

## ENVELHECER E APRENDER: UM MODELO DE ATUAÇÃO COM ENFOQUE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Márcia Pontes Mendonça<sup>1</sup>  
Carolina Elisabeth Squassoni<sup>2</sup>  
Karina Piccin Zanni<sup>3</sup>

### resumo

Este estudo descreve o trabalho realizado por um eixo temático do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, da área de geronto-geriatria, junto a um grupo de pessoas em processo de envelhecimento, dentro da perspectiva da Educação em Saúde. A proposta de trabalho grupal consistiu na abordagem de temáticas ligadas ao processo de envelhecimento englobando atividades desenvolvidas para estimular a coordenação motora e o equilíbrio, a manutenção da capacidade funcional, o autoconhecimento, a interação social e as funções cognitivas. Os resultados foram analisados por meio das falas dos participantes nas produções do grupo e das impressões captadas através de observação participante. Conclui-se que o modelo de Educação em Saúde foi promotor de mudanças e permitiu aos participantes a vivência e descoberta de suas capacidades frente ao processo de envelhecimento, promovendo a abertura a novos interesses e habilidades.

### palavras-chave

Envelhecimento. Modelo de Atuação. Educação em Saúde. Grupos. Idosos.

---

1 Terapeuta Ocupacional. Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. E-mail: marciapontes@ufscar.br

2 Terapeuta Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. E-mail: carolinasquassoni15@gmail.com

3 Terapeuta Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. E-mail: karinazanni@ufscar.br

## 1 Introdução

O envelhecimento, na atualidade, é um fato que não pode mais ser contestado. As pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, resultando em um aumento da população acima dos sessenta anos (TEIXEIRA, 2002). De acordo com a rapidez com que se processam tais mudanças, o Brasil deverá passar, entre 1970 e 2020, da décima sexta para a sexta posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com mais de sessenta anos (WONG, 2001).

Estudos sobre o envelhecimento, no campo científico, passam a ser mais sistematizados a partir dos séculos XVII e XVIII, mas são maiores na metade do século XIX, quando a população começa a envelhecer e o interesse médico, nos cuidados com essas pessoas, passa a se fazer mais presente. Houve um avanço da ciência em relação à velhice contribuindo muito para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que adentram essa fase ou que desejam se preparar para ela (LEME, 1996).

O fato de se estar envelhecendo, de modo tão acelerado, traz transformações nos valores éticos, estéticos e no modo como se percebe o processo de envelhecer. Isto quer dizer que, envelhecer no início do século, nada tem a ver com envelhecer no terceiro milênio (TEIXEIRA, 2002).

Atualmente, o processo de envelhecimento pode ser definido a partir do conjunto das condições biológicas, sociais, econômicas, cognitivas, funcionais e cronológicas. Dessa forma, tem-se que, biologicamente, o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce e não aos sessenta anos; socialmente, a velhice vai variar de acordo com o momento histórico e cultural; intelectualmente, diz-se que alguém está ficando velho quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; economicamente, a pessoa entra na velhice quando se aposenta, deixa de ser produtiva para a sociedade; funcionalmente, quando o indivíduo perde a sua independência, precisando de ajuda para desempenhar suas necessidades básicas; e cronologicamente, a pessoa passa a ser idosa quando completa sessenta ou sessenta e cinco anos (PASCHOAL, 1996).

O aumento da população idosa gera repercussões para a saúde da população, na medida em que ocorre a chamada transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002; PAPALÉO NETTO; PONTE, 2005). Carvalho Filho (2007) aponta que o envelhecimento pode ser considerado um processo dinâmico e complexo que se caracteriza pela redução da capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga

funcional, o que pode desencadear o aparecimento de doenças crônicas degenerativas. Essas condições crônicas, em sua maioria, coexistentes, interferem na qualidade de vida dos idosos ocasionando comprometimento da capacidade funcional (ALVES *et al.*, 2007).

Com as alterações morfológicas e funcionais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento - acarretando alterações a nível celular, no sistema colágeno e elástico, na composição corpórea, na estatura e nos diversos sistemas corpóreos como o reprodutivo, o cardíaco, o pulmonar, o renal, o nervoso, o endócrino, o digestivo e o imunológico que podem estar associadas ao impacto das doenças, o idoso tende a alterar seus hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas (MORAES; SILVA, 2008). Os efeitos associados à inatividade e a má adaptabilidade são muito sérios e podem acarretar em redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração e na coordenação, gerando processos de auto-desvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e solidão (OKUMA, 1998).

Além disso, podem estar presentes também modificações nos aspectos psicossociais advindas da diminuição da sociabilidade, das alterações emocionais, do isolamento social e da baixa auto-estima. Os contatos sociais na terceira idade tendem a se tornarem rarefeitos e assiste-se a um progressivo esvaziamento de papéis, fato que determina ao idoso um crescente isolamento ou recolhimento ao espaço doméstico. A aposentadoria e a chamada “síndrome do ninho vazio”, esta última caracterizada pela debandada dos filhos emancipados, são fenômenos que impõem aos mais velhos uma expressiva diminuição de funções sociais (BONACHELA, 1994; KRASEVEC; GRIMES, 2002; POWERS; HOWLEY, 2000).

No que diz respeito à aposentadoria e a terceira idade, destaca-se a questão a partir da reforma constitucional brasileira. Tal reforma impôs novas regras para a aposentadoria que, de forma geral, implicou em um prolongamento do tempo de trabalho (CARLOS; JACQUES; LARRATÉA; HEREDIA, 1999). Em consequência do baixo valor dos benefícios recebidos pelos aposentados, esses, muitas vezes, são obrigados a retornarem ou a permanecerem no mercado de trabalho, o que ocorre, sobretudo, no mercado informal, em atividades mal remuneradas e com jornadas de trabalho extensas (BALTES; SILVERBERG, 1995).

Embora reconhecido o baixo valor das aposentadorias, aponta-se também como justificativas para a manutenção do vínculo com o trabalho, o desejo de reconhecimento e de sentimento de utilidade frente a um conjunto social pautado no valor produtivo (CARLOS; JACQUES; LARRATÉA; HEREDIA,

1999). Com a aposentadoria e perda do poder aquisitivo os idosos passam por uma diminuição da adaptabilidade social. O isolamento social, a perda de familiares e amigos e da redução do suporte social são apontados como fatores importantes para tal questão (PASCHOAL, 2006).

Diante dessa e outras questões, percebe-se que os problemas decorrentes do envelhecimento estão relacionados à qualidade de vida dos idosos e aos vínculos desenvolvidos ao longo de toda a vida. Aponta-se ainda que a possibilidade de envelhecer de maneira bem sucedida depende dos recursos de que se dispõe para enfrentar as dificuldades, principalmente dos recursos internos, e estes dependem de alguns fatores, entre eles, a história de vida e a forma como cada um entende a velhice e seu processo (ARANHA, 2007).

Assim, o aumento crescente do número de idosos em parâmetro mundial associado às conseqüências que podem advir deste fenômeno mostra a necessidade de políticas de prevenção e promoção de saúde. Essas devem ser desenvolvidas pensando-se na minimização dos gastos públicos com o tratamento de doenças crônicas e incapacidades. Além disso, deve-se levar em conta também a possibilidade de aumento da independência e funcionalidade do idoso, no sentido da compressão da morbidade para fases mais tardias do processo de envelhecimento (ASSIS, 2004).

No contexto brasileiro, diante da realidade dos idosos e do processo de envelhecer, ressalta-se a importância de trabalhos que não se limitem a apenas difundir comportamentos ou sintomas da velhice, mas que possibilitem a propagação de idéias, metas e estudos, para que se alcance meios em defesa de um envelhecer saudável.

## 2 Educação e Saúde

Pensando-se em adotar uma prática que pudesse englobar os amplos aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, optou-se pela utilização de uma proposta baseada na Educação em Saúde, como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde. De acordo com Candeias (1997), a educação em saúde pode ser definida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.

Para a construção de um envelhecer saudável, Portella (2002) aponta a demanda por ações de educação e saúde para a população em questão. Ressalta-se a participação dos idosos em uma rede de movimentos articulada com a escola, universidade, poder público, centros comunitários, com os profissionais interessados nas questões do envelhecimento, o que possibilita o

exercer da cidadania e a luta contra a exclusão social da velhice. De acordo com a mesma autora, o conjunto de ações que envolvem diversas oficinas e atividades, busca promover a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Dentro da proposta de educação em saúde, optou-se pelo modelo dialógico em detrimento do modelo tradicional, que focaliza a doença e a intervenção curativa e fundamenta-se no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconizando que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001). As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde (ALVES, 2005).

No modelo dialógico, valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias que capacitam os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001; VASCONCELOS; 2001).

O objetivo da educação dialógica não é apenas o de informar para a saúde, mas também de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias (AYRES, 2001; BRICEÑO-LÉON, 1996; ALVES, 2005).

L'Abbate (1994) e Smeke e Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que um profissional da saúde pode ser um educador em saúde, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

De acordo com Alves (2005), o compromisso e vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Por essa circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sen-

tidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Dessa forma, as práticas educativas devem se constituir como espaços abertos ao diálogo efetivo sobre saúde no qual sejam valorizados a forma como cada pessoa lida com a saúde e a doença no cotidiano, as dificuldades que enfrenta e as alternativas que utiliza em seu contexto social (ASSIS, 2002). Sendo assim, a educação em saúde voltada para o desenvolvimento de habilidades pessoais, pode ser entendida como uma das estratégias para enfrentar os desafios impostos pelo envelhecimento enquanto processo individual e coletivo, visando bem-estar físico e emocional e otimizando o potencial de experiência de vida.

### 3 Metodologia

No presente estudo utilizou-se metodologia qualitativa, registrando-se as falas dos participantes por meio de gravação em áudio.

#### 3.1 Aspectos Éticos

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concedendo autorização tanto para sua participação voluntária bem como para a divulgação científica de informações e dados obtidos por meio das atividades desenvolvidas no decorrer do grupo. Por se tratar de uma atividade de extensão realizada em uma unidade de atendimento escolar não foi necessário o envio e autorização do comitê de ética em pesquisa em seres humanos.

#### 3.2 Participantes

O grupo foi composto inicialmente por 13 integrantes com idades entre 40 e 70 anos, sendo que no decorrer do período houve quatro desistências.

#### 3.3 Local

Todas as atividades foram desenvolvidas na Unidade Saúde-Escola (USE), localizada na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A USE caracteriza-se como um ambulatório de média complexidade onde são desenvolvidas ações de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, funcio-

nando de forma articulada ao Sistema Único de Saúde, por meio da oferta de ações que acontecem de forma integrada com as demandas do Município e Região, inserindo-se no Sistema de Saúde Nacional.

### 3.4 Instrumentos para a coleta de dados

Para a seleção dos participantes, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada visando coletar dados sócio-demográficos, além de informações sobre as expectativas em relação ao grupo, histórico ocupacional, histórico de saúde e hábitos de vida.

### 3.5 Procedimentos

O processo de planejamento e desenvolvimento da atividade foi coordenado por uma docente do Departamento de Terapia Ocupacional e duas alunas do quarto ano do curso de graduação que realizavam estágio na área de Gerontologia.

Inicialmente, a proposta do grupo e seus objetivos foram divulgados pelo Setor de Comunicação Social da Universidade, junto aos meios de comunicação, incluindo veículos como televisão, internet e rádio. Após a divulgação e inscrição dos candidatos na Unidade Saúde Escola, foram realizadas entrevistas para selecionar os inscritos.

Em seguida, a partir dos dados coletados por meio das entrevistas, foram selecionados participantes que estavam em boas condições de saúde física e mental e cujas expectativas poderiam ser contempladas pela metodologia a ser utilizada no grupo.

A atividade, de caráter grupal, desenvolveu-se ao longo do segundo semestre do ano de 2006, iniciando-se no mês de agosto e encerrando-se no mês de dezembro. Os encontros eram realizados semanalmente com duração aproximada de duas horas e eram pré-elaborados a partir de temas específicos. Foram realizados doze encontros cujas atividades desenvolvidas obedeciam a uma programação fixa. Em todas as sessões, ocorria inicialmente a discussão sobre os acontecimentos da semana, atividades com o tema específico do encontro, discussão sobre as atividades propostas com espaço para avaliação das atividades desenvolvidas e, após isso, encerramento, durante o qual os participantes escolhiam uma palavra que representava o encontro.

O Quadro 1 apresenta os temas e as atividades desenvolvidas ao longo das doze sessões.

Encontro	Tema	Atividades desenvolvidas
1	Educação em saúde envelhecimento	Apresentação da proposta do grupo; apresentação e integração dos participantes; brainstorming com o tema envelhecimento.
2	Memória, consciência corporal, equilíbrio e respiração.	Atividades para estimular memória, consciência corporal, equilíbrio, respiração e atividade de auto-retrato para ser feita em casa.
3	Doenças cardiovasculares	Discussão sobre o auto-retrato; apresentação do tema "doenças cardiovasculares" com exposição visual e discussão.
4	Alimentação	Informações sobre alimentação e saúde; atividade de culinária (salada de frutas) para discussão do tema; degustação com os olhos fechados e abertos.
5	Alimentação	Apresentação sobre o tema "alimentação" com exposição visual e discussão; escrever em casa todos os alimentos consumidos durante a semana.
6	Alimentação	Discussão sobre a atividade solicitada no encontro anterior; atividade com figuras de alimentos para cada participante montar seu café da manhã, almoço e jantar; orientações sobre hábitos alimentares corretos.
7	Sistema sensorial: visão	Exercícios para estimular a visão
8	Trajatória de vida e planos futuros	Atividade de associação entre cores e sentimentos e cores e objetos; lembrar brincadeiras de infância; leitura de texto sobre o inconsciente; atividade de relaxamento; atividade para ser feita em casa "o que eu desejo?"
9	Trajatória de vida e planos futuros	Discussão sobre o texto do inconsciente e atividade com relaxamento e figuras relacionadas a este tema.
10	Família, filhos, aposentadoria e futuro	Revisão de todas as atividades já realizadas; atividade reflexiva sobre o ciclo de vida e o futuro com um labirinto desenhado em uma folha.
11	Postura correta e alongamentos	Exercícios de alongamento para a musculatura corporal; orientações sobre posturas corretas para sentar, levantar, dormir, digitar e pegar objetos do chão.
12	Encerramento dos encontros (parte I)	Atividade de interação (amigo secreto).

Quadro 1: atividades desenvolvidas durante os encontros

Conforme é possível observar no Quadro 1, foram utilizadas diversas atividades. Seus objetivos foram identificar situações de risco à capacidade funcional, promoção e manutenção da capacidade funcional, estimulação motora, sensorial e cognitiva, vivências de situações novas ou desconhecidas, elaboração e construção de desejos pessoais, reflexões sobre o curso de vida, família e planos futuros, auto-conhecimento e interação social.

Optou-se pelo uso de atividades para atingir os objetivos propostos, uma vez que as atividades se constituem como um importante recurso de trabalho utilizado pelos terapeutas ocupacionais em suas práticas.

### 3.6 Forma de análise dos dados

A análise dos resultados foi feita de maneira qualitativa, por meio das falas dos participantes nas produções do grupo e das impressões captadas por meio de observação participante. O conteúdo das falas foi gravado e transcrito integralmente e exatamente como foram ditas pelos participantes sem alterações em erros de linguagem. Em seguida, explorou-se o conteúdo da transcrição, a partir do qual foram criadas três categorias que se constituíram da capacidade do grupo em promover: 1) apoio emocional aos participantes; 2) apoio instrumental aos participantes e 3) o estímulo a autonomia, a integridade e a realização de novos projetos de vida.

## 4 Resultados e Discussão

Se por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, o envelhecimento como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que constituem desafios para aqueles que trabalham com essa parcela da população (DOLL, 2006). Com o intuito de suprir parcialmente essa demanda, criou-se o grupo tendo como base a metodologia de educação em saúde.

Após o término da seleção e início dos encontros, o grupo passou a ser composto por nove pessoas em processo de envelhecimento, com idades entre 42 e 68 anos ( $57 \pm 8,3$ ), sendo que seis eram do sexo feminino e três do sexo masculino. O nível de escolaridade foi subdividido em quatro grupos: 4 (44,4%) participantes tinham de 9 a 11 anos de escolaridade, 2 (22,2%) tinham mais do que 11 anos, outros 2 (22,2%) tinham entre 5 e 8 anos e apenas 1 (11,2%) tinha entre 0 a 4 anos de escolaridade.

Com relação ao trabalho, 6 (67%) participantes eram aposentados, 2 (22%) estavam empregados e 1 (11%) estava em afastamento e recebia auxílio do governo. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Características sócio-demográficas

Características	Frequência (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	n=6 (67%)
Masculino	n=3 (33%)
<b>Escolaridade</b>	
0 a 4 anos de educação	n = 1 (11,2%)
5 a 8 anos de educação	n = 2 (22,2%)
9 a 11 anos de educação	n = 4 (44,4%)
Mais de 11 anos de educação	n = 2 (22,2%)
<b>Trabalho/emprego</b>	
Afastados	n= 1 (11%)
Aposentados	n= 6 (67%)
Empregados	n= 2 (22%)

Já com relação ao trabalho desenvolvido no grupo por meio da Educação em Saúde e dos recursos da Terapia Ocupacional, foi possível perceber o quanto esse promoveu apoio emocional através de intercâmbios de atitudes emocionais positivas (carinho, afeto, estima e valor), clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio, ou seja, o poder contar com a boa vontade do outro, observado por meio de falas dos participantes como:

“O primeiro passo você já deu e você vai conseguir; vindo ao grupo você vai melhorar” (S.B, 68 anos, casado, conversando com a participante H.P.C. 64 anos, viúva).

Além da promoção de apoio emocional, o grupo promoveu também apoio instrumental (ajuda material e informativa). Ou seja, os participantes puderam contar com a colaboração específica, com base em conhecimentos dos terapeutas ocupacionais que coordenavam o grupo, ou ajuda física (como os materiais escritos e textos que foram entregues aos participantes), como mostram as seguintes falas:

“Ninguém veio com bula, tendo conhecimento se resolve tudo” (S.B., 68 anos, casado).

“Eu não sabia que coisas tão simples poderiam me ajudar tanto, estou me sentindo muito melhor.” (H.P.C., 64 anos, viúva).

“É muito bom porque aqui nós estamos sempre em contato com o aprendizado ... se vocês podem passar coisas boas eu tenho que aproveitar ... estar sempre aprendendo alguma coisa para melhorar.” (R.A.B., 66 anos, casada)

**Permitiu também: a realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar junto; compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas; favorecer a resolução de conflitos; permitir a abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo. Ilustrado esses pelas seguintes falas:**

“Nossa eu não sabia que ela era minha vizinha ... poderíamos ter vindo juntos ao grupo ... olha só ... a gente morava no mesmo prédio e nem se conhecia” (L.C.M., 56 anos, casada).

“Aqui é bom porque conhecemos pessoas novas e fazemos amizades. Um bom papo, uma boa conversa é uma das coisas que mais gosto de fazer” (J.A.V., 58 anos, casado).

**Os encontros também promoveram estímulo da autonomia, na perspectiva da realização das possibilidades e não sob o foco das perdas de capacidade, estimulando a autonomia física (a capacidade da pessoa se mover e de realizar suas atividades de vida diária de forma independente) e a autonomia de escolha (a habilidade para escolher por si mesmo e para formular e continuar com os seus próprios planos), procurando valorizar e promover a descoberta de potencialidades e habilidades individuais como mostram as falas abaixo:**

“Antes meus filhos me diziam: pai porque você não faz outra faculdade? ... mas eu não ligava ... agora, eu to com vontade de fazer outra faculdade ... eu tive um tio que se formou em advocacia aos 95 anos e exerceu a profissão ... então, eu também posso. Também quero ter saúde e conhecer novas culturas” (J.A.V., 58 anos, casado).

“Eu desejo viajar o mundo todo e conhecer muitos países; realizar um cruzeiro, ter longas férias, ir aos teatros, óperas e fazer tudo isso a dois” (M.A.V., 50 anos, casada).

“Quero fazer uma casa na chácara e ver meu filho feliz; quero que meus pais tenham saúde e vivam bastante; quero que os filhos do meu marido tenham um bom emprego; que meu marido seja mais tolerante e paciente; fazer muitas viagens” (S.R.S., 42 anos, casada).

“Desejo ter mais saúde, enfrentar o desconhecido e viajar muito mais. Tenho medo de não aproveitar agora ... guardar, guardar e trabalhar e quando chegar a hora de ir ... eu não ter mais disposição” (S.A., 50 anos, solteira).

**As sessões estimularam também a integridade, ou seja, a capacidade do indivíduo rever sua trajetória de vida e apreciá-la com algum grau de satisfação sentindo-se realizado, além da capacidade de realizar novos projetos pessoais tornando algo que estava nele em uma coisa real. Falas como as que se seguem abaixo mostram isso:**

“Todo dia antes de dormir eu me pergunto: o que eu gostaria de fazer sozinho? O que eu estou devendo para mim? E acho que não estou devendo nada” (S.B., 68 anos, casado)

“Eu desejo a longevidade, a saúde e alegria de viver. Quanto mais velhos ficamos, maior é o apego a vida” (S.B., 68 anos, casado).

“Quero esquecer as dificuldades que passei com meu marido doente ... eu e meus filhos ... cuidei dele seis anos, [ . . . ] quero também ver meus filhos felizes [ . . . ]” (H.P.C., 64 anos, viúva).

“Dividi a tarefa em duas partes. Aquilo que eu quero e o que eu desejo mas não posso. Ah, eu queria viver sem sofrimentos, ser feliz, vencer desafios e ser uma pessoa melhor. Mas, se pudesse gostaria de começar tudo de novo, voltar no tempo, não envelhecer, não morrer e ter minha filha sempre ao meu lado” (C.R.M., 52 anos, casada).

**Percebeu-se uma maior preocupação com o autocuidado, observado nas seguintes falas:**

“Foi muito bom aprender a postura correta pra ficar em pé. Fui numa cerimônia longa e sabe que não senti dor nas pernas. Foi uma aplicação imediata dos conhecimentos. Achei muito bom, muito bom mesmo.” (R.A.B., 66 anos, casada).

“Eu fiz os exercícios de respiração em casa. Nossa, eu percebi uma diferença muito grande (...) parecia que o ar tava entrando mais.” (L.C.M., 56 anos, casada)

“Senti-me saciada ao comer com os olhos fechados, pois mastiguei mais e senti mais o gosto” (R.A.B., 66 anos, casada).

## 5 Discussão

Mediante o que foi exposto e considerando-se a abordagem utilizada no grupo, acredita-se que educar para a saúde vai além da assistência curativa, mas dá prioridade a intervenções de caráter preventivo e promocional.

Ao utilizar a educação em saúde como metodologia, procurou-se auxiliar os indivíduos na conscientização de sua ampla responsabilidade pelo seu processo de envelhecimento: encarar a velhice como uma etapa da vida, assim como foi à infância, a adolescência e a fase adulta.

Além disso, o modelo dialógico de educação em saúde que foi utilizado ao longo das sessões favoreceu o reconhecimento dos participantes como portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. De acordo com Alves (2004), esse modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários.

Dessa forma, o grupo constituiu-se como um espaço para a educação em saúde. Os encontros foram planejados baseando-se nas necessidades específicas, que emergiram dentro do ambiente grupal tendo como objetivo a conscientização para a construção positiva do processo de envelhecer visando libertar as pessoas dos preconceitos que enrijecem as atitudes e as crenças, acerca de si mesmo e do mundo.

Ainda com relação ao trabalho de caráter grupal, pode-se dizer que ele se configurou, como um espaço onde os participantes puderam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais de saúde, de forma que as vivências pessoais e práticas puderam ser discutidas

entre os membros do grupo. O envolvimento com outras pessoas pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas (ASSIS, 2004).

É importante ressaltar, que o grupo não teve um caráter terapêutico, a priori. Contudo, acredita-se que ele tenha tido um efeito terapêutico, obtido a partir da interação das pessoas e da reflexão.

Dessa forma, os temas discutidos durante os encontros, tiveram por objetivo fazer a conexão entre saúde e condições de vida, através do acesso a informações pertinentes ao processo de envelhecer.

As atividades desenvolvidas podem ser pensadas como um instrumento que vem a contribuir com as práticas educativas em saúde, pois proporcionaram por meio da experimentação de situações práticas, a evolução afetivo-emocional, o desejo de criar um novo estilo de vida. Além disso, elas promoveram a abertura a novos interesses específicos e permitiram o estabelecimento de relacionamentos qualitativos entre os membros do grupo.

O trabalho desenvolvido também procurou oferecer um espaço no qual a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento possa ser uma experiência coletiva. Participar desse trabalho ativamente significa viver intensamente uma nova etapa da vida, um momento próprio para exploração da identidade e de novas formas de auto-expressão.

Paschoal (2006) aponta que, para cada pessoa, o processo de envelhecimento apresenta várias possibilidades de desfechos e resultado final. Esses, dependem dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento.

De toda a forma, os profissionais que focalizam o envelhecimento como campo de sua prática profissional e construção de saber travam um embate na tentativa de resgatar o valor social do idoso. Esse resgate passa, inevitavelmente, por assegurar a cidadania plena dessa população (VERAS; CALDAS, 2004).

#### AGING AND LEARNING: A MODEL OF ACTION WITH FOCUS ON EDUCATION IN HEALTH

##### abstract

This study describes the work performed by a central theme of the Department of Occupational Therapy from the Federal University of São Carlos - UFSCar, of the gerontology area, with a group of people in the aging process, from the perspective of health education. The

working group proposal was to approach issues related to the aging process, comprising activities designed to encourage coordination and balance, maintenance of functional capacity, self-awareness, social interaction and cognitive functions. The results were analyzed through the participants' statements in the productions of the group and the impressions received through participant observation. We concluded that the model of health education was the promoter of change and that it allowed participants to experience and discover their capabilities against the aging process, promoting the opening to new interests and skills.

#### keywords

Aging. Model of Action. Health Education. Groups. Elderly.

#### referências

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ALVES, Vânia Sampaio. *Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa saúde da família*. 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2004

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARANHA, Valmari Cristina. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 255-265.

ASSIS, Mônica de (Org.). *Promoção da Saúde e Envelhecimento orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção ao Idoso, 2002. p. 146.

ASSIS, Mônica de. *Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ*. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência, & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

BALTES, Margret M.; SILVERBER, Susan G. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Papirus, 1995. p. 73-110.

BONACHELA, Vicente. *Manual básico de hidroginástica*. Rio de Janeiro: Sprint, 1994. p. 94.

BRICEÑO-LEON, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 7-30, 1996.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARLOS, Sergio Antonio; JACQUES, Maria da Graças Correa; LARRATÉA, Sandra Veira; HEREDIA, Olga Collinet. Identidade, aposentadoria e terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.1, p. 77-89, 1999.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 105-119.

CHIESA, Anna Maria; VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramallo. A educação em saúde na prática do PSF. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de enfermagem: programa saúde da família*. Brasília – DF, p. 34-42, 2001.

DOLL, Johannes. Bem-estar na velhice: mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia na pós-modernidade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.3, n.1, p. 9-21, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dishinger; NERY, Mônica Rebouças. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Lígia; NERY, Anita Ilberalleso; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sonia Maria da. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p. 609-617.

KRASEVEC, Joseph; GRIMES, Diane. *Hidroginástica um programa de exercícios aquáticos para pessoas de todas as idades e todos os níveis de condicionamento físico*. São Paulo: Hemus, 2002. p. 224.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994.

LAURENTI, Rui A. A questão demográfica e a transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, 1990. *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia: epidemiologia e desigualdade social - os desafios do final do século*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 143-165.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia Social*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.13-25.

LITVAK, Jorge. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, n. 109, p. 1-5, 1990.

MORAES, Edgar Nunes de; SILVA, Adriana Letícia A. Bases do envelhecimento do Organismo e do Psiquismo. In: MORAES, Edgar Nunes de. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 21-26.

OKUMA, Silene Sumire. Efeitos da atividade física sobre a capacidade funcional. In:\_\_\_\_\_. *O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Papius, 1998. p. 54-57.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE José Ribeiro. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-12.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-323.

PASCHOAL Sergio Marcio Pacheco. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, Elizabeth Viana de. [Et al]. *Tratado de Geriatria e Gerontologia – 2*. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 147-153.

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T. *Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 527.

SEMINÉRIO, Franco Lo Presti. Existência e Finitude. In: PY, Lígia. *Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 21-30.

SMEKE, Elizabeth De Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In VASCONCELOS, Eymar Mourão. *A saúde nas palavras e gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

TEIXEIRA, Mirna Barros. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 65, p. 5-53, 2001.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, junho, 2004.

WONG, Laura Rodríguez (org.). *O Envelhecimento da População Brasileira e o Aumento da Longevidade: Subsídios para Políticas Orientadas ao Bem-Estar do Idoso*. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Universidade Federal de Minas Gerais, Associação Brasileira de Estudos Populacionais; Belo Horizonte, 2001.

Recebido: 21/11/2009  
1ª Revisão: 11/04/2010  
2ª Revisão: 22/06/2010  
Aceite Final: 30/06/2010