and scales of sociodemographic, psychosocial, social participation, health variables, as well as images of aging. The programs included themes chosen by the participants. **Results:** Statistical and content analysis showed change of the attitudes toward aging, reduction the negative evaluations, increasing of positive ones, and perception of old age as a stage that comprises both gains and losses, improvement in daily physical activity and improvement of the intake of vegetables. The scores were generally high in all measures for satisfaction with life; ratings of perceived health were high in both groups. **Conclusions:** An educational program based on the model of Paulo Freire and multidisciplinary in nature, showed to be effective to the improvement of quality of life aspects of the participants. The results suggest that such interventions can promote the physical and mental health of elderly. **Keywords:** Successful old age; Aging; Attitudes toward aging; Popular education; Educational programs.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores sociais dos bairros Orosimbo Maia e Parque da Figueira. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	30
Quadro 2: Variáveis e instrumentos utilizados no Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	34
Quadro 3: Ficha de registro de observação para as sessões de intervenção utilizada no Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	36
Quadro 4: Temas de cada grupo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	38
Quadro 5: Categorias e temas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	50
Quadro 6: Respostas positivas para a categoria Imagens da Velhice nas três medidas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	51
Quadro 7: Distribuição dos temas nas respectivas aulas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Doenças e problemas de saúde. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	32
Figura 2: Imagem da velhice. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	52
Figura 3: Distribuição das porções de consumo diário de verduras e legumes nas três ocasiões de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	55
Figura 4: Distribuições de frequência dos idosos com e sem sintomas depressivos no seguimento. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	56
Figura 5: Distribuição dos escores de satisfação nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	57
Figura 6: Distribuição das pontuações em suporte social percebido nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	58
Figura 7: Distribuição dos escores de avaliação de saúde nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	59
Figura 8: Distribuições das participações conforme os temas tratados. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	60
Figura 9: Distribuições das participações conforme o tipo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	60
Figura 10: Evolução do tipo de participação no decorrer do Programa – O. Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	61
Figura 11: Evolução do tipo de participação no decorrer do Programa – Figueira. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável.	

Idosos, Campinas, 2009	62
Figura 12: Distribuições das participações conforme o tema e o tipo – O. Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	63
Figura 13: Distribuições das participações conforme o tema e o tipo – Figueira. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	63
Figura 14: Categorias de conteúdo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	31
Tabela 2: Medidas de posição e dispersão relativas ao tempo diário de atividade física no grupo Figueira e no grupo O. Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	53
Tabela 3: Número de dificuldades em AAVDs relatadas nas três ocasiões de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas, 2009	55

LISTA DE SIGLAS

AAVDs – Atividades avançadas de vida diária
ACS – Agente comunitária de saúde
ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular e Saúde
DCNTs – Doenças Crônicas não transmissíveis
EP – Educação Popular
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
FIBRA – Estudo Fragilidade em idosos brasileiros
GDS – Escala de depressão geriátrica
GPS – Grupos de Promoção da Saúde
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social
IVS – Índice de Vulnerabilidade Social
NAI – Núcleo de Atenção ao Idoso
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PESQUISA SESC/FPA – Pesquisa Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas –
Fundação Perseu Abramo e SESC.
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PS – Promoção da Saúde
PTIA – Programa Terceira Idade em Ação
REDEPOP – Rede de Educação Popular em Saúde
SABE – Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESC – Serviço Social do Comércio
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnATIs – Universidades Abertas da Terceira Idade
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
1. Princípios da educação reflexiva, problematizadora e dialógica e sua aplicação em idosos	4
2. Qualidade de vida, envelhecimento saudável e programas educacionais	8
3. Promoção da saúde, educação em saúde e programas de educação em saúde	13
4. Atitudes em relação à velhice e percepção de velhice saudável	21
5. Justificativa	26
6. Objetivos	27
MATERIAIS E MÉTODOS	29
1. Amostra e participantes	29
2. Delineamento	33
3. Instrumentos	33
4. Procedimentos	37
5. Análise dos dados	47
RESULTADOS	49
1. Imagem da velhice	49
2. Atividade física	53
3. Alimentação	54
4. Participação social	55
5. Sintomas depressivos	56
6. Satisfação	56
7. Suporte social percebido	58
8. Avaliação subjetiva de saúde	59
9. Registros de observação em sala de aula	59
10. Avaliação do programa	65
DISCUSSÃO.....	67
CONCLUSÕES.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS	97
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	98
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
Anexo 3 – Protocolo de Coleta de Dados	102
APÊNDICES	109
Apêndice 1 – Produção final dos grupos sobre envelhecimento saudável	110
Apêndice 2 – Cartilha sobre alimentação saudável	111

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivos descrever e avaliar a eficácia de um programa de educação popular em saúde sobre a qualidade de vida percebida e as atitudes em relação à velhice em idosos comunitários. O programa teve como base a perspectiva pedagógica e política de Paulo Freire e a política de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (2005).

A educação popular tem como objetivo desenvolver nos educandos o reconhecimento de si mesmos como sujeitos, visão crítica sobre as estruturas sociais e engajamento ativo. Exige uma relação de confiança entre os participantes e os educadores, na qual devem se fazer presentes o diálogo e o respeito aos interesses e às experiências dos educandos (Freire, 1975, 1979, 1982).

O envelhecimento ativo ou saudável é um processo que envolve prevenção e controle de doenças; comportamentos de saúde (alimentação equilibrada, atividade física, sono, evitar fumo e álcool); atividade, produtividade e participação social; exercitar a memória e o raciocínio; ter objetivos e metas. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), os três pilares do envelhecimento ativo ou saudável são a saúde, a participação social e a proteção social e, mais recentemente (2010), foi agregado um quarto eixo baseado no treinamento contínuo.

A promoção da saúde objetiva a melhoria da saúde das pessoas de todas as camadas da população (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008; Candeias, 1997). A educação em saúde é o aspecto da promoção de saúde que focaliza a melhoria da saúde por meio de mudanças de comportamentos individuais (Green e Kreuter, 1999; Candeias, 1997). Educação popular em saúde é a utilização da educação popular como forma de efetivação das ações em saúde (Severo, Cunha e Ros, 2007).

Ambos os conceitos, envelhecimento saudável e educação em saúde relacionam-se com outra importante noção, a de qualidade de vida (QV). Trata-se de construto multidimensional, com aspectos objetivos e subjetivos ligados às esferas econômica, social, cultural, psicológica e biológica. A este trabalho interessa particularmente a ideia de que a qualidade de vida também diz respeito à avaliação subjetiva global sobre condições de saúde e bem-estar e sobre as condições de contexto, tendo em vista valores individuais e

sociais (Neri, 2005, 2007b). Nesse sentido, existe íntima relação entre o conceito de qualidade de vida percebida e o de atitudes, pensadas como avaliações de indivíduos e grupos em relação a objetos sociais, envolvendo processos afetivos, cognitivos e comportamentais. As atitudes em relação à velhice são socialmente aprendidas ao longo da vida por meio da convivência com idosos, com a experiência do próprio envelhecer e pelos meios de comunicação como livros, televisão e propagandas (Neri, 2007a, 2008).

Com base nesses conceitos, que são tratados em detalhes na introdução desta tese, foi planejado um trabalho de intervenção envolvendo idosos residentes em dois bairros com diferentes perfis socioeconômicos, localizados na cidade de Campinas, SP. No tópico dedicado à metodologia serão descritos o delineamento e os procedimentos de pesquisa e de ensino, assim como os de análise de dados. O estudo ensejou a adoção de metodologias quantitativas e qualitativas. Houve preocupação em fazer registros das sessões de intervenção, com o duplo fito de obter informações sobre as mudanças de comportamentos dos idosos e de documentar os procedimentos de educação popular em saúde. Os dados foram discutidos pelos pontos de vista da educação popular em saúde e do envelhecimento ativo e comparados com os provenientes de literatura empírica específica, em Educação e em Gerontologia.

Acredita-se que os dados obtidos e relatados possam servir como subsídio para o planejamento de programas e ações favoráveis à saúde, à participação social e à educação dos idosos.

INTRODUÇÃO

Numa perspectiva ampla, a educação é um processo de humanização que ocorre ao longo de toda a vida. De modos diferentes, ela ocorre em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola e entre outros contextos (Brandão, 1995). Além de acontecer em múltiplos espaços e diferentes situações da vida, a educação está ligada à aquisição e à articulação entre os conhecimentos popular e científico (Rodríguez, Kolling e Mesquida, 2007).

As condições de vida dos idosos podem ser auxiliadas pela educação, mas dependem também de mudanças concomitantes nas condições que geram pobreza, doença e baixo nível educacional, porque as atitudes negativas em relação à velhice são, em parte, reflexo das precárias condições de vida dos idosos (Neri, Cachioni e Resende, 2002). As atitudes preconceituosas em relação à velhice determinam políticas e práticas sociais discriminativas, segregadoras, rejeitadoras ou paternalistas oferecidas pela sociedade aos idosos. A superação de falsas crenças é fundamental para a promoção de uma abordagem positiva acerca da velhice. A educação permanente de pessoas de todas as idades é um instrumento adequado para essa finalidade. Por meio dela, é possível superar estereótipos sobre o idoso e a velhice, assim como práticas sociais discriminatórias (Neri, 2002 e 2005; McGuire, Klein e Couper, 2005). A educação para o envelhecimento deve ocorrer ao longo da vida, no lar, na escola e na comunidade.

A educação pode também ser focalizada pelo prisma mais restrito do ensino e da aprendizagem escolar. Mehrotra (2003) apresenta as seguintes sugestões para instituições interessadas na elaboração de programas educacionais para idosos:

- a) envolver os idosos nos processos de avaliação de necessidades, no planejamento e na execução do programa;
- b) levar em conta seus interesses, habilidades, experiências, necessidades e motivações;
- c) lembrar que as relações sociais são tão importantes como a estimulação intelectual, e que o aprendizado é melhor quando apoiado por um grupo social que o valoriza e confirma a capacidade de mudar e de se desenvolver dos participantes;

- d) engajar os participantes em aprendizagem ativa, recompensando o ato de responder, incentivando e dando retorno positivo, o que reforça o senso de autoeficácia dos idosos;
- e) concentrar-se no desenvolvimento de atividades, técnicas e abordagens de aprendizagem que os participantes possam utilizar de numerosas maneiras em outras situações.

Os idosos precisam e querem oportunidades para compartilhar suas experiências, participar de reflexão e serem ativos na tomada de decisão. Duay e Bryan (2008) chamam a atenção para a necessidade de adequar os programas de educação para idosos que não tiveram sua alfabetização concluída, pois seus interesses e necessidades podem ser diferentes das de seus pares alfabetizados. Ademais, é necessário sempre investigar o que os idosos consideram útil em situações de aprendizagem.

O aprendizado dos idosos tende a ser mais lento e pode ser afetado pelas perdas típicas do envelhecimento cognitivo normal, que se traduzem principalmente em dificuldades de memória de trabalho e de memória episódica, em lentificação do processamento da informação e em dificuldade para inibir estímulos irrelevantes (Baltes e Smith, 2006/2003). Por isso, os programas educacionais dirigidos a idosos devem adaptar-se ao seu ritmo e devem ser ajustados a seus interesses e motivos (Boulton-Lewis, Buys e Lovie-Kitchin, 2006). Dito de outra forma, a educação de idosos deve ser dialógica, reflexiva e problematizadora (Todaro, 2009), ou seja, deve basear-se nos mesmos princípios que fundamentam a proposta de educação popular e dialógica de Paulo Freire.

1. Princípios da educação reflexiva, problematizadora e dialógica e sua aplicação em idosos

A proposta de educação desenvolvida por Paulo Freire (1975, 1979 e 1982) visa a desenvolver nas pessoas o reconhecimento de si mesmas como sujeitos, uma visão crítica sobre as estruturas sociais e o engajamento ativo em uma prática emancipadora. Deve envolver processos contínuos e permanentes de formação num contexto de confiança mútua. As atividades devem favorecer a autonomia, a participação, a colaboração, exploração de pontos de vista alternativos, a problematização e a reflexão crítica. Os

conceitos básicos subjacentes a essa proposta de educação são: a conscientização, que deve acompanhar o processo educativo; as relações dialógicas entre educador e educando, e o caráter transformador da educação, que deve preocupar-se com o bem-estar dos indivíduos.

Segundo Freire (1982), para que ocorra o diálogo é necessário que haja amor, humildade e confiança. Os temas, atividades e conteúdos devem ser construídos em conjunto pelos educadores e pelos educandos. Idealmente, o amor deve refletir-se na compreensão e no respeito às características e nos interesses dos educandos. A humildade deve refletir-se na aceitação da noção de que não há ignorantes absolutos, nem especialistas absolutos, mas sim pessoas que, em conjunto, buscam saber mais. Acreditar nos outros diz respeito à compreensão de que os educandos têm capacidades para fazer, para criar novos contextos, recriar a própria experiência e contribuir para o processo ensino-aprendizagem.

A esse respeito o autor afirma:

O que importa fundamentalmente à educação (...) é a problematização do mundo do trabalho, das obras, dos produtos, das idéias, das convicções, das aspirações, dos mitos, da arte, da ciência, enfim, o mundo da cultura e da história, que, resultando das relações homem-mundo, condiciona os próprios homens, seus criadores (Freire, 1975, p. 83).

O trabalho educativo de Paulo Freire teve como base os Círculos de Cultura (Freire, 2000), instituição de debates que buscavam o esclarecimento de situações e ações práticas. A programação desses debates era realizada nos próprios grupos por meio de técnicas de manejo que resultavam na enumeração de problemas que os participantes gostariam de debater. Os assuntos eram esquematizados e apresentados em forma de diálogo.

Tratando da atualidade de Paulo Freire, Souza (2002) apresenta como desafio do modelo pedagógico do autor, o desenvolvimento dos seguintes aspectos: 1) identificar interesses dos integrantes do grupo; 2) confrontar os saberes pré-existentes com a realidade e garantir diálogo, pois se este não acontece, há um rompimento da interação pedagógica; 3) construir uma nova forma de aproximação, formulação e comunicação dos saberes produzidos (novos saberes); 4) realizar o confronto dos novos saberes com os interesses identificados no início para retroalimentar o processo, proporcionando a continuidade da ação educativa.

Segundo o modelo de Freire (2000), a prática educativa deve ocorrer da seguinte maneira:

- 1) Levantamento dos temas geradores de interesse dos grupos com os quais se vai trabalhar.
- 2) Seleção dos temas mais citados dentro do universo apresentado pelo grupo.
- 3) Criação de situações práticas de aprendizagem sobre a questão a ser trabalhada.
- 4) Elaboração do material teórico e prático a ser utilizado.
- 5) Planejamento e organização das situações práticas e utilização do material dentro do tempo de desenvolvimento de determinada atividade.

Essa concepção de ensino é compatível com a noção de educação popular compreendida por Paiva (1987) como a que é oferecida a toda a população e aberta a todas as camadas da sociedade. Segundo Brandão (1984), “não é uma atividade pedagógica *para*, mas um trabalho coletivo em si mesmo, ou seja, é o momento em que a vivência do saber *compartido* cria a experiência do *poder compartilhado*” (p. 72).

A educação popular é uma educação comprometida e participativa baseada no saber da comunidade e incentivadora do diálogo. A principal finalidade dessa proposta educativa é utilizar o saber da comunidade como matéria-prima para o ensino. Segundo Freire (1975), só aprende efetivamente aquele indivíduo que se apropria do aprendido e que tem capacidade de aplicar o que aprendeu em situações existenciais concretas. Por outro lado, não aprende o indivíduo a quem o educador tenta transmitir conteúdos distantes de sua realidade e de sua capacidade de compreensão.

Um dos aspectos essenciais para que o processo de ensino-aprendizagem seja efetivo, principalmente quando se trata de idosos, é a formação do profissional que vai coordenar esses trabalhos. Segundo Franco, Libâneo e Pimenta (2007), o pedagogo deve estar habilitado para coordenar, planejar, executar e avaliar programas e projetos educacionais para diferentes faixas etárias (crianças, jovens, adultos, idosos). No entanto, a literatura brasileira sobre educação de idosos e sobre a formação de profissionais para a educação dessa camada da população ainda é escassa.

Para Pitkala e colaboradores (2004) essa formação deve favorecer o conhecimento sobre a dinâmica de trabalho e sobre as especificidades do envelhecimento e o profissional deve ter habilidades para desenvolver o seu próprio papel como líder. No programa multidisciplinar de tutoria em saúde geriátrica desenvolvido por Cotter e colaboradores (2004), profissionais americanos experientes, com formação em Geriatria e Gerontologia, acompanhavam e orientavam profissionais de saúde com atuação mais recente com a

clientela idosa. O objetivo era melhorar o atendimento e auxiliar o desenvolvimento da carreira dos profissionais menos experientes.

No Brasil, vários estudos se ocuparam da formação de profissionais para atuar com educação de idosos. Cachioni (2003) estudou a formação de profissionais que atendem idosos em Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs) nas regiões Sudeste e Sul do país, tendo visitado instituições de Campinas (SP), Piracicaba (SP), Rio de Janeiro (RJ), Florianópolis (SC), Passo Fundo (RS) e Santa Maria (RS). Após analisar o perfil dos professores que atuavam nas instituições pesquisadas, a autora concluiu que, a despeito do sensível aumento na oferta de programas educacionais para idosos verificado nos últimos anos, ainda não há um ponto de vista e nem um conjunto de práticas instituídas para a formação e o acompanhamento do trabalho educacional, assim como não se discutem sistematicamente fundamentos e práticas mais apropriadas à educação desse público. Nesse contexto, o papel do educador é garantir o estudo e a reflexão sobre as vivências, as situações conflitivas (tais como doenças, perdas e angústias) e as de esperança e alegria que os idosos vivem, tomando o cuidado de não mascarar a realidade. Dessa forma, o idoso se apropriará do saber por meio de um processo educativo em que o conhecimento estará a serviço de sua construção como sujeito social, pois educar adultos e idosos é proporcionar a eles um caminho para alcançar novos níveis de percepção social, de conhecimento e de ação (Lima, 2000).

Neri e Jorge (2006) realizaram pesquisa para levantar atitudes e conhecimentos em relação à velhice em 227 estudantes de graduação em educação e em saúde, sendo 111 de um curso de Pedagogia. O objetivo era oferecer subsídios ao planejamento curricular de cursos de graduação. Entre os estudantes de Pedagogia, 82,88% não foram expostos a disciplinas sobre velhice e 90,99% disseram nunca ter lido livros sobre velhice. Os alunos da área de saúde que tinham tido disciplinas teóricas e práticas sobre a velhice mostraram conhecer mais sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram. Para as autoras, tais dados colocaram em evidência a importância dos estudos formais no estabelecimento de conhecimentos específicos sobre velhice. Concluem que mudanças paradigmáticas em relação à Educação e à Gerontologia precisarão acontecer para que os conteúdos sobre velhice passem a fazer parte dos currículos de formação de professores.

Motta, Caldas e Assis (2008) apresentaram a experiência de formação profissional para a atenção integral à saúde do idoso do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da UnATI/UERJ. A equipe do NAI é composta por profissionais de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia. O programa possui as seguintes modalidades de treinamento: estágio supervisionado, residência em geriatria, treinamento profissional e treinamento prático para alunos do curso de especialização em Geriatria e Gerontologia. A formação proposta baseia-se na inserção dos alunos na dinâmica geral da equipe e nos subprojetos do NAI. O programa de treinamento oferece instrumental teórico-prático sobre atenção à saúde do idoso, para formar profissionais aptos a atuar em serviços de saúde voltados para a população idosa, enfatizando aspectos de promoção de autonomia e independência desse grupo etário. Pretende também formá-los para trabalhar em equipe interdisciplinar, propor plano terapêutico em equipe, objetivando a reabilitação, qualidade de vida e uso racional de recursos e intervir com famílias e cuidadores como dimensão essencial da proposta assistencial. Os autores acreditam que o programa do NAI pode ser um modelo de treinamento adequado para desenvolver competências necessárias ao profissional de saúde que trabalha com o envelhecimento e o usuário idoso, num modelo de aprendizado ativo, que permite a integração entre áreas de forma conjunta e resolutiva.

A educação de idosos no Brasil ocorre em vários contextos, entre eles as Universidades da Terceira Idade (UnATIs), em programas socioeducacionais de instituições públicas e privadas, em salas de alfabetização para adultos e em programas desenvolvidos em unidades básicas de saúde, instituições de saúde e em Organizações Não Governamentais. Os programas têm como meta promover o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

2. Qualidade de vida, envelhecimento saudável e programas educacionais para idosos

Qualidade de vida é um conceito de múltiplas dimensões, multideterminado e diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos em diferentes épocas e sociedades. A boa qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e

deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. É essencial promover a saúde física ao longo de todo o curso da vida e promover a educação continuada na vida adulta e na velhice, incluindo oportunidades para treinamento compensatório (Neri, 2005).

Um dos principais aspectos do conceito de qualidade de vida é o seu caráter subjetivo, que diz respeito aos recursos da personalidade expressos, principalmente, por conhecimento e valorização de si, por capacidades de enfrentamento e de autoavaliação. Estes fatores desempenham papel capital na determinação do bem-estar subjetivo, mediador importante das avaliações de qualidade de vida na velhice. O segundo aspecto fundamental é a multidimensionalidade, ou seja, o fato de se aplicar a várias facetas da vida, segundo os temas evolutivos mais relevantes para indivíduos e grupos vivendo em dado contexto sócio-histórico. O terceiro aspecto é que a qualidade de vida não só é contextualizada social e historicamente como também é controlada por aspectos específicos do ambiente em que é avaliada (Neri, 2007b).

Na pesquisa com idosos, observa-se que um dos fatores que influenciam a qualidade de vida é a saúde. O termo saúde tem vários significados e está associado a um amplo espectro de fatores que incluem alimentação, habitação, saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e cuidados adequados em saúde (Buss, 2000).

O envelhecimento saudável pode ser compreendido como processo que envolve prevenção e controle de doenças; comportamentos de saúde (alimentação equilibrada, praticar atividade física, qualidade do sono, evitar fumo e álcool); atividade e participação social; estimulação da memória e do raciocínio; objetivos e metas de vida.

Para Borges (2003), envelhecer bem depende das oportunidades que o indivíduo tem para usufruir condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho, não somente na velhice, mas em todo o curso de vida. Uma velhice bem-sucedida depende de todos esses fatores. Eles vão determinar a saúde real e a percebida, a longevidade, a atividade, a produtividade, a satisfação, a eficácia cognitiva, a competência social, a capacidade de manter papéis familiares e uma rede de relações informais e, ainda, as capacidades de autorregulação da personalidade e do nível de motivação para a busca de informação e para a interação social.

Moraes e Souza (2005) investigaram fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido em 400 idosos socialmente ativos da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os resultados indicam que, para esses idosos, os fatores que influenciam tal padrão de envelhecimento são as relações familiares e de amizade, a saúde e o bem-estar percebido, a capacidade funcional e o suporte psicossocial. Os autores afirmam que a saúde é uma condição necessária para o envelhecimento bem-sucedido, mas que é apenas uma parte desse complexo conceito. É importante ter, também, objetivos na vida, acreditar no futuro, prosseguir na busca da felicidade e, se possível, aprender a ser otimista, pois os autores acreditam que a capacidade dos indivíduos pode ser aprimorada.

No estudo de Duay e Bryan (2006), houve uma avaliação das percepções de 18 idosos (11 mulheres e sete homens, moradores da Flórida, EUA) com idades entre 60 e 86 anos (média de idade de 72,6 anos) sobre envelhecimento bem-sucedido e sobre as estratégias que usavam para se adaptar às mudanças em suas vidas. Os resultados indicaram que, de acordo com os idosos entrevistados, o envelhecimento bem-sucedido envolve colaborar com os outros e ter boas relações sociais e familiares; saber lidar com as mudanças e limitações que o processo de envelhecimento propicia e manter boa saúde física, mental e financeira.

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) encontraram heterogeneidade e multidimensionalidade no conceito de envelhecimento saudável apresentado por 501 idosos residentes na cidade de Juiz de Fora, MG. As categorias mais apontadas pelos participantes foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação e exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%).

Antunes (2006) desenvolveu uma pesquisa com o objetivo de reconstruir a memória social de grupos de bairros populares em Campinas. Durante a fase de esclarecimento do projeto e levantamento de dados pessoais, abordou individualmente os idosos e, durante o desenvolvimento da pesquisa, realizou dinâmicas grupais que incluíram movimento corporal, vivências temáticas, reflexões, participação política, oficinas de memória, palestras e discussões com profissionais, abordagem para autoconhecimento, entre outras técnicas. Como resultado, o grupo mostrou progressos em relação à autonomia, à superação de dificuldades, à visão da velhice e ao enfrentamento social. Concluiu que o envolvimento em grupos comunitários foi favorável para o bem envelhecer dos participantes porque

propiciou ampliação da rede de suporte social, visão positiva sobre o envelhecimento e desejo de perpetuação dos grupos.

Ruby (2006) desenvolveu um programa de seis semanas em Michigan, EUA, que abordou o desenvolvimento físico e emocional e as necessidades educativas dos idosos. Avaliou a eficácia do programa usando um instrumento que mediu a qualidade de vida. Foram 84 participantes (41 experimentais e 43 controles). A participação no programa melhorou significativamente os escores de qualidade de vida dos idosos e as mudanças se mantiveram após um mês.

Collins e Benedict (2006) avaliaram a eficácia de um programa educativo de promoção da saúde para idosos (Nevada, EUA) durante 16 semanas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos participantes. Os autores relataram melhorias significativas na saúde e na qualidade de vida. Sugeriram que um programa educativo de promoção da saúde com base na comunidade pode ser uma estratégia eficaz para reduzir o risco de fragilidade e promover a saúde e a independência dos idosos.

Boulton-Lewis (2010) pretendeu saber por que idosos buscam os programas de educação, como aprendem e o que querem estudar quando procuram uma instituição de educação voltada para seu grupo etário. Para tanto, estudou a literatura sobre programas de educação e aprendizagem para idosos em vários países. Na análise dos dados, classificou as pesquisas a partir dos seguintes temas: aprendizagem e envelhecimento; papel da aprendizagem na vida dos idosos; programas que relacionavam envelhecimento, atividades e processos cognitivos; idosos têm condições de novos aprendizados; motivos de os idosos buscarem novos aprendizados; como e onde buscam educação; oportunidades de aprendizagem e educação para idosos e assuntos que os idosos queriam aprender. Concluiu que a educação na velhice favorece a autoconfiança e as estratégias de enfrentamento, mantém o funcionamento cognitivo e amplia o conhecimento sobre gestão da saúde, além de auxiliar na manutenção das relações sociais e incentivar a sabedoria. O autor afirma, ainda, que são necessários mais dados dos próprios idosos sobre as suas atitudes em relação à aprendizagem, por que, como e o que querem aprender e que, também, seria útil saber se os contextos educacionais aos quais os idosos são expostos promovem benefícios positivos mensuráveis.

No Brasil, é importante enfatizar o papel desempenhado pelo Serviço Social do Comércio (SESC) no atendimento a idosos nas áreas social, de saúde e da educação. O foco na ação educacional teve início em 1977, com as Escolas Abertas da Terceira Idade (SESC, 2003), que foram o embrião das Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs), que se desenvolveram a partir dos anos 1980 e 1990. Hoje em dia, continua crescendo o número de UnATIs que, de modo geral, são oferecidas em instituições privadas (Arruda, 2010). Cachioni (1998), Lima (2000), Guedes (2006), Branco (2007) e Ramos (2008) realizaram, nas UnATIs, estudos que contribuíram para a compreensão dos processos educativos dos idosos.

Cachioni (1998) afirma que o programa da UnATI estudada em sua pesquisa contribuiu positivamente para as concepções sobre envelhecimento bem-sucedido de seus participantes; as expectativas dos participantes com relação ao programa foram satisfeitas e seus efeitos pareceram benéficos ao bem-estar subjetivo e à autoimagem. Na pesquisa de Lima (2000), a autora concluiu ser necessária uma pedagogia específica para o idoso e que é preciso diferenciar o ensino oferecido para essa clientela, no qual as aulas possam possibilitar que cada participante do grupo vivencie situações fecundas de aprendizagem para conseguir que ele tenha acesso à cultura e dela se aproprie. Ainda segundo a autora, é importante colocar os alunos diante de situações ótimas de aprendizagem e de envelhecimento para que conquistem maior autonomia e melhor qualidade de vida. No estudo de Guedes (2006), observou-se que a participação em uma UnATI proporcionou maior valorização individual, aquisição de novos conhecimentos e expansão do círculo de relações. Branco (2007) relatou a singularidade da participação de idosas nesse tipo de instituição, as mudanças ocorridas em suas vidas após começarem a frequentar as aulas e os ganhos após muito tempo de reclusão no seio familiar. Ramos (2008) realizou um estudo sobre duas UnATIs da cidade de São Paulo. Considerou que o idoso tem sua identidade e subjetividade construídas socialmente e acredita que uma prática educacional que o auxilie a se desenvolver é a que lhe propicia oportunidade de aprender sobre si mesmo, conhecer sua realidade e fazer-se indivíduo ativo e capaz de agir sobre si próprio e o mundo.

No contexto da educação formal, vem crescendo o número de idosos que buscam as salas de aula de alfabetização para adultos. Doll (2008) acredita que isso se deva ao fato de que, na época em que esses idosos deveriam ter tido acesso ao estudo, não o conseguiram,

pelas mais variadas razões, procurando suprir essa carência na velhice. Para que o idoso seja atendido em suas necessidades e para que esse tipo de educação seja eficiente na vida dos participantes, Giubilei (1993) afirma que o trabalho educativo deve conter informações pertinentes à área de interesse dos educandos e que o conteúdo deve ser prático, funcional e de uso imediato pelos adultos e idosos. De forma sistematizada, Doll (2008) derivou seis dimensões da educação de idosos: socioeducativa, de lazer, compensatória, emancipatória, de atualização e de manutenção das capacidades cognitivas. Cada idoso tem um ou mais motivos, associados a esses domínios, para buscar as atividades educacionais.

Patrocínio (2003) relatou a experiência de um projeto de educação de jovens, adultos e idosos, mostrando que os idosos procuram as salas de alfabetização para algo mais do que aprendizagem da escrita e de cálculos: as idosas desse projeto viam, nas aulas de educação, a manutenção de suas redes de relações sociais e ocasiões para busca de autonomia e independência para as atividades do dia a dia. A experiência de Cantareira e Belgini (2009) mostrou que os idosos buscam na escola oportunidade para fortalecimento da autoestima.

Os objetivos do trabalho pedagógico, nesse contexto, deixariam de ser apenas os de levar ao aluno conhecimentos escolares clássicos formais e passariam a incorporar as possibilidades de os conteúdos contribuírem para as ações concretas que os alunos devem ser capazes de desenvolver na vida cotidiana, tanto para melhorar sua própria qualidade de vida como para associar aspectos de sua vida ao conjunto da sociedade (Oliveira, 2007).

No contexto da velhice, a qualidade de vida envolve vários aspectos que se relacionam com a busca de um envelhecimento saudável e existem muitas formas de promoção do envelhecimento bem-sucedido com enfoque na educação. A seguir, serão apresentadas formas de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos por meio da educação em saúde.

3. Promoção da saúde, educação em saúde e programas de educação em saúde

O conceito e as práticas modernas de promoção da saúde surgiram e se desenvolveram de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental. Na América Latina, em 1992,

realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (Buss, 2000).

No Brasil, o trabalho voltado para uma prática mais efetiva na vida dos usuários de saúde teve início com as discussões sobre o tema da promoção da saúde (PS). Em uma aproximação imediata do termo, pode-se entender por promoção da saúde toda atuação que tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008). A PS manifesta-se por duas vertentes principais: 1) a educação em saúde clássica e mais tradicional praticada em serviços de atenção básica, representada por palestras e orientações sobre a prevenção de doenças e 2) a que se vincula ao campo da educação popular em saúde (Buss e Carvalho, 2009).

Traverso-Yépez (2007) analisou a política de promoção da saúde no Brasil e destacou seus aspectos positivos e negativos. A autora acredita que o interesse pela adoção de comportamentos saudáveis fundamenta-se na premissa de que boa parte dos problemas de saúde está relacionada aos estilos de vida e que a estratégia mais indicada para trabalhar essa dinâmica é a educação para a saúde. Porém, campanhas e palestras de informação, objetivando mudanças de condutas, tendem a negligenciar o que Freire (2003) afirmou com tanto acerto: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou para sua construção” (p. 226). Segundo Franco (2007), as experiências educacionais só serão eficazes se houver, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS.

Green e Kreuter (1999) propuseram um conceito sobre educação em saúde que foi adotado como referência para o planejamento da promoção da saúde no Canadá. Eles apresentaram um programa com enfoque analítico para ajudar planejadores a decidirem o que abordar e como lidar com questões de saúde, utilizando os princípios da promoção da saúde e do envolvimento da comunidade como forma de atender às suas necessidades. Com base nos autores acima, Candeias (1997) afirma que educação em saúde consiste na *combinação* de quaisquer experiências de aprendizagem *delineadas* com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Para a autora, “combinação” enfatiza a importância de coordenar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas e o termo “delineada” distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham

experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-se, portanto, como uma atividade sistematicamente planejada.

Candeias (1997) diferencia educação em saúde de promoção em saúde. Aponta que esta última funciona como uma *combinação* de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de levar em conta múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) para planejar múltiplas intervenções ou fontes de apoio. De acordo com a autora, o termo “educacional” refere-se à educação em saúde tal como acima definida e o termo “ambiental” diz respeito às circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas diretamente relacionadas à saúde. Tais definições enfatizam os objetivos e esclarecem os propósitos da educação e da promoção em saúde permitindo distinguir tipos de programas, atividades e procedimentos que, dependendo das circunstâncias, podem ser de natureza educacional ou promocional. Segundo a autora, na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico (unidades básicas de saúde e hospitais) e a comunidade.

A respeito da diferença entre educação em saúde e promoção de saúde a autora esclarece:

A educação em saúde (não confundir com informação em saúde) procura desencadear mudanças de *comportamento individual*, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de *comportamento organizacional* capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente porém não exclusivamente, por meio da legislação (Candeias, 1997, p. 211).

A disseminação da informação sobre saúde busca levar ao conhecimento dos usuários dados relativos a vários aspectos da saúde. São exemplos dessa iniciativa as cartilhas de prevenção da dengue, os boletins com definições de doenças, entre outros. A educação em saúde realiza ações para que essas informações possam realmente ser colocadas em prática pelas pessoas. Busca promover mudanças de comportamento relacionadas à saúde e o desenvolvimento de hábitos de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde, os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade às quais pertencem e ampliar sua capacidade de participar da vida comunitária de maneira construtiva (Levy *et al.*, 1997). Machado e colaboradores (2007) afirmam que a educação em saúde, como área de conhecimento, requer uma visão de várias ciências, tanto da educação como da saúde, entre elas a Psicologia, a Sociologia, a Filosofia, a Antropologia, a Epidemiologia e a Medicina. Ou seja, a educação em saúde é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções que espelham diferentes compreensões do mundo e formas variadas de atuação junto ao homem e à sociedade.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, tornou-se mais evidente a preocupação em concretizar ações populares em saúde. Em 1991, surgiu a proposta de criar uma articulação nacional entre os movimentos de educação popular em saúde que foi aprofundada em 1996 e, em 2003, deu origem à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) (Severo, Cunha e Ros, 2007).

Em parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP), a ANEPS realizou um processo de reconhecimento das entidades, movimentos e práticas de educação popular na área de saúde, bem como constituiu fóruns permanentes de educação popular nos estados, como espaço de escuta das necessidades, de formação de agentes sociais para a gestão das políticas públicas, de organização, de comunicação entre os movimentos e de mobilização popular.

Os princípios da educação popular em saúde são: o educador como mediador do conhecimento, a participação e construção coletiva, e o uso de técnicas que facilitem a aprendizagem da educação em saúde. A ideia da educação popular em saúde busca estabelecer relações entre sujeitos, criar capacidade de dialogar com a diversidade, de propor uma nova forma de atuar no campo da educação em saúde. Tendo o diálogo como marca em sua abordagem, a educação popular em saúde implica uma abertura para o outro, no reconhecimento da produção e existência, no outro, de saberes válidos e relevantes. Muitas vezes, nos serviços de saúde tende-se à separação entre a dimensão educativa e o saber técnico-científico, reduzindo a dimensão pedagógica a um aspecto meramente instrumental do trabalho de saúde, como possibilidade de repasse de informações. Por outro

lado, quando se utilizam as ideias contidas na educação popular para o cotidiano da prática educativa em saúde, pode-se ocorrer, pela crítica e reflexão entre usuário e profissionais, uma possível transformação ou reconstrução de um grupo que não tem o conhecimento advindo do meio acadêmico-científico, ao mesmo tempo em que os profissionais também podem se apropriar do conhecimento que vem do universo comum.

Segundo Melo e colaboradores (2009) o trabalho a ser desenvolvido na área de educação em saúde está voltado para a autoeducação, na qual existe participação intencional do educando quanto a procurar influências capazes de modificar o seu comportamento. Expressa a tomada de consciência acerca da importância do processo educativo para a própria formação e para o desenvolvimento pessoal. Assim, “se a motivação e o interesse dos idosos e familiares não estiverem presentes, o trabalho estará destinado ao fracasso, mesmo com todos os esforços do educador” (p. 1584).

Assis, Hartz e Valla (2004) realizaram uma revisão da literatura no período de 1990 a 2002 sobre programas de promoção da saúde do idoso. Os autores identificaram 35 programas no mundo todo, dos quais acessaram 20, sendo 11 em estudos internacionais e nove em estudos brasileiros.

Segundo os autores, a maioria das experiências no Brasil foi desenvolvida em serviços públicos de saúde vinculados à assistência regular. Dentre as demais, duas foram extensão universitária, uma oferecida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e outra sem vínculo institucional. De modo geral, os autores perceberam que os objetivos dos programas convergem para a melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso, com ênfase em mudanças comportamentais e práticas de saúde ou em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar ou em ambas combinadas. Quanto aos formatos de ação educativa, foram identificadas algumas recorrências: grupos de até 20 pessoas, fechados, com periodicidade definida; grupos ou sessões de educação em saúde, abertos, continuados; programas de *workshops* ou palestras, fechados, com periodicidade definida. Em dois programas internacionais houve referência a alguma atividade prática além das sessões educativas, como exercícios e sessões de manejo do estresse. Os autores relataram que a duração dos grupos fechados, com periodicidade definida, foi de quatro, oito ou 26 sessões nos programas internacionais e de quatro ou 16 sessões nos programas brasileiros. A

programação temática abrangeu um amplo leque de questões relacionadas à saúde no processo de envelhecimento, com ênfase em dimensões do autocuidado. Assuntos que vão além dos classicamente relacionados à saúde foram mencionados em algumas experiências. Em sete estudos (cinco nacionais e dois internacionais), a programação foi definida em conjunto com os participantes. Encontraram-se muitas referências à pedagogia de Paulo Freire, principalmente no Brasil, enquanto outras, embora sem mencionar essa filiação teórica, traziam elementos próximos ao campo da Educação Popular em Saúde. No Brasil, seis estudos são relatos de experiências com aspectos avaliativos de base qualitativa e não propriamente pesquisa com fins de avaliação. Os autores sugerem que os programas procurem adequar o tempo e os recursos pedagógicos às condições de aprendizagem dos idosos e que abram mais espaço à participação. Os programas pesquisados têm em comum o fato de recomendar inovação nas formas de acesso aos programas para que os serviços preventivos baseados em comunidade alcancem os idosos com maior necessidade. Atingir as pessoas mais vulneráveis é também uma meta sugerida por Brice e colaboradores (1996) por acreditarem que os resultados das ações poderão ser mais expressivos.

Santos e colaboradores (2006) analisaram a metodologia dos Grupos de Promoção à Saúde (GPS) do Sistema Único de Saúde em seis postos de saúde do município de Florianópolis (SC). Trata-se de uma intervenção de saúde coletiva e interdisciplinar na qual um conjunto de pessoas interagiu cooperativamente a fim de realizar determinada tarefa relacionada à promoção de saúde. Os encontros foram definidos pelas equipes que coordenam os grupos e contemplaram as peculiaridades dos contextos socioeconômicos, as mobilizações emocionais que emergiram dos processos grupais e os conhecimentos científicos e saberes disponíveis nas comunidades em que se inseriam. Os autores entendem que os GPS poderão ser oportunamente aplicados à população em geral e, estrategicamente, aos indivíduos expostos à situação de exclusão social. Dão como exemplo o caso de idosos com alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, decréscimo de capacidades funcionais, que vivem transformações culturais, sociais e perdas econômicas.

Tahan (2009) realizou uma pesquisa junto aos idosos participantes dos Grupos de Promoção da Saúde da cidade de Ribeirão Preto (SP), com o objetivo de analisar as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida. Afirma que as atividades foram importantes para os idosos, que relataram mudanças nas suas rotinas de vida e expectativas positivas quanto aos encontros grupais. A autora acredita que as pesquisas devem buscar o entendimento das reais necessidades dos idosos sobre sua qualidade de vida a fim de que ações sejam centradas nas pessoas e nas suas expectativas.

Assis e colaboradores (2009) realizaram um estudo avaliativo sobre o projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), um dos ambulatórios da Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI/UERJ, implantado em 2001 e avaliado em 2003. Esse projeto é uma iniciativa interdisciplinar que busca articular práticas educativas com idosos a ações preventivas e assistenciais, orientadas por princípios da Educação Popular em Saúde. A avaliação desenvolvida foi um modelo aberto e tinha como proposta avaliar a própria dinâmica do trabalho educativo e assistencial em seu potencial de produção de conhecimento, tendo em vista as dificuldades para sistematização e avaliação nos serviços de saúde. Como resultados observaram socialização e debate de informações, reforço da autoestima e ampliação dos contatos sociais. Na reavaliação foram constatadas pequenas mudanças em indicadores de autocuidado, de saúde e bem-estar subjetivo. Concluíram que o projeto contribuiu para a reorientação das práticas de saúde em direção à atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos idosos sobre questões que afetam a saúde e bem-estar, nos planos individual e coletivo.

Carvalho, Clementino e Pinho (2008) realizaram revisão de artigos sobre educação em saúde publicados na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1995 a 2005. Encontraram 39 publicações e relataram que a metodologia mais empregada foi a qualitativa aplicada à análise de relatos de experiência. Observaram que os trabalhos foram realizados com maior frequência na atenção terciária (unidade hospitalar) e não na atenção primária (unidades de atenção básica na saúde da família e centros de saúde). Dos 39 trabalhos, dois foram realizados na comunidade. Do total, apenas três tiveram participantes idosos. As estratégias utilizadas em todos os estudos foram variadas, envolvendo atividades expositivas, ações participativas, trabalhos em grupos e atividades complementares tais como orientação à beira do leito, com a presença do familiar cuidador; consultas de

enfermagem; aconselhamento; visitas domiciliares; acupuntura; questionários; programa de rádio; atividades de lazer; discussão de temas básicos; utilização de jogos educativos; grupo de autoajuda; dramatização; orientação no pós-operatório; interação enfermeiro-paciente; grupos para diminuir a ansiedade do paciente frente à internação; grupos para a promoção social; cuidados universais e terapêuticos durante a hospitalização do paciente, entre outros. Ou seja, os profissionais parecem ter uma visão apropriadamente abrangente da educação em saúde, que não inclui apenas trabalho com grupos, como também atuação dialógica realizada a partir do encontro de duas pessoas. Assim, por exemplo, uma orientação à beira do leito pode ser realizada de forma interativa, em que o profissional não vai até o quarto apenas para expor os cuidados a serem tomados, mas busca uma troca de informações a partir daquilo que o usuário e seu cuidador sabem em sintonia com aquilo que ele precisa ensinar.

Peduzzi e colaboradores (2009) avaliaram as ações educativas de trabalhadores em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em 11 UBS entre os anos de 2005 e 2006. Encontraram forte presença de estratégias de ensino participativas, envolvendo reflexão sobre as práticas de saúde em espaços de discussão coletiva. Os autores entendem que são necessários esforços articulados dos diversos níveis de atendimento da educação popular em saúde (EPS), que permitirão avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores, evitando que a EPS se reduza somente a uma mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

No âmbito hospitalar, Teixeira e Ferreira (2009) desenvolveram uma pesquisa para avaliar a prática da educação em saúde com cuidadores de idosos. O resultado alcançado mostrou que o cuidado pode ser compartilhado entre equipe de enfermagem e acompanhantes, desde que sejam compartilhados os saberes dos envolvidos no cuidar. Para tanto, segundo os autores, as pessoas implicadas no processo – profissionais, idoso, acompanhantes e familiares – precisam estar conscientes de que são sujeitos coletivos, ativos e produtores de conhecimento e é necessário cultivar o caráter dialógico e crítico da educação.

No Brasil são ainda escassos os estudos sobre educação em saúde orientada a idosos. É importante que sejam desenvolvidas linhas de pesquisa sistemática e estudos

avaliativos de programas sobre o tema. Tais iniciativas favoreceriam a compreensão do fenômeno, bem como auxiliariam na mudança de comportamentos e na qualidade de vida dos idosos atendidos por esse tipo de atividade.

4. Atitudes em relação à velhice e percepção de velhice saudável

Os comportamentos em relação aos idosos e dos idosos em relação à própria velhice dependem da interação entre crenças e da interação entre atributos cognitivos e afetivos das atitudes. Os comportamentos influenciam diretamente a mudança de atitudes e a forma como as pessoas lidam com os aprendizados em saúde.

As atitudes podem ser consideradas como predisposições socialmente aprendidas. Podem ser alteradas por meio de educação constituída de informação sobre a velhice e de reforçamento das mudanças comportamentais que forem compatíveis com objetivos definidos como relevantes para os idosos. Essa aprendizagem se dá em um contexto social multifacetado e está sujeita a influências econômicas, simbólicas e políticas que excedem a possibilidade de compreensão imediata devido às características das influências do contexto social e da personalidade. Tais mudanças de atitudes não são rápidas e nem sempre são nítidas (Neri, Cachioni e Resende, 2002).

A pesquisa no campo das atitudes em relação à velhice possui considerável número de estudos referentes à atitudes de não idosos para com os aspectos do envelhecimento e raros são os trabalhos brasileiros que avaliaram a atitude dos idosos em relação à velhice pessoal.

Resende e Neri (2005) realizaram pesquisa com 242 indivíduos entre 24 e 39 anos, portadores de deficiência física. Tinham como objetivos verificar a atitude de pessoas com deficiência física em relação ao idoso, à própria velhice e à pessoa com deficiência física. Observaram que os sujeitos com deficiência física demonstraram atitudes mais positivas e neutras do que atitudes negativas em relação ao idoso. Os respondentes que afirmaram ser possível viver bem apesar da deficiência na juventude acreditavam na possibilidade de ter uma velhice bem-sucedida, que é possível ser feliz na velhice e continuar realizando seus sonhos e aspirações, com uma imagem positiva do idoso e do próprio envelhecimento.

Montanholi e colaboradores (2006) realizaram pesquisa com discentes de cursos de graduação em enfermagem para descrever o conceito de idoso e de Gerontologia na visão de 55 alunos desses cursos de instituições públicas do Estado de Minas Gerais, bem como buscaram compreender as mudanças conceituais ocorridas após terem o conteúdo sobre enfermagem gerontológica. Ressaltaram que o contato com o idoso desempenhou papel fundamental na reelaboração dos conceitos e das atitudes acerca do envelhecimento. Contudo, tanto os alunos que cursaram quanto os que não cursaram o conteúdo de Gerontologia representaram o idoso associado à imagem de exclusão e de inutilidade, como indivíduos desrespeitados e desvalorizados.

Neri (2007a) relatou os dados sobre atitudes da pesquisa Idosos no Brasil, do SESC e da Fundação Perseu Abramo, na qual 75% dos não idosos e 76% dos idosos classificaram como negativa a tendência predominante das atitudes que reconhecem em relação a idosos. A autora afirma que existe considerável massa de dados empíricos mostrando que, nas sociedades ocidentais, as atitudes sociais em relação ao idoso e à velhice são predominantemente negativas.

Todaro (2008) desenvolveu e avaliou um programa de leitura visando à mudança de atitudes em escolares no município de Atibaia (SP). Verificou que as crianças entre sete e dez anos de idade tinham inicialmente uma imagem estereotipada dos idosos. Depois de passarem pelo programa, com leitura de livros que continham personagens idosas e discussão das histórias, a autora avaliou que as atitudes se modificaram positivamente.

Hori e Cusack (2006) realizaram um estudo comparativo entre idosos canadenses e japoneses com objetivo de pesquisar as atitudes em relação à velhice, ou seja, o que significava ser velho para esses idosos, suas necessidades de aprendizagem e as razões para procurar um centro de aprendizagem. Encontraram relação positiva entre atitudes em relação à velhice e participação social. Os resultados mostraram que os idosos dos dois países tiveram atitude positiva em relação ao envelhecimento, visto como um processo natural e positivo. Os autores acreditam que as atitudes positivas são importantes porque aumentam a chance de envelhecimento com participação social dos idosos. Afirmam que a aprendizagem em centros de educação para idosos tem um importante papel a desempenhar no cultivo de uma população adulta produtiva e mais saudável.

Um dos aspectos que afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos é a existência concomitante de diferentes doenças em um mesmo indivíduo (comorbidades).

No Projeto Epidoso, Ramos (2003) observou alta prevalência de doenças crônicas entre idosos de um bairro da cidade de São Paulo. Quase 90% dos participantes referiram pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), principalmente hipertensão arterial, dores articulares e varizes. No estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) no município de São Paulo, Lebrão e Laurenti (2003) encontraram as seguintes prevalências de DCNTs: 53,3% de hipertensão, 31,7% de artrite, artrose ou reumatismo, 19,5% de problemas cardíacos, 17,9% de *diabetes mellitus*, 14,2% de osteoporose, 12,2% de doença crônica pulmonar, 7,2% de derrame e 3,3% de câncer. Na pesquisa SESC/FPA foram encontradas as seguintes prevalências: 43% de hipertensão, 13% de diabetes, 13% de doenças cardíacas, 11% de artrose ou problema articular, 9% de reumatismo e 9% de osteoporose (Lebrão e Duarte, 2007).

No estudo transversal de base populacional com idosos residentes na zona urbana da cidade de Ubá (MG), 17,1% dos participantes relataram episódio de queda nos últimos três meses e 62% afirmaram ser sedentários. A hipertensão arterial foi a morbidade mais prevalente (62,7%), seguida de “problemas de coluna” (40,3%) e doença cardiovascular (32,3%). Em 90% dos idosos estudados, foi observada a presença de, pelo menos, uma doença crônica (Nunes *et al.*, 2009). Em estudo realizado por Siqueira e colaboradores (2009a), analisando idosos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte observou-se que a prevalência de hipertensão em idosos foi de 63,5%, seguida de diabetes com 19,5%, incluindo idosos de todas as capitais dos estados estudados.

Outro fator que altera o envelhecimento saudável é a perda da capacidade funcional do indivíduo, indicada por limitações ou dificuldades na execução das atividades da vida cotidiana. No estudo SABE, 80,7% dos idosos não apresentaram limitações funcionais que impedissem seu autocuidado, 15,6% apresentaram dificuldade no desempenho de uma a duas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e 11% em três ou mais AIVDs (Duarte, 2003). Um estudo transversal de base populacional conduzido na zona urbana de Pelotas (RS) indicou como resultado que a maioria dos idosos (60%) não apresentou incapacidade para nenhum dos domínios nas atividades de vida diária, 11% apresentaram

dependência apenas para atividades básicas, 13% somente para as atividades instrumentais e 16% foram incapazes para ambos os domínios. Outro estudo, realizado em sete países da América Latina e ilhas do Caribe com idosos de 75 anos ou mais, encontrou maiores prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas (Del Luca, Silva e Hallal, 2009). Com relação às atividades instrumentais, a ocorrência de incapacidade funcional foi maior no Brasil (33,8%) do que no Chile (30,3%), na Argentina (27,6%) e em Cuba (26,7%) (Reyes-Ortiz *et al.*, 2006).

Del Luca, Silva e Hallal (2009) afirmam que a capacidade funcional do idoso é um importante indicador do grau de independência. Apontam como necessárias medidas preventivas ou intervenções terapêuticas que auxiliem na redução do declínio das habilidades dos idosos, permitindo que possam continuar exercendo suas funções físicas e mentais cotidianas. Nunes e colaboradores (2009) corroboram tais informações e afirmam que ações preventivas, assistenciais e reabilitadoras para a manutenção ou melhoria da capacidade funcional são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos.

A incapacidade não está associada somente aos aspectos físicos do indivíduo, mas pode relacionar-se também aos aspectos afetivos. Lima, Silva e Ramos (2009) discutem a forte associação entre depressão e incapacidades, independentemente do sexo e da idade. Utilizaram os dados do projeto Epidoso e verificaram prevalência de sintomatologia depressiva em 21,1%, número inferior aos 38,5% observados em estudo com idosos residentes em Bambuí (MG) (Castro-Costa *et al.*, 2008). Na pesquisa SABE, a prevalência de sintomas depressivos foi de 18,1% (Cerqueira, 2003). Os autores ressaltam a necessidade de um maior cuidado para com o idoso deprimido e acreditam que medidas visando mantê-lo ativo e inserido na sociedade, como a implementação de Centros de Convivência do Idoso, poderiam auxiliar na prevenção da síndrome depressiva (Lima, Silva e Ramos, 2009).

Para Rabelo e Neri (2005), o reconhecimento das consequências psicossociais, em longo prazo, e das condições incapacitantes em idosos é crucial no estabelecimento de programas de cuidado. Com o crescente número de idosos vivendo com doenças crônicas, problemas de saúde e incapacidades, o que importa para os profissionais engajados nessas questões é ajudá-los a viver a melhor vida possível. É relevante ter em mente que quanto

mais integrados psicológica e socialmente estiverem os idosos, menos ônus eles trarão para suas famílias, cuidadores e para os serviços de saúde e melhor será sua qualidade de vida.

Outro fator que influencia diretamente a qualidade de vida dos idosos é a sua rede de suporte social informal, que gera vínculos interpessoais que favorecem seu bem-estar psicológico e social. As interações vivenciadas pelos idosos colaboram para o exercício da cidadania e para que se sintam valorizados e inseridos no meio social. Além disso, eles passam a ter a sensação de pertencimento a um grupo social, para o qual podem contribuir de maneira significativa utilizando-se de sua experiência e conhecimento (Leite *et al.*, 2008).

Uma das formas de promoção da saúde e prevenção de diferentes enfermidades é a adoção de práticas de atividade física. No estudo SABE, Lebrão e Laurenti (2003) relataram que apenas 26,6% dos idosos a realizavam regularmente. Já na pesquisa SESC/FPA, Doll (2007) menciona que 57% dos idosos entre 60 e 64 anos e 35% dos idosos com 80 anos e mais realizavam caminhada. No estudo de Siqueira e colaboradores (2009a), 58% dos idosos não alcançaram os escores mínimos recomendados, ou seja, pelo menos 150 minutos acumulados em 5 dias por semana, sendo 30 minutos de atividade física moderada em cada dia.

De acordo com Siqueira *et al.* (2009a), que desenvolveram uma pesquisa para verificar o aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação em saúde, é preciso incrementar a participação dos gestores, profissionais e população no sentido de aumentar a frequência de uso do aconselhamento educativo relacionado à prática de atividade física. Para os autores, também deve ser estimulado o aconselhamento em outras áreas, como promoção de alimentação, saneamento, planejamento familiar, imunização, tratamento de agravos à saúde, com o objetivo de proporcionar espaços educativos em saúde aos usuários, estimulando a compreensão da importância da mudança de comportamento em direção a um estilo de vida saudável.

Em outra publicação, Siqueira *et al.* (2009b) analisaram os fatores que adultos e idosos consideram mais importantes para a manutenção da saúde. Os resultados revelaram que a maioria das pessoas que participaram da pesquisa reconhece e indica a alimentação como uma medida fundamental para manter uma vida saudável. Em relação à educação nutricional, Alencar, Barros Júnior e Carvalho (2008) estudaram a contribuição dessa

educação à promoção da saúde. Realizaram oficina semanal sobre nutrição, saúde e envelhecimento com idosos que frequentaram o Programa Terceira Idade em Ação (PTIA), no Piauí, tendo em vista concepções, atitudes e reflexões dos sujeitos em relação às práticas alimentares e ao estilo de vida. Os depoimentos dos idosos revelaram os aspectos motivacionais para ingressar no programa e cursar a oficina, que foram a relação ensino-aprendizagem, a integração social e o cuidado com a saúde. As concepções sobre a contribuição da educação nutricional para a promoção da saúde foram categorizadas nas temáticas “capacidade funcional” e “autocuidado”. Os resultados mostraram que a educação nutricional melhorou hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

As diretrizes essenciais norteadoras das ações mais relevantes no setor de saúde, no âmbito da promoção do envelhecimento saudável, são as que orientam os idosos e as pessoas em processo de envelhecimento sobre a importância da adoção precoce de hábitos saudáveis de vida para a melhoria de suas habilidades funcionais (Fernandes e Siqueira, 2010). Tais ações resultam em melhora no bem-estar, associado às crenças pessoais sobre o envolvimento e ao reconhecimento sociais, à autonomia, ao domínio sobre o ambiente, ao valor das realizações, ao cumprimento das metas de vida e a outros aspectos que permitem ao adulto e idoso sentir-se bem consigo mesmo (Neri, 2007b).

O bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência da vida privada das pessoas e pode ser avaliado de forma global ou referenciado a determinados domínios como trabalho, família, saúde, entre outros. Sua avaliação depende também de medidas cognitivas como satisfação global com a vida e de medidas emocionais, como a presença de estados emocionais positivos ou negativos (Neri, 2008).

5. Justificativa

O desenvolvimento de mais pesquisas e de novas práticas sociais pode contribuir para que nossa sociedade envelheça de maneira mais saudável e positiva. A elaboração e a avaliação de programas educacionais é um bom exemplo das possibilidades existentes nessa direção. A pobreza e o baixo nível educacional da maioria dos idosos são condições que só poderão ser superadas em médio e longo prazo. De imediato, bons programas educacionais oferecidos a idosos podem ajudar a remediar as dificuldades

socioeducacionais e culturais desse grupo que cresce rapidamente no país, em comparação com os outros segmentos etários.

Tendo em vista o debate apresentado, o problema desta pesquisa remete ao planejamento de programas educacionais dirigidos a idosos. Preenche uma lacuna no campo da educação de idosos de modo geral e da educação em saúde em particular, num contexto de escasso reconhecimento dos idosos como uma clientela merecedora de atenção e da existência de estereótipos negativos segundo os quais os idosos são improdutivos e não flexíveis, e assim, não merecedores de esforços educacionais.

Este projeto está referenciado a uma realidade complexa em que, por um lado, convivemos com o envelhecimento populacional, evento altamente positivo porque resulta do progresso social. Por outro, os idosos envelhecem em um contexto associado a condições negativas, sendo a principal delas a precariedade da infraestrutura econômica, social e educacional (Pesquisa SESC/FPA, 2007; Sugahara, 2005; Camarano, 1999 e 2004).

A implementação e a análise de um programa de educação popular em saúde visando à satisfação das necessidades e dos anseios de comunidades idosas específicas podem resultar em subsídios para o desenvolvimento de métodos práticos e para a proposição de outros programas de intervenção para os vários níveis de atenção à educação e à saúde da população idosa.

Para o trabalho em comunidades, a educação popular parece ser uma ferramenta relevante, por utilizar conscientização e reflexão e pelo fato de a organização dos conteúdos e das ações ter como ponto de partida os conhecimentos trazidos pelos educandos e a realidade de cada grupo. Além disso, os participantes refletem criticamente sobre os conteúdos e temas e são estimulados a aplicar os novos conhecimentos em sua prática cotidiana.

6. Objetivos

Geral: O estudo ora apresentado pretendeu descrever e avaliar o impacto de um programa de educação popular em saúde sobre a qualidade de vida e as atitudes em relação à velhice em idosos comunitários.

Específicos

- 1) Elaborar, implementar e descrever um programa de educação popular em saúde visando ao envelhecimento saudável em idosos comunitários, com base na perspectiva de Paulo Freire e na política de envelhecimento ativo (OMS).
- 2) Investigar a influência do programa de educação popular em saúde sobre as atitudes dos idosos em relação à velhice, sobre hábitos de cuidado à saúde, participação social, sintomas depressivos, satisfação com a vida, suporte social percebido e avaliação subjetiva de saúde.
- 3) Comparar dois grupos de idosos quanto às variáveis atitudes em relação a velhice, saúde, participação social, sintomas depressivos, satisfação com a vida, suporte social percebido e avaliação subjetiva de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Participantes

Foram realizadas intervenções educacionais em dois grupos de idosos residentes em dois bairros da cidade de Campinas, o Orosimbo Maia e o Parque da Figueira, ambos localizados no Distrito de Saúde Sul. Entre os cinco distritos deste município, o Sul é o segundo com maior população de idosos (26,8% do total), segundo dados do Censo 2000 atualizados em abril de 2010 (Prefeitura Municipal de Campinas, 2010). Os idosos estavam referenciados ao Centro de Saúde Orosimbo Maia, que nucleia uma região com Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) médio e ao Parque da Figueira, que nucleia uma região com IVS baixo.

Os IVS municipais fazem parte do sistema de indicadores que compõem o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Expressam o grau de desenvolvimento social e econômico dos municípios do Estado de São Paulo e podem ser utilizados para definir políticas públicas em vários domínios de interesse social (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, 2007). Em 2007, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas criou o Mapa de Vulnerabilidade Social do Município de Campinas que classificou as áreas de abrangência dos seus Centros de Saúde em cinco níveis de vulnerabilidade social e em níveis de SUS - Dependência; 16,3% delas foram classificadas como de grande vulnerabilidade social (Prefeitura Municipal de Campinas, 2006-2007).

No Quadro 1 aparecem os indicadores sociais dos dois bairros.

O recrutamento dos idosos seguiu duas estratégias. Na primeira, os idosos que anteriormente haviam participado de um estudo populacional sobre fragilidade¹ em cada um dos dois bairros selecionados, foram contatados por telefone e pessoalmente pelas mesmas agentes comunitárias de saúde (ACS) que haviam colaborado no recrutamento dos participantes daquele estudo. A segunda estratégia consistiu em divulgar o projeto por meio de cartazes e de convites pessoais feitos pela pesquisadora em espaços de participação de

¹ Estudo populacional sobre fragilidade designado pelo acrônimo FIBRA (Fragilidade em idosos brasileiros), com amostra probabilística de 900 participantes de 65 a 101 anos, residentes em 88 setores censitários sorteados dentre a totalidade dos existentes na zona urbana de Campinas.

idosos. A divulgação foi realizada em igrejas, parques, centros comunitários, centros de convivência e centros de saúde. Os idosos foram convidados a participar de “um programa cujo objetivo era proporcionar aos idosos atividades e informações sobre como ter um envelhecimento saudável, o qual seria benéfico para os que comparecessem”. O critério de seleção comunicado aos participantes potenciais era ter pelo menos 60 anos de idade e residir na comunidade em que a pesquisa seria desenvolvida.

Quadro 1. Indicadores sociais dos bairros Orosimbo Maia e Parque da Figueira*.

	Orosimbo Maia (IVS Médio)*	Parque da Figueira (IVS Baixo)*
População	22.001 hab. = 2,07%	17.615 hab.= 1,66%
Estimativa de SUS-dependência	70%	60%
Rendimento mensal do chefe da família ≤ 1 SM	10,0%	7,3%
Rendimento mensal do chefe da família = até 2 SM	24,9%	16,4%
Rendimento mensal do chefe da família = 1 a 3 SM	40,1%	25,5%
Rendimento mensal do chefe da família = 10 e + SM	11,3%	26,2%
Rendimento mensal do chefe da família = 20 e + SM	2,0%	8,7%
Taxa de domicílios sem acesso à rede de água	0,4%	0,4%
Taxa de domicílios com coleta de lixo inadequada	1,9%	0,1%
Taxa de domicílios com destinação inadequada de esgoto	28,0%	2,3%
Densidade habitacional (pessoas x domicílio)	3,6	3,4
Responsáveis por domicílio não alfabetizados	8,7%	4,3%
Maiores de 65 anos	4,1%	8,2%
Mulheres chefes de família	22,5%	24,7%
Mulheres chefes não alfabetizadas	15,6%	9,8%

*Fonte: Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas. Dados do IBGE, Censo 2000, atualizados em abril de 2010.

Os idosos que se apresentaram como voluntários foram orientados a comparecer a uma reunião inicial, na qual foram informados sobre os objetivos do estudo, a duração e o conteúdo da intervenção e os resultados esperados. Compareceram a essa primeira reunião 26 idosos, sendo 20 no Orosimbo Maia e seis no Parque da Figueira. Quinze haviam participado do estudo anterior, de levantamento, sobre fragilidade (10 no bairro Orosimbo

Maia e cinco no Parque da Figueira). Dentre os idosos que estiveram presentes nessa primeira reunião, 16 aceitaram participar. A eles foram entregues a agenda do programa e as instruções para participação: comparecer para entrevista de realização do pré-teste na data e horário agendados e comparecer aos encontros semanais nos dias e horários acordados pelo grupo. Na ocasião da entrevista individual, os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que integra o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp sob o número CEP nº 449/2009 (Anexos 1 e 2).

A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos participantes. A idade média do grupo foi de 66,88 (desvio padrão 5,4, mínima 60 e máxima 75 anos) e a maioria estava na faixa etária de 60 a 69 anos. Cinco eram do Parque da Figueira e 11 do Orosimbo Maia. Grande parte deles não trabalhava, mais da metade eram aposentados e cinco recebiam pensão. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre o número de pensionistas do grupo do Parque da Figueira (80%) e do Orosimbo Maia ($p=0,013$); a escolaridade da maioria correspondia ao primeiro ciclo do ensino fundamental e a maior parte tinha uma renda mensal individual de até três salários mínimos. Havia significativamente mais casados no grupo Orosimbo Maia (54,55%) e mais viúvas no Parque da Figueira (100%) ($p=0,006$). Em relação à experiência profissional, sete pessoas tinham sido faxineiras, empregadas domésticas e vendedoras; cinco eram donas de casa; uma era operadora de máquinas e um forneiro industrial; uma era professora e outra auxiliar de enfermagem.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Variáveis	Categorias	Frequência
Idade	60-64 anos	6
	65-69 anos	4
	70-74 anos	4
	75 a 79 anos	2
Gênero	Feminino	15
	Masculino	1
Trabalho	Sim	4
	Não	12 (Continua)

Aposentadoria	Sim	9
	Não	7
Pensão	Sim	5
	Não	11
Escolaridade	Primário	11
	Ginásio	4
	Superior	1
Renda pessoal (em faixas de SM)	0,0 – 1,0 SM	7
	1,1 – 3,0 SM	6
	3,1 – 5,0 SM	2
	> 10,0 SM	1

A Figura 1 mostra as condições de saúde dos participantes.

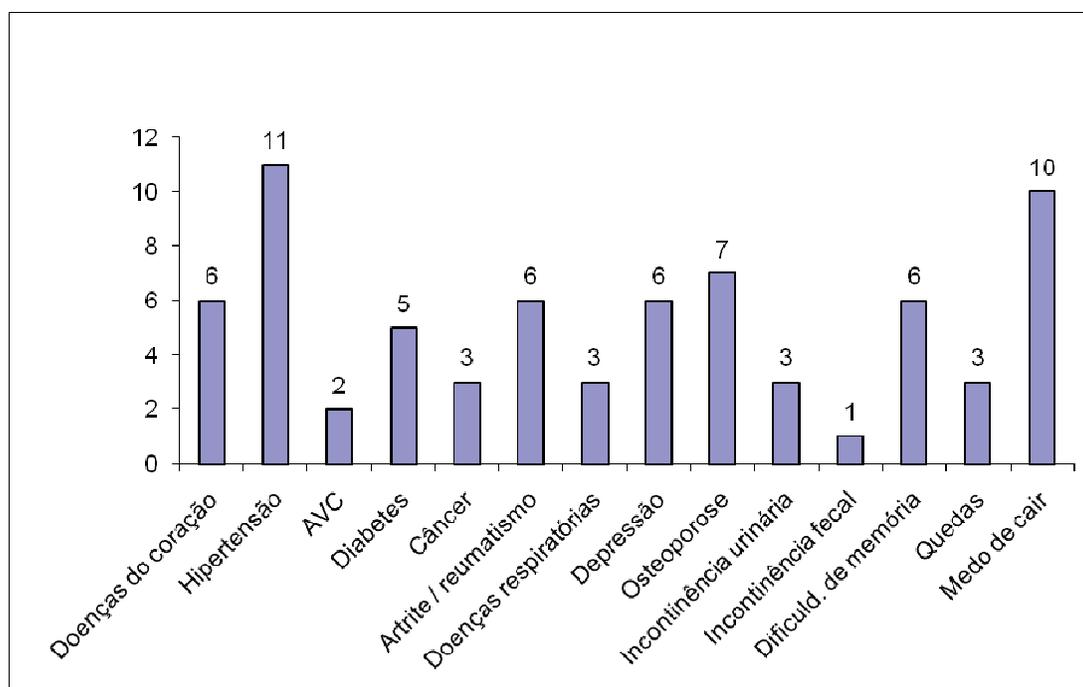


Figura 1. Doenças e problemas de saúde. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

A doença crônica mais comum era hipertensão e o problema de saúde mais comum era medo de cair. Além disso, todos os idosos faziam uso de medicamentos, sendo a média

de 2,82 remédios por dia. Apenas uma pessoa fumava. Nenhum fazia uso excessivo de bebida alcoólica.

2. Delineamento

Dois grupos de idosos, sendo um de residentes em região de baixo IVS (N = 5) e o outro com idosos de região com IVS médio (N = 11) participaram de um estudo com delineamento pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento, no qual a intervenção consistiu em um programa educacional orientado à saúde, ao bem-estar e a atitudes em relação à velhice.

3. Instrumentos

Foram realizadas medidas de pré-teste, pós-teste e seguimento com apoio em instrumentos de natureza sociodemográfica, psicossociológica, de participação social e de saúde. Exceto o que levantou imagens sobre a velhice e os itens sobre dieta, que foram elaborados para esta pesquisa, todos os demais foram utilizados no estudo FIBRA Campinas. No Quadro 2 estão informados os instrumentos, sua natureza e seu conteúdo.

Aspectos selecionados das sessões de intervenção educacional foram registrados por uma auxiliar de pesquisa² treinada para a tarefa. Ela anotou a participação verbal dos idosos em planilhas específicas, conforme o modelo apresentado no Quadro 3.

² Isabela Salgado, historiadora e mestranda em Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Quadro 2. Variáveis e instrumentos utilizados no Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

<p style="text-align: center;">Características sociodemográficas</p> <p>Idade, data de nascimento, gênero, estado civil, ocupação, trabalho, aposentadoria, pensão, escolaridade, renda mensal individual.</p> <p style="text-align: center;">Condições de saúde</p> <p>1) Número de doenças autorrelatadas que, segundo o idoso, foram diagnosticadas por médico: doenças cardíacas, hipertensão, derrame, <i>diabetes mellitus</i>, câncer, artrite ou reumatismo, bronquite ou enfisema, depressão e osteoporose.</p> <p>2) Problemas de saúde autorrelatados no último ano: incontinência urinária e fecal, tristeza ou depressão, ganho involuntário de peso, perda de apetite, quedas, fraturas e medo de quedas, ficarem de cama no último ano, dificuldade de memória recente.</p> <p>3) Uso de medicamentos nos últimos 3 meses: sim x não, número.</p> <p>4) Hábitos de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabagismo - Alcoolismo 	<p>Questionário com 11 itens dicotômicos ou de resposta estruturada pelo idoso.</p> <p>9 itens dicotômicos (Lebrão & Duarte (2003))</p> <p>12 itens dicotômicos e 2 itens de resposta estruturada pelo idoso</p> <p>Um item dicotômico e um item de resposta estruturada pelo idoso</p> <p>2 itens dicotômicos e um item de resposta estruturada pelo idoso</p> <p>3 itens escalares com 5 pontos cada (Dawson, Grant, Stinson & Zhou, 2005).</p>
<p style="text-align: center;">Imagem sobre a velhice</p> <p>1) Pergunta: No seu entender, na velhice ocorrem mais ganhos e vantagens ou mais perdas e limitações? (ganhos ou vantagens; perdas e limitações; tanto ganho como perdas; não sabia ou não tinha opinião a respeito).</p> <p>2) - Citar: pelo menos três ganhos ou vantagens da velhice; pelo menos três perdas ou limitações da velhice; pelo menos três ganhos e três perdas da velhice (de acordo com a resposta à pergunta).</p> <p>- Desenho com instrução para a tarefa: fechar os olhos e refletir sobre as perguntas: quando o/a senhor/a pensa na velhice, nos idosos em nossa sociedade, que imagem vem à sua mente? E quando pensa na sua vida daqui a 10 anos, como é esta imagem? Em seguida, todos eram convidados a desenhar o que haviam pensado (desenho / pintura / escrita).</p>	<p>Questionário com dois itens de resposta estruturada pelo idoso e uma solicitação de desenho, realizado livremente pelos idosos.</p>

Continua

Quadro 2 – continuação

<p style="text-align: center;">Hábitos de saúde</p> <p>1) Atividade Física.</p> <p>2) Dieta</p>	<p>Um item dicotômico e três itens de resposta estruturada pelo idoso</p> <p>Quatro itens dicotômicos e quatro itens de resposta estruturada pelo idoso</p>
<p style="text-align: center;">Participação social</p> <p>1) 13 itens para AAVDs (Atividades Avançadas de Vida Diária) com respostas ‘nunca fiz’, ‘parei de fazer’ e ‘ainda faço’ (visitar e receber visita; ir à igreja, a reuniões sociais e a eventos culturais; guiar automóvel; fazer viagens de um dia ou longas; trabalho voluntário e remunerado, participar de diretorias, universidades da terceira idade e grupos de convivência).</p>	<p>Construídos a partir de M. M. Baltes <i>et al.</i>, 1993, Reuben <i>et al.</i>, 1990, Strawbridge <i>et al.</i>, 2002; Souza, Magalhães e Teixeira-Salmela, 2006.</p>
<p style="text-align: center;">Variáveis psicossociais</p> <p>1) Sintomas depressivos</p> <p>2) Satisfação global com a vida</p> <p>3) Satisfação global hoje em comparação com outros da mesma idade</p> <p>4) Satisfação referenciada aos domínios memória, capacidade para solução de problemas, amizades e relações familiares, ambiente construído, acesso a serviços de saúde e transportes.</p> <p>5) Suporte social percebido (instrumental, informativo e afetivo).</p> <p>6) Avaliação subjetiva da saúde, pessoal e comparada com outros</p>	<p>Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15 (Yesavage <i>et al.</i>, 1983; Almeida & Almeida, 1999).</p> <p>1 item escalar com 3 pontos</p> <p>1 item escalar com 3 pontos</p> <p>6 itens escalares com 3 pontos cada (Neri, 2001; Strawbridge <i>et al.</i>, 2002; Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999; Ware & Sherbourne, 1992).</p> <p>5 itens escalares (4 pontos) - Interpersonal Support Evaluation List – ISEL (Cohen <i>et al.</i>, 1985; Martire, Schulz, Mittelmark & Newson, 1999).</p> <p>1 item escalar com 5 pontos e outro com 3 pontos.</p>

Quadro 3. Ficha de registro de observação para as sessões de intervenção utilizada no Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Data: _____ Comunidade: () O. Maia () Figueira						
Tema	Tipo de Participação			Categoria de Participação		
	P/D	C	PP	PS	QS	QP

P/D: Quando o idoso fazia uma pergunta ou declaração expressando dúvida.

C: Quando o idoso fazia algum comentário sobre o tema da aula.

PP: Quando o idoso fazia uma intervenção apresentando informações de como estava colocando em prática os conteúdos e/ou atividades discutidos e estudados nos encontros.

PS: Relacionados à saúde (doenças, problemas, hábitos de vida, atividade física, dieta, práticas de autocuidado).

QS: Relacionados à sociabilidade (relação com amigos e familiares, envolvimento na igreja ou na comunidade, passeios, lazer, trabalho).

QP: Relacionados aos aspectos psicológicos (felicidade, ânimo, tristeza, solidão, satisfação, memória).

A auxiliar de pesquisa também fez registros cursivos das intervenções dos idosos relacionadas com preconceitos, atitudes, estereótipos e exemplos de situações negativas ou positivas vividas no dia a dia.

Ao final da pesquisa, após a medida de pós-teste, foi avaliada a opinião dos participantes em relação ao programa, com as seguintes perguntas:

- 1) O(A) senhor(a) sugere algum tema para outros cursos?
- 2) O curso teve aspectos positivos? Quais?
- 3) O curso teve aspectos negativos? Quais?
- 4) O curso atendeu suas expectativas? () Sim () Não () Mais ou menos. Por quê?
- 5) A metodologia de ensino utilizada na pesquisa foi adequada? () Sim () Não () Mais ou menos. Por quê?
- 6) Como foi a atuação da professora? Muito boa / Boa / Regular / Ruim / Muito ruim. Por quê?

7) O material utilizado foi adequado? () Sim () Não () Mais ou menos. Por quê?

8) O(A) senhor(a) acha que ter participado deste Programa auxiliou ou mudou algum aspecto em sua vida? Se sim, gostaria que o(a) senhor(a) falasse quais foram estes aspectos.

Na aplicação da medida de seguimento, acrescentou-se uma questão referente ao impacto da participação no programa: Existe alguma coisa (aspecto, assunto, atividade) que o senhor(a) aprendeu no programa e que continua a fazer mesmo após o término do programa? Se existe, gostaria que o(a) senhor(a) falasse quais foram esses aspectos.

4. Procedimentos

4.1 Pré-teste, pós-teste e seguimento: essas medidas foram aplicadas individualmente, em situação de entrevista, pela pesquisadora ou pela auxiliar de pesquisa. Em data pré-agendada com os idosos que participaram da reunião de apresentação do projeto realizou-se a assinatura do TCLE e na sequência a aplicação do pré-teste; o pós-teste foi realizado em data combinada na última sessão e o seguimento seis meses depois do término do programa em data e local combinado com os participantes. Os idosos responderam oralmente e as informações foram registradas pela pesquisadora ou pela auxiliar de pesquisa no protocolo de coleta de dados (Anexo 3) .

4.2 Intervenção: consistiu na aplicação de um programa de educação popular em saúde visando ao envelhecimento saudável, fundamentado pelo modelo de educação dialógica e popular de Paulo Freire e pela política de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (2005), fundada nos pilares saúde, participação social, proteção e treinamento contínuo. Consistiu em um encontro semanal de cerca de 150 minutos, durante quatro meses para cada um dos grupos, totalizando 16 sessões no grupo do bairro Orosimbo Maia e 15 no do Parque da Figueira. A cada encontro, a auxiliar de pesquisa realizava registros de acompanhamento de cada participante (avaliação processual).

Logo depois do pré-teste, foram apresentados para os participantes os possíveis conteúdos a serem trabalhados na intervenção, pedindo-lhes que apontassem os que lhes pareciam prioritários, dentre os seguintes temas: memória, tabagismo, distúrbios do sono, atividade física, alimentação saudável, saúde bucal, emoções e sentimentos na velhice,

álcool e drogas, uso de medicamentos, instruções sobre saúde, imagem positiva do envelhecimento, instruções sobre justiça e direitos sociais, relações sociais, familiares e comunitárias, espiritualidade e religiosidade, sexualidade, maus-tratos a idosos, metas de vida, atividades artísticas (dança, música, teatro, artes plásticas) e atividades terapêuticas (lian gong, consciência corporal, massagem, argila terapêutica), entre outros que poderiam surgir da necessidade de cada grupo.

No bairro Orosimbo Maia os encontros ocorreram no salão social da Paróquia São João Batista e na comunidade do Parque da Figueira ocorreram em uma sala de aula ligada à Igreja Cristo Redentor. Na primeira, as aulas foram realizadas às quartas-feiras, das 14:00h às 16:30h; na segunda comunidade, às quintas-feiras das 8:00h às 10:30h, com um intervalo de cerca de 15 minutos para lanche em ambas.

Com base nos temas escolhidos pelos grupos foram organizados os programas, que aparecem no Quadro 4.

Quadro 4. Temas de cada grupo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Temas em suas Categorias	O. Maia	Figueira
Saúde		
1) Alimentação saudável	X	X
2) Atividade física	X	X
3) Saúde bucal	X	X
4) Uso de medicamentos	X	
5) Argila terapêutica	X	
6) Problemas de Saúde e Doenças mais comuns na velhice	X	X
7) Sono e envelhecimento	X	X
8) Práticas de autocuidado (atividades terapêuticas)	X	X
Sociabilidade		
9) Envelhecimento saudável	X	X
10) Violência e Maus-tratos	X	X
11) Histórias de Vida	X	X
Psicológica		
12) Imagem sobre a velhice	X	X
13) Memória	X	X
14) Emoções e sentimentos na Velhice		X
15) Imagem positiva do envelhecimento	X	X

No início de cada sessão, a professora apresentava o tema para os participantes e provocava uma discussão ou reflexão sobre o assunto ora em grupo, ora individual, a partir da qual a aula de caráter participativo se desenvolvia. Foram adotadas várias formas de desenvolvimento dos encontros educativos, como será visto a seguir:

Dinâmica de apresentação: em duplas, as pessoas se apresentavam falando o nome e faziam breve relato da história de vida, contando os aspectos mais marcantes. A dinâmica tinha duração de quinze minutos. Nesse prazo, cada membro de cada dupla falava de si e o outro ouvia e fazia perguntas. Em seguida, invertiam-se os papéis, ainda nas duplas. Ao final do trabalho das duplas, era organizado um círculo e cada um dos presentes era convidado a falar sobre o parceiro que conhecera. Além de conhecer os participantes do programa, essa dinâmica teve como objetivo treinar a memória, pois ao apresentar a outra pessoa para o grupo, o participante tinha que resgatar da memória o que havia escutado.

Envelhecimento saudável: conversa sobre como estavam vivendo a própria velhice e o que costumavam fazer no dia a dia que pudesse ser exemplo de viver bem e com saúde. Num primeiro momento, os idosos eram convidados a pensar, sozinhos, sobre três aspectos, ações ou atitudes que poderiam ser exemplos de alegria, prazer e saúde na velhice. Em seguida, em grupos de três pessoas, cada um falava sobre as escolhas feitas, discutiam, selecionavam as cinco ações primordiais para viver uma vida melhor e anotavam em uma folha. Finalmente, cada grupo fazia a sua apresentação e a turma toda discutia e participava da exposição feita pela professora. No Grupo do Parque da Figueira, com menos integrantes, o segundo momento ocorreu de forma diferente: no grupo, cada um falou sobre as escolhas feitas, após todas as apresentações; as proposições dos participantes foram anotadas pela auxiliar de pesquisa; em seguida, as opções eram lidas e cada um priorizava uma ação para viver uma vida melhor; as escolhas foram registradas e discutidas no grupo (produção final deste trabalho no Apêndice 1).

Trabalho corporal: foram realizadas práticas de alongamento e de movimentação das articulações. Nas práticas de alongamento, cada participante sugeria um tipo e todos faziam juntos os exercícios sugeridos. Nas de movimentação das articulações, a professora

convidava o grupo para movimentar cada articulação do corpo em dez repetições (tornozelos, joelhos, coxofemoral, cintura, punhos, cotovelos, ombros, pescoço) e falava sobre a importância de ter articulações flexíveis, como forma de promoção da saúde física.

Alimentação Saudável: foi promovida uma reflexão individual, respondendo à pergunta “O que o/a senhor/a acha que precisa ter na alimentação para que ela seja considerada saudável?”. Todos responderam oral e individualmente. Em seguida, em grupo de três ou quatro, os idosos definiram o que era alimentação saudável, anotaram em uma folha e apresentaram suas respostas para toda a turma. Os conteúdos dessas apresentações eram discutidos. Depois, cada grupo ficou responsável por ler um texto sobre um dos seguintes assuntos: carboidratos, frutas, verduras, legumes, fibras, proteínas, colesterol, sal e açúcar, por discutir e por selecionar os aspectos mais importantes para apresentação ao grupo. O texto utilizado foi o “Guia de alimentação saudável para a população brasileira” (Ministério da Saúde, 2006). Após as apresentações, foram lidas e discutidas as 10 sugestões de alimentação saudável para pessoas acima de 60 anos constantes desse documento. O tema foi encerrado com troca de receitas culinárias. Esse trabalho resultou em uma cartilha de alimentação saudável, de autoria coletiva, contendo textos, dicas e receitas do grupo (Ver Apêndice 2).

Vivência de automassagem: trata-se de prática de prevenção. Os participantes eram orientados a percorrer o próprio corpo com as mãos, aplicando diversos tipos de toques em pontos específicos – pressão, amassamento, deslizamento ou percussão com o objetivo de aliviar tensões e provocar relaxamento.

Conhecendo o corpo por dentro: foram utilizados quatro atlas de Anatomia, que foram distribuídos um para cada grupo de 3 ou 4 pessoas. Cada grupo visualizava determinado sistema ou órgão do corpo humano e seu funcionamento. Os atlas eram trocados e todos tiveram acesso a todos os sistemas do corpo humano. As dúvidas e perguntas eram discutidas e respondidas pela professora em cada grupo e para a turma toda. Ao final, era feita uma vivência de consciência corporal, por meio de estimulação da planta dos pés pressionando uma bolinha de tênis.

Atividade física: a atividade foi iniciada com reflexão individual sobre a pergunta “Por que a atividade física é importante para a saúde?”, e consequente relato individual para a professora. Em seguida, o grupo lia o texto de perguntas e respostas produzido pela Organização Mundial de Saúde, no dia Mundial da Saúde (2002), sobre conceitos, benefícios e recomendações atualizadas da prática de atividade física. Ao término da leitura, cada participante recebia uma planilha para registrar as atividades que praticava em cada dia da semana e a duração de cada uma delas. Foram convidados a mostrar e a discutir individualmente seus registros com a professora, que os orientou em relação à melhoria do hábito de realizar exercícios físicos.

Lian gong: é um sistema de prática corporal difundido no Brasil por Lee (2004), adotado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) e implantado em diversos centros de saúde no território brasileiro. Essa prática tem objetivos terapêuticos e focaliza os exercícios físicos como um recurso medicinal que, além de prevenir e contribuir para o tratamento das doenças, ajuda o paciente a tornar-se ativo em relação à redução de seus problemas de saúde. No Grupo do Orosimbo Maia, essa atividade foi realizada durante quatro encontros como prática introdutória de cada aula. No Grupo do Parque da Figueira, foi trabalhada complementarmente ao tema memória, com base nas explicações dadas por quatro participantes que praticavam lian gong e que foram convidadas a demonstrar os movimentos. Os exercícios foram adaptados para uma senhora que quebrou o fêmur, que fez os exercícios na posição sentada.

Memória: no primeiro dia, foram realizadas atividades em pequenos grupos e os participantes deveriam refletir, discutir e responder às seguintes perguntas: “Por que na velhice as pessoas têm mais problemas de memória?” “O que o grupo acha que pode ser feito para prevenir ou retardar os problemas de memória?” “O que cada um do grupo faz para não esquecer seus compromissos?” Depois de responderem às questões, os grupos receberam um texto sobre o funcionamento do cérebro, fizeram leitura e levantamento das dúvidas do texto. Cada grupo apresentou suas respostas, houve discussão e releitura coletiva do texto, quando a professora foi explicando os aspectos em que os participantes tinham dúvida. No segundo dia, foi realizada uma dinâmica para trabalhar memória

sensorial: foram organizadas duas fileiras com os participantes, uma de frente para a outra. Cada um devia observar a pessoa que estava na sua frente. A seguir, todos viravam de costas para o outro, mudavam alguma coisa no corpo, voltavam a ficar de frente e cada um precisava descobrir o que o colega havia mudado. No Grupo do Parque da Figueira, essa dinâmica ocorreu da seguinte forma: os participantes observavam uma determinada pessoa, depois ela saía da sala, mudava alguma coisa no corpo e voltava, solicitando-se aos outros que descobrissem o que havia sido mudado. Procedia-se a: explicação sobre as estruturas dos sistemas de memória³; realização de exercício em que os idosos recebiam uma folha com diversas figuras, em cada uma delas estava faltando alguma coisa e eles precisavam encontrar o que estava faltando; leitura coletiva, com explicações, de texto sobre estratégias para aprimoramento da memória. No terceiro dia, foi realizado um exercício em trios sobre as siglas e capitais dos estados. Os idosos receberam uma folha com a sigla de todos os estados do Brasil e tinham que escrever a capital correspondente a cada um deles. As pessoas que terminaram primeiro foram ajudar as que ainda não tinham terminado, mas sem falar a resposta, apenas dando pistas para auxiliar a lembrança. No Grupo do Parque da Figueira essa atividade foi realizada de forma coletiva na lousa – em cada sigla um participante era solicitado a responder, quando não sabia, eram dadas dicas, se não conseguisse, os outros poderiam auxiliar. Procedeu-se, também, à leitura coletiva do texto sobre falhas de memória e o fechamento do tema foi feito com dois exercícios:

- Montagem de cardápio – do lado esquerdo da folha estavam escritos vários alimentos, por exemplo, torta, sanduíche, suco, salada de folhas, batata frita, contrafilé, nhoque; do lado direito estavam as categorias como lanche, porção, carne, massa, salada, bebida, sobremesa; os participantes tinham que associar os alimentos às categorias a qual pertenciam.
- Reconhecimento de pessoas famosas – em uma folha havia fotos de vários personagens conhecidos na mídia; os idosos tinham que escrever o nome de cada personagem abaixo da figura.

³ Memória sensorial; memória de curta duração (memória primária e memória operacional); e memória de longa duração (memória declarativa: episódica e semântica e memória não declarativa: de procedimentos, pré-ativação e condicionamento).

Prática dos ritos tibetanos: cinco exercícios corporais que promovem saúde e vitalidade, relacionados aos sete vórtices (chacras) energéticos do corpo, com base em Kelder (2002). A professora demonstrou cada exercício e os participantes realizaram cada um deles com orientação; receberam material para continuarem a prática deles individualmente.

Atividade de tai chi chuan: arte marcial chinesa, reconhecida como uma forma de meditação em movimento. Foi adotada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) e implantada em diversos centros de saúde no território brasileiro. A professora demonstrou os movimentos e, na sequência, os participantes fizeram juntos essa atividade, que foi desenvolvida no início ou no final de três encontros do Programa.

Saúde bucal: atividade realizada com base em reflexão individual, em que cada participante teria que pensar e responder às seguintes perguntas: “O que pode acontecer com nossa boca e com nossos dentes quando não cuidamos da saúde bucal?” “Que medidas diárias devem ser tomadas para evitar os problemas bucais?” Os participantes relataram individualmente suas respostas e foi realizado um trabalho em pequenos grupos. Cada grupo apresentou as suas conclusões. No segundo momento, a professora deu uma pequena aula interativa sobre as doenças da cavidade oral, medidas preventivas, como fazer o autoexame bucal e orientou os idosos a consultar o dentista pelo menos uma vez por ano.

Uso de medicamentos: o grupo foi dividido em quatro subgrupos. Foi realizado um levantamento dos remédios tomados por cada participante no grupo e para quais problemas ou doenças eles eram indicados. Foram discutidos os efeitos dos remédios sobre o organismo e seus efeitos adversos (com leitura de algumas bulas); se eram prescritos por médicos ou eram usados como forma de automedicação. O tema foi fechado com uma conversa sobre o uso de medicamentos, em que cada grupo apresentou os resultados da discussão, e com trocas de experiências.

Argila medicinal: alguns participantes comentaram que tomavam remédios para dor muscular e para dor de estômago. Concordaram em aprender a utilização da argila

terapêutica para esses casos, para não precisarem tomar remédios em situações benignas, em que a argila pode atuar na diminuição da dor (Brüning, 2003). Foi realizada breve apresentação teórica sobre os fundamentos, as propriedades e as formas de utilização da argila medicinal; a preparação da pasta de argila com demonstração e os cuidados a serem tomados. Os idosos foram envolvidos em atividades de preparação da pasta de argila, de aplicação e de remoção no próprio corpo. Ao final, foi explicado que esse procedimento é um trabalho preventivo e para alívio de dores, mas que sempre existe a necessidade de buscar diagnóstico médico para problemas de saúde.

Problemas de saúde e doenças mais comuns na velhice: o grupo foi dividido em duplas para discussão. Cada dupla discutiu uma das doenças crônicas mais comuns na velhice: como era essa doença, quais as causas e se conheciam alguém que as apresentava. As doenças foram: hipertensão, AVC (derrame no conhecimento dos idosos), diabetes, câncer, artrite e artrose, osteoporose, demência de Alzheimer, depressão e catarata. A professora expôs dados sobre o declínio nas funções vitais que ocorre a partir da idade adulta até o final da vida. Na discussão sobre as doenças, cada dupla apresentava o que tinha conversado e permitia outras participações do grupo. Foram realizadas leituras sobre as doenças consideradas. A professora apresentou visão geral sobre elas e sobre como ocorrem no envelhecimento e como podem ser afetadas pelo estilo de vida. O encontro foi encerrado com informações sobre a importância da prevenção.

Atividade de yoga: disciplina hindu baseada em posturas corporais e no controle dos ciclos respiratórios, que visa a estabelecer o equilíbrio entre a mente e o corpo pelo desenvolvimento da consciência corporal (Hermógenes, 2003). A professora demonstrou cada exercício e os participantes realizaram cada um deles com orientação. No grupo do Parque da Figueira, os exercícios foram ensinados por uma das participantes que fazia essa prática semanalmente.

Violência e maus-tratos: ocorreu conversa em pequenos grupos para levantar se os participantes tinham conhecimento de algum caso de violência ou maus-tratos com idosos de sua proximidade; por que achavam que a sociedade e a família eventualmente

maltratavam os idosos; se já haviam se sentido maltratados ou humilhados por alguém. Na segunda parte do encontro, a professora fez uma exposição dialogada sobre o tema, com uma apresentação de diapositivos em computador. Foi realizada uma discussão tentando levantar o que cada um e a sociedade pode fazer para diminuir a violência e os maus-tratos na velhice. A agente comunitária de saúde ofereceu informações sobre os procedimentos para encaminhamento de suspeitas de maus-tratos aos idosos.

Sono e envelhecimento: foi promovida uma conversa para levantar as condições de sono dos participantes. Como dormiam (bem ou mal, se tinham dificuldades para iniciar o sono ou mantê-lo pela madrugada, se dormiam muito ou pouco, se acordavam cansados ou dispostos) e o que faziam quando tinham dificuldades para dormir. Foi realizada leitura coletiva do texto Sono e Envelhecimento (Freitas, 2008), discussão, explicação e troca de informações.

Imagem positiva do envelhecimento: cada participante escolheu as suas duas melhores qualidades e os seus dois piores defeitos. Foi realizada uma conversa individual sobre esses aspectos, com a intenção de ressaltar o que possuíam de bom e buscar melhorar os aspectos negativos. Cada um escolheu uma pessoa que poderia ser considerada como modelo positivo e outra como modelo negativo de vida e refletiu sobre três características de cada uma dessas pessoas. Cada um fez um desenho em uma folha de papel, colocando de um lado do desenho as qualidades positivas que possuíam e as que gostariam de alcançar e, do outro lado, os defeitos que buscariam transformar. O encontro foi encerrado com a dinâmica do espelho, que se caracteriza por um trabalho individual, de cada pessoa com o espelho, enquanto os outros assistem. A pessoa desfila até chegar ao espelho, diz o nome, diz qual é sua melhor característica como ser humano, sorri e sai sob aplausos da plateia.

Emoções e sentimentos na velhice: os participantes receberam uma folha com a proposta de refletir e responder às perguntas “Qual emoção ou sentimento o(a) senhor(a) tem com os seguintes fatos?” e “O que o(a) senhor(a) sente hoje ao pensar/refletir sobre essas situações?”

1) Morte do marido.

- 2) Perda de algum ente querido.
- 3) Aposentadoria.
- 4) Não estar ativo, trabalhando.
- 5) Briga ou discussão com alguma pessoa querida.
- 6) Doença ou problema de saúde.
- 7) Queda ou fratura.
- 8) Dificuldades de enxergar/piora na sua visão.
- 9) Dificuldades para escutar/piora na sua audição.
- 10) Falta de privacidade.

“Citar fatos, situações ou problemas que deixam o(a) senhor(a) triste”. Foram trabalhadas as emoções e sentimentos registrados, realizando uma conversa atenta, acolhedora e sensível, em que cada participante foi relatando sobre como vive ou viveu cada situação e, principalmente, o que poderia fazer para se adaptar melhor a ela. A professora buscou mostrar possibilidades de vivenciar emoções e sentimentos positivos na velhice e como lidar melhor com as situações difíceis do dia a dia.

Histórias de vida: para este trabalho, cada participante selecionou fotos importantes de sua vida, que poderiam ser separadas por épocas ou temas, como infância, adolescência, maturidade, família, amigos, etc. Foi solicitado que as fotos fossem levadas aos encontros seguintes. As histórias foram construídas com base nas lembranças suscitadas pelas fotos. Ao final, cada um construiu uma parte de sua linha da vida por meio das fotos.

Esta atividade foi desenvolvida durante cinco encontros ao longo do Programa. No primeiro e terceiro momentos, enquanto os grupos liam e discutiam textos sobre determinado tema desenvolvido naquele encontro, a professora realizou um trabalho individual sobre as histórias da foto, em que cada idoso foi contando o que aquela foto dizia naquele momento. Para aqueles que não levaram a foto por algum motivo, foi perguntado a cidade e o ano em que nasceu e que relatasse um fato marcante da infância ou de qualquer outra época da vida. No segundo dia em que foram construídas as histórias de vida, os idosos se sentaram ao redor de uma grande mesa, cada um contou a história da sua foto; enquanto contavam, a professora mostrava a foto para os outros participantes e fazia perguntas a respeito para que o participante pudesse ampliar sua narração. Para o Grupo do

Parque da Figueira, no segundo momento não foram usadas as fotos, mas apenas a memória das participantes. Aproveitando o tema estudado no dia – memória de longo prazo –, foi solicitado que cada uma lembrasse e relatasse um fato marcante que tivesse ocorrido em sua infância ou adolescência. No quarto momento, foi levada uma máquina fotográfica e reservado um tempo do encontro para que cada participante tirasse uma foto ou escolhesse como gostaria que fosse a sua última foto; poderiam tirar fotos de si mesmos, sozinhos ou acompanhados ou em grupos. Todos optaram por sair nas fotos e explicaram por que escolheram encerrar a sua história de vida naquele momento com aquela foto específica. Cada história de vida foi devidamente registrada e organizada com suas fotos. Esse material foi impresso e encadernado. Foi entregue para os participantes no último encontro do programa. Cada um teve oportunidade e tempo para apreciar sua própria história, bem como compartilhar sua história com os outros.

5. Análise dos dados

Para os dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo (Bardin, 2004) dos registros relativos aos autorrelatos coletados mediante questões abertas e a dados produzidos pela pesquisadora no decorrer da aplicação do programa. Nessa análise, o que serviu de informação foi a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que foi tomado em consideração.

A organização da análise de conteúdo se dividiu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira fase é a organização propriamente dita, que teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um plano de análise preciso do desenvolvimento das operações realizadas posteriormente. Essa primeira fase caracterizou-se por três etapas: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A exploração do material consistiu na administração sistemática das decisões tomadas na pré-análise. E os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples

(percentagens) permitiram estabelecer quadros de resultados, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

A análise de conteúdo permite várias formas de leitura dos dados. Para essa pesquisa foi delimitado o uso da análise categorial, que funciona por operações de divisão do texto em categorias ou temas. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico (temas).

Para os dados quantitativos, as análises consistiram em tabular as frequências das variáveis categóricas (por ex. sexo, estado civil e suporte social), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%). Foram realizadas estatísticas descritivas das variáveis ordinais (por ex. idade, escores das escalas, renda e frequência de atividade física), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, este na presença de valores esperados menores que 5. Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição normal das variáveis.

Para comparar as variáveis categóricas dicotômicas entre as três avaliações (pré-teste, pós-teste e seguimento) foi utilizado o teste de Cochran, e para comparar as variáveis categóricas ordinais entre as três avaliações foi utilizado o teste de Friedman. Para comparar as variáveis numéricas entre as três avaliações e os dois grupos foi utilizada análise de variância para medidas repetidas (ANOVA com medidas repetidas), com as variáveis transformadas em postos devido à ausência de distribuição normal.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$. O pacote estatístico computacional foi o SAS (Statistical Analysis System) para Windows, versão 8.02.

RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados em primeiro lugar os resultados das medidas de pré-teste, pós-teste e seguimento. Em seguida, os dados da análise qualitativa relativos às observações realizadas durante as aulas.

1. Imagem da velhice

A partir da análise de conteúdo das respostas estruturadas pelos idosos no pré-teste, pós-teste e seguimento, os resultados sobre as imagens de velhice foram divididos em dois grupos, respostas negativas e positivas, e pelas categorias utilizadas no planejamento do Programa, conforme Quadro 5.

Cada participante poderia citar até três aspectos dentro da opção escolhida (ganhos e vantagens; perdas e limitações; tanto ganhos como perdas). O Quadro 6 apresenta as respostas dos participantes em relação às imagens positivas nos três tempos de medida. As informações foram agrupadas por similaridade.

1.1 Resultados do pré-teste

Imagens negativas: 15 citações na categoria saúde, seis referências à sociabilidade e 13 referentes a aspectos psicológicos, totalizando 35 opiniões negativas sobre a velhice.

Imagens positivas: uma citação na categoria saúde, 10 referências à sociabilidade, nove em aspectos psicológicos e oito menções a ganhos de conhecimento, totalizando 28 opiniões positivas sobre a velhice.

1.2 Resultados do pós-teste

Imagens negativas: 13 citações na categoria saúde, três referências à sociabilidade e sete a aspectos psicológicos, totalizando 23 opiniões.

Imagens positivas: três citações na categoria saúde, 15 referências à sociabilidade, nove a aspectos psicológicos e oito menções a ganhos de conhecimento, totalizando 35 opiniões.

1.3 Resultados do seguimento

Imagens negativas: 17 citações na categoria saúde, três referências à sociabilidade e sete a aspectos psicológicos, totalizando 27 opiniões.

Imagens positivas: sete citações na categoria saúde, 14 referências a sociabilidade, 12 a aspectos psicológicos e duas menções a ganhos de conhecimento, totalizando 35 opiniões.

Quadro 5. Categorias e temas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Categorias	Temas
Saúde	Doenças Problemas de saúde Hábitos de vida Atividade física Dieta Práticas de autocuidado
Sociabilidade	Relação com amigos e familiares Envolvimento na igreja ou na comunidade Passeios Lazer Trabalho
Psicológica	Felicidade Ânimo Tristeza Solidão Satisfação Memória
Categoria Extra para Imagens positivas	Ganhos com a idade Experiência Maturidade Conhecimento Aprendizagem

Quadro 6. Respostas positivas para a categoria Imagens da Velhice nas três medidas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Pré-teste	Pós-teste	Seguimento
Experiência / Maturidade / Aprendizagem	Evolução / Conhecimento / Aprendizagem / Experiência	Experiência / Poder passar conhecimento
Acesso a atividades e cursos diversificados	Reuniões Sociais / Mais oportunidades / Amizades / Passeios / Mais programas de saúde	Fazer mais coisas que não fazia antes / Poder fazer artesanato e vender as mercadorias / Mais amizades
Família	Família / Responsabilidade / Relações harmoniosas	Família / Participação na comunidade
Benefícios: poder ter dois salários, trabalho e aposentadoria / Atendimento preferencial	Benefícios: atendimento preferencial, gratuidade no transporte coletivo	Benefícios: aposentadoria / Poder ficar em casa, sem trabalhar
Saúde / Disposição	Ganha mais saúde com os exercícios / Sente-se fisicamente melhor / Mais disposição	Ter saúde para fazer as coisas sem precisar de ajuda / Poder caminhar / Ter disposição ainda
Vida boa / Conquistas que teve / Tranquilidade / Descompromisso	Vitória, venceu muita coisa / Está mais solta / Tem mais liberdade / Mais autonomia / Independência / Ter a pensão / moradia (não paga aluguel)	Autonomia / Poder viver / Estar bem de vida / Poder comer bem
Ocupação da mente	Entende a velhice com um olhar mais positivo	Pensamento e ações positivas / Quando se compara com outras pessoas da mesma idade, se sente muito melhor / Mais consciência do que é certo e do que é errado / Autoestima / Pensa melhor antes de fazer as coisas
Tempo maior para coisas diferentes	Sair mais / Participa de muita coisa / Tempo para aproveitar a vida	Ter mais tempo para sair / Passear

Continua

Quadro 6 – continuação

Confiança das pessoas em mim	Maior aceitação das pessoas quanto ao ritmo mais lento / Maior compreensão das pessoas	Respeito
Paciência / Qualidade de entender melhor as pessoas	Paciência	Capacidade maior de compreensão das pessoas / Mais paciência

Do pré-teste para o pós-teste houve uma diminuição no número de opiniões sobre imagens negativas na velhice, que não se manteve no seguimento: foram 35 emissões negativas no pré-teste, 23 no pós-teste e 27 no seguimento. Em relação às imagens positivas, do pré-teste para o pós-teste houve um aumento no número de opiniões, que se manteve no seguimento, passando de 28 emissões positivas no pré-teste para 35 no pós-teste e no seguimento. A análise estatística mostrou ocorrência de diferença significativa (Teste de Friedman $p=0,042$) entre as imagens no pós-teste e no seguimento na categoria ambos (tanto ganhos quanto perdas), como mostra a Figura 2

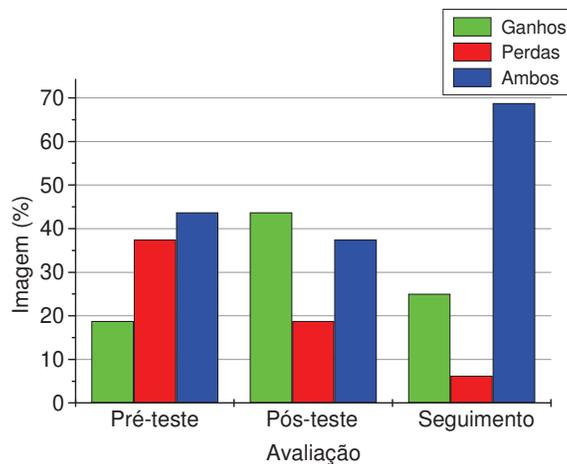


Figura 2. Imagem de velhice. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

2. Atividade física

Consideram-se como ativos os adultos que realizam pelo menos 150 minutos de atividade por semana, distribuídos em cinco dias e em 30 minutos por dia de atividades moderadas, ou que realizam pelo menos 120 minutos de atividades de forte intensidade, distribuídas em quatro dias e em 30 minutos por dia (Nelson *et al.*, 2007). Nas três medidas (pré-teste, pós-teste e seguimento) cerca da metade dos idosos era ativa e metade sedentária. Apenas um idoso mudou de categoria passando de sedentário a ativo do pré para o pós-teste. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,046$) entre o tempo diário de prática de atividade física, entre o pré e o pós-teste, no Grupo Orosimbo Maia, conforme Tabela 2, a mediana foi mais baixa, embora as demais medidas de posição tenham sido mais altas:

Tabela 2. Medidas de posição e de dispersão relativas ao tempo diário de atividade física no grupo Figueira e no grupo Orosimbo Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Figueira							
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D. P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	
TempoDiamin** (Pré-teste)	5	46.00	34.53	15.00	40.00	105.00	
TempoDiamin** (Pós-teste)	5	37.00	12.55	15.00	40.00	45.00	
O. Maia							
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D. P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
TempoDiamin** (Pré-teste)	9	57.78	16.41	30.00	60.00	90.00	P=0.163
TempoDiamin** (Pós-teste)	10	60.00	26.56	30.00	55.00	120.00	P=0.046

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre os 2 grupos.

** Tempo em minutos dedicado diariamente à prática de atividade física pelos idosos.

As atividades relatadas pelos idosos dos dois grupos foram:

- Pré-teste: ginástica (7 participantes), alongamentos (3), caminhada (7), lian gong (5), tai chi chuan (1), hidrogenástica (1) e yoga (1).
- Pós-teste: ginástica (4 participantes), alongamentos (4), caminhada (7), lian gong (7), tai chi chuan (1), hidrogenástica (1) e yoga (1).
- Seguimento: ginástica (4 participantes), alongamentos (1), caminhada (10), lian gong (7), tai chi chuan (1), hidrogenástica (0) e yoga (1).

3. Alimentação

Em relação à alimentação, no pré-teste houve uma média de consumo de 2,56 frutas por dia, consumo de legumes e verduras em média 1,81 vezes por dia, carboidratos 2,81 vezes por dia e de feijões e leguminosas 1,53 vezes por dia. No pós-teste, houve um aumento no consumo em todos os itens, passando para a média de 3 frutas, 1,88 vezes de legumes e verduras, 3,06 vezes de carboidratos e 1,60 vezes de feijões e leguminosas. Na medida de seguimento, manteve-se a melhora na média do consumo de verduras e legumes e de carboidratos (médias de 2,88 frutas, 2,06 vezes de legumes e verduras, 3,63 vezes de carboidratos e 1,47 vezes de feijões e leguminosas). Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,030$) quanto ao consumo diário de verduras e legumes nas respostas do pré para o pós-teste para o Grupo Orosimbo Maia; diferenças significativas ($p=0,014$) entre o pós-teste e o seguimento para o grupo Figueira, como se vê na Figura 3, que mostra as distribuições de respostas relativas ao consumo diário de verduras e legumes nos três tempos.

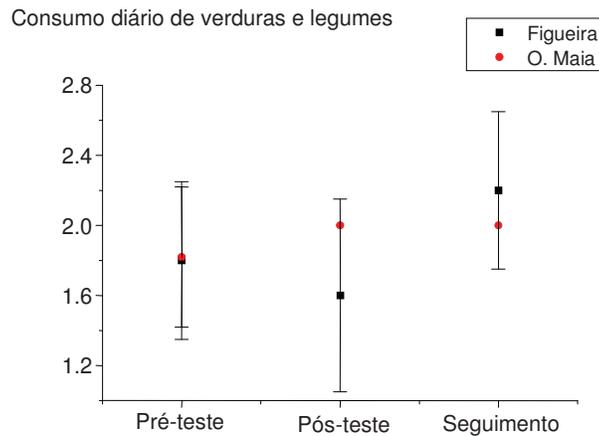


Figura 3. Distribuição das porções de consumo diário de verduras e legumes nas três ocasiões de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

4. Participação social

A tabela abaixo mostra o número de atividades complexas ou avançadas de vida diária que os idosos relataram ter abandonado nos três tempos de medida.

Tabela 3. Número de dificuldades em AAVDs relatadas nas três ocasiões de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Pré-teste		Pós-teste		Seguimento	
Categorias	N (%)	Categorias	N (%)	Categorias	N (%)
0	2 (12,50%)	0	1 (6,25%)	0	1 (6,25%)
1-2	7 (43,75%)	1-2	7 (43,75%)	1-2	5 (31,25%)
≥ 3	7 (43,75%)	≥ 3	8 (50,00%)	≥ 3	10 (62,50%)

Percebe-se um aumento de participantes que relataram dificuldade em três ou mais AAVDs, sendo sete no pré-teste, oito no pós-teste e dez no seguimento, após seis meses de término do programa. Houve manutenção entre o pré e o pós-teste e ocorreu piora no seguimento.

5. Sintomas depressivos

No pré-teste, três participantes do grupo do Parque da Figueira pontuaram para sintomas depressivos e apenas um do grupo Orosimbo Maia. No pós-teste, dois participantes do grupo do Parque da Figueira e nenhum do Orosimbo Maia pontuaram para essa variável. No seguimento houve três participantes com sintomas depressivos no grupo do Parque da Figueira e nenhum no Orosimbo Maia. Houve diferença estatisticamente significativa (Figura 4) quanto à presença de sintomas depressivos no grupo do Parque da Figueira na medida de seguimento em comparação com o pós-teste (Teste Exato de Fisher - $p=0,018$).

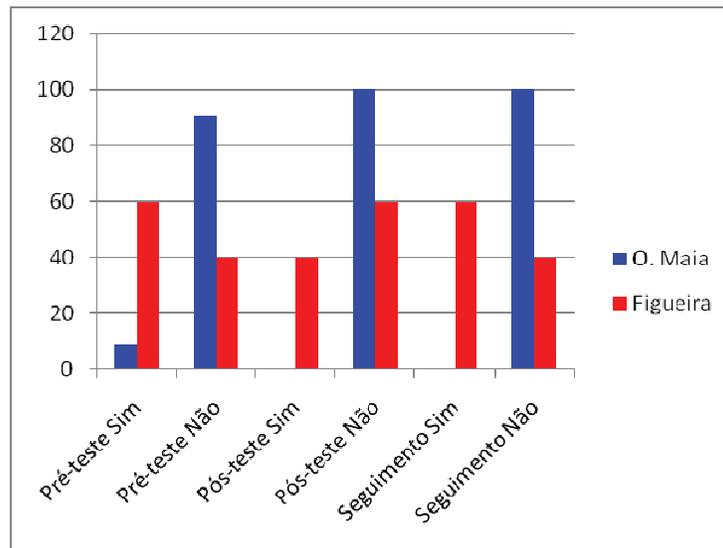


Figura 4. Distribuições de frequência dos idosos com e sem sintomas depressivos nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

6. Satisfação

Os idosos responderam se estavam pouco, mais ou menos, ou muito satisfeitos em cada um dos itens que avaliaram esta variável. A Figura 5 mostra os resultados.

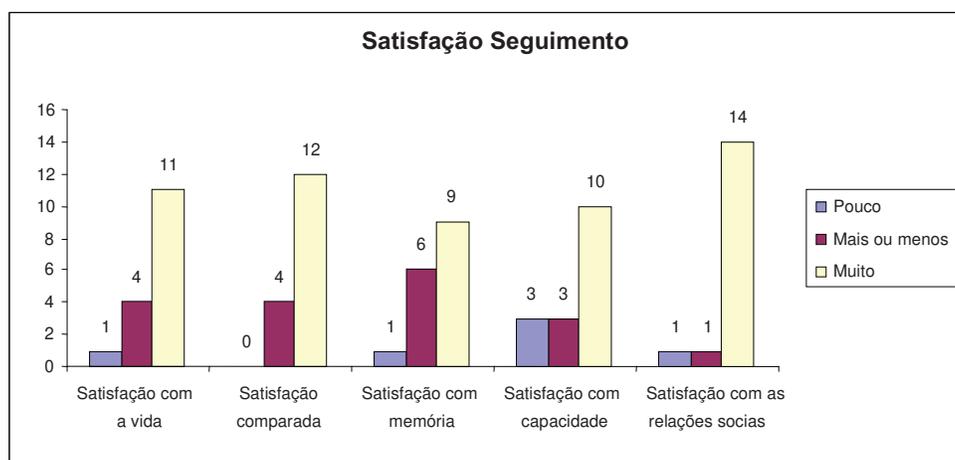
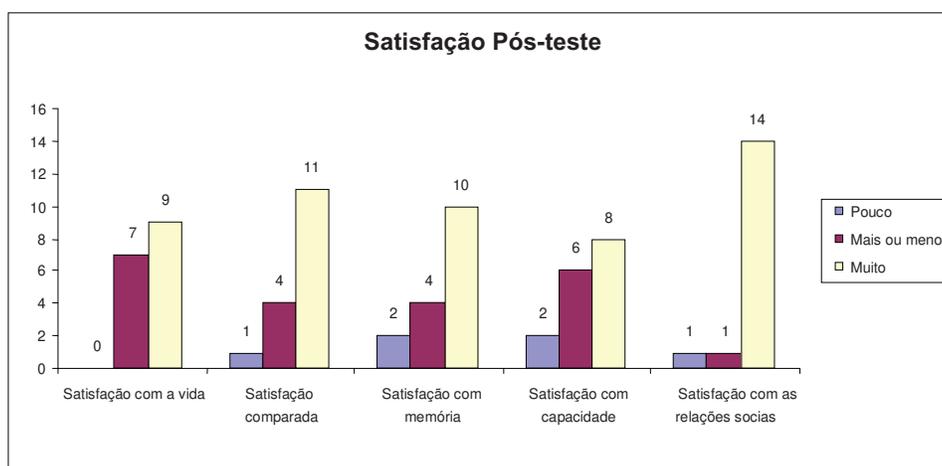
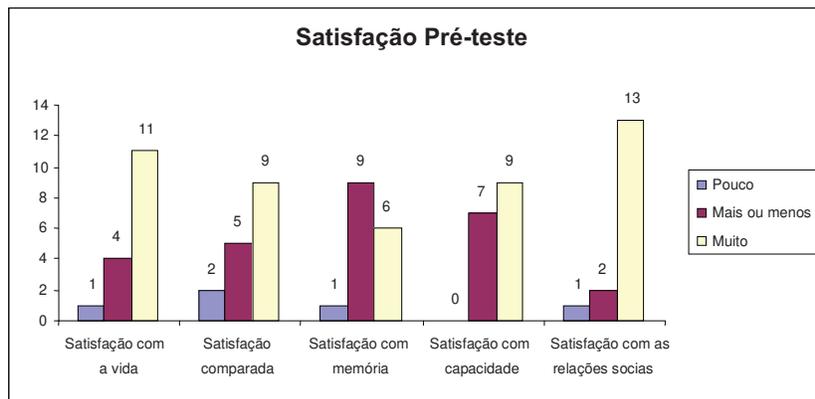


Figura 5. Distribuição dos escores de satisfação nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

As pontuações foram geralmente altas em todas as medidas. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas com relação a essas distribuições entre os três tempos de medida.

7. Suporte social percebido

Houve diferença estatisticamente significativa quanto ao escore de suporte social percebido entre o grupo do Orosimbo Maia, que pontuou mais alto do que o grupo do Parque da Figueira no pré-teste ($p=0,038$) e no seguimento ($p=0,001$). O grupo Orosimbo Maia apresentou valores semelhantes para essa variável nos três tempos de medida, ao passo que o grupo do Parque da Figueira apresentou melhora no pós-teste e retorno ao valor da linha de base na medida de seguimento, como apresentado na Figura 6:

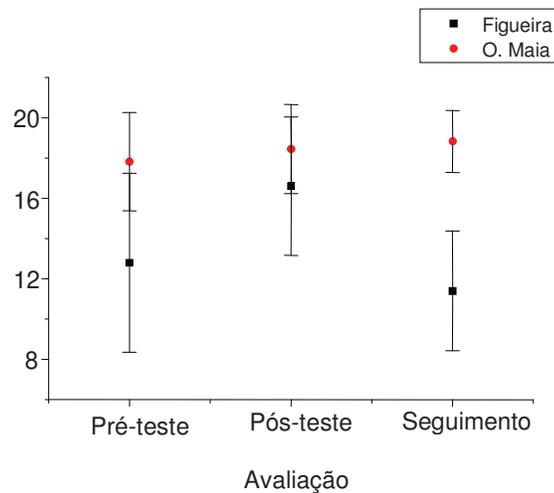


Figura 6. Distribuição das pontuações em suporte social percebido nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

8. Avaliação subjetiva de saúde

A Figura 7 mostra que as avaliações de saúde percebida foram, em sua maioria, regular, boa e muito boa. Em relação à saúde comparada e à saúde comparada não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

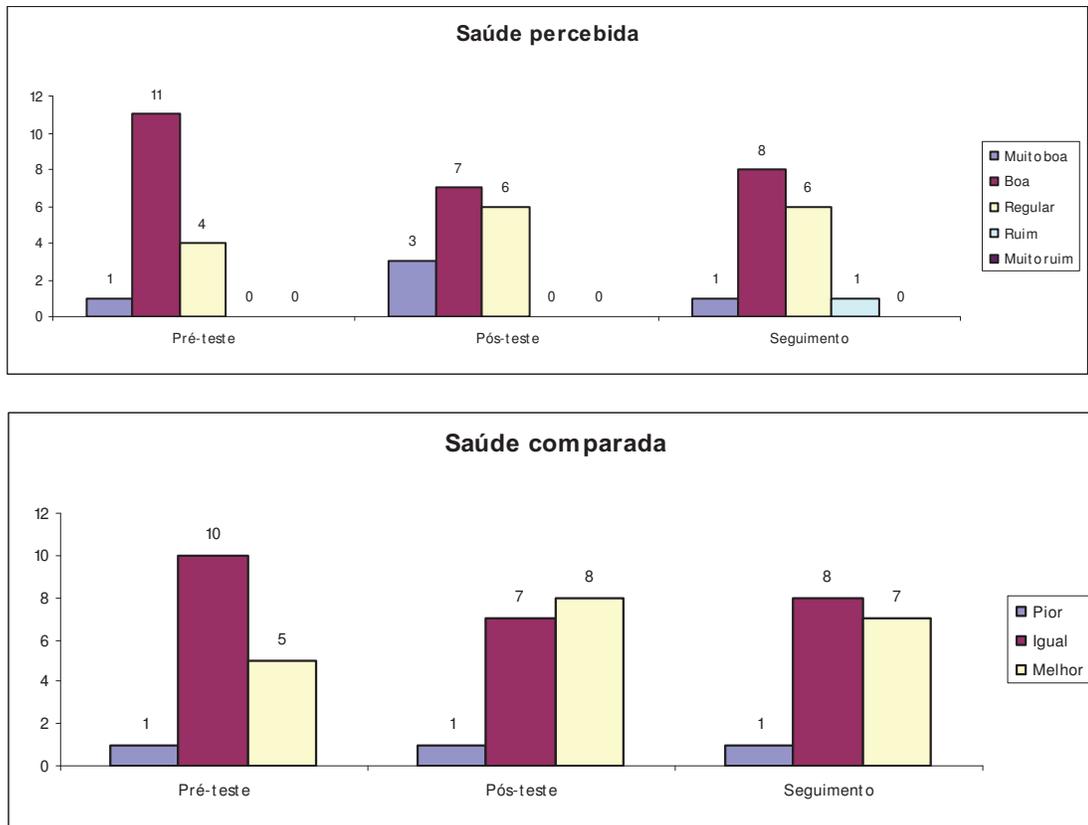


Figura 7. Distribuição dos escores de avaliação de saúde nos três tempos de medida. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

9. Registros de observação em sala de aula

A seguir serão apresentados os resultados da análise qualitativa. A partir dos registros de observação em sala de aula foram tabuladas as intervenções dos idosos, conforme os temas tratados.

No grupo Orosimbo Maia e no grupo do Parque da Figueira o tema que suscitou mais intervenções foi o relativo a doenças e problemas de saúde.

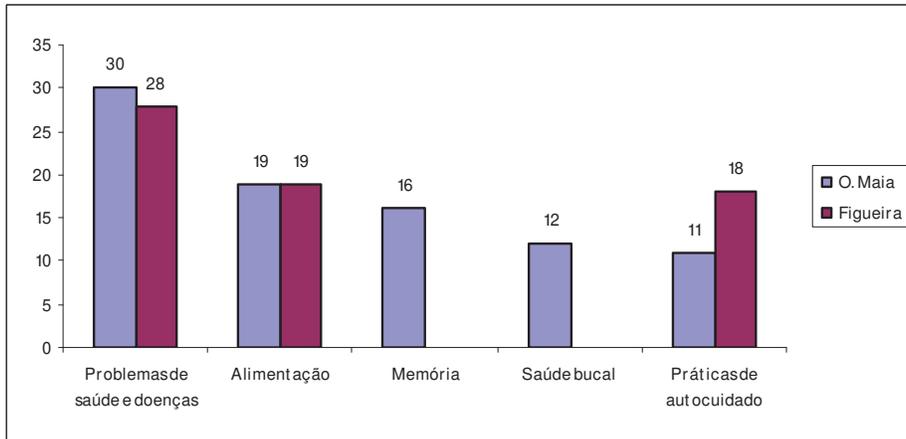


Figura 8. Distribuições das participações conforme os temas tratados. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

As intervenções foram categorizadas em três classes: perguntas e dúvidas, comentários e relatos de aplicação. O tipo de participação mais frequente foi o comentário, como mostra a Figura 9.

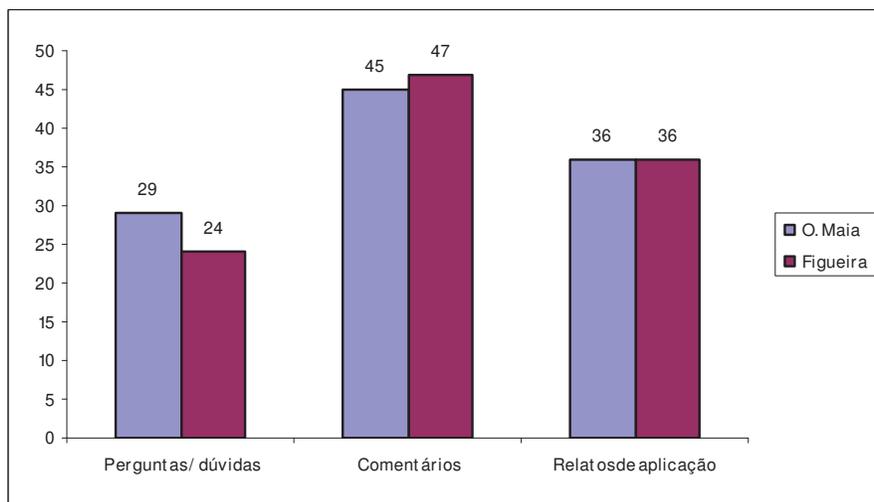
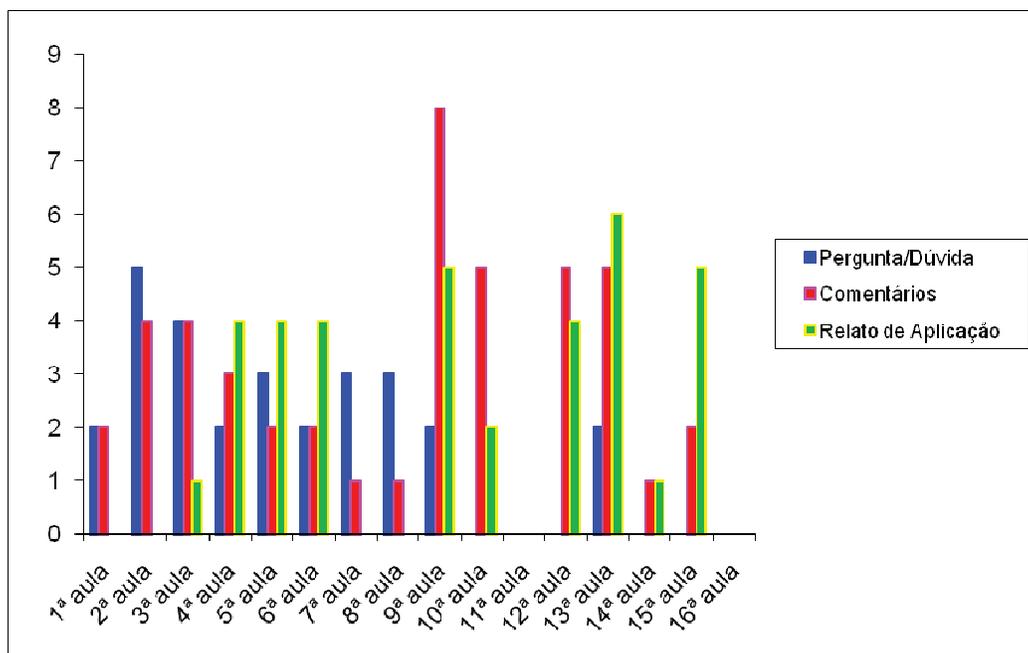


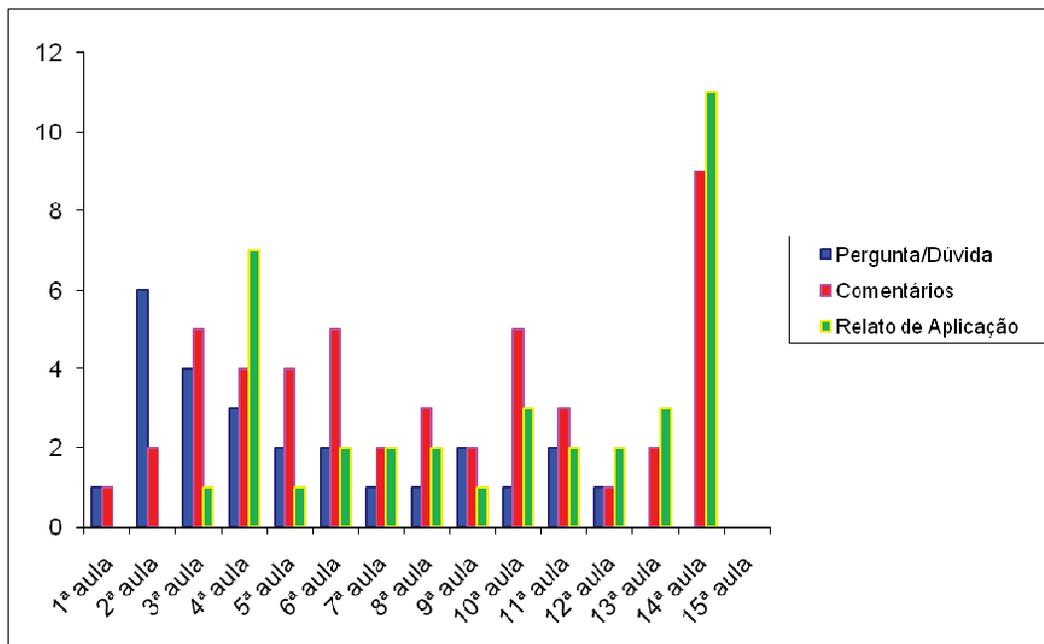
Figura 9. Distribuições das participações conforme o tipo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

As Figuras 10 e 11 mostram a evolução do tipo de participação no decorrer do Programa, em que se percebe uma variação constante no tipo de participação. No grupo do Orosimbo Maia (Figura 10), os picos ocorreram do seguinte modo: as perguntas e dúvidas tiveram pico no tema alimentação saudável, os comentários na discussão sobre saúde bucal e os relatos de aplicação na aula sobre doenças e problemas de saúde. No grupo do Parque da Figueira (Figura 11), os picos ocorreram do seguinte modo: as perguntas e dúvidas tiveram pico no tema alimentação saudável, os comentários na discussão sobre doenças e problemas de saúde e os relatos de aplicação nas aulas sobre memória e doenças e problemas de saúde. O quadro 7 mostra a distribuição dos temas nas respectivas aulas.



* Não foram realizadas anotações nas aulas 11 e 16.

Figura 10. Evolução do tipo de participação no decorrer do Programa - O. Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.



* Não foram realizadas anotações na aula 15

Figura 11. Evolução do tipo de participação no decorrer do Programa - Figueira. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

Quadro 7. Distribuição dos temas nas respectivas aulas. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

	Temas O. Maia	Temas Figueira
1ª aula	Envelhecimento saudável	Envelhecimento saudável
2ª aula	Alimentação saudável	Alimentação saudável
3ª aula	Alimentação saudável	Alimentação saudável
4ª aula	Alimentação saudável	Memória
5ª aula	Atividade física	Memória
6ª aula	Memória	Memória
7ª aula	Memória	Memória
8ª aula	Memória	Emoções e sentimentos
9ª aula	Saúde bucal	Imagem positiva da velhice
10ª aula	Uso de medicamentos	Violência e Maus-tratos
11ª aula	Argila terapêutica	Sono e envelhecimento
12ª aula	Doenças e problemas de saúde	Atividade física

Quadro 7 - Continuação

13ª aula	Doenças e problemas de saúde	Saúde bucal
14ª aula	Violência e Maus-tratos	Doenças e problemas de saúde
15ª aula	Sono e Imagem positiva da velhice	Doenças e problemas de saúde e Encerramento do Programa
16ª aula	Encerramento do Programa	

As Figuras 12 e 13 mostram a relação entre os temas e os tipos de participação dos idosos nos dois grupos.

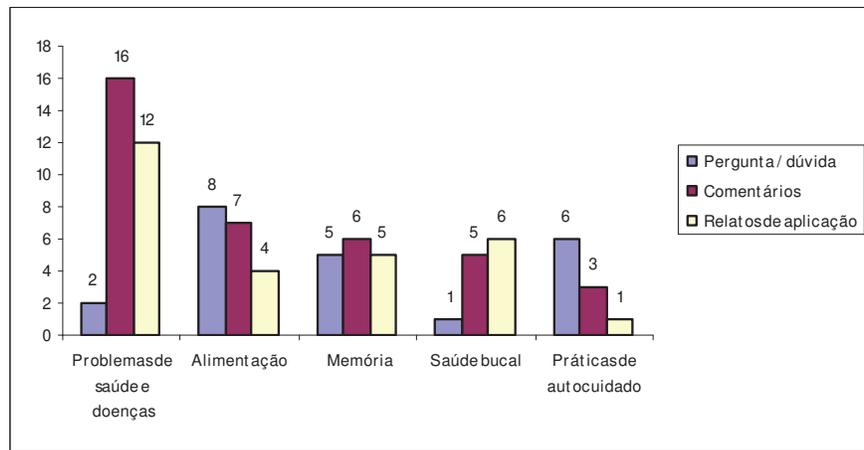


Figura 12. Distribuições das participações conforme o tema e o tipo - O. Maia. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

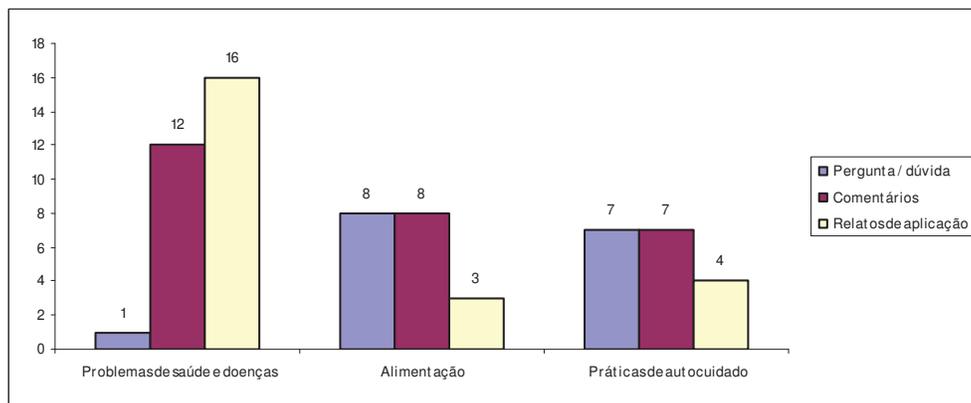


Figura 13. Distribuições das participações conforme o tema e o tipo Figueira. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

A Figura 12 mostra uma participação majoritária de comentários e relatos de aplicação no tema problemas de saúde e doenças; no tema alimentação predominaram perguntas e comentários; em memória houve uma participação bem distribuída pelos três tipos; em saúde bucal, predominância de comentários e relatos de aplicação; e nas práticas de autocuidado mais perguntas ou dúvidas. A Figura 13 mostra uma participação majoritária de comentários e relatos de aplicação no tema problemas de saúde e doenças; no tema alimentação, predominaram perguntas e comentários; e nas práticas de autocuidado, houve mais perguntas ou dúvidas e comentários.

Conforme já apresentado no item Métodos além dos temas e dos tipos, as participações foram organizadas em três categorias de conteúdo: relacionadas à saúde, à sociabilidade e aos aspectos psicológicos. A Figura 14 mostra os resultados em relação às categorias.

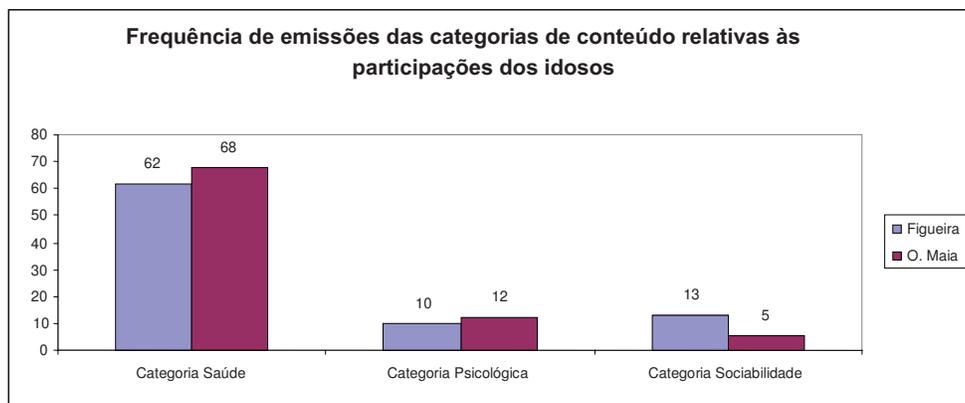


Figura 14. Categorias de conteúdo. Programa de Educação Popular em Saúde para um envelhecimento saudável. Idosos, Campinas 2009.

A Figura 14 mostra que houve 62 emissões na categoria saúde no grupo do Parque da Figueira e 68 no grupo do Orosimbo Maia. Na categoria psicológica a frequência foi quase idêntica nos dois grupos e em sociabilidade o grupo do Parque da Figueira superou o grupo do Orosimbo Maia.

10. Avaliação do Programa

Com base na análise das respostas dos participantes, serão apresentados a seguir os resultados referentes à avaliação que fizeram sobre o programa desenvolvido:

Para a primeira pergunta apenas um participante sugeriu o tema lazer. Todos consideraram que o curso teve aspectos positivos. Dentre estes, houve 13 menções a aspectos positivos voltados à categoria saúde, oito à categoria sociabilidade, seis a aspectos psicológicos, sete a aspectos de aprendizagem e sete a aspectos gerais (a professora, tudo foi aproveitado, a metodologia). Sobre as expectativas em relação ao programa, exceto um, todos os outros participantes disseram que tiveram suas expectativas atendidas. Os motivos foram agrupados pelas categorias, com três relatos de saúde, dois de sociabilidade, um psicológico, sete referentes a conhecimento e aprendizagem e seis de aspectos gerais.

Em relação à metodologia adotada, exceto um, todos os idosos se manifestaram favoráveis aos procedimentos didáticos utilizados. A metodologia participativa, que promove abertura para dúvidas, perguntas, relatos práticos e comentários, teve três relatos; aspectos gerais como aprendeu, gostou e aproveitou teve cinco relatos; sobre a linguagem adotada e a postura da professora seis participantes se manifestaram; e a metodologia promoveu novos aprendizados, com temas bem definidos apareceu na fala de três participantes. Sobre a atuação docente, as respostas variaram de boa a muito boa.

Em relação ao material utilizado nas aulas, os participantes consideraram adequados: os materiais apontados como diversificados e complementares aos temas; aproveitados e discutidos durante e após as aulas e os participantes puderam levar para casa. Duas participantes apontaram, especificamente, a adequação do resultado final sobre as histórias de vida.

No tocante ao aprendizado que o programa proporcionou para a vida das pessoas, os relatos se dividiram do seguinte modo:

- Compreensão da importância da atividade física, aprendizado de exercícios e de práticas de autocuidado para o dia a dia (cinco relatos);
- Aspectos psicossociais como: paciência, ânimo, motivação para mudança, se sentir mais capacitado e melhora na comunicação com outras pessoas (sete relatos);
- Alimentação: aumento de conhecimento e mudanças práticas na nutrição (cinco relatos);

- Aprendizado, ampliação do conhecimento de modo geral, foi bom (onze relatos);
- Mudança na vida de modo geral (três relatos).

Aplicação dos conteúdos na vida real

A maioria dos participantes (81%) relatou que continuava a colocar em prática algum aspecto aprendido no programa educacional. As repostas foram majoritariamente voltadas para os aspectos da categoria saúde, com 15 citações sobre cuidado com a respiração, com a alimentação (mudança no modo de se alimentar, comer alimentos que não comia antes), com as práticas de prevenção de doenças, ginásticas aprendidas, observação da postura ao caminhar, sentar e deitar e cuidar mais de si próprio. Houve nove citações variadas, como pensar mais nos problemas e buscar soluções, estudar as apostilas e textos, prestar mais atenção nas coisas e realizar os exercícios de memória aprendidos.

Em resumo, os resultados mais significativos da intervenção foram: mudança na imagem de velhice, com diminuição das opiniões negativas, aumento das positivas e percepção da velhice como fase de ganhos e perdas. Houve melhora no tempo diário de prática de atividade física no grupo Orosimbo Maia; e melhora no consumo diário de verduras e legumes para os dois grupos. Verificou-se maior presença de sintomas depressivos no grupo do Parque da Figueira na medida de seguimento. Em relação à satisfação, as pontuações foram geralmente altas em todas as medidas. Quanto ao suporte social percebido, o grupo do Orosimbo Maia pontuou mais alto do que o grupo do Parque da Figueira no pré-teste e no seguimento. As avaliações de saúde percebida foram, em sua maioria, de regular a muito boa.

Em relação aos conteúdos do programa, o tema que suscitou mais intervenções foi o relativo a doenças e problemas de saúde. O tipo de participação mais frequente foi o comentário, seguido de relatos de aplicação e, por último, perguntas e dúvidas. No grupo do Orosimbo Maia houve mais comentários em relação aos problemas de saúde e doenças, ao passo que no grupo do Parque da Figueira houve mais relatos de aplicação sobre esse tema. De modo geral, o programa foi avaliado positivamente, principalmente no tocante à metodologia utilizada, que, segundo os idosos, reverteu em aprendizados que se mantiveram após o término das aulas.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou implementar e avaliar o impacto de um programa de educação popular em saúde sobre envelhecimento saudável aplicado a idosos comunitários. De acordo com Assis *et al.* (2009) há escassez de trabalhos avaliativos sobre as atividades realizadas com grupos de idosos. Além disso, vários estudos são relatos de experiências com aspectos avaliativos de base qualitativa e não propriamente pesquisas com fins de avaliação (Assis, Hartz e Valla, 2004). O presente estudo teve como um de seus objetivos avaliar a eficácia do programa sobre a qualidade de vida dos participantes. Não foram focalizadas apenas enfermidades, mas foi oferecido um programa diversificado a um público diversificado, focando na saúde dos indivíduos e no auxílio para envelhecer de forma saudável.

Em relação aos grupos de promoção da saúde (GPS) como apresentados por Santos e colaboradores (2006), houve uma ampliação em dois sentidos: primeiro, o GPS é uma intervenção coletiva interdisciplinar de saúde e o presente estudo buscou ir além da saúde, trabalhando juntamente outros temas orientados pela política de envelhecimento ativo da OMS; segundo, ao realizar o programa em espaços comunitários houve um deslocamento de ambientes de tratamento de doenças e maior investimento em atividades de autocuidado e prevenção. Além disso, buscou-se contribuir com as pesquisas na área de educação em saúde realizadas na comunidade, já que na revisão da literatura realizada por Carvalho, Clementino e Pinho (2008) as práticas educativas em saúde aconteceram com maior frequência na atenção terciária (unidade hospitalar) e não na atenção primária (unidades de atenção básica na área da saúde da família, centros de saúde e comunidade).

O estudo diferenciou-se também de alguns aspectos relativos às atividades educacionais e culturais para idosos oferecidas em Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs), no Serviço Social do Comércio (SESC) e em centros de convivência. O programa de educação popular em saúde foi realizado de forma gratuita, em salão comunitário e sala de aula disponível na comunidade, no próprio bairro de moradia dos idosos, o que permitiu a participação de idosos com interesse em atividades educativas e de saúde, porém não têm condições financeiras, nem para grandes deslocamentos para participarem de atividades oferecidas em UnATIs e no SESC. Realizar o programa em

locais de fácil acesso aos idosos pareceu fundamental para a participação de idosos mais frágeis. Em termos de metodologia, os três contextos podem utilizar a educação popular ou terem como base a política de envelhecimento ativo. A diferença está no modo de oferecimento. Nas UnATIs o conteúdo é oferecido em forma de disciplinas e nos outros locais em forma de palestras ou oficinas. No programa ora apresentado predominaram encontros temáticos participativos.

Esta pesquisa procura cobrir uma lacuna na literatura no que diz respeito a dados dos próprios idosos sobre as suas atitudes em relação à aprendizagem e como avaliam experiências educativas a que foram expostos, como afirma Bouton-Lewis (2010). Este estudo focalizou a influência do conteúdo e da metodologia para a qualidade de vida dos idosos, indicada por mudança de atitudes, melhora em aspectos da saúde, maior participação social e ampliação de conhecimento na área psicossocial, demonstrando as várias dimensões de avaliação da qualidade de vida e o seu caráter subjetivo. Além disso, o trabalho realizado procurou contribuir com os dados de pesquisa sobre atitudes dos idosos em relação ao próprio processo de envelhecimento, já que, como apresentado na introdução, no Brasil ainda são escassos os trabalhos que avaliam as opiniões dos idosos; o que se encontra, em sua maioria, são pesquisas voltadas para as atitudes de não idosos em relação à velhice.

As atitudes foram estudadas com base na imagem de velhice que os participantes tinham. A percepção de velhice está predominantemente associada a doenças e debilidades físicas, como apresentado nos estudos de Lopes, 2007; Patrocínio e Gatti, 2006; Patrocínio e Gohn, 2005. Além disso, a atitude frente à velhice é influenciada pelas crenças que a pessoa detém em sua habilidade para ativar motivação e cognição e resgatar mecanismos de ação, que são necessários para exercer controle sobre tarefas específicas (Resende e Neri, 2005).

Apesar de as pessoas saberem o que faz mal à saúde e quais tarefas são necessárias para promoção da saúde, é difícil alterar comportamentos e atitudes pessoais nessa direção. Também é difícil mudar crenças e atitudes das pessoas sobre a prevenção sem antes mudar as suas concepções causais adquiridas ao longo da vida (Reis e Fradique, 2003). A implementação de um programa de educação sobre conteúdos de saúde, psicológicos, interações sociais e imagens da velhice pode contribuir para a mudança de imagem

negativa, possibilitando alterações nas atitudes em relação à própria velhice dos participantes e para mudança de comportamentos. Ou seja, acredita-se na educação como veículo de mudança de atitudes em relação à velhice (Todaro, 2009).

Os resultados mostraram que houve mudança em relação à imagem de velhice, pois diminuíram as opiniões negativas e aumentaram as positivas. Na pesquisa SESC/FPA a imagem da velhice apontada estava predominantemente ligada a atributos negativos em todas as faixas etárias pesquisadas (Lopes, 2007). No estudo de Pereira e colaboradores (2009), a insatisfação com a própria imagem corporal esteve relacionada, entre outros fatores, às modificações físicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento. Caetano e colaboradores (2009) perceberam que um programa de atividade física para mulheres incontinentes causou mais impacto na qualidade de vida do que na autoimagem delas. Tribess, Virtuoso Junior e Petroski (2010) acreditam que o entendimento dos aspectos que influenciam a satisfação da imagem corporal no idoso é determinante na elaboração de intervenções direcionadas ao seu bem-estar.

Alguns participantes, no início do programa, apresentaram imagem de idosos cansados fisicamente, e no trabalho, ao final, imaginaram um futuro mais saudável. Esse resultado pode ter sido influenciado pela participação no programa, pelos aprendizados que tiveram e por perceberem que é possível envelhecer com saúde. Hori e Cusaki (2006) relataram relação positiva entre atitudes em relação à velhice e participação em centros de educação. Os idosos participantes do programa de educação popular em saúde relataram no pós-teste que um dos maiores ganhos ao participarem do programa foi o aumento das relações sociais e interação com outras pessoas. A pesquisa realizada por Antunes (2006) em grupos comunitários mostrou que o envolvimento em grupos desse tipo pode propiciar ampliação da rede de suporte social e visão positiva sobre o envelhecimento.

Em relação à saúde, acreditava-se que o programa poderia influenciar nos hábitos de vida indicados por atividade física e por hábitos de alimentação. Na atividade física, esta pesquisa encontrou 50% de idosos ativos e 50% de sedentários, resultado próximo ao de outro estudo na comunidade, em que foram encontrados 58% de idosos ativos (Siqueira e colaboradores, 2009a). Na pesquisa SESC/FPA houve 57% de idosos (60-64 anos) e no estudo de Assis e colaboradores (2009) foram relatados 60% de idosos que realizavam atividade física regularmente. Conforme os resultados do programa de educação popular

em saúde, não houve influência significativa na mudança de comportamento dos participantes quanto à prática de atividade física. Porém, houve aumento significativo no tempo de atividade semanal para o grupo do Orosimbo Maia, que pode ter sido influenciado pelas orientações do programa nas discussões sobre a importância da prática de atividade física para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e as correções individuais na planilha de exercícios de cada indivíduo.

Em relação à alimentação, seguiram-se as seguintes recomendações: consumo diário de seis porções do grupo do arroz, pães, massas, batata, mandioca; três porções de frutas, três porções de verduras e legumes e uma porção de leguminosas (feijões) por dia (Guia de Alimentação Saudável para a População brasileira, Ministério da Saúde, 2006). Quanto aos carboidratos, no pré-teste os idosos consumiam abaixo do recomendado, porém no pós-teste e seguimento aumentaram a quantidade, embora continuassem a não consumir as quantidades recomendadas; no consumo de frutas, estavam um pouco abaixo do recomendado, passaram ao consumo ideal no pós-teste e diminuíram um pouco no seguimento; nas verduras e legumes houve o resultado mais significativo quanto ao aumento do consumo no pós-teste e no seguimento (1,88 e 2,06 respectivamente), porém ainda não conseguiram atingir as recomendações mínimas. O único critério em que atenderam as recomendações foi para o consumo de feijões e leguminosas. No estudo de Viebig e colaboradores (2009) um quinto dos participantes consumia diariamente as porções recomendadas pela OMS (baseou-se na recomendação de 2004 para consumo de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças), enquanto outros 35% não consumiam diariamente nenhum tipo de fruta ou hortaliça e o consumo de frutas e hortaliças aumentava significativamente conforme o nível de escolaridade e a renda *per capita* dos indivíduos. Em função das mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, bem como da maior prevalência de doenças crônicas, estudos e recomendações mostram que uma alimentação adequada é uma das estratégias mais eficazes à promoção de saúde e que o consumo habitual de alimentos que contenham nutrientes essenciais reduz o risco de doenças cardiovasculares, neoplasias e distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição (White, 2010). É relativamente difícil alterar hábitos alimentares, porque eles respondem a fortes determinações culturais e socioeconômicas. Na velhice, a mudança é mais difícil por causa da presença concomitante de doenças crônicas e problemas de saúde.

No tocante à participação social, houve um aumento de participantes que relataram dificuldade em três ou mais AAVDs do pós-teste para o seguimento. Essas atividades envolvem deslocamentos e relações sociais na comunidade; acredita-se que enquanto os idosos participavam do programa tinham um motivo para saírem de suas casas e irem até o local das aulas. O questionário que avaliou essa variável perguntava, por exemplo, se o idoso participava de grupos de convivência, cursos de atualização, reuniões sociais. Após encerramento do programa, é possível que muitos idosos tenham respondido que pararam de participar dessas atividades, antes promovidas pela participação no programa, o que afetou os resultados de frequência das AAVDs. Outra explicação para um possível aumento de dificuldade nesse tipo de atividade pode ser dada pelo processo natural do envelhecimento, no qual tende a ocorrer diminuição na execução de atividades avançadas da vida diária, daí a importância que Del Luca, Silva e Hallal (2009) e Nunes e colaboradores (2009) dão para a realização de medidas preventivas, intervenções terapêuticas e ações voltadas à manutenção ou à melhoria da capacidade funcional dos idosos.

Semelhante relação pode ser vista nos resultados em relação à presença de mais sintomas depressivos em 60% das idosas do grupo do Parque da Figueira na medida de seguimento em comparação com a do pós-teste, embora o grupo tenha melhorado do pré para o pós-teste. Acredita-se que esse resultado tenha ocorrido pela característica específica das mulheres do grupo do Parque da Figueira: viuvez. O estudo de Trentini e colaboradores (2009) demonstraram que idosos viúvos que estavam em processo de luto nos últimos doze meses tiveram relação com maior presença de sintomas depressivos quando comparados com idosos casados. Mesmo que no grupo pesquisado as idosas já fossem viúvas há mais tempo, nos encontros relatavam solidão e viam no grupo uma forma de socialização. A maior presença de sintomas depressivos nesse grupo na medida de seguimento pode indicar a importância do grupo na vida dessas mulheres; ao frequentar os encontros, sentiam-se fortalecidas, melhorando da tristeza e da solidão; ao se encerrar esse espaço de participação, perderam as possibilidades que o grupo oferecia como espaço de apoio, trocas e reflexão (Silva, 2000).

Esse grupo constituiu-se apenas de mulheres, o que não foi muito diferente do grupo do Orosimbo Maia, em que houve a participação de apenas um homem. Esse resultado

mostra o que é comum nos estudos em Gerontologia, refletindo a feminização da velhice. Neri (2007a) afirma que essa realidade está presente no mundo todo. As mulheres idosas superam o número de homens idosos. No Brasil há uma razão de 62 homens para cada 100 mulheres (IBGE, PNAD, 2006). Além de serem a maioria na população idosa, são elas que participam mais de atividades como as oferecidas no programa de educação popular em saúde (Borges *et al.*, 2008; Nunes, 2000). Outros estudos que pesquisaram o perfil ou os motivos que levam idosos a participarem de grupos de convivência ou de UnATIs (Rizzoli e Surdi, 2010; Leite, Cappellari e Sonego, 2002; Nunes, 2000) mostraram que as atividades oferecidas nesses espaços são de interesse maior das idosas e que são elas que comumente buscam mais cuidados com a saúde. Por outro lado, quando se oferecem, por exemplo, bailes ou viagens, a participação é distribuída de forma uniforme entre os gêneros.

Em relação à satisfação, as pontuações foram geralmente altas em todas as medidas, resultados semelhantes a outros estudos, como o de Xavier e colaboradores (2003), em que 57% da população idosa estudada apresentou valores elevados na medida de satisfação com a vida. A satisfação com a saúde entre os idosos de Botucatu foi considerada boa para 58,9% dos participantes (Joia, Ruiz e Donalísio, 2007). Na presente pesquisa, destacou-se uma pequena melhora entre a primeira avaliação e as demais (pós-teste e seguimento) para o domínio satisfação com as relações sociais, resultado que pode ter sido influenciado pela participação nos encontros e na rede de relações criada após a formação do grupo.

A satisfação com a vida possui relação com o suporte social percebido pelos idosos. Segundo Guedea e colaboradores (2006) a satisfação aumenta na medida em que os idosos se sentem satisfeitos com o apoio social que recebem de outras pessoas e com o apoio social que eles próprios dão para outras pessoas. No presente estudo, houve diferença estatisticamente significativa quanto ao escore de suporte social percebido entre o grupo do Orosimbo Maia, que pontuou mais alto do que o grupo do Parque da Figueira desde a primeira medida. Uma explicação pode ser a forma como esse grupo se formou. Houve maior envolvimento da agente comunitária de saúde que divulgou o programa e organizou a reunião de apresentação do projeto. Desde o início, houve adesão dos participantes, cujas relações sociais se fortaleceram ao longo dos encontros e se mantiveram mesmo após o término do programa. Já o grupo do Parque da Figueira apresentou melhora no pós-teste, ou seja, pode-se acreditar que a interação social vivenciada pelas idosas deste grupo colaborou

para que se sentissem valorizadas e inseridas no meio social. O retorno ao valor da linha de base na medida de seguimento pode se justificar pela sensação de não pertencimento mais ao grupo social (Leite *et al.*, 2008), ou seja, as idosas terão se ressentido do suporte social antes oferecido pelo grupo durante o programa e que perderam ao se afastarem dele.

As avaliações de saúde percebida foram, em sua maioria, de regulares a muito boas, destacando-se mudanças em relação à saúde comparada na qual houve um pequeno aumento na percepção de avaliação da própria saúde como melhor do que a de outras pessoas da mesma idade. Tal resultado pode ter sido influenciado pela convivência com os outros participantes e a inevitável comparação com a situação de saúde e bem-estar entre eles. De modo geral, em contextos socioeducacionais, como nas Universidades Abertas da Terceira Idade (Cachioni, 1998; Guedes, 2006; Branco, 2007; e Ramos, 2008) os idosos avaliam sua saúde positivamente, o que ocorreu também no estudo de Assis e colaboradores (2009). Segundo dados do IBGE (2009), uma percepção boa da própria saúde é importante preditor de sobrevivência entre idosos. Além disso, idosos que têm percepção negativa de seu estado de saúde geralmente têm mais doenças e necessitam mais dos serviços de saúde.

Durante as aulas, houve maior interesse pelos temas: problemas de saúde e doenças, alimentação, memória e práticas de autocuidado, que são temas recorrentes na velhice (Neri, 2007b). As doenças e condições mórbidas mais prevalentes nos idosos são: hipertensão arterial (53,3% no SABE, 62,5% em Ubá, 63,5% em Siqueira *et al.* 2009a, 43% no SESC/FPA e 68,76% nesta pesquisa); problemas osteoarticulares (45,9% no SABE, 40,3% em Ubá, 29% no SESC/FPA, 43,75% de osteoporose e 37,5% de artrite ou reumatismo no programa de educação popular em saúde) e problemas cardíacos (19,5% no SABE, 32,3% em Ubá, 13% no SESC/FPA e 37,5% nesta pesquisa). Com o aumento da prevalência dessas doenças em idosos, era esperado que os participantes tivessem interesse e curiosidade em discutir sobre as doenças que mais acometem a população nessa faixa etária. No grupo do Orosimbo Maia, ocorreu maior presença de comentários sobre o tema. Aqueles que tinham alguma dessas doenças puderam compartilhar informações sobre como lidavam com ela no dia a dia. No grupo do Parque da Figueira, houve mais relatos de aplicação, em que idosas que tinham diabetes e osteoporose deram pistas para outras que tinham recebido diagnóstico recente dessas doenças, e as novatas puderam exprimir como

foram as experiências de colocar em prática o que aprenderam com as veteranas no assunto. Na medida de seguimento, os participantes relataram que continuavam a realizar as práticas de prevenção de doenças, que envolve o cuidado com a alimentação, a atividade física, o estilo de vida (trabalho, descanso, lazer, fumo, álcool, estresse, exercitar a memória) e os cuidados com as doenças que já estavam presentes. No grupo do Parque da Figueira, houve mais participações na categoria social em comparação ao grupo do Orosimbo Maia, talvez pelo fato de ser um grupo menor e composto por viúvas, em que as participantes trocavam informações entre si, dando dicas de programação cultural para a terceira idade e de atividades sociais que frequentavam. Nesse grupo, o tema violência foi um pouco mais aprofundado porque elas tinham experiências pessoais para compartilhar e assim, talvez, o grupo tenha funcionado como forma de obter apoio emocional.

Em relação ao tema alimentação, já é de conhecimento popular que esse se constitui em um dos hábitos promotores de saúde e que dela depende a manutenção equilibrada de enfermidades como diabetes e hipertensão, por exemplo. Harris (2005) apresenta os benefícios da nutrição para o envelhecimento saudável. Os idosos desta pesquisa foram recrutados, em grande parte, pelas agentes comunitárias de saúde, nos serviços oferecidos nos centros de saúde de referência nas comunidades dos bairros Orosimbo Maia e Parque da Figueira. Nessas unidades, em datas pré-agendadas, existem encontros de aconselhamento e orientação sobre alimentação como prática preventiva de doenças. Por isso, acredita-se que houve grande interesse sobre esse tema, em que prevaleceram perguntas e comentários sobre o assunto. Os idosos puderam trocar receitas culinárias e esclareceram dúvidas. Houve resultado significativo em relação ao aumento do consumo de verduras e legumes na dieta. Por outro lado, não foram observadas mudanças quantitativas no consumo dos outros alimentos, possivelmente por causa de hábitos culturais e de fatores econômicos. No pós-teste, os participantes disseram que houve aumento de conhecimento sobre alimentação saudável e sobre mudanças práticas na nutrição. Esses relatos reapareceram no seguimento, em que vários idosos disseram que houve mudança no modo de se alimentarem.

O tema memória foi o terceiro em que mais se registraram participações no grupo do Orosimbo Maia. Durante os encontros, os participantes apresentaram preocupação com a perda da memória, com as demências e, principalmente, com a demência de Alzheimer.

Alguns participantes tinham pessoas próximas que apresentavam problemas graves de perda de memória, outros tinham parentes acometidos por demências e relatavam a situação dessas pessoas nos encontros. Como a metodologia da educação popular traz como pontos-chave o diálogo e a troca de saberes, bem como atividades práticas que possam permitir a assimilação do conteúdo discutido, os participantes tiveram oportunidade de conhecer e vivenciar atividades que lhes permitissem cuidar de sua memória. No início do programa, foi previsto uma média de dois encontros para cada tema. Para memória, foram necessárias mais aulas para que o tema fosse amplamente discutido e para que fossem realizados os exercícios práticos. Na medida de seguimento, alguns idosos disseram que estavam prestando mais atenção nos eventos e que estavam realizando os exercícios de memória aprendidos no programa.

Em relação às práticas de autocuidado, a escolha de atividades deu-se com base na experiência da pesquisadora com grupos de adultos e idosos e nas práticas vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006). Essa busca incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares dentro do SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Em avaliação realizada em 2006 (PNPIC, 2006), as práticas que estavam sendo mais realizadas no território brasileiro eram reiki, lian gong, tai chi chuan, automassagem, shiatsu, yoga, shantala, tuiná e lien chi. Tais práticas vêm sendo muito procuradas nos municípios em que foram implantadas e têm se destacado ao promover mudanças em hábitos de vida e estimular a participação ativa da pessoa em face da sua doença (Machado, Pinheiro e Guizardi, 2006). Foi realizada uma pesquisa nos sites das unidades de saúde do município de Campinas, em que se encontrou o desenvolvimento das seguintes atividades: trabalho corporal, grupos de qualidade de vida, de terapia comunitária, ginástica postural, lian gong, meditação, relaxamento, alongamento, shantala e grupo de caminhada. Na presente pesquisa, utilizaram-se as atividades de automassagem, lian gong, tai chi chuan, yoga, ritos tibetanos e argila medicinal. As quatro primeiras atividades estão presentes na PNPIC e as duas últimas foram fundamentadas em Kelder (2002) e Brüning (2003). Buscou-se ensinar técnicas simples aos idosos para que esses pudessem continuar seu autocuidado, resgatando o sentido de cuidado consigo

mesmo, no qual a primeira dimensão abrange aspectos exclusivos da vida individual e privada, dimensão esta em que as mudanças de atitudes e transformações de pensamentos são notadas (Machado, Pinheiro e Guizardi, 2006). Recentes pesquisas buscaram estudar práticas de autocuidado na população. Pinheiro e Guizardi (2006) realizaram pesquisa em três municípios (dois no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais) que desenvolviam programas ou serviços públicos que contemplavam o exercício de práticas voltadas para a integralidade da atenção e do cuidado em saúde. Em um dos municípios do Rio de Janeiro foram oferecidas práticas de yoga, sendo que os médicos constataram significativa melhora no quadro clínico dos pacientes acometidos por diabetes e hipertensão, observando-se a redução dos níveis pressóricos e de glicemia. Segundo Luz (2007), também no Rio de Janeiro, as medicinas alternativas (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Aiuurvédica) propiciaram um conhecimento maior dos indivíduos a respeito de si mesmos, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma conseqüente busca de maior autonomia diante do processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção ou reconstrução da própria saúde. A autora diz que, com a prática do tai chi chuan, pôde-se notar esse tipo de mudança, pela qual os pacientes passaram a ser menos dependentes de remédios e de médicos. No pós-teste da presente pesquisa, os idosos relataram a importância do aprendizado de exercícios e de práticas de autocuidado para o dia a dia. Na medida de seguimento, relataram que continuavam a praticar as ginásticas aprendidas, estavam observando mais a postura ao caminhar, sentar-se e deitar-se e estavam cuidando mais de si próprios.

Além dos temas que foram de maior interesse dos idosos, é importante chamar a atenção para saúde bucal, em que houve mais participação em termos de comentários para o grupo do Orosimbo Maia. Nessa comunidade, os idosos relataram que havia o caso de um vizinho que havia contraído câncer bucal, não se cuidou e faleceu. Os idosos envolveram-se na discussão sobre práticas diárias de higiene bucal e das próteses, bem como da influência de determinados medicamentos e de doenças como hipertensão e diabetes para a saúde bucal. Foram comentadas também as campanhas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde em prol de uma melhora na saúde bucal dos usuários.

Os temas que se diferenciaram nos grupos foram emoções e sentimentos na velhice no grupo do Parque da Figueira e argila medicinal e uso de medicamentos no grupo do

Orosimbo Maia. No grupo do Parque da Figueira, acredita-se que, por serem participantes viúvas, o tema emoções e sentimentos na velhice tenha despertado mais interesse, pois possibilitou a oportunidade de falarem sobre situações difíceis como a perda de entes queridos e a solidão, compartilhando experiências e formas de como lidar melhor com o futuro. Já o tema da argila medicinal no grupo do Orosimbo Maia foi desenvolvido após a aula de uso de medicamentos, na qual uma parcela dos participantes relatou o uso da automedicação para dores musculares e de estômago, e passou a considerar que o uso externo da argila podia atuar no alívio do sintoma e evitar o uso indevido de medicamentos sem orientação médica.

O grupo do Orosimbo Maia constituiu-se de 11 idosos e o grupo do Parque da Figueira, de cinco. Acredita-se que haja duas explicações para esse resultado. A primeira explicação pode ser porque nesse grupo as aulas foram ministradas pela manhã. Segundo Arruda (2010), idosos que buscam atividades educacionais em UnATIs preferem atividades em período vespertino, momento do dia dedicado ao lazer, com menos compromissos sociais e obrigações familiares. A segunda explicação prende-se à atuação da Agente Comunitária de Saúde (ACS). No grupo do Orosimbo Maia, a ACS foi mais presente, divulgou, organizou a reunião de apresentação do projeto e participou de alguns encontros, inclusive conduzindo a atividade de *lian gong*. Já no grupo do Parque da Figueira, o envolvimento da ACS não foi tão efetivo.

De acordo com Jardim e Lancman (2009), os ACS são um elo entre a comunidade e a equipe de saúde pelo fato de se fazerem presentes nas casas das pessoas e de contarem com sua confiança. Os ACS têm sido vistos como agentes de mudança (Brasil, 2006). Os estudos de Jardim e Lancman (2009) e Lima, Silva e Bousso (2010) demonstraram como esse papel ocorre no ambiente real das comunidades pesquisadas. Os ACS são pessoas selecionadas dentro do próprio contexto comunitário para atuar junto à população. Cada um deles é responsável por cerca de 400 a 750 pessoas, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de atividades educativas no domicílio e na comunidade, sob supervisão competente (Brasil, 2002). A credibilidade no trabalho que desenvolve o ACS é um aspecto fundamental, sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem essa credibilidade, não há confiança por parte da comunidade e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. Tal aspecto tem o

sentido de criar relações de confiança com os usuários para que recebam os agentes, abram suas casas, contem seus problemas pessoais, e que as demandas sejam solucionadas ou encaminhadas, assegurando a continuidade da relação saudável agente-comunidade.

No entanto, Spiri (2006) e Silva e Dalmaso (2002) argumentam que o ACS é um sujeito que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem bagagem técnica específica, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando conscientizar e ser um agente educador. Nesse sentido, esse profissional poderia ser treinado pelo educador popular para conseguir colocar em prática, efetivamente, os preceitos da educação popular em saúde, na qual o papel de agente transformador seria considerado como algo possível, na medida em que o agente realiza as visitas domiciliares, conhece as reais necessidades daquela comunidade e faz a mediação desta com a equipe e o sistema de saúde.

Esta pesquisa teve a meta de desenvolver um conteúdo programático focado nas questões referentes ao processo de envelhecer de forma saudável e permitiu que os participantes escolhessem os temas de interesse. De modo geral, o programa proporcionou aprendizados, alguns observados nas análises estatísticas dos dados, outros na análise de conteúdo dos relatos dos idosos, estes principalmente no tocante aos aspectos psicossociais como paciência, ânimo, motivação para mudança, senso de competência e melhora na comunicação com outras pessoas. Foram observados resultados significativos na mudança de atitudes em relação à velhice e poucas mudanças em comportamentos de saúde, talvez por causa da duração do programa. Ter trabalhado com dois grupos pequenos contribuiu para a realização da dialogicidade e da troca de experiências, eixos principais da metodologia adotada, bem como proporcionou o investimento na descrição de procedimentos numa área em que pouco tem se produzido a respeito.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento de um programa educacional baseado no modelo de Paulo Freire e realizado de forma multidisciplinar, com conteúdos adequados e de interesse dos idosos mostrou a prática do conceito de educação em saúde, que visa à mudança de comportamentos individuais. Os resultados sugerem que intervenções desse tipo podem favorecer a saúde física e mental de idosos.

Partir de um programa realizado de forma multidisciplinar permitiu considerar os idosos em suas dimensões psicológica, social, cultural e de saúde. Acredita-se na importância da formação do profissional que queira desenvolver atividades com idosos, no sentido de ser necessário que tenha compreensão didática da forma de aprendizagem específica dos idosos e que tenha formação específica em Gerontologia, ou em disciplinas que tratem das especificidades dessa fase da vida, para que possa abranger integralmente a realidade das pessoas nessa faixa etária.

Uma limitação deste estudo foi o número de participantes, que restringe a generalização dos dados sobre a eficácia do programa. Sugere-se para pesquisas futuras a replicação da metodologia utilizada junto a um maior número de grupos de idosos, provenientes de comunidades com diferentes perfis socioeconômicos. Além disso, pode ser interessante realizar esse programa com adultos e acompanhá-los ao longo do tempo para verificar a eficácia no processo de envelhecimento dessas pessoas.

Em termos dos conteúdos desenvolvidos, os programas futuros poderão usar métodos de avaliação mais refinados que permitam averiguar a variação no número de medicamentos, no desempenho em memória e nas práticas de autocuidado. Silva e Lautert (2010) sugerem que a realização de atividades que busquem aumentar as crenças de autoeficácia em idosos pode contribuir para a manutenção de comportamentos saudáveis nos mesmos. Esse é um tema importante a ser incluído em futuras pesquisas.

Acredita-se que o modelo de programa desenvolvido possa contribuir para outros programas educacionais, de modo especial com relação à metodologia de ensino e à forma de desenvolvimento dos conteúdos temáticos, descritos de modo a possibilitar o aproveitamento por educadores. Especificamente para a educação de idosos nos espaços formais de ensino, nas salas de aulas de alfabetização, os conteúdos podem ser utilizados

como temas geradores, ao longo do semestre, de modo interdisciplinar. Assim, além de proporcionar a educação formal, os educadores poderão auxiliar no processo de envelhecer de forma saudável de seus educandos.

Para a área da educação em saúde, o programa pode contribuir para os serviços existentes nos centros de saúde, como por exemplo, os Grupos de Qualidade de Vida, em que vigoram palestras informativas. Esses grupos podem se beneficiar da metodologia participativa, em que os profissionais possam realizar um levantamento de interesses dos participantes, contribuindo para que possam mudar seus comportamentos em saúde.

A implementação de um programa de educação popular em saúde visando à satisfação das necessidades e dos anseios de idosos residentes na comunidade pode resultar em subsídios para o desenvolvimento de métodos práticos, bem como para a proposição de outros programas de intervenção para os vários níveis de atenção à educação, à saúde e à cultura da população idosa.

O programa mostrou-se mais eficaz na modificação de atitudes em relação à velhice do que em relação ao controle de doenças e de comportamentos de saúde, resultados que podem ser atribuídos à duração do programa, às características do grupo e ao próprio fato de essas variáveis dependerem fortemente de determinantes biológicos e socioculturais. No entanto, a efetividade do programa no processo de mudanças atitudinais deve ser vista como um fato promissor, considerando-se que as atitudes são mediadores importantes de mudanças em hábitos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alencar, M. S. Silva, Barros Jr., F. O. e Carvalho, C. M. R. G. (2008). Os aportes sociopolíticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Revista de Nutrição*, v. 21, n. 4, pp. 369-381, Ago.
- Almeida, O. P. e Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 14, n. 10, pp. 858-865.
- Alvim, N. A. T. e Ferreira, M. A. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 2, pp. 315-319, Abr-Jun.
- Antunes, D. C. (2006). *Memória das transformações de grupos comunitários como forma de favorecimento do envelhecimento bem-sucedido*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Arruda, I. E. A. (2010). O perfil das universidades da terceira idade no Estado de São Paulo. *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, v. 21, n. 47, Mar.
- Assantachai, P., Bunnag, C., Piya-anant, M. e Thamlikitkul, V. (2006). Implementation of health promotion in the older adults in Bangkok, Thailand. *Educational Gerontology*, v. [http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=32 - v3232](http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=32-v3232), n. 4, pp. 283-296.
- Assis, M., Hartz, Z. M. A., Pacheco, L. C e Valla, V. V. (2009). Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.13, n. 29, pp. 367-386, Abr./Jun.
- Assis, M., Hartz, Z. M. A. e Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, Rio de Janeiro.
- Baltes, M. M., Mayr, U., Borchelt, M., Maas, I. e Wilms, H.-U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, v. 13, pp. 657-680.

Baltes, P. B. e Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade. *A Terceira Idade*, vol. 17, n. 36, pp. 7-31. (Tradução do original em inglês de 2003)

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Editora Edições 70, 4ª ed.

Borges, M. C. M. (2003). *Gestão participativa em organizações de idosos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Borges, P. L. C., Bretãs, R. P., Azevedo, S. F. e Barbosa, J. M. M. (2008). Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, pp. 2798-2808, Dez.

Boulton-Lewis, G. M. (2010). Education and learning for the elderly: why, how, what. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713722877~tab=issueslist~branches=36> - v3636, n. 3, pp. 213-228.

Boulton-Lewis, G. M., Buys, L. e Lovie-Kitchin, J. (2006). Learning and active aging. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=32> - v3232, n. 4, pp. 271-282.

Branco, P. G. (2007). *Envelhecimento e educação de idosas: processos e desenvolvimentos singulares*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia. PUC-SP. São Paulo.

Brandão, C. R. (1995). *O que é educação*. São Paulo: Brasiliense. 33ª ed.

_____ (1984). *Educação popular*. São Paulo: Brasiliense.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de agosto, 2009. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). *Portaria n. 648*. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em 20 de março de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). *Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002*. Cria a profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em 20 de março de 2011.

Brice, G. C., Gorey, K. M. e Angelino, R. M. H. S. (1996). The STAYWELL Program – maximizing elders' capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. A quasi-experimental evaluation of its efficacy. *Research on Aging*, v. 18, n. 2, pp. 202-215.

Brüning, J. (2003). *Existem doenças incuráveis?: bioenergia e saúde*. Curitiba: Expoente. 2ª ed.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, pp. 163-177.

Buss, P. M. e Carvalho, A. I. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, pp. 2305-2316.

Cachioni, M. (2003). *Quem educa os idosos?: um estudo sobre professores da Universidades da Terceira Idade*. Campinas, SP: Alínea.

_____. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

Caetano, A. S., Cunha, M. C. G, Tavares, F., Lopes, M. H. B. M e Poloni, R. L. (2009). Influência da atividade física na qualidade de vida e autoimagem de mulheres incontinentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 15, n. 2, Mar-Abr.

Camarano, A. A. (2004). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA.

_____ (1999). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.

Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, São Paulo.

Cantareira, M. E. D. e Belgini, S. C. (2009). O que significa ser professor da EJA. In: Todaro, M. A. (org.). *Experiências e memórias escolares na EJA: educação de jovens, adultos e idosos*. Itatiba, SP: Berto Editora.

Carvalho, V. L. S., Clementino, V. Q. e Pinho, L. M. O. (2008). Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, pp. 243-248, Mar-Abr.

Castro-Costa, E., Lima-Costa, M. F., Carvalhais, S., Firmo, J. O. e Uchoa, E. (2008). Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo. v. 30, n. 2, pp. 104-109.

Cerqueira, A. T. A. R. (2003). Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão, M. L. e Duarte, Y. A. O. (orgs.). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Cohen, S. e Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v. 98, pp. 310-357.

Collins, C. C. e Benedict, J. (2006). Evaluation of a community-based health promotion program for the elderly: lessons from seniors. *American Journal of Health Promotion*, v. 21, n.1, pp. 45-48.

Cotter, J. J., Coogle, C. L., Parham, I. A., Head, C., Fulton, L., Watson, K. e Curtis, A. (2004) Designing a multi-disciplinary geriatrics health professional mentoring program. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=30 - v3030>, n. 2, pp. 107-117.

Cupertino, A. P. F. B.; Rosa, F. H. M. e Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 1.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S. e Zhou, Y. (2005). Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the USD general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 29, n. 5, pp. 844-854.

Del Duca, G. F., Silva, M. C. e Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5, pp. 796-805.

Doll, J. (2008). Educação e envelhecimento: fundamentos e perspectivas. *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, v. 19, nº 43, out.

Doll, J. (2007). Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: Neri, A. L. (org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC. pp. 109-124.

Duarte, Y. A. O. (2003). Desempenho funcional e demandas assistenciais. In M. L. Lebrão e Y. A. O. Duarte (Orgs.). *SABE. Saúde, bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial* (pp. 185-200). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Duay, D. B e Bryan, V. C. (2008). Learning in later life: what seniors want in a learning experience. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=34 - v3434>, n. 12, pp. 1070-1086.

_____ (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=32 - v3232>, n. 6, pp. 423-445.

Fernandes, W. R. e Siqueira, V. H. F. (2010). Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.33, p.371-85, Abr./Jun.

Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. G., Campos, F. C. C., Álvares, J., Aguiar, R. A. T. e Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, sup. 2, pp. 2115-2122.

Franco, T. B. (2007). Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, n.23, pp. 427-438, Set/Dez.

Franco, M. A. S., Libâneo, J. C. e Pimenta, S. G. (2007). Elementos para a formulação de diretrizes curriculares para cursos de pedagogia. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 130, p. 63-97, Jan./Abr.

Freire, P. (2003). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra.

_____ (2000). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 24ª ed.

_____ (1982). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 11ª ed.

_____ (1979). *Educação e mudança*. 24ª ed. Tradução: Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

_____ (1975). *Extensão ou comunicação?* 2ª ed. Tradução: Rosisca Darcy de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freitas, D. C. C. V. (2008). *Sono e envelhecimento*. Parte 1 e 2. Recuperado em 01 de setembro, 2009. Disponível em <http://gerovida.blog.br/2008/05/04/sono-e-envelhecimento-parte-1/>

Giubilei, S. (1993). Uma pedagogia para o idoso. *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, ano V, n. 7, junho, pp. 10-14.

Green, L. W. e Kreuter, M. W. (2000). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. Mountain View (Califórnia): Mayfield Publishing Company, 1999. Terceira Edição. Book Reviews in *Public Health Agency of Canada (PHAC)*, v. 21, n. 1.

Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabrae, M. A. B. e Guedea, R. L. D. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n. 2, pp. 301-308.

Guedes, D. W. O. (2006). *Educação continuada e projeto de vida de pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia. PUC-SP, São Paulo.

Harris, N. G. (2005). Nutrição no envelhecimento. In: Krause, M. V. e Mahan, L. K. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9ª Ed. São Paulo: Ed. Roca.

Hermógenes. (2003). *Saúde na terceira idade: ser jovem é uma questão de postura*. Rio de Janeiro: Record: Nova Era. 11ª ed.

Hori, S. e Cusack, S. (2006). Third-age education in Canada and Japan: attitudes toward aging and participation in learning. *Educational Gerontology*, v. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=32 - v3232>, n. 6, pp. 463-481.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD). Recuperado em 10 de setembro, 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/home

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2009). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Recuperado em 18 de março, 2011. Disponível em www.ibge.gov.br/home

Jardim, T. A. e Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 13, n. 28, p. 123-35, jan./mar.

Joia, L. C., Ruiz, T. e Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, pp. 131-138.

Kelder, P. (2002). *A fonte da juventude*. São Paulo: Editora Best Seller.

Lebrão, M. L. e Duarte, Y. A. O. (2007). Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Coedição Fundação Perseu Abramo e Edições SESC-SP.

Lebrão, M. L. e Duarte, Y. A. O. (orgs.) (2003). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Lebrão, M. L. e Laurenti, R. (2003). Condições de Saúde. In: Lebrão, M. L. e Duarte, Y. A. O. (orgs.). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Lee, M. L. (2004). *Lian gong em 18 terapias: forjando um corpo saudável: ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuen Ming*. São Paulo: Pensamento.

Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M. e Scheuer, A. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, pp. 250-257, Abr-Jun.

Leite, M. T., Cappellari, V. T. e Sonego, J. (2002). Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line), v. 4, n. 1, pp. 18-25. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

Levy, S. N., Silva, J. J. C., Cardoso, I. F. R., Werberich, P. M., Moreira, L. L. S., Montiani, H. e Carneiro, R. M. (1997). *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Lima, M. P. (2000). *Gerontologia Educacional: uma pedagogia específica para o idoso: uma nova concepção de velhice*. São Paulo: LTr.

Lima, A. N., Silva, L. e Bousso, R. S. (2010). A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 4, pp. 889-897.

Lima, M. T. R., Silva, R. S. e Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 58, n. 1, pp. 1-7.

Lopes, R. G. C. (2007). Imagem e autoimagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: Neri, A. L. (org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC. pp. 141-152.

Luz, M. T. (2007). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec. 3ª ed.

Machado, M. F. A. S, Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F.C e Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, pp. 335-342.

Machado, F. R. S., Pinheiro, R. e Guizardi, F. L. (2006). As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

Martire, L. M., Schulz, R., Mittelmark, M. B. e Newsom, J. T. (1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the Cardiovascular Health Study. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, v. 54B, n. 5, pp. 302-311.

McGuire, S. L., Klein, D. A. e Couper, D. (2005). Aging Education: A National Imperative. *Educational Gerontology*, v. [http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=31 - v3131](http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713722877~db=all~tab=issueslist~branches=31-v3131) (6), pp. 443-460.

Mehrotra, Chandra M. (2003) In defense of offering educational programs for older adults. *Educational Gerontology*. v. 29, n. 8, pp. 645-655.

Melo, M. C., Souza, A. L., Leandro, E. L., Mauricio, H. A., Silva, I. D e Oliveira, J. M. O. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, pp. 1579-1586.

Montanholi, L. L., Tavares, D. M. S., Oliveira, G. R e Simões, A. L. A. (2006). Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de minas gerais. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, pp. 663-671, Out-Dez.

Moraes, J. F. D. e Souza, V. B. A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.27, n.4, São Paulo.

Motta, L. B., Caldas, C. P. e Assis, M. (2008). A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UnATI/UERJ. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, pp. 1143-1151.

Nelson, M. E. R. J., Blair, S., Duncan, P. W., Judge, J. O. e King, A. C. (2007). *Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. *Circulation/AHA*. 116, pp. 1094-1105.

Neri, A. L. (org.). (2007a). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira*. São Paulo: Coedição Fundação Perseu Abramo e Edições SESC SP.

_____ (2007b). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea.

_____ (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2ª ed. pp. 95-102.

_____ (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v. 43. n. 1-2, 55-74.

Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp. 161-200). Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. e Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 2, pp. 127-137, Abril-Junho.

Neri, A. L., Cachioni, M., Resende, M. C. (2002). Atitudes em relação à velhice. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 972-980.

Nunes, A. T. G. L. (2000). Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, UnATI / UERJ. Rio de Janeiro, ano 3, nº 5.

Nunes, M. C. R., Ribeiro, R. C. R., Rosado, L. E. F. P. L. e Franceschini, S. C. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-382, Set./Out.

OMS – World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Tradução: Suzana Gontijo.

OMS. (2002). *Atividade física: perguntas e respostas*. Recuperado em 20 de setembro, 2009. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/Lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4116&ReturnCatID=357>

OPAS (1992). *Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Recuperado em 10 de março, 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>

Paiva, V. P. (1987). *Educação popular e educação de adultos*. São Paulo: Loyola, 5ª ed.

Patrocínio, W. P. (2003). O Movimento Abrindo Portas e sua inserção na sociedade. In: Von Simson, O. R. M., Neri, A. L. e Cachioni, M. *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP: Alínea.

Patrocínio, W. P. e Gatti, P. (2006). Envelhecimento, Trabalho e Educação: um estudo sobre cooperativas populares. In: Gusmão, N. M. M. e Von Simson, O. R. M. *Velhice e diferenças na vida contemporânea*. Campinas, SP: Editora Alínea, pp. 75-105.

Patrocínio, W. P. e Gohn, M. G. M. (2005). Experiências e representações sociais de trabalhadores e trabalhadoras sobre seu próprio processo de envelhecimento em cooperativas populares. *Revista kairós: gerontologia*. São Paulo, EDUC, v. 8, n. 2.

Pedrosa, J. I. S. (2008). Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 11, n. 3, pp. 303-313, jul./set.

Peduzzi, M., Del Guerra, D. A., Braga, C. P., Lucena, F. S e Silva, J. A. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.30, p. 121-134, Jul./Set.

Pereira, E. F., Teixeira, S. F., Borgatto, A. F. e Daronco, L. S. E. (2009). Relação entre diferentes indicadores antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas ativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 36, n. 2, pp. 54-59.

Pinheiro, R. e Guizardi, F. L. (2006). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

Pitkala, Kaisu H., Blomquist, L., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Karvinen, E., Oikarinen, U., Mantyranta, T. (2004) Leading Groups of older people: a description and evaluation of the education of professionals. *Educational Gerontology*. v. 30, n. 10, 821-833.

Prefeitura Municipal de Campinas. (2010). Secretaria de Saúde. Recuperado em 05 de abril, 2010. Disponível em <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/>

Rabelo, D. F. e Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, pp. 403-412, Set./Dez.

Ramos, V. (2008). *Velhas e Velhos conquistam espaços nas Universidades de São Paulo: política, sociabilidade e educação*. Doutorado em Ciências Sociais. PUC-SP, São Paulo.

Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pp. 793-798, Mai-Jun.

Reis, J. C. e Fradique, F. S. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 19, n. 1, pp. 47-57, Jan-Abr.

Resende, M. C. e Neri, A. L. (2005). Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. *Estudos de Psicologia* Campinas, v. 22, n. 2, pp. 123-131, Abril-Junho.

Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J. e Mor, V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society*, v. 38, pp. 855-861.

Reyes-Ortiz, C. A., Ostir, G. V., Pelaez, M. e Ottenbacher, K. J. (2006). Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 42, n. 1, pp. 21-33.

Rizzolli, D. e Surdi, A. C. (2010). Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.2, Rio de Janeiro, ago.

Rodríguez, C. A., Kolling, M. G. e Mesquida, P. (2007). Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 1, pp. 60-66.

Ruby, T. E. (2006). *Affecting quality of life of elders: 6-week physical-emotional well-being educational program*, Dissertacion, ProQuest Information and Learning Company, Ann Arbor, MI.

Santos, L. M., Ros, M. A., Crepaldi, M. A., Ramos, L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.2, São Paulo, Abr.

SESC. (2003). *O século da terceira idade*. São Paulo: SESC.

Severo, D. O., Cunha, A. P e Ros, M. A. (2007). Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, pp. 239-245, Abr-Jun.

Silva, M. V. (2000). *Processo grupal, afetividade, identidade e poder em trabalhos comunitários: paradoxos e articulações*. Tese de Doutorado, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 131 p.

Silva, J. A. e Dalmaso, A. S. W. (2002). *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Silva, M. C. S. e Lautert, L. (2010). O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, v. 44, n. 1, pp. 61-67, Mar.

Siqueira, F. V., Nahas, M. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E. e Hallal, P. C. (2009a). Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pp. 203-213, Jan.

Siqueira, F. V., Nahas, M. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Reichert, F. F. e Hallal, P. R. C. (2009b). Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 6, pp. 961-971.

Souza, J. F. (2002). *Atualidade de Paulo Freire: contribuição ao debate sobre a educação na diversidade cultural*. São Paulo: Cortez.

Souza A C., Magalhães L. C. e Teixeira-Salmella, L.T. (2006). Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, pp. 2623-2636.

Spiri, W.C. (2006). A identidade do agente comunitário de saúde - uma abordagem fenomenológica. *Ciência e Saúde Coletiva*. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>>. Acesso em 20 de março de 2011.

Staudinger, U., Fleeson, W. e Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 76, n. 2, pp. 305-319.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. e Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*, v. 42, n. 6, pp. 727-733.

Sugahara, G. T. L. (2005). O perfil do idoso brasileiro. *Kairós*. São Paulo: EDUC, v. 8, n. 2.

Tahan, J. (2009). *Envelhecimento e qualidade de vida: significados para idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto.

Teixeira, M. L. O. e Ferreira, M. A. (2009). Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 4, pp. 750-758, Out-Dez.

Trentini, C. M., Werlang, B. S. G., Xavier, F. M. F. e Argimon, I. I. L. (2009). A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 2, pp. 236-243.

Todaro, M. A. (2009). *Vovô vai à escola: a velhice como tema transversal no ensino fundamental*. Campinas, SP: Papirus.

_____ (2008). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 22, pp. 223-238, Mai/Ago.

Tribess, S, Virtuoso Junior, J. S. e Petroski, E. L. (2010). Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, pp. 31-38.

Victor, J. F., Vasconcelos, F. F., Araújo, A. R., Ximenes, L. B. e Araújo, T. L. (2007). Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, v. 41, n. 4, pp. 724-730.

Viebig, R. F., Pastor-Valero, M., Scazufca, M. e Menezes, P. R. (2009). Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5, pp. 806-813.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U. e Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, pp. 31-39.

Yesavage, J. A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V. e Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, pp. 37-49.

Ware, J. E. e Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, v. 30, n. 6, pp. 473-483.

White, H. J. (2010). *Condições funcionais para alimentação, estado nutricional, perda de peso e autoavaliação de saúde em idosos comunitários: dados do FIBRA Campinas*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Zaslavsky, C. e Gus, I. (2002). Idoso, doença cardíaca e comorbidades. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 79, n. 6, pp. 635-639.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 08/07/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 449/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0359.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “IMPLEMENTAÇÃO E ANÁLISE DE UM PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR VISANDO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DE DUAS COMUNIDADES DE MUNICÍPIO DE CAMPINAS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Wanda Pereira Patrocínio.

INSTITUIÇÃO: Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde – Prefeitura Municipal de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/05/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 08/07/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Implementar e avaliar o impacto de um programa multidisciplinar de incentivo ao envelhecimento saudável destinado a idosos residentes na zona urbana do município de Campinas.

III - SUMÁRIO

Serão avaliados 60 sujeitos exclusivamente neste centro. Os critérios de inclusão definem idade igual ou superior a 65 anos e residência nos bairros Orosimbo Maia e Parque da Figueira. Serão convidados os idosos que participaram do projeto FIBRA, mas não haverá empecido quanto a inclusão de outros, que poderão ser recrutados através da divulgação da pesquisa por cartazes em locais de grande circulação. Haverá um contato telefônico inicial e, aos interessados, será fornecido folheto com descrição dos objetivos e demais informações da pesquisa. Trata-se de um estudo comparativo de avaliação de uma intervenção educacional com idosos através de pré-testes e pós-testes. As variáveis a serem estudadas incluem dados sócio-demográficos, imagem sobre a velhice (formulário estruturado auto-aplicado e eventual dissertação ou desenho/pintura), variáveis de saúde, variáveis sociais e variáveis psicológicas (todos em formulários estruturados auto-aplicáveis). A intervenção propriamente dita compreendem encontros semanais com duração de três horas, durante quatro meses, totalizando 16 encontros, nos quais serão apresentados temas referentes a saúde mental, fragilidade, tabagismo, distúrbios do sono, atividade física, nutrição, alimentação saudável, saúde oral, fatores psicológicos, fatores biológicos, álcool e drogas, funções vitais, doenças crônico-degenerativas, aprendizagem permanente, imagem positiva do envelhecimento, segurança social, justiça e direito social, relações sociais/familiares/comunitárias, espiritualidade, sexualidade, maus tratos, metas de vida, construção das histórias de vida, atividades artísticas (dança, música, teatro, artes plásticas), atividades de memória, desenvolvimento de projetos na comunidade e outros que eventualmente surgirem conforme a necessidade de cada grupo. Os dados serão avaliados de forma quantitativa e submetidos a análise estatística descritiva. O cronograma apresentado engloba o período de doutoramento da pesquisadora, sendo que da coleta de dados referente a este projeto até os resultados finais são previstos 18 meses.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de maio de 2009.

Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Este termo solicita o consentimento para sua participação na pesquisa intitulada “Implementação e análise de um programa multidisciplinar visando ao envelhecimento saudável em duas comunidades de Campinas”, que está sob a responsabilidade de Wanda Pereira Patrocínio, doutoranda da Universidade Estadual de Campinas, orientada pela Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri e sob o aval do comitê de ética desta universidade.

Esta pesquisa tem como objetivo implementar e avaliar o impacto de um programa multidisciplinar que visa ao envelhecimento saudável, destinado a idosos (65 anos e mais) residentes na zona urbana do município de Campinas, SP, considerando variáveis referentes à qualidade de vida. Essa pesquisa se realizará por meio de encontros da pesquisadora, na condição de educadora, com os participantes idosos para estudar, refletir e discutir sobre conteúdos e práticas que possam levar a um envelhecimento saudável.

Esses encontros terão duração de aproximadamente 3 horas, com frequência semanal, com a duração de 16 encontros, que serão grupais, com uma média de 30 pessoas por grupo, estando abertos aos idosos residentes na comunidade. Os encontros ocorrerão em centro comunitário ou outro espaço público do bairro.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para o questionamento de eventuais dúvidas, bem como poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos contatos estão informados neste documento. A qualquer momento, e sem justificativa, você poderá deixar de participar da pesquisa, bem como retirar seu consentimento para que seus dados sejam utilizados.

Todos os profissionais envolvidos estão comprometidos com o sigilo, de modo a garantir que nenhuma informação que permita a identificação dos sujeitos participantes seja divulgada. Todos os dados levantados serão de uso exclusivo para fins de pesquisa e os resultados serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados.

A participação neste estudo não trará qualquer risco para a saúde do idoso e não está previsto nenhum tipo de gasto decorrente de sua participação, não havendo previsão de ressarcimentos ou indenizações. A cooperação com o estudo é voluntária, não decorrendo dela qualquer prejuízo ou benefício adicional para os participantes.

Wanda Pereira Patrocinio

E-mail: wanda@gerovida.com.br

Telefone: (19) 3385.0316

Profª Dra. Anita Liberalesso Neri – Orientadora

E-mail: anitalbn@uol.com.br

NEAPSI – Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia Cognitiva e Comportamental

Faculdade de Educação –

Universidade Estadual de Campinas

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP

Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Eu, _____, RG nº _____
_____ declaro que fui suficientemente informado sobre as implicações de participar da pesquisa **“Implementação e análise de um programa multidisciplinar visando ao envelhecimento saudável em duas comunidades do município de Campinas”**. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades ou prejuízos futuros.

_____/_____/_____
Assinatura do participante Local Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

_____/_____/_____
Assinatura da pesquisadora Local Data

Anexo 3

Protocolo de Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome do idoso: _____
Endereço: _____ No: _____ Compl: _____
Bairro: _____ Telefone: _____
Data de realização do pré-teste: _____ Comunidade: () O. Maia () Figueira

Bloco A. Variáveis Sócio-Demográficas

1. Qual é sua idade? _____ anos
2. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____
3. Gênero 1. Masculino 2. Feminino
4. Qual é o seu estado civil?
 1. Casado/a ou vive com companheiro/a
 2. Solteiro/a
 3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a
 4. Viúvo/a
5. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida? _____
6. Trabalha atualmente?
 1. Sim
 2. Não
7. O que o/a senhor/a faz? _____
8. O/a senhor/a é aposentado/a?
 1. Sim
 2. Não
9. O/a senhor/a é pensionista?
 1. Sim
 2. Não
10. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?
 1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos
 2. Curso de alfabetização de adultos
 3. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)
 4. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
 5. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
 6. Até o ____ ano do Curso Superior
 7. Pós-graduação incompleta
 8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
11. Qual a **sua** renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? R\$_____ (em valor bruto)

Bloco B. Imagem sobre a Velhice

1. No seu entender, na velhice ocorrem mais ganhos ou vantagens ou mais perdas ou limitações?

- () Ganhos ou vantagens
() Perdas ou limitações
() Tanto ganho como perdas
() Não sei ou não tenho opinião a respeito

2. Gostaria que o senhor citasse (ou fizesse um desenho sobre) pelo menos três ganhos ou vantagens da velhice (para os que optaram por esta alternativa); pelo menos três perdas ou limitações da velhice (para os que optaram por esta alternativa); pelo menos três ganhos e três perdas da velhice (para os que optaram por esta alternativa).

Ganhos:

- 1) _____
2) _____
3) _____

Perdas:

- 1) _____
2) _____
3) _____

Bloco C. Variáveis de Saúde

A) DOENÇAS AUTORRELATADAS

Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?	Sim	Não
1. Doença do coração, como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco	1	2
2. Pressão alta / hipertensão	1	2
3. Derrame / AVC / Isquemia	1	2
4. Diabetes Mellitus	1	2
5. Tumor maligno / Câncer	1	2
6. Artrite ou reumatismo	1	2
7. Doenças do pulmão como por exemplo bronquite e enfisema	1	2
8. Depressão	1	2
9. Osteoporose	1	2

B) PROBLEMAS DE SAÚDE

Nos últimos 12 meses o/a senhor/a teve algum destes problemas?	Sim	Não
10. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	1	2
11. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	1	2
12. Tristeza ou depressão?	1	2
13. Ganho involuntário de peso? Caso tenha respondido SIM , perguntar: "Aumentou quantos quilos? ___ Kg	1	2
14. Perda de apetite?	1	2

15. O/a senhor/a sofreu quedas? Caso tenha respondido SIM , perguntar? Quantas? _____ Caso tenha respondido NÃO , ir para a questão 18	1	2
16. Devido às quedas o/a senhor/a teve que procurar o serviço de saúde ou teve que consultar o médico?	1	2
17. Sofreu alguma fratura?	1	2
18. Esteve acamado em casa por motivo de doença ou cirurgia?	1	2
19. Para aqueles que responderam SIM à questão 18, perguntar: "Por quantos dias permaneceu acamado/a?" _____ dias		
20. Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	1	2
21. O/a senhor/a tem medo de cair?	1	2

c) USO DE MEDICAMENTOS

22. Nos últimos 3 meses o/a senhor/a vem tomando algum medicamento receitado por algum médico, ou por conta própria? Caso tenha respondido NÃO , ir para a questão 24	1	0
23. Para os que responderam SIM , perguntar: "Quantos?" _____		

d) HÁBITOS DE VIDA: Tabagismo e alcoolismo

24. O/a senhor/a fuma atualmente?

1. Sim
2. Não (ir para a questão 26)

25. Para os que responderam **SIM** à questão 24, perguntar: "Há quanto tempo o/a senhor/a é fumante?" _____ ano/s _____ mês/es

26. Para os que responderam **NÃO** à questão 24, perguntar: "Já fumou e largou?"

1. Sim
2. Não

27. Com que frequência o/a senhor/a consome bebidas alcoólicas?

1. Nunca (ir para a questão 30)
2. Uma vez por mês ou menos
3. De 2 a 4 vezes por mês
4. De 2 a 3 vezes por semana
5. De 4 a mais vezes por semana

28. Quantas doses de álcool o/a senhor/a consome num dia normal?

1. 0 ou 1
2. 2 ou 3
3. 4 ou 5
4. 6 ou 7
5. 8 ou mais

29. Com que frequência o senhor/a consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

1. Nunca
2. Menos que uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

E) ATIVIDADE FÍSICA

30. O/a senhor/a pratica alguma atividade física, como por exemplo caminhada, corrida, ginástica, hidroginástica, alongamento, natação, dança, ciclismo, musculação, ou algum esporte como futebol, voleibol ou basquete?

() Sim () Não

31. Qual/quais? _____

32. Juntando todas as atividades físicas que o/a senhor/a pratica, quantas vezes por semana o senhor faz atividades físicas? _____vezes

33. Quanto tempo por dia o/a senhor/a pratica atividades físicas regulares?
_____minutos

F) AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE

34. De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

5. Muito boa
4. Boa
3. Regular
2. Ruim
1. Muito ruim

35. Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

3. Melhor
2. Igual
1. Pior

G) DIETA

36. O/a senhor/a costuma comer frutas?

() Sim () Não

37. Quantas frutas o/a senhor/a come por dia? _____ unidades.

38. O/a senhor/a costuma comer verduras e legumes?

() Sim () Não

39. Juntando todas as verduras e legumes que o/a senhor/a come, quantas vezes por dia o/a senhor/a come verduras e legumes? _____ vezes.

40. O/a senhor/a costuma comer arroz, pães, massas, batata, mandioca?

() Sim () Não

41. Juntando todos estes alimentos, quantas vezes por dia o/a senhor/a come arroz, pães, massas, batata e mandioca? _____ vezes.

42. O/a senhor/a costuma comer feijão ou outras leguminosas, tais como soja, grão de bico, ervilha, lentilha? () Sim () Não

43. Juntando todos estes alimentos, quantas vezes por dia o/a senhor/a come feijão e leguminosas? _____ vezes.

Bloco D. Participação Social: AAVDs (ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA)

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
1. Fazer visitas na casa de outras pessoas	1	2	3
2. Receber visitas em sua casa	1	2	3
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	1	2	3
4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	1	2	3
5. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	1	2	3
6. Dirigir automóvel	1	2	3
7. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	1	2	3
8. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	1	2	3
9. Fazer trabalho voluntário	1	2	3
10. Fazer trabalho remunerado	1	2	3
11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	1	2	3
12. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização.	1	2	3
13. Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos.	1	2	3

BLOCO E. SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Eu gostaria de saber a facilidade que o/a senhor/a encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas.	Nunca	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1. O/a senhor/a tem com quem conversar quando se sente sozinho?	1	2	3	4
2. O/a senhor/a se encontra e conversa com amigos e familiares?	1	2	3	4
3. O/a senhor/a tem quem o ajude em seus afazeres caso fique doente?	1	2	3	4
4. O/a senhor/a tem com quem falar quando precisa de uma sugestão sobre como lidar com um problema?	1	2	3	4
5. O/a senhor/a tem pelo menos uma pessoa em cuja opinião confia plenamente?	1	2	3	4

Bloco F. Variáveis Psicológicas: sintomas depressivos (GDS – Escala de depressão geriátrica)

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo na última semana.	Sim	Não	NR
1. O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
2. O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
3. O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99
4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
5. O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
6. O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
7. O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
8. O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
9. O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
10. O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99
11. O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99
12. O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99
13. O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?	1	2	99
14. O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99
15. O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99
16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica			

BLOCO G. SATISFAÇÃO GLOBAL E REFERENCIADA A DOMÍNIOS

	Pouco	Mais ou menos	Muito
1. O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje?	1	2	3
2. Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o/a senhor/a diria que está satisfeito/a com a sua vida?	1	2	3
3. O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	1	2	3
4. O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	1	2	3
5. O/a senhor/a está satisfeito/a com as suas amizades e relações familiares?	1	2	3
6. O/a senhor/a está satisfeito/a com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	1	2	3
7. O/a senhor/a está satisfeito/a com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3
8. O/a senhor/a está satisfeito/a com os meios de transporte de que dispõe?	1	2	3

Bloco H. Levantamento dos temas para elaboração do Programa.

Eu vou fazer um levantamento dos temas a serem tratados no Programa Educacional. Para isto, gostaria que o senhor/a dissesse o grau de importância dos temas citados abaixo:

	Pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Memória	1	2	3
2. Tabagismo	1	2	3
3. Distúrbios do sono	1	2	3
4. Atividade física	1	2	3
5. Alimentação saudável	1	2	3
6. Saúde bucal	1	2	3
7. Emoções e sentimentos na velhice	1	2	3
8. Alcool e drogas	1	2	3
9. Uso de medicamentos	1	2	3
10. Instruções sobre saúde	1	2	3
11. Imagem positiva do envelhecimento	1	2	3
12. Instruções sobre Justiça e direitos sociais	1	2	3
13. Relações sociais, familiares e comunitárias	1	2	3
14. Espiritualidade e religiosidade	1	2	3
15. Sexualidade	1	2	3
16. Maus-tratos a idosos	1	2	3
17. Metas de vida	1	2	3
18. Dança	1	2	3
19. Música	1	2	3
20. Teatro	1	2	3
21. Artes Plásticas	1	2	3
22. Lian gong	1	2	3
23. Consciência Corporal	1	2	3
24. Massagem	1	2	3
25. Argila Terapêutica	1	2	3
26. Outro/s tema/s que não foi/foram citado/s? Favor citar.			

APÊNDICES

Apêndice 1

Produção Final dos Grupos em relação ao Tema: Envelhecimento Saudável.

Dicas de pessoas que já passaram da quinta década de vida e que buscam viver a vida da melhor forma possível, moradores pertencentes à Comunidade Orosimbo Maia, em Campinas, SP.

02 de setembro de 2009

10 Dicas de atividades para se viver bem e com saúde:

- Cuidar do corpo fazendo algum tipo de atividade física: ginástica, caminhada;
- Ter uma alimentação saudável;
- Se relacionar com outras pessoas;
- Estar em união com a família;
- Fazer atividades manuais: artesanato, cursos diversos;
- Procurar manter a mente despreocupada;
- Divertir-se: frequentar atividades sociais, fazer passeios, viajar;
- Manter-se ativo: fazer trabalho voluntário;
- Prevenir e controlar os problemas de saúde;
- Estar em contato com a natureza.

Dicas de pessoas que já passaram da sexta década de vida e que buscam viver a vida da melhor forma possível, moradores pertencentes à Comunidade do Parque Figueira e Nova Europa, em Campinas, SP.

03 de setembro de 2009

6 Dicas de atividades para se viver bem e com saúde:

- Cuidar do corpo fazendo algum tipo de atividade física;
- Ter cuidado com a alimentação, buscando uma alimentação mais saudável;
- Ter bom relacionamento com outras pessoas;
- Divertir-se: fazer passeios, viajar;
- Manter-se ativo: fazer trabalho voluntário;
- Desenvolver o lado espiritual.

Apêndice 2

Cartilha sobre alimentação saudável elaborada pelos idosos sob orientação da pesquisadora

Cartilha elaborada dentro do projeto: **Implementação e análise de um programa multidisciplinar visando ao envelhecimento saudável em duas comunidades do município de Campinas.**

Pesquisa de Doutorado

Pesquisadora: Wanda Pereira Patrocínio

Orientadora: profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Auxiliar de pesquisa: Isabela Salgado

Faculdade de Educação

Universidade Estadual de Campinas

Em parceria com pessoas que já passaram da quinta década de vida, moradores pertencentes à Comunidade Orosimbo Maia, em Campinas, SP, ao longo do mês de setembro de 2009.

Fizeram parte desta atividade:

A. D. P.

A. G. de P. P.

A. F. A. S.

C. D. L.

E. C. D.

F. S. da S.

I. M. de F.

J. M. dos S.

L. A.

M. A. A. M.

M. de L. da S.

M. I. de S.

S. M. dos S.

T. do R. M.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
TEXTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE TEMAS DE ALIMENTAÇÃO	3
DEFINIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS GRUPOS	6
10 DICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	7
RECEITAS: ENTRADAS, PRATOS PRINCIPAIS, SOBREMESAS, PRATOS A SEREM FEITOS EM OCASIÕES ESPECIAIS	8

TEXTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE TEMAS DE ALIMENTAÇÃO

Definição de termos constantes em nossa alimentação

Carboidratos

Os carboidratos compõem a maior parte da matéria viva no planeta Terra, constituindo, portanto, a maior parte da alimentação humana: 55% a 75% devem ser fornecidos pelo grupo dos carboidratos. De forma geral, todos os grupos de alimentos, exceto as carnes, os óleos e as gorduras e o sal possuem carboidratos, diferindo na quantidade e no tipo de carboidrato que compõe o alimento. Quando essa quantidade é alta, considera-se o alimento como fonte de carboidratos: cereais, tubérculos e raízes. Os carboidratos complexos são fontes de energia e também de vitaminas do complexo B e de ácidos graxos essenciais que participam do metabolismo do sistema nervoso. A alimentação saudável deve incluir os carboidratos complexos em grande quantidade (45 a 65%) e fibras alimentares. Os açúcares simples, fontes apenas de energia, devem compor a alimentação em quantidades bem reduzidas (menos que 10%), porque o seu consumo excessivo está relacionado com o aumento de risco de obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis e cáries dentais.

O Consumo Recomendado de Alimentos Vegetais

Recomenda-se o consumo diário de 6 porções do grupo do arroz, pães, massas, batata, mandioca, alimentos ricos em carboidratos. Também se orienta o consumo de 3 porções de frutas, 3 porções de verduras e legumes e 1 porção de leguminosas (feijões) por dia. A recomendação é que 55% a 75% da energia diária provenha de frutas, legumes e verduras, cereais - de preferência integrais - e tubérculos e raízes.

O Que São Frutas, Legumes e Verduras?

Verduras e legumes são plantas ou partes de plantas que servem para consumo humano. As partes normalmente consumidas são as folhas, frutos, caules, sementes, tubérculos e raízes. Denomina-se verdura quando a parte comestível do vegetal são as folhas, flores, botões ou hastes. Utiliza-se a denominação legume quando as partes comestíveis são os frutos, sementes ou as partes que se desenvolvem na terra. Fruta é a parte polposa que rodeia a semente de plantas que possui aroma característico, sendo rica em suco, e tem sabor adocicado. Os de cultivo e comercialização mais abrangente incluem, por exemplo:

- Verduras: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, brócolis, chicória, couve, couve-flor, escarola, espinafre, repolho, rúcula e salsa.
- Legumes: cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, pepino, cebola.
- Frutas: acerola, laranja, tangerina, banana, maçã, manga, limão, mamão e muitas outras.

No guia alimentar brasileiro, alimentos vegetais como os tubérculos e as raízes são considerados alimentos ricos em carboidratos e os feijões e outros grãos de leguminosas são considerados vegetais ricos em proteínas, portanto não estão incluídos nesta diretriz. O incentivo ao consumo desses grupos de alimentos concentra-se principalmente em suas formas naturais. Produtos com alta concentração de açúcar, como as geleias de fruta e as bebidas com sabor de fruta e os vegetais em conserva, com alto teor de sal, fazem parte do conjunto de alimentos cujo consumo não está sendo incentivado nesta diretriz.

Fibra Alimentar

O termo fibra alimentar refere-se às partes dos alimentos vegetais que resistem à digestão. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como grãos, tubérculos e raízes, as frutas, legumes e verduras, leguminosas e outros vegetais, ricos em proteínas. Os alimentos com alto teor de fibra são benéficos para a função intestinal. Elas reduzem o tempo que o alimento leva para ser digerido e eliminado e, por essa razão, previnem a constipação e possivelmente são fatores de proteção contra doenças contra o câncer do cólon. Os alimentos com alto teor de fibra podem também reduzir o risco de outras doenças. Existem algumas evidências de que os alimentos com alto teor de fibra, de uma forma geral, e em particular os que contêm fibras solúveis (aveia, feijão e inhame, por exemplo), protegem contra a hiperlipidemia (excesso de gordura no sangue) e também são benéficos para pessoas com diabetes. A quantidade de fibras na alimentação é um parâmetro de uma alimentação saudável, pois indica que a alimentação é rica em alimentos vegetais integrais e relativamente pouco refinados, e por isso rica em vitaminas, minerais e outros nutrientes. Recomenda-se um consumo diário de no mínimo 25g/dia de fibras. Se a alimentação adotar a quantidade de cereais, tubérculos e raízes; de frutas, legumes e verduras; e de feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas, recomendados neste guia, essa quantidade de fibras é atendida. Alguns exemplos de quantidade média de fibra nos alimentos: maçã com casca - 3g; banana - 2g; laranja média - 3g; 1/2 xícara de brócolis - 2g; cenoura média - 2g; tomate médio - 2g; 1 xícara de alface - 1g; 1 fatia de pão integral - 2g; 1/2 xícara de arroz integral - 2g. Os alimentos processados no Brasil especificam o conteúdo de fibras.

Proteínas

Alimentos de origem animal, tais como carne de todos os tipos, leite e derivados e ovos, são nutritivos e boas fontes de proteínas. Essas proteínas são completas, o que significa que elas contêm todos os aminoácidos essenciais de que os seres humanos necessitam para o crescimento e a manutenção do corpo, mas que o organismo não é capaz de produzir. Já os alimentos de origem vegetal podem ser ricos em proteínas; mas, com exceção da soja, elas são incompletas, ou seja, não possuem todos os aminoácidos essenciais ou na quantidade adequada às

necessidades do ser humano. No entanto há algumas combinações de alimentos que complementam entre si os aminoácidos ou suas quantidades, tornando a combinação de proteínas de alto valor biológico (completa). Por exemplo, as refeições que combinam grãos de cereais e leguminosas são fontes completas de proteínas. Essas combinações têm vantagens. Os cereais e leguminosas são relativamente mais baratos que a carne; são integrais e, em geral, altamente nutritivos e, ao contrário da carne, têm baixos teores de gorduras e teor muito baixo de gorduras saturadas. O equilíbrio e a harmonia na escolha das fontes protéicas animal e vegetal e a inclusão de grandes quantidades de frutas, legumes e verduras tornam a alimentação saudável em todos os aspectos. Uma alimentação rica em proteínas animais contém altos teores de gorduras totais e de gorduras saturadas, portanto pode não ser saudável. A alimentação recomendada neste guia tem como base quantidades essenciais e adequadas de proteínas vegetais e de origem animal para a saúde dos adultos jovens e idosos.

Colesterol

O colesterol é uma gordura que está presente apenas em alimentos de origem animal e também é produzida pelo fígado. É um componente das paredes celulares e precursor de muitos hormônios (estrógeno e testosterona) e de ácidos biliares. O colesterol participa ainda dos processos de absorção das gorduras e da síntese de vitamina D. O organismo é capaz de sintetizar o suficiente para cobrir as necessidades metabólicas; dessa maneira, não há necessidade de consumo externo desse composto, por meio da alimentação; no entanto, pode haver uma elevada ingestão de colesterol alimentar proveniente das carnes, vísceras, ovos e laticínios. O colesterol sérico pode ser classificado em vários tipos, de acordo com suas funções e propriedades, destacando-se os dois mais importantes, que são o HDL e o LDL-colesterol. O HDL colesterol, lipoproteína de alta densidade, é responsável pelo transporte do colesterol dos diferentes tecidos do corpo para o fígado, frequentemente associado a um menor risco de doenças cardíacas. O LDL colesterol ligado a lipoproteínas de baixa densidade, é responsável pelo transporte do colesterol nos diferentes tecidos orgânicos. O LDL-colesterol atua sobre as paredes internas dos vasos sanguíneos, favorecendo a formação de depósitos de gordura e células nas paredes das artérias, levando ao seu estreitamento, que prejudica o fluxo sanguíneo. Por isso, o LDL é considerado como o colesterol mau e está associado a maior risco de doenças cardíacas. Esses dois tipos de colesterol são encontrados apenas no sangue e não nos alimentos. A alimentação que contém baixos níveis de gordura saturada e colesterol favorece a redução no LDL circulante. Adicionalmente, a atividade física eleva a quantidade de HDL circulante. Este guia recomenda a moderação no consumo de alimentos de origem animal, dando preferência àqueles com menores teores de gorduras.

Alimentos Salgados e com Sal

O nome químico do sal de cozinha é cloreto de sódio. O sal é composto por dois quintos (40%) de sódio, que é um nutriente essencial para o ser humano. A necessidade humana de sódio varia entre 300 e 500 miligramas por dia, para pessoas acima de 2 anos de idade. Em excesso (consumo maior que 6 gramas por dia de sal ou 2,4 gramas de sódio), é uma causa importante da hipertensão arterial, de acidente vascular cerebral e de câncer de estômago. Grande parte da população brasileira consome sal em excesso: a média estimada de consumo é 9,6g/dia/per capita. Isso se deve principalmente ao consumo de alimentos industrializados e também devido à adição de sal durante o cozimento ou à mesa. A dieta muito salgada dos brasileiros tem origem na tradição portuguesa de salgar os alimentos como meio de conservação. Muitos alimentos são conservados em salmoura, em vinagre ou sal (pickles, vegetais, ervas e especiarias). Os alimentos em salmoura, tipo pickles, podem aumentar o risco de câncer no estômago, quando esse tipo de alimento é consumido de maneira intensa e regular. Ao tentar reduzir o consumo de sal, as pessoas que consomem habitualmente alimentos salgados geralmente consideram a comida não tão saborosa, já que o sal é usado como condimento. As células do paladar podem levar algum tempo para ajustar-se ao sabor menos intenso do sal (período médio de até três meses). É importante que as pessoas saibam disso para persistir no consumo de alimentos com menos sal. São exemplos de alimentos que possuem altos teores de sódio: sal de cozinha, embutidos, queijos, conservas, sopas e molhos e temperos prontos.

Açúcar

O açúcar, assim como o amido, é um tipo de carboidrato. As frutas e alguns vegetais contêm naturalmente açúcar do tipo frutose. O açúcar, na sua forma de frutose, tal como as gorduras e os óleos, apresentam-se como parte dos alimentos que também contêm vitaminas, minerais e outros nutrientes. Essa forma natural não é o tipo de açúcar cujo consumo deve ser reduzido. Esta diretriz está voltada para a diminuição do consumo do açúcar tipo sacarose ou açúcar de mesa – que consumimos diariamente acrescentando-o às preparações diversas e é também amplamente usado nos produtos industrializados. Nesses produtos, o açúcar é utilizado para torná-los mais saborosos e é adicionado a muitos alimentos e bebidas na forma concentrada de xarope. Os alimentos das confeitarias são praticamente todos feitos com açúcar, as geleias na sua maioria têm grande concentração de açúcar e os refrigerantes são quase totalmente formados de açúcar, além da água. Uma alimentação com alto teor de açúcar simples (sacarose), além de estar associada ao excesso de peso e obesidade, está também relacionada às cáries dentárias entre crianças, especialmente as bebidas doces e guloseimas de consistência pastosa. Embora a alimentação com alto teor de açúcar simples aumente a quantidade de glicose sanguínea, ela não é causa

direta do diabetes ou das doenças do coração, mas pode ser fator de risco para câncer do cólon. Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 mostram uma tendência leve de queda no consumo de açúcar e, por outro lado, um aumento considerável no consumo de refrigerantes (400%), se comparado ao consumo na década de 70. Apesar da tendência de queda, o consumo do grupo de açúcares, que inclui os refrigerantes, extrapola os limites das recomendações nas regiões metropolitanas, em todas as regiões geográficas, nas áreas rurais e urbanas e em todas as classes de rendimentos.

DEFINIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS GRUPOS

O que precisa ter em uma alimentação para que ela seja considerada saudável?

Resposta dos grupos:

Grupo 1 – A., AP., M. A. e M. I.

Verduras, legumes, carne, arroz, feijão, leite, frutas, suco natural e grãos.

Grupo 2 – A. G., C., F. e M. de L.

Frutas, grãos, verduras, queijo branco, carne magra, arroz, feijão, pouco sal, legumes, suco natural, leite, pão integral, adoçante, frango grelhado, peixe, soja, uma boa ginástica.

Grupo 3 – E., I., J., S.

Arroz, feijão, legumes, verduras, frutas, granola, pouca carne vermelha, comer mais carnes brancas, pouco sal e gordura, fazer uso do leite.

Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos: Siga os Dez Passos

- 1** Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
- 2** Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
- 3** Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4** Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- 5** Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- 6** Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- 7** Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
- 8** Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- 9** Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- 10** Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Coordenação Geral da Política
de Alimentação e Nutrição

www.saude.gov.br/nutricao
cgpan@saude.gov.br

Ministério
da Saúde



Receitas

Entradas

Tabule

Ingredientes: 2 xíc. de trigo para quibe; 2 tomates grandes meio verdes; 2 pepinos médios ou pequenos verdinhos; 1 xíc. de cheiro-verde picadinho; meia xíc. de hortelã picadinha; ½ cebola grande ou 1 pequena picadinha; meio limão taiti ou a gosto (o suco); sal a vontade (com moderação); pimentão vermelho, se quiser; um pouquinho de azeitona, se quiser.

Modo de fazer: lave o trigo e escorra enquanto prepara os outros ingredientes – os tomates cortados em cubos sem sementes, os pepinos cortados em cubos, cheiro verde, hortelã e cebola cortadinhos pequenos. Se quiser colocar azeitonas, devem ser poucas e sem caroço; o pimentão não entra muito na receita, mas pode colocar um pouquinho do vermelho, que não tem gosto muito forte. Misture tudo no final.

Dá para aproximadamente 10 porções.

Tempo de preparo: aproximadamente 30 minutos.

Receita cedida por d. L. A.

Pratos Principais

Como cozinhar arroz sem o acréscimo de óleo:

Ingredientes: arroz parboilizado, sal, alho e pimenta.

Modo de fazer: esquenta a água. Enquanto isto, coloca o arroz em uma panela e mexe junto com o tempero escolhido (a dona A. faz seu próprio tempero com alho e pimenta), acrescenta a água quente, manter no fogo alto até levantar fervura, depois abaixa o fogo para cozinhar vagarosamente.

Receita cedida por d. A.

Legumes ao forno

Ingredientes: 3 ovos; 1 xícara de chá de leite desnatado; 1 colher de sopa de margarina light; 1 pacote de 100g de queijo ralado; tempero à gosto; 1 kg. de legumes picados e cozidos.

Modo de fazer: unte uma forma refratária e polvilhe com farinha; bata os ovos em uma tigela, adicione o leite e a margarina, o queijo e tempero à gosto. Acrescente os legumes e misture bem, despeje a mistura na forma preparada, leve ao forno quente por 20 minutos ou até que fique levemente dourado.

Receita cedida por. D. F.

Almôndegas light

Ingredientes:

Para almôndega: 250g de patinho moído; 1 cebola pequena ralada; 1 dente de alho espremido; sal à gosto, com moderação; 1 clara de ovo; 1 pãozinho sem casca, demolhado no leite desnatado.

Para o molho: 2 colheres de chá de óleo de canola ou soja; 1 cebola pequena picada; 1 dente de alho picado; 6 tomates maduros picados, sem pele e sem sementes; sal e pimenta à gosto, com moderação; 1 galhinho de manjericão.

Modo de fazer:

Almôndegas: coloque o pão, já fatiado, de molho no leite. Esprema bem e junte à carne. Misture bem todos os ingredientes à mão, de modo a amalgamar todos os ingredientes. Faça bolinhas.

Molho: Coloque o óleo em uma panela antiaderente e refogue o alho e a cebola. Junte os tomates picados. Tempere com o sal, a pimenta e o manjericão. Junte um pouco de água, assim que os tomates estiverem ficando molinhos. Espere engrossar e coloque as almôndegas para cozinhar. Feche a panela e deixe que cozinhem sem mexer.

Receita cedida por d. A. S.

Bolos e sobremesas

Bolo de Aveia

Ingredientes: 6 bananas amassadas, 3 ovos, ½ xícara de óleo, 2 xícaras de aveia, 1 colher de fermento em pó, uvas passas.

Modo de fazer: Amassar as bananas, juntar todos os ingredientes, mexer bem e assar.

Receita cedida por d. E.

Vitamina

1 kg de soja em grãos, torrar no forno, bater no liquidificador e passar na peneira; 1 rapadura ralada; 500g de semente de gergelim; 500g de semente de linhaça. Misturar tudo e armazenar. Consumir misturando com frutas, leite, etc.

Receita cedida por d. I.

Maçã com gelatina

Ingredientes: 4 a 5 maçãs descascadas e cortadas em 4: conforme vai cortando, vai colocando na água; 1 gelatina de morango light; 3 cravos; 1 pedaço de canela.

Modo de fazer: colocar as maçãs na panela de pressão, colocar a gelatina dissolvida em 1 copo de água fervida, juntas os cravos e o pedaço de canela, fechar a panela de pressão, deixar ferver durante 3 minutos, desligar, deixar esfriar, colocar em um refratário e colocar na geladeira.

Receita cedida por d. C.

Gelatina de frutas

Ingredientes: melão, banana, laranja, pêra, maçã e mamão; gelatina.

Modo de fazer: cortar todas as frutas em fatias, arrumá-las em uma vasilha, preparar a gelatina e despejar em cima das frutas, colocar na geladeira.

Receita cedida por d. M. de L.

Pratos a serem feitos em ocasiões especiais

Pudim sabor leite condensado

Ingredientes: 1 receita de “leite condensado” de soja; 4 ovos; 200ml de leite de coco; 1 colher (sobremesa) rasa de amido de milho; 1 colher (sobremesa) de pó sabor de leite condensado; 1 colher (chá) de essência de baunilha.

Modo de fazer: bater todos os ingredientes no liquidificador e colocar em fôrma de pudim caramelizada. Cozinhar em banho-maria por aproximadamente 40 minutos. Calda de caramelo: derreta 1 xícara (chá) de açúcar, depois acrescente ¼ xícara (chá) de água e misture em fogo brando até dissolver todo o açúcar, unte a fôrma e depois despeje o pudim. Desenforme bem gelado. Para soltar mais facilmente da forma, coloque-a por alguns segundos sobre o fogo para derreter o caramelo.

Receita cedida por d. A.

Paçoca

Ingredientes: 500g de amendoim torrado com pele, 2 latas de leite condensado, 2 pacotes de bolacha de maisena.

Modo de fazer: bater o amendoim no liquidificador, tirar o amendoim e bater a bolacha no liquidificador, misturar tudo com o leite condensado.

Receita cedida por d. A. G.

Bolo Doroti

Ingredientes:

Massa: 6 ovos inteiros, 2 xícaras de açúcar, 2 xícaras de farinha de trigo, 1 xícara de maisena, 1 copo de água, 1 colher de fermento em pó, 1 colher de Emustab emulsificante.

Cobertura e recheio: ½ lata de leite condensado, 1 lata de creme de leite sem soro, 1 colher de Emustab emulsificante, 200g de margarina sem sal.

Bata tudo no liquidificador ou batedeira e misture 10 colheres de leite em pó.

Receita cedida por Seu J.