

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO SOBRE O
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO - FIOCRUZ

Angela Maria Castilho Coimbra

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA COORDENAÇÃO DOS
PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENGENHARIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

Aprovada por:

Prof. Michel Jean-Marie Thiollent, Dr

Prof. Roberto Cintra Martins, Dr

Prof. Victor Vincent Valla, Dr

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

ABRIL DE 2005

COIMBRA, ANGELA MARIA CASTILHO

Promoção da Saúde e Envelhecimento: Um estudo sobre o Programa de Assistência à Saúde do Idoso - FIOCRUZ [Rio de Janeiro] 2005

XV, 115, il 29,7cm (COPPE/UFRJ, M.Sc.,Engenharia de Produção, 2005).

Tese: Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE.

1. Promoção da Saúde - Dissertação
2. Envelhecimento - Dissertação

I. COPPE/UFRJ II Título (Série)

Dedico este trabalho a

Meus pais - Mario e Maria Ruth

Antonio, a quem escolhi para partilhar a vida

Meus filhos Manuela, Letícia e Nuno, presentes que a vida me deu.

Um passeio pela COPPE

Em 2001, passei a freqüentar estes corredores na condição de aluna do Mestrado da COPPE. Sentia o peso da responsabilidade que carregava nos ombros e, ao mesmo tempo, o prazer e a alegria da conquista da vaga.

Vislumbrava-se um novo caminho, novos relacionamentos, novas parcerias potenciais.

O início das aulas, o primeiro dia de aula, a sessão quase solene que ocorreu na sala G-207 onde se pretendeu mostrar a todos nós que chegávamos, a responsabilidade que assumíamos ao sentar naquelas cadeiras.

Assim que cheguei à COPPE só conhecia aquele que seria o meu orientador, o professor Cintra e, a medida em que me inscrevia nas disciplinas passava a conhecer outros professores que acrescentariam novas visões, trariam novas reflexões e possibilitariam a criação de um clima verdadeiro de desenvolvimento.

O Professor Thiollent, com sua preocupação metodológica, contribuía com o rigor da forma.

O Professor Francisco tentava nos situar dentro do complexo e intrincado universo da Engenharia de Produção.

A Professora Vera Feitosa nos propiciou tardes extremamente agradáveis onde falávamos sobre algo extremamente árido (e assustador) que é a redação da tese. Mostrou-nos que nem tudo precisava ser pesado, pomposo. Cada um teria seu estilo, falaria mais com o coração ou com o

cérebro. Nada seria tão importante quanto sentir-se à vontade com o texto produzido sentindo que, efetivamente, ele havia brotado de você e não “arrancado à fórceps”.

Tive a sorte de conhecer o tão querido Miguel que tocou cada um de nós de forma diferenciada, mas sempre com o recado de que não podíamos deixar o humano de lado. Que era extremamente importante o contato pessoa-pessoa e não apenas cérebro-cérebro.

O Professor Cintra, meu orientador, que me ajudou a colocar cada pedra no seu lugar, cada palavra na dissertação, fazendo com que este processo de descoberta fosse agradável e natural.

Miguel e Cintra foram os dois balizadores deste meu caminhar por estes corredores, pela Universidade Livre do Fundão (ULF), minhas descobertas e crescimento. O respeito de um pelo outro acrescentou a dimensão mais profunda de humanidade. O respeito que surge não pelos títulos acadêmicos, nem pelos conhecimentos acumulados, mas aquele que surge da visão integral do outro, da admiração pelo que o outro tem a compartilhar.

Como dizia o Miguel, havia poucas pessoas com quem era possível estabelecer um relacionamento de coração a coração e, entre eles, estavam os dois Robertos: o Cintra e o Bartholo.

Além dos professores, o meu caminhar pelos corredores F e G me levaram a outros encontros que foram importantes. Aqueles que fizeram com que tudo parecesse simples. A primeira foi a Fátima (na G -207). Quando chegávamos para aula, a sala já estava aberta, o material instrucional, disponível. Quando chegávamos para a matrícula, todos os informes estavam

disponíveis, os formulários à disposição. Não conseguíamos sentir o tempo de preparo daquela atividade. Estava tudo ali, disponível, pronto para nos atender. Uma outra pessoa importante foi a Maria (do ITOI) que com sua tranqüilidade fazia com que as dificuldades surgidas no final do processo, parecessem fáceis e passíveis de serem resolvidas. As duas, deixo o meu carinho.

Um outro fator importante foi o convívio com aqueles que estavam submetidos ao mesmo “stress” que eu, os companheiros que, por freqüentar estes corredores e salas de aula, também se encontravam diante do mesmo desafio que eu – redigir uma dissertação de mestrado ou uma tese de doutorado. Este encontro, esta identificação através da incerteza, fez com que alguns se aproximassem muito e outros apenas se tocassem, mas o importante foi poder compartilhar não só a ansiedade, mas, principalmente, perceber que muitas de nossas preocupações e reflexões se apoiavam no mesmo substrato. Encontramos não só um terreno fértil para compartilhar conhecimentos e teorias. Encontramos um campo propício a discutir nossa visão de mundo o que nos permitiu, aos poucos, construir um “caldo de cultura” capaz de apoiar e sustentar nossos pontos de vista sobre o nosso objeto de estudo. Muitas amizades surgiram e isso eu também agradeço à COPPE.

Agradecimentos

Ao final desse processo, olhando para o caminho percorrido, fica claro que alguns agradecimentos são necessários e indispensáveis.

Ao Cintra que, durante todo o tempo, acompanhou o desenvolvimento do trabalho, fazendo as correções de rumo que se fizeram necessárias, de uma forma calma e serena, transformando em tranqüilidade aquilo que tinha tudo para ser um momento de grande "stress".

Aos professores Valla e Thiollent por sua participação na banca.

Agradeço a Chefia do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria que autorizou a pesquisa junto ao PASI.

À Inês, amiga e prima, que me apresentou ao PASI.

A Coordenadora e ao corpo técnico do PASI por terem permitido minha entrada e acesso aos dados e informações necessárias para o desenvolvimento de minha pesquisa.

Aos idosos freqüentadores do PASI por terem aberto seus corações e me acolhido de forma tão afetuosa fornecendo todas as informações que foram necessárias para que pudesse concluir este trabalho.

Agradeço aos amigos e colegas do Departamento de Biologia/IOC que me incentivaram durante todo o tempo.

À Danielle e Lúcia por terem, no dia a dia, demonstrado claramente que apostavam na minha capacidade de alcançar esse objetivo. À Danielle agradeço também a apresentação ao Cintra que se tornou meu orientador.

A Antonio e Manuela pelas incontáveis leituras que fizeram do texto apontando o que podia ser melhorado.

Agradeço ainda aos amigos Pedro, Karina e Denise que com sua amizade permitiram que eu trilhasse este caminho que em muitos momentos me afastaram do convívio social sem que com isso perdesse sua amizade.

A Lílian, minha quase irmã.

Ao Coimbra, Nenê, Mario Sergio, Beth, Mariana, André e Fernando.

Resumo da Tese apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M. Sc.)

Promoção da Saúde e Envelhecimento: Um estudo sobre o Programa de Assistência à Saúde do Idoso.

ANGELA MARIA CASTILHO COIMBRA,

Abril / 2005

Orientador: Roberto Cintra Martins

Programa: Engenharia de Produção

Estudando a evolução do conceito Saúde através da história; traçando uma análise do surgimento e consolidação do paradigma "Promoção da Saúde", buscamos apresentar o trabalho desenvolvido no Programa de Assistência à Saúde do Idoso.(PASI) contrapondo nossos achados às construções teóricas existentes.

Acreditamos que o levantamento feito junto aos idosos freqüentadores do PASI evidencia o papel crucial da participação em grupos para a Terceira Idade como determinantes da percepção de melhoria na qualidade de vida dos idosos envolvidos.

O sentido de pertencimento; a relação existente entre eles; a percepção de "falar a mesma língua" faz com que estes idosos se percebam capazes de discutir e decidir sobre situações que os envolvem diretamente.

Considerando que o contingente de idosos no mundo tem crescido acima do crescimento da população em geral, e portanto, sua participação percentual aponta para um envelhecimento populacional global, o fato de termos idosos capazes e dispostos a assumir a gestão de suas próprias vidas e saúde deixa de ser algo desejável para ser algo necessário. O empoderamento dos idosos participantes dos grupos de Terceira Idade nos apresenta esta intervenção como sendo uma das possibilidades para enfrentar o envelhecimento populacional. Acreditamos que experiências semelhantes ao PASI devem ser difundidas e estimuladas como forma de melhoria da qualidade de vida dos idosos e de suas comunidades.

Abstract of Thesis presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science (M. Sc.)

Health Promotion and Aging: A Study about the Program of Assistance to the Health of the Elderly

ANGELA MARIA CASTILHO COIMBRA,

Abril / 2005

Advisor: Roberto Cintra Martins

Department: Engenharia de Produção

Studying the evolution of the Health concept throughout history; sketching an analysis of the emergence and consolidation of the “Health Promotion” paradigm, we have sought to present the work developed in the Program of Assistance to the Health of the Elderly (PASI), contrasting our findings with the existing theoretical constructs.

We believe that the survey done with the elderly that frequent the PASI puts in evidence the crucial role of the participation in groups of Senior Citizens as determinant in the perception of the improvement in the life quality of the elderly involved.

The sense of belonging; the existing relationship among them; the perception of “speaking the same language”, lead these elderly to an awareness of their capacity of discussing and deciding on the situations in which they are directly involved.

Taking into consideration that the number of elderly people throughout the world has grown above the rate of the general population, thus pointing to a global populational aging, the existence of elderly people capable and willing to take the command of their own lives and health turns from being something desirable into being a necessity. The empowerment of the elderly who take part in the groups of Senior Citizens depicts this intervention as one of the possibilities that might help to face the populational aging. We believe that experiences like the PASI must be widespread and stimulated as a way of improving the life quality of the elderly and their communities.

Siglas e Abreviaturas

CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASI	Programa de Assistência à Saúde do Idoso
PIASS	Programa de interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Ilustrações

Ilustração	Título	Página
Quadro 1	Comparativo entre Prevenção e Promoção da Saúde	12
Tabela 1	Expectativa de vida em anos	52
Gráfico 1	Expectativa de vida ao nascer	53
Tabela 2	Taxa de Urbanização	54
Gráfico 2	Taxa de Urbanização da População Brasileira	54
Tabela 3	Naturalidade	70
Tabela 4	Escolaridade	71
Tabela 5	Sexo	71
Tabela 6	Estado Civil	72
Tabela 7	Mora com	72
Tabela 8	Filhos	72
Tabela 9	Tipo de Moradia	73
Tabela 10	Renda Própria	73
Tabela 11	Trabalha Atualmente	74
Tabela 12	Trabalha Atualmente (discriminada)	74
Tabela 13	Aposentado	74
Tabela 14	Pensionista	75
Tabela 15	Principal Fonte de Renda	75
Tabela 16	Chefe de Família	75
Tabela 17	Recebe Ajuda Material	76
Tabela 18	Recebe Ajuda Material (discriminada)	76

Ilustração	Título	Página
Tabela 19	Recebe Ajuda Funcional	76
Tabela 20	Dá Ajuda Material	76
Tabela 21	Dá Ajuda Material (discriminada)	77
Tabela 22	Dá Ajuda Funcional	77
Tabela 23	Dá Ajuda Funcional (discriminada)	77
Tabela 24	Participa de algum outro grupo	77
Tabela 25	Como soube do PASI	78
Tabela 26	Atividades no PASI	79
Tabela 27	Pratica alguma outra atividade	80
Tabela 28	Desempenha alguma atividade em família	81
Tabela 29	Percepção da Saúde	82
Tabela 30	Percepção da Vida Social	82
Tabela 31	Percepção da Satisfação Geral com a Vida	83
Tabela 32	Mora com x Percepção da Saúde	85
Tabela 33	Mora com x Percepção da Vida Social	85
Tabela 34	Mora com x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	85
Tabela 35	Dança Sênior x Percepção da Saúde	86
Tabela 36	Dança Sênior x Percepção da Vida Social	86
Tabela 37	Dança Sênior x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	86
Tabela 38	Coral x Percepção da Saúde	87
Tabela 39	Coral x Percepção da Vida Social	87

Ilustração	Título	Página
Tabela 40	Coral x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	87
Tabela 41	Psicomotricidade x Percepção da Saúde	88
Tabela 42	Psicomotricidade x Percepção da Vida Social	88
Tabela 43	Psicomotricidade x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	88
Tabela 44	Artesanato x Percepção da Saúde	89
Tabela 45	Artesanato x Percepção da Vida Social	89
Tabela 46	Artesanato x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	89
Tabela 47	Ginástica x Percepção da Saúde	90
Tabela 48	Ginástica x Percepção da Vida Social	90
Tabela 49	Ginástica x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	90
Tabela 50	Nº de Atividades x Percepção da Saúde	91
Tabela 51	Nº de Atividades x Percepção da Vida Social	91
Tabela 52	Nº de Atividades x Percepção da Satisfação Geral com a Vida	91
Tabela 53	Variáveis correlacionadas	92

Anexos

Anexo nº	Descrição	Página
Anexo 1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Anexo 2	Roteiro de Entrevista	111

Sumário

Capítulo 1 - Introdução	1
Capítulo 2 - Um pouco de história	3
Capítulo 3 - Promoção da Saúde e seus antecedentes	8
Capítulo 4 - A Promoção da Saúde no contexto mundial	19
Capítulo 5 - A Promoção da Saúde na América Latina e Caribe	33
Capítulo 6 - A Saúde no Brasil	40
Capítulo 7 - Promoção da Saúde e Envelhecimento	52
Capítulo 8 - Metodologia	67
Capítulo 9 - Resultados e Discussão	70
Capítulo 10 - Considerações Finais	101
Referências Bibliográficas	104
Anexos	110

Resumo da Tese apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M. Sc.)

Promoção da Saúde e Envelhecimento: Um estudo sobre o Programa de Assistência à Saúde do Idoso.

ANGELA MARIA CASTILHO COIMBRA,

Abril / 2005

Orientador: Roberto Cintra Martins

Programa: Engenharia de Produção

Estudando a evolução do conceito Saúde através da história; traçando uma análise do surgimento e consolidação do paradigma "Promoção da Saúde", buscamos apresentar o trabalho desenvolvido no Programa de Assistência à Saúde do Idoso.(PASI) contrapondo nossos achados às construções teóricas existentes.

Acreditamos que o levantamento feito junto aos idosos freqüentadores do PASI evidencia o papel crucial da participação em grupos para a Terceira Idade como determinantes da percepção de melhoria na qualidade de vida dos idosos envolvidos.

O sentido de pertencimento; a relação existente entre eles; a percepção de "falar a mesma língua" faz com que estes idosos se percebam capazes de discutir e decidir sobre situações que os envolvem diretamente.

Considerando que o contingente de idosos no mundo tem crescido acima do crescimento da população em geral, e portanto, sua participação percentual aponta para um envelhecimento populacional global, o fato de termos idosos capazes e dispostos a assumir a gestão de suas próprias vidas e saúde deixa de ser algo desejável para ser algo necessário. O empoderamento dos idosos participantes dos grupos de Terceira Idade nos apresenta esta intervenção como sendo uma das possibilidades para enfrentar o envelhecimento populacional. Acreditamos que experiências semelhantes ao PASI devem ser difundidas e estimuladas como forma de melhoria da qualidade de vida dos idosos e de suas comunidades.

Abstract of Thesis presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science (M. Sc.)

Health Promotion and Aging: A Study about the Program of Assistance to the Health of the Elderly

ANGELA MARIA CASTILHO COIMBRA,

Abril / 2005

Advisor: Roberto Cintra Martins

Department: Engenharia de Produção

Studying the evolution of the Health concept throughout history; sketching an analysis of the emergence and consolidation of the “Health Promotion” paradigm, we have sought to present the work developed in the Program of Assistance to the Health of the Elderly (PASI), contrasting our findings with the existing theoretical constructs.

We believe that the survey done with the elderly that frequent the PASI puts in evidence the crucial role of the participation in groups of Senior Citizens as determinant in the perception of the improvement in the life quality of the elderly involved.

The sense of belonging; the existing relationship among them; the perception of “speaking the same language”, lead these elderly to an awareness of their capacity of discussing and deciding on the situations in which they are directly involved.

Taking into consideration that the number of elderly people throughout the world has grown above the rate of the general population, thus pointing to a global populational aging, the existence of elderly people capable and willing to take the command of their own lives and health turns from being something desirable into being a necessity. The empowerment of the elderly who take part in the groups of Senior Citizens depicts this intervention as one of the possibilities that might help to face the populational aging. We believe that experiences like the PASI must be widespread and stimulated as a way of improving the life quality of the elderly and their communities.

Capítulo 1 - Introdução

Este trabalho tem como propósito estudar um conceito que surge durante o século XX, a Promoção da Saúde, apresentado como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar os muitos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a Promoção da Saúde propõe uma articulação entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e solução.

A estrutura que deverá nortear o presente trabalho é:

- Traçar uma breve evolução histórica sobre o conceito saúde-doença, visando mostrar como evolui o conceito e como isso permite a introdução do novo paradigma.
- Destacar o conceito Promoção da Saúde, analisando seu surgimento e consolidação a nível internacional.
- Verificar como esse novo paradigma em saúde se reflete no Brasil: como influenciou, o que mudou, como se incorporou às políticas públicas. Essa análise passa, principalmente, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, pela incorporação do conceito de saúde como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988 e a própria concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), que materializa o preceito constitucional.
- Para ilustrar, estaremos realizando um estudo com idosos. Escolhemos os idosos por se tratar de um grupo populacional que se

encontra em crescimento acelerado devido ao aumento da expectativa de vida da população e, ao mesmo tempo, ainda pouco estudado.

Tentaremos entender o que facilita o desenvolvimento de grupos de apoio como, por exemplo, o grupo Programa de Assistência à Saúde do Idoso (PASI) – CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. A que grupo de idosos pertencem seus frequentadores; a que classe social pertencem; quais suas expectativas ao se inscrever para participar deste tipo de grupo e como a participação nesse grupo ajuda a melhorar seu dia a dia.

Capítulo 2 - Um pouco de história

A noção de doença é uma questão básica para o estudo da Filosofia da Medicina. Vale a pena analisar as alterações que esta noção sofreu, no Ocidente, ao longo da história, para percebermos que aquilo que hoje se apresenta como novo, diferente, é apenas parte de um processo.

Os povos primitivos tinham uma visão mística do processo saúde-doença, ou seja, acreditavam que este traduzia a ira dos deuses diante de algum comportamento dos homens que os houvesse desagradado. A doença era vista como resultado de algo misterioso, introduzido no corpo da vítima, ou como decorrência de atos mágicos realizados por deuses ou feiticeiros. Para aplacar esta ira seria necessária a prática de sacrifícios rituais.

Já na época de Hipócrates, conhecido como pai da Medicina, a Natureza era compreendida como a combinação de quatro elementos: terra, água, ar e fogo e, dependendo das proporções de cada um dos elementos, definiam-se as propriedades dos objetos: seco, úmido, quente, frio. Hipócrates associava estes quatro elementos aos quatro humores fundamentais: sangue, linfa, bile amarela e bile negra e, a doença, seria o desequilíbrio entre eles. O ser humano ideal seria uma criatura equilibrada no corpo e na mente. A cura dos males era obtida pelo uso de plantas e métodos naturais e não mais apenas por procedimentos ritualísticos.

A obra hipocrática caracterizava-se pela valorização da observação empírica.

“O texto conhecido como “Ares, águas e lugares” discutia os fatores ambientais ligados à doença; defendendo o conceito ecológico de saúde-enfermidade, ao mesmo tempo que enfatizava a multicausalidade na gênese das doenças”.
(Scliar, 2002: 24)

A teoria vigente para a transmissão de doenças era a do miasma. O ar de regiões insalubres transmitia enfermidades e esta idéia, do meio ambiente como gerador de doenças, levou a algumas medidas de proteção à saúde.

Na Idade Média, a doença voltou a ter um significado místico e passou a ser percebida como purificação, como forma de atingir a graça divina. As epidemias eram castigo divino para os pecados da humanidade e a doença, além de vista como castigo, era também uma forma de purgação dos pecados, de elevação espiritual. Através do sofrimento imposto pela doença, purgavam-se os pecados e nos aproximávamos de Deus.

A modernidade trouxe a dissociação entre corpo e alma, entre o mítico e o real. Na concepção moderna, o corpo surge como localização física da autonomia individual – o individualismo seria a base da cultura, da economia e da política.

Em 1779, na Alemanha, surgiu a idéia da intervenção do Estado na área de Saúde Pública. Johan Peter Frank lançava o conceito de *polícia médica ou sanitária*. Este era um conceito autoritário, paternalista, preocupado, sobretudo com os aspectos legais das questões de saúde. Como já foi dito anteriormente, as recomendações higiênicas não datam dessa época; elas já podiam ser encontradas nos textos hipocráticos e os

regimes higiênicos eram seguidos na Idade Média. Mas, no século XVIII, essas recomendações ganharam o peso de leis e regulamentos, surgia especialmente através da *polícia* sanitária que seria a responsável por vigiar o seu fiel cumprimento.

No século XIX a Saúde Pública adquire características científicas; através de um processo iniciado pela modificação na forma de olhar o corpo social. Se a saúde do corpo individual podia ser expressa em números (os sinais vitais), o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela também teria seus indicadores. A doença passou a ser entendida como desvio da normalidade, porém, as estatísticas da saúde não eram suficientes para explicar os mecanismos que presidiam sua gênese e distribuição. Para que isso acontecesse o raciocínio estatístico teria de ser necessariamente ampliado, com observações colhidas no ambiente onde as doenças ocorressem. Com isso surge uma nova disciplina, a Epidemiologia. A estatística implicaria em coletar, classificar e analisar dados para obter resultados confiáveis e significativos; já a epidemiologia seria o estudo dos fatores que condicionavam o surgimento e a distribuição de doenças em populações e aplicação desses estudos ao controle dos processos de saúde. Os estatísticos avaliavam numericamente o impacto desses eventos e os epidemiologistas procuravam associá-los a fatores capazes de explicar sua causa e/ou distribuição.

Um outro aliado no desvendar do processo saúde-doença foi o desenvolvimento tecnológico que permitiu a construção de aparelhos como, por exemplo, o microscópio. Pasteur, em estudo datado de 1878, relativo

aos germes, revelou a existência de microorganismos e caracterizou o papel que lhes caberia na transmissão de moléstias. A doença passou a ser entendida como conseqüência da invasão do organismo por agentes estranhos, cuja agressão provocava lesões nos órgãos e/ou tecidos. Através da microbiologia chegou-se a desenvolver agentes imunizantes. A identificação de agentes causadores de doenças infecciosas estimulou enormemente a pesquisa de métodos de prevenção dessas enfermidades.

Se anteriormente o Estado Absolutista havia se responsabilizado pela saúde de seus cidadãos, por meio, principalmente, da *polícia sanitária*; com a evolução política, surgiria uma outra questão, a saúde começava a ser considerada um direito dos cidadãos. A Democracia seria a forma política de prover saúde para o povo. Esses dois componentes, o Autoritário e o Democrático acompanhariam a trajetória da Saúde Pública, ora um influenciando mais, ora outro. O componente Autoritário, disciplinador, era utilizado quando se coletavam dados para o diagnóstico da situação da saúde quando se tratava de estabelecer a legislação sanitária. O componente Democrático procurava garantir a livre adesão das pessoas às atividades destinadas a preservar a saúde e evitar a doença.

E assim, chegamos ao tempo atual, onde temos uma nova forma de entender a saúde e a doença, não como entidades isoladas, mas como elementos constituintes de um *continuum* que é o processo saúde-doença. Em cada uma das etapas deste processo é possível um tipo de intervenção. Ao indivíduo sadio podem ser dirigidas medidas de atenção primária (educação em saúde, saneamento básico, nutrição adequada) e proteção

específica contra as doenças (vacinação). Se a doença já está presente mas ainda não se manifestou, pode-se fazer o diagnóstico precoce. Quando a doença já está instalada, temos a possibilidade - mediante tratamento clínico, intervenção cirúrgica ou outro tipo de procedimento - de limitar o dano, impedindo que o paciente piore. Detecção precoce e limitação do dano fazem parte da prevenção secundária. Existe ainda a prevenção terciária, que consiste na reabilitação de seqüelas de uma enfermidade ou de um acidente impedindo, novamente, que a situação da pessoa se deteriore. O nosso objeto de estudo, a Promoção da Saúde, se localiza na atenção primária. A partir de agora passaremos a analisar as origens e o surgimento deste novo conceito.

Capítulo 3 - Promoção da Saúde e seus antecedentes

Para darmos continuidade ao trabalho é importante fixar inicialmente a distinção entre os conceitos de Prevenção e Promoção.

“O termo *prevenir* tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde exigiria uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença a fim de tornar improvável o seu progresso posterior. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno. O seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Promover tem o significado de “dar impulso a; fomentar; originar; gerar” (Ferreira, 1986). Promoção à saúde define-se tradicionalmente de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de

saúde, demandando uma abordagem intersectorial.” (Czeresnia, 2003: 45)

O enfoque da Promoção da Saúde é portanto mais amplo que o da mera prevenção, pois nele se procura identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo saúde-doença, buscando dirigi-los favoravelmente para a saúde. Na prevenção das doenças objetiva-se que os indivíduos fiquem isentos das mesmas. Como a saúde não é só a ausência de doenças, os indivíduos, sem evidências clínicas, poderiam evoluir para estados de maior força estrutural, maior capacidade funcional e maior sensação subjetiva de bem-estar e objetiva de desenvolvimento individual e coletivo. Este é, em essência, o verdadeiro sentido da Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde busca modificar as condições de vida para que sejam dignas e adequadas; transformar os processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade da vida e da saúde. A Prevenção, diferente da Promoção, se orienta mais para ações de detecção, controle e diminuição dos fatores de risco ou fatores causadores de grupos de doenças ou de uma doença específica; centra-se na doença e nos mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou a precipitam.

Na Promoção da Saúde, o objetivo é um padrão ótimo de vida e de saúde; para tanto, a ausência da doença não é suficiente, já que frente a qualquer nível de saúde do indivíduo sempre haverá algo a ser feito para melhorar sua qualidade e lhe dar condições de vida mais satisfatórias. Na Prevenção, o objetivo final é evitar a doença e, portanto, sua ausência seria

suficiente. A clínica e a medicina preventiva têm como objetivo principal evitar as doenças (prevenção primária ou controle de incidência); curá-las (prevenção secundária ou controle da duração, logo, da prevalência); e reduzi-las (prevenção terciária ou controle de complicações adicionais).

A Promoção da Saúde tem seu foco na saúde propriamente dita e propõe enfoques que objetivam manter e melhorar os níveis de saúde existentes. Ela avança incorporando o mal-estar como percepção subjetiva e a saúde como fato positivo dos objetivos de planejamento/intervenção.

Segundo Buss (2000), o caminho entre a doença e a saúde pode ser percorrido de duas formas: uma distanciando-nos da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva); e a outra seria a utilização da saúde como referência para análise. A primeira situação supõe fundamentalmente conhecimentos técnicos e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. A estratégia de Promoção, vinculada à segunda, é claramente social, política e cultural. Este termo está associado a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e cooperação, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: medidas do estado (políticas públicas para a saúde), atividades da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e cooperação internacional. Ou seja, gira em torno da idéia de responsabilidade múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas.

Boa parte da confusão entre Promoção e Prevenção se origina na grande ênfase dada à modificação do comportamento individual e da concentração, quase exclusiva, na redução dos fatores de risco para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de Promoção da Saúde. Este foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico. Neste caso, o *locus* de responsabilidade e a unidade de análise são o indivíduo, que é visto como responsável último, senão único, por seu estado de saúde. A Promoção da Saúde se apresenta como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas favoráveis à saúde). Neste sentido, as estratégias de Promoção da Saúde são mais integradas e intersetoriais, e supõem uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua aplicação.

O quadro a seguir, elaborado por Stachtchenko e Janicek em 1990 e adaptado por Buss em 2003, ajuda a visualizar as principais diferenças entre Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

Quadro 1 Comparativo entre Prevenção e Promoção da Saúde

Categorias	Prevenção da Doença	Promoção da Saúde
Conceito de Saúde	Ausência da doença	Positivo e multidimensional
Modelo de Intervenção	Médico	Participativo
Objetivo	Principalmente grupos de alto risco	Toda a população em seu ambiente total
Incumbência	Patologia específica	Rede de temas de saúde
Estratégias	Geralmente única	Diversas e complementares
Enfoques	Diretivos e persuasivos	Facilitação e capacitação
Destino das medidas	Impostos aos grupos de risco	Oferecidas à população
Objetivo dos programas	Concentrados em indivíduos e em grupos	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente
Executores dos programas	Profissionais de saúde	Organizações não governamentais, movimentos sociais, todas as esferas de governo.

Fonte: Buss,2003

Fixada esta distinção, passaremos a trabalhar a evolução do conceito Promoção da Saúde.

Winslow, em 1920, definiu Promoção da Saúde como

“um esforço da comunidade organizada para conquistar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘máquina social’ que assegure a todos, os níveis de vida

adequados para a manutenção e melhora da saúde”. (Winslow, 1920 *apud* Buss, 2000: 4)

Sigerist, em 1946, referia-se à Promoção da Saúde como uma das tarefas essenciais da Medicina, afirmando que a saúde se promovia proporcionando condições de trabalho, educação, cultura física, formas de recreação e descanso.

Leavell e Clark (1965) utilizavam o conceito de Promoção da Saúde ao desenvolver o modelo da história natural da doença que comportaria três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A Promoção da Saúde seria uma parte da prevenção primária que consistiria em promoção e prevenção específica (vacinas). As medidas aqui adotadas não se dirigiriam a determinada doença, mas seriam aquelas que serviriam para fomentar a saúde e o bem-estar geral, valendo-se da educação e motivação sanitárias. Tratar-se-ia de um enfoque de Promoção da Saúde centrado no indivíduo com uma projeção à família ou grupos, dentro de certos limites. Como componentes desse modelo de promoção poderíamos citar: bom padrão de alimentação, orientação e educação dos pais, moradia adequada, lazer, condições agradáveis no local de trabalho, orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e a orientação para a saúde em todos os contatos entre médico e paciente. Suas atividades estariam mais orientadas à coletividade e ao ambiente (físico, social, político, econômico e cultural) através de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e reforço do poder de decisão dos indivíduos e das comunidades.

Terris (1992) qualificava de “primeira revolução epidemiológica” a vitória contra as enfermidades infecciosas que se produziu antes de 1950, e apontava para a necessidade de “uma segunda revolução” que enfrentasse com eficácia as enfermidades cardiovasculares, o câncer, os acidentes; ou seja, nosso atual padrão de causa de mortes.

Ainda segundo Terris (1992), as medidas que tivessem autêntica efetividade para reduzir o número de mortes evitáveis seriam as ações sobre o meio ambiente (sobretudo medidas do tipo econômicas e legais), modificações do comportamento das pessoas e por último, e com menor impacto, exames em massa para detectar precocemente algumas doenças.

Salvo para o último tipo de medidas, nas quais os serviços sanitários desempenhariam um papel importante, no resto, mostra-se a mesma situação antes vivida na luta contra as doenças infecciosas, voltando a centrar-se as medidas efetivas sobre o meio ambiente e os comportamentos.

Os conceitos existentes de Promoção da Saúde são tão diversos que podem ser reunidos em dois grandes grupos: no primeiro deles, esta consistiria em atividades dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, centrando-se nos seus modos de vida e localizando-os no seio da família e no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Os programas ou atividades de Promoção da Saúde tenderiam a concentrar-se em componentes educativos, relacionados com traços comportamentais mutáveis, que se encontrariam, ao menos em parte, sob controle do

indivíduo. Nesta forma de abordar a Promoção da Saúde, ficariam fora de seu âmbito todos os fatores sobre os quais o indivíduo não tem controle.

No segundo grupo, a Promoção da Saúde se baseia no conceito de que a saúde seria produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição; de moradia e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social às famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um elenco adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam mais orientadas à coletividade e ao ambiente (compreendido em seu amplo sentido: físico, social, político, econômico e cultural) através de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço do poder de decisão dos indivíduos e das comunidades.

A moderna Promoção da Saúde vem resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas quanto físicas, e os remédios para combatê-las eram a prosperidade, a educação e a liberdade.

Marc Lalonde, em 1974 (Ministro da Saúde e Bem – Estar Nacional do Canadá), redigiu o que ficou conhecido como Informe Lalonde onde apresentava sua preocupação com a ausência de um marco conceitual que permitisse decompor o campo da saúde em elementos que facilitassem seu completo entendimento. Ele apontava a necessidade de organizar os diversos componentes da saúde numa estrutura ordenada, que fosse

intelectualmente aceitável e suficientemente flexível de forma a abarcar quase todas as idéias, problemas ou atividades relacionadas. Necessitava-se de um “mapa” do território da saúde.

O Informe Lalonde foi

“uma importante reorientação, ao apresentar um marco de referência novo e amplo para as políticas de saúde, oferecer o reconhecimento político a novas idéias e estabelecer um primeiro passo na definição de um novo paradigma em saúde” (Draper, 1995 *apud* Buss, 2000: 9).

Os fundamentos do Informe Lalonde se encontravam no conceito de campo da saúde, que reunia os chamados “determinantes da saúde”. Este conceito contemplava a decomposição daquele campo, em quatro amplos componentes dentro dos quais se distribuiriam inúmeros fatores que influem na saúde:

- *Biologia Humana*: incluía todos os fatos relacionados com a saúde, tanto física quanto mental, manifestos no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo.
- *Ambiente*: incluía todos os fatores, externos ao corpo humano, relacionados com a saúde sobre os quais a pessoa teria pouco ou nenhum controle.
- *Estilo de vida*: representava o conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo com respeito à sua saúde e sobre os quais exerceria apenas certo grau de controle.

- *Organização da atenção da saúde:* consistiria na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na provisão da atenção à saúde.

Esta forma de organizar o conceito de campo de saúde traz consigo algumas características que merecem destaque:

- Atribuir importância igual a todos os componentes do campo saúde;

- Ser um conceito amplo, tendo a capacidade de explicar qualquer problema de saúde: seja ela ação de algum dos fatores; pela combinação de alguns ou de todos eles juntos.

- Permitir instaurar um sistema de análise com o qual é possível examinar qualquer problema em relação aos quatro componentes, a fim de avaliar sua importância relativa e a interação entre eles. Esta análise permite aos planejadores de programas concentrar sua atenção nos fatores mais influentes.

- Permitir a elaboração de um mapa que assinale as relações mais diretas entre os problemas de saúde e suas causas básicas, assim como a importância relativa dos diversos fatores que contribuem para ela.

- O conceito de campo de saúde unifica todos os fragmentos e permite aos indivíduos descobrir a importância de todos os componentes, inclusive aqueles sob responsabilidade de outros.

No Informe Lalonde foram propostas cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: Promoção da Saúde, Regulação, Eficiência da Atenção Sanitária, Investigação e Estabelecimento de

Objetivos. Segundo Buss (2000), a estratégia da Promoção da Saúde se estabeleceu para informar, influenciar e assistir a indivíduos, organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde.

Capítulo 4 - A Promoção da Saúde no contexto mundial

A Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 7 de abril de 1948, tem por objetivo integrar as organizações regionais de saúde dentro dos ideais de paz e cooperação, os mesmos que haviam possibilitado a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), logo após a Segunda Guerra Mundial. Seu papel é integrador, mas não centralizador uma vez que as organizações regionais têm autonomia e trabalham dentro de suas realidades locais específicas.

No estudo da Promoção da Saúde podemos notar o trabalho desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde na convocação das diversas Conferências Internacionais que serviram de palco para a construção deste conceito.

A primeira delas foi em 1978, quando a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) convocaram a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, realizada em Alma-Ata, na Rússia, tornando-se um dos eventos mais significativos para a saúde pública em termos mundiais, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo.

A Declaração de Alma-Ata afirmava enfaticamente que a saúde era um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde seria a mais importante meta social do mundo, cuja realização requeria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde. Afirmava, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos eram essenciais para o contínuo desenvolvimento

econômico e social e contribuiria para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

Esta Conferência estabeleceu a meta “Saúde para todos no ano 2000”, recomendando a adoção de oito elementos essenciais:

- "Educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle;
- Promoção da administração de alimentos e nutrição adequada;
- Abastecimento de água e saneamento básico apropriados;
- Atenção materno-infantil, incluindo planejamento familiar;
- Imunização contra as principais enfermidades infecciosas;
- Prevenção e controle das enfermidades endêmicas;
- Tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e,
- Distribuição de medicamentos básicos".

(Buss, 2000: 11)

Para poder atingir o objetivo proposto de “saúde para todos” seriam três as condições básicas: redução das desigualdades; incremento do

esforço preventivo; e o aumento da capacidade das pessoas para enfrentar os problemas de saúde.

O relatório dessa reunião apresentava um conjunto de mecanismos de Promoção da Saúde e uma série de estratégias de execução para encarar os imperativos apontados. Os três mecanismos seriam: a auto-assistência, ou decisão de agir que o indivíduo toma em benefício de sua própria saúde; a ajuda mútua, ou seja, os esforços das pessoas para ajudarem-se umas às outras; e, entornos sãos, ou criação das condições e entornos que favoreçam a saúde. Através destas três estratégias se pretendia favorecer a participação da população; fortalecer os serviços de saúde comunitários e coordenar políticas saudáveis.

Em 1986, a OMS convocou a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, que teve como documento final a Carta de Ottawa onde se definia Promoção de Saúde como o

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, levando inclusive a uma maior participação no controle desse processo”. (Brasil, 2002: 19).

“A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. Para alcançá-la, “um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de mudar ou

adaptar-se ao meio ambiente. A saúde é percebida não como um objetivo, mas como recurso fundamental para a vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as atitudes físicas". (Brasil, 2002: 20).

Na Carta de Ottawa, a equidade seria um dos focos da Promoção da Saúde cujas ações buscavam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a diversos recursos para uma vida mais saudável. O documento apontava os múltiplos determinantes da saúde e da interdisciplinaridade ao afirmar que dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a Promoção da Saúde não concerne exclusivamente ao setor sanitário.

"As condições e recursos fundamentais para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade". (Brasil, 2002: 20)

A Promoção da Saúde procurava assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios que permitissem a todas as pessoas realizar plenamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades deveriam ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. As perspectivas favoráveis à saúde não dependeriam apenas do setor saúde, mas sim de uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

- *Elaboração e aplicação de políticas públicas saudáveis:* a Promoção da Saúde defendia a formulação e aplicação de políticas públicas favoráveis à saúde. Isto significava que a saúde haveria de ter um alto grau de prioridade na agenda dos políticos e nos dirigentes de todos os setores. Este conceito seria oposto à orientação anterior, que identificava a Promoção da Saúde primordialmente com a correção do comportamento individual, o principal, ou talvez o único, responsável pela própria saúde. A Carta de Ottawa deslocou o foco da saúde do comportamento individual para o compromisso coletivo, ou seja, girava em torno da idéia de responsabilidade múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas.

- *Criação de ambientes favoráveis à saúde:* implicava no reconhecimento da complexidade da sociedade e das relações de interdependência entre os diversos setores, entre eles: meio ambiente, trabalho, lazer, escola.

- *Incremento do poder das comunidades no estabelecimento de prioridades e nas tomadas de decisão bem como na definição e aplicação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde:* A Carta de Ottawa destacava que as ações comunitárias seriam efetivas se garantissem a participação popular na direção dos assuntos de saúde assim como o acesso total e contínuo à informação e as oportunidades de aprendizagem sobre os assuntos de saúde.

- *Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida:* Para tal desenvolvimento seria imprescindível a divulgação da informação sobre a educação para a saúde o que deveria ocorrer em qualquer espaço coletivo. Este componente da Carta de Ottawa resgatava a dimensão da Educação em Saúde e reforçava a idéia de “empoderamento”, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e poder político propriamente dito.

- *Reorientação dos serviços de saúde na direção do conceito da Promoção da Saúde, além da provisão de serviços assistenciais:* Também apresentava uma visão ampla e intersetorial, ao recomendar vias de comunicação entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Desde sua divulgação, a Carta de Ottawa, tem sido o principal marco de referência da Promoção da Saúde em todo o mundo.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide/Austrália, em 1988, elegeu como tema central as Políticas Públicas Saudáveis que

“caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 2002: 35).

Neste conceito já se poderiam identificar claramente os componentes de intersetorialidade que teriam marcado desde então, o discurso da Promoção da Saúde, assim como a idéia da responsabilização do setor

público, não só pelas políticas sociais que formulava e aplicava, mas também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre as condições de vida e o sistema de saúde. Afirma a visão global e a responsabilidade internacional sobre a Promoção da Saúde quando conclama os países desenvolvidos a assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento.

A Declaração de Adelaide sublinhava que os principais propósitos das políticas para a saúde seriam a criação de ambientes (na acepção mais ampla do termo) favoráveis para que as pessoas pudessem viver vidas saudáveis, e que tais políticas facilitassem opções de vidas saudáveis. O compromisso com a equidade está presente em várias partes do texto, como por exemplo, quando se referia à necessidade de superar as desigualdades no acesso a bens e serviços existentes na sociedade; quando as relacionava com as desigualdades no campo da saúde. A avaliação do impacto das políticas públicas sobre a saúde e o sistema de saúde seria uma das recomendações explícitas da conferência.

Em Adelaide lançou-se um chamado para o estabelecimento de novas alianças em favor da saúde nas quais participassem políticos, Organizações Não Governamentais (ONGs), grupos de defesa da saúde, instituições educacionais e a imprensa. Este chamado, já presente na Carta de Ottawa, foi reafirmado em Adelaide.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall/Suécia em 1991, foi a primeira conferência global que enfocou diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus

aspectos. A Conferência concluiu com uma declaração na qual se convocavam as pessoas, organizações e governos de toda parte do mundo a participar ativamente no desenvolvimento de ambientes (físicos, sociais, econômicos e políticos) mais favoráveis à saúde.

A Conferência de Sundsvall teve lugar na efervescência que antecedeu a primeira das grandes conferências das Nações Unidas previstas para preparar o mundo para o século XXI, a Rio/92, e em um contexto de crescimento da consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta ante as inumeráveis e profundas agressões ao meio ambiente.

Durante a Conferência discutiu-se o tema do meio ambiente em sua relação com a saúde, não só restrito à dimensão física ou “natural” mas também nas dimensões social, econômica, política e cultural. Afirmou-se que “um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis”. (Brasil,2002: 41)

Esta Conferência destacou alguns aspectos que deveriam ser considerados para um ambiente favorável e promotor de saúde:

- *A dimensão social* - a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetariam a saúde, alertando sobre as mudanças que estavam ocorrendo nas relações sociais tradicionais e que poderiam ameaçar a saúde.

- *A dimensão política* - requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos decisórios e a descentralização dos recursos e das responsabilidades.

- *A dimensão econômica* - requer o re-escalonamento dos recursos para o cumprimento de "Saúde para Todos" e desenvolvimento sustentado, o que incluiria a transferência de tecnologia segura e adequada.

A Conferência pôs em relevo que a busca da equidade e, em última análise, o respeito à biodiversidade são os princípios básicos que devem orientar as estratégias de saúde para todos.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta/Indonésia, em 1997, foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento. Pretendeu ser uma atualização da discussão sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária.

Depois de afirmar os vínculos entre saúde e desenvolvimento, e da contribuição da saúde para o desenvolvimento, a Declaração de Jacarta insistiu no surgimento de novos determinantes da saúde, destacando os fatores transnacionais: a integração da economia global; os mercados financeiros e o comércio; o acesso aos meios de comunicação, assim como a continuidade da degradação ambiental apesar de todas as advertências internacionais sobre o tema em particular. "A população deve estar no centro de toda atividade de promoção de saúde e dos processos de tomada de decisão". (Buss,2000: 190) Porém, para que tal participação seja efetiva se torna essencial "*o acesso à educação e a informação*".

A Conferência definiu cinco prioridades para o campo da Promoção da Saúde para os anos que se seguiram:

- Promoção da responsabilidade social pela saúde que se traduziria em políticas públicas favoráveis à saúde e responsabilização do setor privado nessa luta.

- Aumento do investimento no desenvolvimento da saúde onde reafirmava o enfoque multisetorial, defendendo não somente o aumento e a reorientação dos investimentos para a saúde, mas também para a educação, habitação e outros setores sociais que poderiam fomentar o desenvolvimento humano, a saúde e a qualidade de vida.

- Consolidação e expansão de ações conjuntas para a saúde dos diferentes setores, em todos os níveis do governo e da sociedade.

- Aumento da capacidade da comunidade e fortalecimento dos indivíduos, traduzida na ampliação da capacidade da pessoa para trabalhar, e a dos grupos, organizações ou comunidades para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exigiria educação prática, treinamento para liderança e acesso a recursos.

- Garantia de uma infraestrutura para a Promoção da Saúde onde se propunha a definição de espaços/ambientes para esta atuação (escolas, ambientes de trabalho) o que requeria enfoques específicos, a partir do marco geral da Promoção da Saúde.

Em 1998, vinte anos depois de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu uma ampla avaliação do progresso alcançado, com vistas a renovar a proposta inicial de "Saúde para todos no ano 2000". Para

as primeiras décadas do século XXI projetava-se o estabelecimento de condições para que toda a população mundial alcançasse e mantivesse o mais alto grau de saúde durante toda a vida. Nesta avaliação foi possível detectar algum progresso e muita aprendizagem como veremos a seguir:

- Avançou-se ao assegurar acesso aos elementos originais da atenção primária da saúde e, para a nova etapa, propunha-se incluir entre eles a “Promoção da Saúde” tal como foi definida na Carta de Ottawa;

- A ação intersectorial não se aplicou na extensão necessária e aconselhava-se situar a saúde como elemento central no processo de desenvolvimento e intensificar a perspectiva de uma ampla ação intersectorial;

- A participação comunitária demandou aparentemente mais tempo que o previsto e dedicação de todos e, no processo de renovação da estratégia, insistir-se-ia na necessidade de criar alianças que incluíssem as famílias, comunidades e suas organizações;

- Propunha-se que as transformações requeridas se orientassem para a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças.

Ainda que o alcance da meta de Alma-Ata estivesse atrasado, poder-se-ia dizer que nem tudo estava perdido. Prevaleceu, pelo contrário, a idéia de possíveis orientações alternativas, favorecendo-se a convergência de conceitos e práticas, antes dependentes de diferentes culturas, que poderiam conduzir a um novo enfoque da atenção à saúde. Contribuíram para isto os mais diversos esforços, resultantes tanto da prática dos serviços, como da elaboração teórica dos estudos acadêmicos.

Como consequência deste processo avaliativo foi delineada uma agenda de forma a assegurar o desenvolvimento. Para tanto, ele deveria estar centrado nos seres humanos e suas metas centrais incluiriam a erradicação da pobreza, o atendimento das necessidades básicas de toda a população e a proteção dos direitos humanos. Os investimentos em saúde, educação e capacitação seriam vitais para o desenvolvimento dos recursos humanos e a melhoria da condição da mulher, incluindo seu poder de decisão, seria básica em todos os esforços para alcançar o desenvolvimento sustentável em todas as suas dimensões: econômica, social e ambiental.

Estes enfoques incorporar-se-iam à política de saúde para todos, que ressaltava a necessidade de considerar a saúde como uma responsabilidade de todos os setores e a importância de dirigi-los aos múltiplos determinantes da saúde.

Em 2000, na cidade do México/México foi realizada a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nesta reunião foi feita uma avaliação onde se reconhece

“que a Promoção da Saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; que nos últimos anos, através de esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo; que apesar desse progresso ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto devem ser urgentemente

resolvidos para promover uma situação mais eqüitativa em termos de saúde e bem-estar; constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a Promoção da Saúde em todos os setores e níveis da sociedade”.(Brasil, 2002: 29 - 30).

A partir dessa análise, recomendou-se colocar a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. Ainda nessa reunião foi discutida e acordada uma estrutura básica para o desenvolvimento de planos de Promoção da Saúde que incluía a identificação das prioridades da saúde e o estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las. Esses planos levariam em conta, sempre e prioritariamente, o contexto nacional. Destacava-se ainda a necessidade de estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovessem a saúde.

Pelo já exposto, podemos depreender a existência de dois postulados básicos que orientam a estratégia de atenção primária de saúde:

- O alcance do mais alto grau possível de saúde exige a intervenção de outros setores sociais e econômicos além do da saúde. A promoção e proteção da saúde do povo seriam indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentável, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e o alcance da paz mundial. Seria, ao mesmo tempo, reflexo e consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, caracterizando assim uma interdependência entre estas variáveis. A

Promoção da Saúde estaria associada ao desenvolvimento econômico e social e a uma melhor qualidade de vida, incluindo nesta ação um âmbito mais amplo que o usualmente coberto pelos serviços de saúde.

- O povo teria o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planejamento e aplicação da atenção à sua saúde. Isto compreenderia a educação sobre os principais problemas de saúde e seus métodos de prevenção e tratamento correspondentes; a promoção de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; a vacinação contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e luta contra as doenças endêmicas locais; o tratamento adequado das doenças e traumatismos comuns e a administração de remédios essenciais. A Promoção da Saúde exigiria e fomentaria a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo no planejamento, organização, no funcionamento e controle da atenção primária da saúde.

Capítulo 5 - A Promoção da Saúde na América Latina e Caribe

Conforme já dissemos, a Organização Mundial de Saúde exerce papel integrador e, portanto, suas ações permeiam as estruturas regionais, no nosso caso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A OPAS é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. O papel da OPAS de coibir as doenças transmissíveis, notadamente a febre amarela e a peste bubônica, de grande circulação entre os portos, destaca-se como ação preponderante em suas origens.

A OPAS, através do documento “Orientações estratégicas e prioridades programáticas”, para o quadriênio 1991-1994, estipulava que

“a Organização deverá voltar-se em maior grau para ações de Promoção da Saúde e incremento de modos de vida saudáveis, dirigindo seus esforços tanto à população em geral como aos indivíduos no contexto de sua vida cotidiana”.

(Buss,2000: 24)

A OPAS organizou na Colômbia, em 1992, a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, onde se redigiu a Declaração de Santa-Fé de Bogotá com o título “Promoção da Saúde e Equidade”. Este documento apresentou definições, princípios, estratégias e compromissos referentes à Promoção da Saúde, tendo em conta a problemática específica dos países latino-americanos, não obstante tenha incorporado aportes de reuniões internacionais e experiências em Promoção de Saúde de outros países e regiões do mundo.

A Declaração de Bogotá reconhece “a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento” afirmando que

“a Promoção da Saúde na América Latina buscava a criação de condições que garantissem o bem-estar geral como propósito fundamental de desenvolvimento”.(Buss,2000: 13)

O desafio da Promoção da Saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e desenvolvimento.

Nesta Declaração foram estabelecidas algumas premissas:

- Seria improrrogável enfrentar e resolver as complexas e sufocantes desigualdades tanto do tipo econômico, ambiental, social, político e cultural, assim também como as relativas à cobertura, acesso e qualidade dos serviços de saúde.
- Destacou-se a importância da participação ativa das pessoas nas modificações das condições sanitárias e na maneira de viver, conduzindo à criação de uma cultura da saúde. Para atingir este objetivo, a educação em saúde seria um valioso instrumento capaz de promover a participação e mudanças dos estilos de vida dos membros da comunidade.
- A conquista da equidade consistiria em eliminar as diferenças desnecessárias e as injustiças que restringem as oportunidades para alcançar o direito de bem-estar, noção que caracterizaria a particular opção de viver com dignidade. Neste sentido,

“o papel que corresponderia à Promoção da Saúde consistiria não só em identificar os fatores que favoreceriam a iniquidade, bem como propor ações para aliviar seus efeitos, mas também atuar como agente de mudança que induziria a transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes”.(Buss,2000: 26)

- A essência da Promoção da Saúde no continente seria o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades. Para isto propunha que a Promoção da Saúde na América assumisse as tradições culturais e os processos sociais que forjaram nossas nacionalidades, possibilitando, além disso, enfrentar criativa e solidariamente a adversidade, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes.

Para atingir tais objetivos algumas estratégias deveriam ser desenvolvidas. A primeira delas seria impulsionar a cultura da saúde de forma a permitir acesso tanto a produção como a utilização de bens e oportunidades facilitando opções benéficas, inclusive a criação de ambientes saudáveis. Uma outra estratégia seria a de transformar o setor saúde, de forma a por em destaque a estratégia de Promoção da Saúde aperfeiçoando mecanismos de negociação entre os setores sociais e institucionais para desenvolver atividades de Promoção da Saúde. Por último, deveríamos convocar, encorajar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade, fortalecendo a capacidade da população para participar nas decisões que afetam sua vida e também optar por estilos de vida saudáveis além de fortalecer a

capacidade de convocação do setor saúde para mobilização de recursos para a Promoção Social da Saúde.

A I Conferência do Caribe de Promoção da Saúde foi realizada em 1993, contando com apoio da OPAS. Como produto de suas discussões foi elaborada a Carta do Caribe sobre Promoção da Saúde. O documento assume que os problemas de saúde atuais e futuros são cada vez mais complexos e relacionados com os problemas sociais, econômicos e comportamentais; considera que a Promoção da Saúde é um enfoque adequado para a realidade sanitária por reforçar a capacidade dos indivíduos e comunidades no controle, estabelecimento e manutenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual e por prestar especial atenção não só a prevenção das doenças, mas também à saúde e ao bem-estar.

Nessa Conferência foram traçadas seis estratégias fundamentais:

- "A elaboração de políticas públicas para a saúde deve considerar que todas as dimensões das políticas estatais têm impacto sobre a saúde, e os responsáveis pela formulação de políticas devem tomar consciência crescente do impacto de suas decisões, impondo-se para isto, considerações multisetoriais e multidisciplinares.
- A reorientação dos serviços de saúde: a aplicação de estratégias de Promoção da Saúde requer que o sistema de saúde assuma mais responsabilidade pelas necessidades de saúde da população. A equidade deve ser o eixo central do sistema de saúde.

- Empoderamento das comunidades para alcançar o bem-estar: as comunidades devem receber as informações e os instrumentos adequados para permitir que cheguem a determinar as suas prioridades em Promoção da Saúde e atuar na aplicação de medidas para favorecer a saúde e o bem-estar.

- Criação de ambientes favoráveis à saúde: O documento ressalta o papel do estado na promoção de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos saudáveis.

- Desenvolvimento/aplicação de habilidades pessoais para a saúde: ressalta a importância da educação para a saúde individual, reconhecendo, sobretudo o papel da educação das crianças (o mais cedo possível) e da incorporação de valores, crenças e costumes da comunidade. Assinala o papel das distintas fontes de informação e de todos os meios de educação e comunicação.

- Construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação: o documento chama a atenção para a necessidade de estabelecer alianças e coordenação entre os setores tradicionais e não tradicionais que tem impacto sobre a saúde" (Buss,2000: 28).

Se, com o advento da era microbiológica, em meados do século XIX, restringiu-se o objetivo da ação sanitária, despojando-a de seu caráter de intervenção social e pondo o foco em seu caráter técnico, setorial; o movimento pela renovação do conceito de Promoção da Saúde nos anos

recentes cunhou a expressão *políticas públicas para a saúde* para designar e fixar a idéia, - quase intuitiva - de que as políticas públicas deveriam ser julgadas e legitimadas segundo seus efeitos sobre a saúde da população. Mais que isto, evoluiu de uma postura reativa (impedir que as políticas públicas causem danos à saúde) para uma postura pró-ativa (induzir que as políticas públicas produzam saúde).

A idéia moderna de políticas públicas apresenta um duplo compromisso: o político de situar a saúde no topo da agenda pública e o compromisso técnico de tomar como alvo da intervenção os fatores determinantes do processo saúde-enfermidade.

A nova concepção de saúde é uma visão afirmativa, que se identifica com o bem-estar e a qualidade de vida, e não simplesmente com a ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendido como um estado dinâmico, produzido socialmente.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida vivida, ou seja, que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, o que por sua vez são valores socialmente definidos, que supõem valores e escolhas.

Na concepção de Promoção da Saúde, as políticas se destinam a diminuir as iniquidades existentes na sociedade. A primeira prioridade das políticas públicas saudáveis é assegurar a toda população o acesso à alimentação adequada (em quantidade e qualidade); condições

habitacionais favoráveis à saúde; trabalho seguro e renda a altura das necessidades; níveis educacionais que favoreçam a integração social mais plena e um conhecimento mais adequado.

O poder de decisão conferido às comunidades e aos movimentos sociais organizados através da difusão ampla das relações entre a saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é fundamental na estratégia da Promoção da Saúde para a reivindicação mediante políticas públicas saudáveis. Trata-se aqui de um processo de renovação cultural em que deverá ser construída e adotada uma nova “escala de valores”, capaz de dar conta de uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre os indivíduos e os grupos, entre o público e o privado.

Capítulo 6 - A Saúde no Brasil

Chegamos ao terceiro ponto proposto na Introdução deste trabalho que seria a análise de como este paradigma "Promoção da Saúde" se reflete no Brasil. Para tanto, sentimos a necessidade de recuar um pouco na história da Saúde Pública brasileira.

A construção de um aparato estatal na área de saúde iniciou-se efetivamente nos anos 20, ganhando caráter nacional e acelerando-se na década seguinte, ao mesmo tempo em que se diferenciavam dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária.

A partir de 1930, com o incremento do processo de industrialização e urbanização, ganha relevo a questão da assistência médica aos trabalhadores e suas famílias. Essa assistência era prestada, sobretudo por órgãos previdenciários, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que se estruturavam por categorias profissionais (Bancários, Industriários, Comerciais, Marítimos, etc.). nos quais somente aqueles que contribuíam tinham direito ao atendimento médico.

"No âmbito da Saúde Pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Fruto de um acordo de cooperação entre o governo federal brasileiro e a Rubber Reserve, entidade da administração norte-americana, este Serviço tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do

Brasil ao esforço de guerra durante a II Guerra Mundial".

(Mercadante, 2002: 239)

O SESP destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e também pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária. Foi pioneiro na atenção básica domiciliar; na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos. O SESP marcou época na saúde brasileira, abrindo unidades em remotas localidades do Norte e Nordeste prestando serviços que iam desde o saneamento básico até pequenas cirurgias. Em 1960, o SESP foi transformado em uma fundação do Ministério da Saúde.

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949 quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar, até então inexistente no setor público; financiamento consorciado de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensão e, principalmente, o atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), criado em 1968, destacou-se por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país. Entre elas, a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, que foi objeto de forte resistência - mesmo que não explícita - da área previdenciária. Tal resistência levou o governo a cancelar o Plano, já que a proposta implicava perda de poder da Medicina

Previdenciária em favor do Ministério da Saúde. No vácuo deixado pelo cancelamento do PNS, o Ministro da Saúde tentou implementar um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Estes princípios eram a universalização da assistência; a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Ao tentar assumir, de fato e de direito, a competência de implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde provocou forte antagonismo e o projeto abortou os elementos que estavam no seu cerne (universalização, regionalização, hierarquização da rede e comando único). Esses elementos só foram retomados quinze anos mais tarde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Assembléia Nacional Constituinte. Hoje, estes são os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

"Se a busca de um sistema de saúde universal fracassou nas tentativas hegemônicas do Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, um ano depois do cancelamento do Plano Nacional de Saúde, deu um passo importante com o Plano de Pronta Ação (PPA). Esse passo embora coerente com a estratégia gradualista de extensão de cobertura adotada pela previdência social, rompeu – mais uma vez (a primeira foi com a criação do SAMDU) – a lógica da vinculação do direito de assistência médica à condição de contribuinte da previdência". (Mercadante, 2002: 242)

O PPA consistia num conjunto de mecanismos normativos cuja finalidade maior era proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados, independente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência.

A importância histórica dessa política está no fato de, pela primeira vez após a extinção do SAMDU, a previdência social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal.

Em 1972 foi aprovado o Segundo Plano Decenal de Saúde. Seu eixo fundamental era constituído pela afirmação da saúde como direito fundamental do indivíduo e das populações, a responsabilidade dos Estados em assegurar esse direito a todos e a estratégia de expansão das coberturas com serviços de saúde visando à sua universalidade.

Em 1975, o governo federal toma a iniciativa de organizar o setor saúde de forma sistêmica definindo dois grandes campos institucionais:

- Ministério da Saúde; de caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada preferencialmente para medidas e atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária;
- Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído pela Lei 6229/75, foi conceituado como:

“O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

(Mercadante, 2002: 243)

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 76.307/76, reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizando – para unidades mais simples localizadas na periferia - as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando – em locais estratégicos – os recursos e serviços especializados ou de maior porte.

No final dos anos 70 e no início da década seguinte, repercutiam sobre o setor saúde os primeiros movimentos de transição democrática e a profunda crise econômica do país, com especial repercussão no financiamento do Estado.

A crise econômica teve duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição de renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde. Por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos

destinados à saúde. Neste cenário, consolidou-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram:

- A melhoria das condições de saúde da população;
- O reconhecimento da saúde como direito social universal;
- A responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito;
- A reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios de integralidade da atenção e da equidade;
- A reorganização do sistema, com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

A construção de sólida aliança política em torno dessas teses que foram legitimadas, em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Ela não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos (sobretudo da previdência social) como incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde.

A VIII Conferência Nacional da Saúde foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante a plenária da Conferência, onde estiveram presentes aproximadamente cinco mil pessoas (entre as quais mil delegados), discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Ela não se restringiu ao momento de sua realização em Brasília: foi um processo de discussão,

propiciando um debate amplo e duradouro sobre a política de saúde, iniciado com as pré-conferências estaduais, culminando na conferência em si e se desdobrando em 1986/1987 nas discussões das chamadas conferências "específicas" por temas e áreas de atuação.

Os desdobramentos principais da Conferência foram a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde. A primeira, de composição paritária governo/sociedade civil, realizou um trabalho eminentemente técnico, com poucas repercussões políticas. Já a Plenária Nacional de Entidades de Saúde se fez representar no processo constituinte visando a aprovação das propostas da VIII Conferência Nacional da Saúde, e obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito; a instituição de um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios à universalidade e a integralidade da atenção; a descentralização, com comando único em cada esfera do governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que se incorporaram ao novo texto constitucional.

O conceito de seguridade social como

“um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”
(Constituição Federal, art 194),

constituiu uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988. O novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Primeiro, reconhecendo a saúde como direito social; segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área. Esse novo marco referencial está expresso em outros dois dispositivos constitucionais:

"Artigo 196 – O direito à saúde deverá ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento;

Artigo 198 – As ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

II - A descentralização com direção única em cada esfera de governo e;

III - A participação comunitária."

(Constituição Federal, 1988)

Consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania. Sua regulamentação, através da Lei 8080/90, incluiu, entre os princípios do então criado Sistema Único de Saúde (SUS), a "igualdade da assistência, sem preconceitos, privilégios de qualquer espécie" (art.7º inciso IV).

O Ministério da Saúde é o grande responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela sua descentralização.

A inclusão da participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi uma das mais importantes inovações introduzidas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988, propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social entre as políticas públicas.

Na área da saúde, os instrumentos de participação são os Conselhos (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. Nesses colegiados, a sociedade civil tem presença significativa. Nos Conselhos e

Conferências de Saúde, os representantes dos usuários ocupam metade dos postos, a outra metade é formada pela representação dos provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com a participação de representantes de vários segmentos sociais, as conferências têm sido convocadas regularmente a cada quatro anos para avaliar a situação da saúde e oferecer diretrizes para a formulação da política setorial.

A Promoção da Saúde reinaugura o debate de que a saúde não é um análogo inverso à doença, mas um conceito a ser socialmente construído e a servir de base para o trabalho do setor e a sociedade em seu conjunto.

No Brasil, a Promoção da Saúde deve se confundir com a construção de sujeitos cidadãos, que se encontra assinalada nos princípios do Sistema Único de Saúde. Ele é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceram as bases para a abordagem integral da saúde no Brasil, porém têm se centrado na organização dos serviços de atenção à doença. A inserção da Promoção da Saúde no SUS permite questionar a hegemonia do enfoque biomédico e recuperar as promessas da reforma sanitária brasileira, apontando para uma abordagem da saúde em toda a sua complexidade.

As normas pactuadas nacionalmente que regulam o processo de descentralização e a reorganização do modelo de atenção vêm introduzindo, com maior ou menor intensidade, a perspectiva da Promoção da Saúde. A Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/96), a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde, apresenta como bases para sua estruturação:

- "Participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre serviço e os usuários, e caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas;
- Concentração das ações de saúde na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com as famílias;
- Modelo epidemiológico considerado como eixo de análise dos problemas de saúde, segundo o entendimento de que este incorpora como objeto de ação das pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais;
- Uso de tecnologias de educação e comunicação social, elementos essenciais em qualquer nível de ação;
- Construção da ética coletiva, que agrega as relações entre usuário, sistema e ambiente, e possibilita

mudanças nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de suas própria saúde;

- Intervenções ambientais que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde". (Mercadante, 2002: 294)

Considera-se, portanto, que, no processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a Promoção da Saúde emerge e se fortalece como diretriz orientadora de uma Política Nacional de Saúde, representando a concretização das estratégias de Promoção da Saúde, isto é, que tenha como objetivo maior a saúde dos cidadãos, a ser construída com a participação da população, que propicie o desenvolvimento das potencialidades dos cidadãos e que reforce a ação comunitária, além de demonstrar potencialidades para reorganizar o sistema de atenção na perspectiva da saúde.

Capítulo 7 - Promoção da Saúde e Envelhecimento

Chegamos finalmente ao cerne deste nosso trabalho: o envelhecimento. Por quê hoje é necessário pensarmos o envelhecimento? O que mudou para passarmos a nos preocupar com este assunto?

Segundo Risi Jr (2002), em todo mundo, o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente. No final do século XX eram estimados 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária, sendo projetado para 2025 o montante de um bilhão e duzentos milhões, atingindo dois bilhões em 2050.

Atualmente, cerca de 60% das pessoas idosas, definidas como aquelas com 60 anos de idade ou mais, vivem nos países em desenvolvimento, devendo atingir 75% em 2025.

Apresentamos abaixo uma tabela que mostra o crescimento da expectativa de vida no Brasil, entre 1900 e 2000.

Tabela 1 - Expectativa de vida em anos

Ano	Expectativa de vida em anos
1900	33.7
1910	34.08
1920	34.51
1930	36.49
1940	41.5
1950	45.5
1960	51.6
1970	53.5
1980	61.8
1990	65.5
2000	68.6

Fonte; Risi Jr,2002

No gráfico a seguir fica mais evidente que a população brasileira, no referido período, sofreu um incremento da ordem de 103% quanto à

expectativa de vida ao nascer, passando dos 33,7 anos em 1900 para 68,6 em 2000. Um crescimento dessa ordem altera sensivelmente a estrutura e as relações sociais, trazendo o foco de análise para um novo ponto que é este segmento da sociedade com mais de 60 anos de idade.

Gráfico 1 - Expectativa de vida ao nascer

(Gráfico construído a partir dos dados constantes da tabela 1)



À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando, sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que contribuiu para a queda verificada na mortalidade.

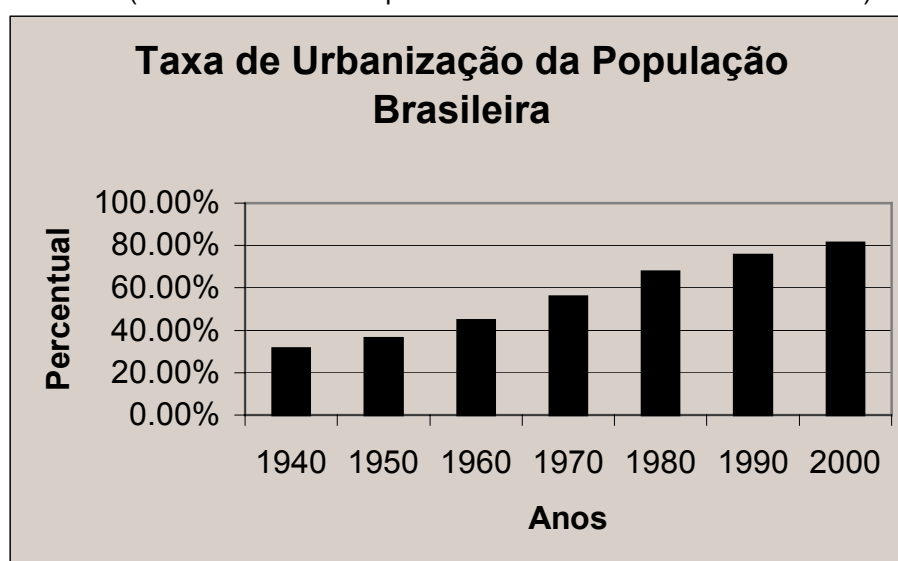
Tabela 2 - Taxa de Urbanização

Ano	Taxa de Urbanização
1940	31.42%
1950	36.16%
1960	44.67%
1970	55.92%
1980	67.59%
1990	75.59%
2000	81.23%

Fonte: Risi Jr, 2002

Gráfico 2 - Taxa de Urbanização

(Gráfico construído a partir dos dados constantes da Tabela 2)



Ao persistir a tendência do envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para este início do século XXI indicam que 82% dos idosos estarão morando nas cidades.

O Brasil, atualmente, apresenta 8,6% da sua população total com idade igual ou superior a 60 anos. Entre os estados, o Rio de Janeiro é o de maior concentração de idosos, com 10,7%.

No Rio de Janeiro, cidade com cerca de seis milhões de habitantes, encontramos 708 mil idosos, predominantemente na Zona Sul e na Tijuca, sendo que o bairro de Copacabana reúne 28% deles.

A velhice, geralmente, é descrita como um tempo de perdas e de doenças. Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. No campo da saúde, há referência ao aparecimento das doenças crônicas. Na área econômica, há referência a diminuição de renda e a um concomitante aumento dos gastos, particularmente em função dos problemas com a saúde. Há o declínio funcional levando à incapacidade progressiva de exercer as atividades cotidianas e à perda de autonomia. No âmbito das relações sociais, há referência a um comprometimento da inserção social: morte de parentes e amigos e aposentadoria favorecem a diminuição da rede social, a perda de papéis sociais, a marginalização e o isolamento. De maneira geral, todos esses problemas convergem para um conjunto de perdas diversas, todas elas implicando num aumento progressivo da dependência e na exigência de diferentes níveis de suporte.

Por capacidade funcional entende-se a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Este conceito surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade, uma vez perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o diagnóstico e o tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, significa a valorização da autonomia e da autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso.

É possível buscar o envelhecimento saudável através da Promoção da Saúde e da prevenção de doenças, mantendo a capacidade funcional pelo maior tempo possível.

A manutenção da capacidade funcional e a preservação da autonomia estão interligadas e constituem, hoje, o objetivo da atenção ao idoso e tem sido a bandeira da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em seus relatórios e na Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, a OMS tem ressaltado a importância da implementação das medidas de Promoção da Saúde como meio de garantir o envelhecimento ativo.

"O envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social - através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice conforme determinações da Organização das Nações Unidas (ONU). Ele depende de corretos hábitos de vida, inserção familiar, inserção social e adequação ambiental sendo a saúde a chave".
(Freitas, 2004: 33)

Há um crescente reconhecimento que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva e que, portanto, é necessário investir,

preparando o mundo para uma maior longevidade - considerando a média de idade hoje.

"O envelhecimento populacional, fenômeno mundial, está colocando o Brasil no grupo de países com o maior número de idosos do planeta. Se por um lado este aumento da expectativa de vida é o resultado de políticas de incentivos na área de saúde e de progresso tecnológico, por outro, ele acarreta um enorme desafio, pois coloca outras demandas e pressões, como por exemplo, as que recaem sobre os sistemas de saúde e previdência social. Por outro lado o idoso, caracteristicamente, apresenta múltiplas doenças, exigindo a adoção de protocolos de avaliação adequados à sua condição. Assim, um dos grandes desafios deste século será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível sócio-econômico e educacional". (Freitas,2004: 34)

A complexidade do processo de envelhecimento exige seu estudo por diversas disciplinas, sob múltiplos ângulos. O tema só emerge enquanto fenômeno social de alta relevância a partir do século XX, testemunha de maior expectativa de vida e de avanços nas áreas da saúde, do saneamento básico, da tecnologia e da questão ambiental, principalmente nos países do chamado Primeiro Mundo. As condições objetivas de vida da população interferem diretamente no envelhecimento, tanto no que se refere ao aumento quantitativo da expectativa de vida quanto à qualidade oferecida

aos que envelhecem, através de políticas sociais nas áreas da saúde, da previdência e da assistência.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) tem parâmetros diferenciados para o início do processo de envelhecimento. Entende, desde 1982, que nos países mais ricos o patamar começa aos 65 anos, enquanto que nos países subdesenvolvidos (ou em desenvolvimento) se inicia aos 60 anos. O envelhecimento, portanto, mesmo referindo-se a uma faixa etária determinada, tem suas especificidades marcadas pela classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais e/ou coletivas da região. (Goldman, 2004: 65)

Compreendemos o envelhecimento como um processo que ocorre em cada pessoa, individualmente, mas condicionado a fatores sociais, culturais e históricos, que vão se rebater na sociedade como um todo, envolvendo os idosos e as várias gerações. Por seu caráter multifacetado, o envelhecimento abarca múltiplas abordagens: físicas, emocionais, sociais, econômicas, políticas, ideológicas, culturais, históricas, dentre outras.

"Entendemos os idosos como sujeitos históricos e, como tal, criadores e criaturas da sociedade da qual fazem parte. E, enquanto vivem, continuam a aprender permanentemente e a repassar o que sabem para a sua e para as demais gerações. A função social e política dos idosos há que ser conquistada no cotidiano, construída e, sempre em

processo de dinamismo, compatível com a sociedade".(Goldman, 2004: 73)

Segundo Berquó (1999), a situação no Brasil faz eco no panorama mundial, caracterizando-se, entretanto, por algumas particularidades. Em um país tão marcado pelas desigualdades, como o Brasil, o processo do envelhecimento pode reforçar desigualdades em termos de qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos.

No Brasil, o Estado tem um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, papel este capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

A universalização dos benefícios da seguridade social, ocorrida na última década do século XX, contribuiu positivamente para que as famílias com membros idosos tivessem um aumento de suas rendas e, conseqüentemente, melhor condição de vida. O Censo de 1991 indicava que 60,4% dos idosos brasileiros eram responsáveis pelos domicílios. Em 2000, este número sobe para 62,4%. A contribuição

"desse contingente idoso ao crescimento econômico e ao desenvolvimento social pode ser positiva na medida em que sua participação no processo produtivo deixe de ser um problema e passe a ser parte da solução". (Medeiros,2004: 189)

Os idosos, além de contribuírem para o aumento da renda da família, ainda prestam serviços e dispensam cuidados especiais, principalmente as crianças e aos membros doentes da família.

"A relação entre velhos e crianças que se dá na família ou em ações na comunidade resulta em uma troca enriquecedora tanto para os mais jovens como para os que estão envelhecendo. O ato de cuidar é uma via de mão dupla: os velhos transmitem carinho, histórias, valores e, com frequência, recebem das crianças o apoio e a motivação que dão significado às suas vidas". (Medeiros, 2004: 191)

O crescimento demográfico da população idosa exige a preparação adequada do Brasil para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Neste sentido, a Política Nacional da Saúde do Idoso tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para fazer frente ao desafio de promover o envelhecimento saudável, algumas alternativas foram desenvolvidas e dentre elas podemos citar a estruturação de Universidades da Terceira Idade, criação de grupos de convivência para idosos e grupos de tratamento e acompanhamento de

doenças crônicas (tais como: diabetes, hipertensão arterial, osteoporose). Estes últimos desenvolvidos principalmente nos Postos de Saúde.

Estas estratégias têm em comum a atividade de Educação em Saúde uma vez que sem acesso à informação e sem oportunidade de aprendizagem de assuntos relacionados à saúde não seria possível o empoderamento da comunidade e/ou do indivíduo nem seria possível o desenvolvimento de atitudes e habilidades favoráveis à saúde.

Como objeto de estudo para a presente dissertação acompanhamos as atividades do Programa de Assistência à Saúde do Idoso - PASI vinculado ao Centro de Saúde Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Este Programa funciona como um Grupo de Convivência uma vez que seus participantes permanecem nele durante o tempo que desejarem, não existindo duração estipulada para o desenvolvimento de cada atividade. Seus participantes são todos residentes na mesma área geográfica, e, portanto submetidos aos mesmos problemas e dificuldades. Através da troca de experiências, aprendizado de temas vinculados à saúde, o grupo passa a ter maior possibilidade de discutir seus problemas, propondo soluções. Isto é o chamado processo de empoderamento da comunidade.

Achamos interessante, antes de passarmos a discussão dos resultados de nossa pesquisa, apresentar, mais detalhadamente, o Programa de Assistência à Saúde do Idoso (PASI) da Fundação Oswaldo Cruz.

"O PASI foi criado em dezembro de 1995, por iniciativa de um grupo de ex-alunos do curso de Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública e atende, exclusivamente, a população, maior de 60 anos de idade, de baixa renda e moradora das comunidades circunvizinhas a FIOCRUZ". (Reis, 2002: 145)

Sua equipe multidisciplinar é composta, principalmente por voluntários sob a coordenação de uma funcionária do quadro permanente da FIOCRUZ.

O Programa funciona três vezes por semana com atendimento individual (Médico, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia) e em grupo (Educação em Saúde, Dança Sênior, Psicomotricidade, Grupo de Convivência, Artesanato, Canto Coral, Ginástica).

Dentre os trabalhos desenvolvidos pelo Programa destaca-se a atividade de Educação em Saúde. Este espaço é utilizado como meio de trabalhar a Promoção da Saúde e capacitar os membros do grupo para o gerenciamento de sua própria saúde.

Além das atividades que se realizam no espaço físico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, são promovidos também passeios, participação em congressos, simpósios e eventos sociais do calendário oficial da cidade do Rio de Janeiro, voltados para a Terceira Idade.

"Os trabalhos do PASI são definidos em três campos de ação em conformidade com a concepção de Promoção da Saúde:

- *Incremento do poder das comunidades*, através do estímulo a participação semanal na atividade de educação em saúde, favorecendo o *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e político para atuar em prol de sua saúde, que de acordo com o pressuposto da Promoção da Saúde, as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos temas de saúde, bem como acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde.

- *Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde*, através de atividades coletivas e individuais, buscando capacitar e estimular a realização de trabalhos manuais, favorecendo a geração de renda; contribuir com subsídios que permitam mudanças no comportamento e estilos de vida, através de aconselhamentos, conscientizando a necessidade de modificação de hábitos para que minimizem os agravos à saúde e previnam doenças, objetivando a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e saúde.

- *Reorientação dos serviços de saúde*, através da atuação direta no direcionamento da concepção da Promoção da Saúde do Idoso, demonstrando que é possível mudanças efetivas de comportamentos favoráveis à sua saúde, utilizando estratégias já apresentadas, estimulando práticas relacionadas a escolha de hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos,

atividades de educação e lazer, dieta alimentar mais adequada, tendo como meta transformar a morbidade em condição de vida saudável". (Reis, 2002: 146 -147)

O idoso, ao se inscrever no Programa, passa a ter acesso a todas as atividades oferecidas das quais queira participar. Ele é estimulado a frequentar mais que uma atividade, mas a atividade central, é a de Educação em Saúde, que acontece às quintas-feiras. Este é o ponto de encontro de todos eles. Durante esta atividade se verifica a presença de forma sistemática para que, caso seja constatada a ausência de um determinado idoso em reuniões consecutivas sem que a equipe tenha informação sobre o motivo da falta, sejam tomadas providências como, por exemplo, a ida de um agente de saúde ou mesmo de um outro idoso à casa do faltoso de modo a verificar o que está acontecendo e auxiliar no que for necessário e possível.

Os temas abordados nesta atividade de Educação em Saúde são sugeridos pela Coordenação, pela equipe e pelos próprios usuários. Os palestrantes são profissionais convidados com reconhecida experiência no tema a ser abordado. Uma vez que não existem recursos para sua remuneração, sua participação é voluntária, o que pode restringir as opções da Coordenação em relação aos convidados.

Neste mesmo espaço, as reuniões de quinta-feira, regularmente são feitas avaliações quanto ao andamento do Programa. No último mês de setembro, foi feita uma avaliação do PASI através de uma dinâmica de grupo. Os resultados obtidos foram tabulados e apresentados ao grupo de

forma a estimulá-los a sugerir reorientação do Programa, visando correções de rumo que possibilitem um melhor aproveitamento deste espaço para atingimento dos objetivos tanto dos usuários quanto da equipe. A avaliação do Programa foi bastante positiva, deixando clara a percepção dos participantes quanto ao papel de cada um dos membros da equipe e da importância atribuída ao entrosamento não só da equipe como também dos participantes e entre eles e a equipe. A Coordenadora foi apontada como a principal responsável por esse entrosamento e clima de harmonia.

Alguns outros grupos de atendimento a Idosos têm como objetivo cobrir o maior número de usuários, fazendo inscrições para cursos com início e término determinados e, com isso favorecem e, até mesmo, estimulam a rotatividade dos seus participantes. Já o PASI visa a continuidade de participação de todos os usuários ao longo do tempo, criando um laço efetivo e afetivo entre os participantes. São abordagens diferentes do mesmo problema que buscam atingir o mesmo objetivo, qual seja, auxiliar o idoso a se inserir, buscar seu espaço social, se respeitar nesse novo ciclo de sua vida.

Um aspecto que favorece a relação entre os usuários do PASI é o fato de morarem nas comunidades circunvizinhas a FIOCRUZ, e estarem, portanto submetidos às mesmas situações tanto as positivas como as negativas.

Todos os moradores das comunidades próximas à FIOCRUZ recebem atendimento médico no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) o que se torna um diferencial pois não têm a necessidade de

chegar de madrugada para conseguir senha de atendimento. Este Posto de Saúde é exclusivo para o atendimento a essa população.

O Centro de Saúde conta em seu quadro com a presença de uma médica geriatra para acompanhamento dos idosos da comunidade. Esta geriatra mantém estreita relação com a equipe de profissionais do PASI o que facilita o atendimento do idoso da forma mais ampla possível. A troca de informações é constante e tanto a equipe do PASI quanto a médica geriatra passam a ter uma visão mais próxima da realidade dos idosos com os quais estão trabalhando.

Passaremos agora a apresentação dos dados de nossa pesquisa sobre o Programa de Assistência à Saúde do Idoso - PASI.

Capítulo 8 - Metodologia

Tendo em vista um estudo detalhado do Programa de Assistência à Saúde do Idoso (PASI), contatamos inicialmente sua Coordenadora, apresentando nossa proposta de trabalho e verificando o interesse e a disponibilidade para que os idosos do PASI fossem o objeto de nosso estudo. A Coordenadora se mostrou inicialmente interessada e convidou-nos a freqüentar as reuniões do Programa para que pudéssemos conhecer melhor a sua dinâmica interna e os profissionais envolvidos. Após algumas semanas apresentamos um projeto, onde definíamos o método da entrevista estruturada como sendo aquele a ser utilizado no levantamento de dados.

Elaboramos então um roteiro, com perguntas abertas e fechadas, que foi dividido, inicialmente, em cinco blocos. O primeiro destinado à identificação do entrevistado; no segundo indagávamos sobre sua escolaridade; no terceiro levantávamos a composição familiar; o quarto bloco explorava a situação econômica. O quinto bloco abordava o Programa de Assistência à Saúde do Idoso (PASI) e a percepção do Idoso sobre a relação entre seu dia-a-dia e sua participação no Programa. A Coordenação aprovou nosso projeto e solicitou que o mesmo fosse submetido à análise da Coordenadora de Pesquisa do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) sendo novamente aprovado. Foi incluído um sexto bloco que se referia à sala de espera de consultas do Centro de Saúde. Este bloco foi incluído por solicitação da Coordenadora de Pesquisa do CSEGSF como uma forma de otimizar o esforço de levantamento das impressões e

sugestões para melhoria da sala de espera do Centro de Saúde. Para fins do presente estudo, este último bloco não será considerado.

Durante a construção do roteiro de entrevista contamos com o auxílio da Coordenadora e da profissional voluntária que desenvolve um trabalho de psicomotricidade e de memória com os idosos. Discutimos o conteúdo e a forma de apresentação das questões.

Após a aprovação do projeto, os idosos foram informados oficialmente sobre o objetivo de nossa presença no Programa e de como se daria o levantamento dos dados. Mesmo já tendo sido feita essa exposição geral, a cada um dos participantes, no momento da entrevista, apresentávamos o escopo do trabalho, os objetivos a serem alcançados, a finalidade a que se destinava e era dada a possibilidade de escolha quanto a participar ou não do levantamento. A adesão foi integral e temos em nosso poder os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por cada um dos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente e, em sua grande maioria, na sala da Coordenação do Programa que foi disponibilizada para tal fim.

A população-alvo era composta de idosos frequentadores do PASI e, nosso objetivo básico, levantar sua percepção quanto à relação entre a sua qualidade de vida e a sua participação no Programa.

Não houve seleção de amostra uma vez que desejávamos entrevistar todos os idosos inscritos no Programa. Isto se tornou inexecutável uma vez que uma parcela equivalente a 18% não esteve acessível durante os três

meses de realização da coleta de dados. Por problemas de saúde (própria ou de parentes) ou por motivos de viagem (a passeio ou para atender demandas familiares) alguns idosos acabaram não fazendo parte do levantamento. Achamos que esta perda não alterará significativamente os dados levantados uma vez que o número de sujeitos pesquisado é equivalente a 82% do universo total e, portanto, bastante representativo da população pesquisada.

Posteriormente, as respostas foram transcritas de forma a ter a resposta de todos os entrevistados a cada uma das perguntas. Isto permitiu a categorização das respostas, através da busca de um conteúdo comum as muitas respostas, sem a perda da riqueza individual de cada uma das entrevistas. Este procedimento foi adotado para todas as questões abertas e permitiu a quantificação das categorias de respostas.

Para verificarmos a relação existente entre as variáveis estudadas, construímos tabelas de contingência e aplicamos o teste estatístico qui-quadrado.

Capítulo 9 - Resultados e Discussão

Foram entrevistados 85 participantes do Programa de Assistência à Saúde do Idoso. Do total de entrevistados, dois não se enquadram como idosos, pois têm menos de 60 anos e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, só são idosos aqueles com idade superior a 65 anos para os habitantes dos países desenvolvidos ou 60 anos para aqueles dos países em desenvolvimento. Estes dois freqüentadores do PASI foram inscritos por solicitação de outros participantes do Programa e por se tratarem de pessoas sozinhas, apresentando grau elevado de isolamento e depressão. Apostou-se que a participação no grupo traria conforto a estas pessoas, fazendo-as se sentir incluídas, abrindo assim um novo círculo de amizades ao qual eles passariam a se referenciar.

A idade dos entrevistados varia entre 53 e 93 anos sendo a idade média de 72,24 anos. Da amostra entrevistada, 68% se situam entre 65 e 79 anos.

Tabela 3 - Naturalidade

Naturalidade	f	%
Norte	2	2.35%
Nordeste	33	38.82%
Sudeste	47	55.29%
Sul	1	1.18%
Centro-Oeste	0	0.00%
sub-total	83	97.65%
Estrangeiro	2	2.35%
TOTAL	85	100.00%

Apenas dois são estrangeiros, nascidos em Portugal. Os demais, 97,65% são brasileiros sendo 55,29% originários da região Sudeste, e

38,82% oriundos dos estados do Nordeste. Os nascidos no Rio de Janeiro correspondem a 22,35% dos entrevistados.

Tabela 4 - Escolaridade

ESCOLARIDADE	f	%
Analfabeto	14	16.47%
Primeiro Grau Incompleto	63	74.12%
Primeiro Grau Completo	6	7.06%
Segundo Grau Incompleto	0	0.00%
Segundo Grau Completo	2	2.35%
Terceiro Grau Incompleto	0	0.00%
Terceiro Grau Completo	0	0.00%
TOTAL	85	100.00%

A grande maioria, 74,12% dos entrevistados estudou apenas as primeiras séries do 1º grau apresentando uma média de 3,72 anos de estudo. Quatorze participantes se declaram analfabetos, o que corresponde à 16,47% da amostra.

Tabela 5 - Sexo

SEXO	f	%
Masculino	16	18.82%
Feminino	69	81.18%
TOTAL	85	100.00%

Quanto ao sexo, percebemos um predomínio do sexo feminino uma vez que 81,18% são mulheres e apenas 18,82% são do sexo masculino. O fato de termos mais mulheres do que homens, não é uma exclusividade do PASI. Teixeira (2002), estudando o Projeto de Valorização do Envelhecer (PROVE) vinculado ao Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, encontra situação semelhante. No presente estudo não temos a pretensão de explicar este fenômeno; apenas o registramos deixando em aberto para posterior investigação.

Tabela 6 - Estado civil

Estado Civil	f	%
Solteiro(a)	12	14.12%
Casado(a)	29	34.12%
Separado(a)	6	7.06%
Divorciado(a)	4	4.71%
Viúvo(a)	34	40.00%
TOTAL	85	100.00%

Quarenta por cento dos entrevistados é viúvo(a) e 34,12% são casados. Solteiros são 14,12% e 11,77% são separados ou divorciados.

Tabela 7 - Mora com

Mora	f	%
Só	24	28.24%
Cônjuge	17	20.00%
Outros parentes	33	38.82%
Cônjuge + outros parentes	11	12.94%
TOTAL	85	100.00%

Os entrevistados ou moram só (28,24%) ou acompanhados (71,76%). Nenhum deles se encontra internado em instituição asilar. Dos que moram acompanhados, 20% moram apenas com seus cônjuges; 38,82% moram acompanhados de outros parentes e 12,94 moram com outros parentes além do cônjuge. Por "outros parentes" entendemos os filhos, netos, noras, genros, irmãos e etc.

Tabela 8 - Filhos

Filhos	f	%
Sim	78	91.76%
Não	7	8.24%
TOTAL	85	100.00%

A maioria tem filhos (91,76%) atingindo a média de 4,58 filhos por entrevistado.

Tabela 9 - Tipo de Moradia

Tipo de Moradia	f	%
Própria	70	82.35%
Alugada	7	8.24%
Cedida	6	7.06%
Barraco de madeira	2	2.35%
TOTAL	85	100.00%

Em relação ao tipo de moradia, 82,35% moram em casa própria; 8,24% em casa alugada; 7,06% em casas cedidas pelos próprios filhos e apenas 2,35% relatam morar em barraco de madeira. Um dos idosos que mora em casa alugada, alugou sua casa para obter um incremento na sua renda e o filho paga o aluguel da casa onde ele mora.

Tabela 10 - Renda Própria

Renda própria	f	%
Sim	75	88.24%
Não	10	11.76%
TOTAL	85	100.00%

A maioria dos entrevistados tem renda própria (88,24%) sendo a média de 1,39 salários mínimos. Esta renda própria provém de aposentadoria, pensão por viuvez ou por morte de filhos. Quanto à renda familiar, a média é de 2,08 salários mínimos. Considerando-se os idosos que moram com "outros parentes" e aqueles que moram com o "cônjuge e outros parentes" (n=44) encontramos 9 deles (20,45%) que são única fonte de renda de seu núcleo familiar e 23 (52,27%) em que a renda familiar supera em apenas um salário mínimo a renda do idoso. Isto nos mostra o quanto a renda do idoso contribui para a renda familiar. Este fato pode ser compreendido como resultado da universalização de benefícios da Previdência Social, uma das conquistas sociais da Constituição Federal de 1988.

"Na análise do Censo Demográfico de 2000, ficou constatado que o idoso é o principal provedor em 58% das famílias brasileiras que incluem idosos na sua constelação. Inverte-se assim a lógica de entender o idoso como dependente de seus filhos e demais parentes. (Goldman, 2004: 62)

Tabela 11 - Trabalha atualmente

Trabalha atualmente	f	%
Sim	6	7.06%
Não	79	92.94%
TOTAL	85	100.00%

Tabela 12 - Trabalha atualmente (discriminada)

Trabalha atualmente	f	%
Não	79	92.94%
Serviços domésticos	2	2.35%
Atividade comercial	4	4.71%
TOTAL	85	100.00%

Apenas 7,06% trabalham atualmente. Os demais (92,94%) não trabalham mais. Dos que mantêm atividade laborativa, 2,35% atuam em trabalhos domésticos (fazer faxina, passar roupa) e 4,71% se dedicam a atividade comercial (barraca de doces, salão de barbeiro).

Tabela 13 - Aposentado

Aposentado	f	%
Sim	55	64.71%
Não	30	35.29%
TOTAL	85	100.00%

Dos entrevistados, 64,71% são aposentados pelo sistema de Previdência Social.

Tabela 14 - Pensionista

Pensionista	f	%
Sim	28	32.94%
Não	57	67.06%
TOTAL	85	100.00%

Apenas 32,94% são pensionistas. Como já dissemos anteriormente, essas pensões são decorrentes de viuvez ou morte de filho(a).

Tabela 15 - Principal Fonte de Renda

Principal Fonte de Renda	f	%
Aposentadoria	59	69.41%
Pensão	18	21.18%
Sem renda	3	3.53%
Aluguel de imóvel	2	2.35%
Cheque idoso	1	1.18%
Atividade remunerada (trabalho)	2	2.35%
TOTAL	85	100.00%

Dentre os entrevistados 69,41% declaram ser a aposentadoria a principal fonte de renda. Se somarmos Aposentadoria e Pensão teremos 90,59% como beneficiários da Previdência Social. Como outras fontes foram encontradas: aluguel de imóvel e cheque idoso.

Tabela 16 - Chefe de Família

Chefe de família	f	%
Sim	55	64.71%
Não	30	35.29%
TOTAL	85	100.00%

Declaram-se chefes de família 64,71% respondendo por toda ou pela maioria das despesas da casa, os demais 35,29% ajudam nas despesas, mas não se consideram chefes da família.

Tabela 17 - Recebe ajuda material

Recebe ajuda material	f	%
Sim	13	15.29%
Não	72	84.71%
TOTAL	85	100.00%

Tabela 18 - Recebe ajuda material (discriminada)

Recebe ajuda material	f	%
Dinheiro	3	3.45%
Cesta básica	5	5.75%
Pagamento de aluguel	1	1.15%
Pagamento de contas em geral	3	3.45%
Pagamento de empregada	1	1.15%
Compra de remédios	2	2.30%

Perguntados se recebiam ajuda material 84,71% declaram não receber ajuda material de nenhuma espécie. Os demais, 15,29% recebem ajuda que se traduz em pagamento de contas, aluguel, compra de remédios, fornecimento de cesta básica. Dos que recebem ajuda material, 80% recebem esta ajuda dos filhos.

Tabela 19 - Recebe ajuda funcional

Recebe ajuda funcional	f	%
Sim	1	1.18%
Não	84	98.82%
TOTAL	85	100.00%

Apenas uma idosa (1,18%) recebe ajuda funcional que se traduz em cuidados da própria casa. Essa atividade é desenvolvida pela filha. Os demais são autônomos.

Tabela 20 - Dá ajuda material

Dá ajuda material	f	%
Sim	22	25.88%
Não	63	74.12%
TOTAL	85	100.00%

Tabela 21 - Dá ajuda material (discriminada)

Dá ajuda material?	f	%
Dinheiro	12	14.12%
Cesta básica	6	7.06%
Pagamento de aluguel	1	1.18%
Pagamento de contas em geral	1	1.18%
Compra de remédios	2	2.35%
Não	63	74.12%

Ao serem perguntados se davam algum tipo de ajuda material, 25,88% declaram que sim. Dos 22 que declaram dar algum tipo de ajuda material, em 16 casos (72,72%) essa ajuda reverte para membros da própria família e consiste em dar dinheiro, fornecimento de cestas básicas e pagamento de contas em geral. Os demais, 74,12% declaram não dar nenhum tipo de ajuda material a ninguém.

Tabela 22 - Dá ajuda funcional

Dá ajuda funcional	f	%
Sim	4	4.71%
Não	81	95.29%
TOTAL	85	100.00%

Quanto a dar ajuda funcional, 95,29% dos entrevistados declaram não dar. Apenas 4,71% dão ajuda funcional que se traduz no cuidado de parentes doentes, cuidar de netos e da casa de algum filho(a) enquanto este trabalha.

Tabela 23 - Dá ajuda funcional (discriminada)

Dá ajuda funcional	f	%
Cuidar da casa de terceiros	2	50.00%
Cozinhar para a família da filha	1	25.00%
Cuidar dos netos	1	25.00%

Tabela 24 - Participa de algum outro grupo desse tipo

Participa de algum outro grupo desse tipo	f	%
Sim	8	9.41%
Não	77	90.59%
TOTAL	85	100.00%

A maioria dos entrevistados 90,59% não participa de nenhum outro grupo semelhante ao PASI. Apenas 9,41% participam de outros grupos voltados para a Terceira Idade. Destes, 50%, ou seja 4 idosos, freqüentam grupos promovidos pela Igreja.

Tabela 25 - Como soube do PASI

Como soube do PASI	f	%
Coordenação	3	3.53%
Espontâneo	11	12.94%
Médico	26	30.59%
Não participantes	25	29.41%
Participantes	20	23.53%
TOTAL	85	100.00%

O grande canalizador de participantes para o PASI é o médico geriatra, sendo responsável por 30,59% dos encaminhamentos. Em segundo lugar, encontramos o que chamamos de não participantes que seriam pessoas que conhecem o PASI, tem uma visão positiva do programa, mas não o freqüentam (por exemplo: pessoas que trabalham na FIOCRUZ e que moram na comunidade). Eles são responsáveis por 29,41% dos encaminhamentos. Os próprios participantes do programa também são responsáveis pelo encaminhamento de 23,53%. Por último, temos a demanda espontânea, devido por exemplo à curiosidade de alguns idosos, atualmente freqüentadores do PASI, e que, ao verem muitos idosos entrando na FIOCRUZ, os seguiram e descobriram o PASI. A Coordenação do Programa também responde por uma parcela dos encaminhamentos.

O fato de os próprios participantes serem responsáveis por quase 25% dos novos ingressos no Programa nos dá uma idéia da avaliação positiva que eles fazem do PASI, pois ninguém indica aos amigos algo que

não goste, onde não se sintam bem. Um outro aspecto que corrobora esta impressão é a permanência dos idosos no Programa que apresenta uma média de 4,38 anos. Do total de idosos inscritos no PASI, 48,23% participam do Programa entre dois e cinco anos e 34,12% freqüentam-no entre seis e nove anos. Hoje, freqüentando o Programa temos oito idosos (9,41%) que participam desde a criação do PASI em 1995, há nove anos.

Como já dissemos, o PASI oferece diversas atividades e apresentamos a seguir, uma tabela das atividades e freqüência dos idosos a cada uma delas.

Tabela 26 - Atividades no PASI

Atividades no PASI	F	%
Educação em Saúde	85	100.00%
Dança Sênior	49	57.65%
Coral	31	36.47%
Psicomotricidade	38	44.71%
Artesanato	16	18.82%
Ginástica	46	54.12%

Além da atividade de Educação em Saúde, que é freqüentada por todos, percebemos que a Dança Sênior, a Ginástica e a Psicomotricidade tem um número considerável de adeptos. Estas são atividades que tem por objetivo desenvolver equilíbrio, coordenação, ritmo.

Pela distribuição apresentada na Tabela 26, podemos verificar que os freqüentadores do PASI participam de mais que uma atividade dentre aquelas oferecidas pelo Programa, podemos depreender, portanto que a Coordenação atinge seu objetivo de fazer com que eles participem de diferentes atividades.

Ao serem perguntados se participam de alguma outra atividade além das promovidas pelo PASI, obtivemos as respostas tabuladas na tabela nº 27, a seguir:

Tabela 27 Pratica alguma outra atividade

Pratica alguma outra atividade	f	%
Atividades físicas	24	28.24%
Atividades sociais	2	2.35%
Atividades pessoais	3	3.53%
Nenhuma atividade	56	65.88%
TOTAL	85	100.00%

Sob o título de atividade física, classificamos ginástica, caminhadas, hidroginástica, Yoga. Percebemos que 28,24% desenvolvem alguma atividade física. Alguns se deslocam até o Maracanã, duas vezes por semana para fazer hidroginástica. Quando precisam fazer compras ou ir ao banco preferem fazer o percurso a pé como forma de se exercitar. Não consideramos a hipótese de andar a pé como forma de economizar o dinheiro da passagem uma vez que os idosos têm direito a transporte gratuito.

Entendemos por atividades sociais aquelas que compreendem frequência à Igreja, visita a outras pessoas, participação no coral da Igreja.

Como atividades pessoais foram classificadas respostas como ter aula de violão, cuidar de pássaros, participar da "Terrapia" (atividade oferecida pelo Centro de Saúde onde se aprende sobre plantas e alimentação saudável), ou seja, atividades que atendem a um objetivo pessoal daquele participante do PASI.

Porém, pudemos perceber que a grande maioria dos idosos freqüentadora do PASI (65,88%) não realiza nenhuma outra atividade além daquelas vinculadas ao Programa.

Tabela 28 - Desempenha alguma atividade em família

Desempenha alguma atividade em família	f	%
Cuidar de netos	11	12.94%
Cuidar de parentes doentes	3	3.53%
Tarefas domésticas (casa de filhos)	2	2.35%
Ajuda eventual (quando visita filhos)	1	1.18%
Nenhuma	68	80.00%
TOTAL	85	100.00%

Por cuidar de netos entendemos o cuidado deles por necessidade de afastamento dos pais da criança (quando os pais saem para trabalhar, quando a mãe vai às compras ou por motivo de falecimento dos pais da criança). Dentre os idosos 12, 94% desempenham este tipo de atividade. Outra atividade relatada por eles é o cuidado de parentes doentes. Este cuidado vai desde o trato do doente propriamente dito até o cuidado com a higiene da casa do parente.

Quando perguntamos sobre a expectativa dos idosos ao participar do PASI, a grande maioria respondeu que esperava sentir-se incluído; trocar idéias; trocar experiências e encontrar um grupo onde ocorresse ajuda mútua. O que pudemos notar durante o período em que acompanhamos de perto as atividades do Programa é a forte solidariedade entre os participantes e entre estes e a equipe de profissionais.

Através da pergunta de nº 9 do Bloco V ("Depois de começar a freqüentar o PASI, você diria que"...) buscamos verificar a percepção que os

idosos tem da influência de sua participação no Programa referente aos aspectos de "Saúde", "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida"

Tabela 29 - Percepção da Saúde

Saúde	f	%
Melhorou	65	76.47%
É a mesma	18	21.18%
Piorou	2	2.35%
TOTAL	85	100.00%

A grande maioria (76,47%) considera que sua Saúde melhorou. Eles se dizem mais dispostos, alegres e saudáveis. O que chamou muito nossa atenção foi uma das entrevistadas que, apesar de ter acabado de receber a notícia de que estava com câncer, dizia que sua saúde havia melhorado depois de começar a freqüentar o PASI e justificava a resposta dizendo que, amparada pelo grupo, ela saberia enfrentar mais esse desafio e sair vitoriosa.

Tabela 30 - Percepção da Vida Social

Vida Social	f	%
Melhorou	58	68.24%
É a mesma	27	31.76%
Piorou	0	0.00%
TOTAL	85	100.00%

Quanto a Vida Social a percepção de 68,24% dos idosos é de que a freqüência ao programa melhorou este aspecto de suas vidas. Eles alegam que houve uma ampliação de seu círculo de amizades e, como todos têm problemas semelhantes, se sentem mais a vontade para conversar sobre as suas dificuldades uma vez que "eles falam a mesma língua".

Tabela 31 - Percepção da Satisfação Geral com a Vida

Satisfação com a vida	f	%
Melhorou	67	78.82%
É a mesma	17	20.00%
Piorou	1	1.18%
TOTAL	85	100.00%

A Satisfação Geral com a Vida melhorou para 78,82% dos entrevistados. A maioria relata que ao chegar ao PASI, se encontravam muito tristes e que hoje essa condição mudou. Descobrir que outros têm problemas iguais ou piores que os seus ajuda a relativizar as suas dificuldades. A troca de experiência ajuda-lhes a tentar resolver seus problemas ou a entender quando eles não têm solução. Uma das idosas diz:

"Hoje não me sinto obrigada a resolver tudo. Resolvo tudo o que posso. O que não posso deixo para que outros resolvam ou para que se resolva sozinho".(Entrevistado nº 85)

Tomando por base a resposta a estas 3 questões ("Saúde", "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida), passamos a verificar a relação existente entre elas e a resposta a outras questões da entrevista quais sejam:

- Com quem mora
- De que atividades do PASI participa (Dança Sênior, Coral, Psicomotricidade, Artesanato e Ginástica) e,
- De quantas atividades participa.

Não foi considerada a atividade de Educação em Saúde uma vez que ela tem caráter obrigatório. Não estamos com isto negando sua importância, mas não seria fator discriminante uma vez que todos devem frequentá-la.

Construímos tabelas de contingência, e aplicamos o teste qui-quadrado para avaliar o nível de significância da relação entre as variáveis estudadas. Em outras palavras, para cada par de variáveis, realizamos o teste estatístico:

H₀: as variáveis são independentes

H₁: as variáveis são dependentes

Tabela 32 - "Morar com" x Percepção da Saúde								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mora com								
Sozinho	19	79,17%	4	16,67%	1	4,17%	24	100,00%
Só com cônjuge	8	47,06%	8	47,06%	1	5,88%	17	100,00%
Outros parentes	28	84,85%	5	15,15%	0	0,00%	33	100,00%
Cônjuge + outros parentes	10	90,91%	1	9,09%	0	0,00%	11	100,00%
Total	65		18		2		85	

Tabela 33 - "Morar com" x Percepção da Vida Social								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mora com								
Sozinho	18	75,00%	6	25,00%	0	0,00%	24	100,00%
Só com cônjuge	10	58,82%	7	41,18%	0	0,00%	17	100,00%
Outros parentes	26	78,79%	7	21,21%	0	0,00%	33	100,00%
Cônjuge + outros parentes	4	36,36%	7	63,64%	0	0,00%	11	100,00%
Total	58		27		0			

Tabela 34 - "Morar com" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mora com								
Sozinho	19	79,17%	5	20,83%	0	0,00%	24	100,00%
Só com cônjuge	11	64,71%	5	29,41%	1	5,88%	17	100,00%
Outros parentes	29	87,88%	4	12,12%	0	0,00%	33	100,00%
Cônjuge + outros parentes	8	72,73%	3	27,27%	0	0,00%	11	100,00%
Total	67		17		1		85	

A seguir apresentamos as tabelas de contingência com seus respectivos níveis de significância relativos ao teste acima. Notamos que, quanto menor este, menor o risco de rejeitarmos a hipótese (H_0) de independência entre as variáveis, sendo elas independentes. Tomando por base a questão "Mora com" percebemos que a parcela que mais se beneficia da participação no PASI são aqueles que moram com "Outros parentes". Tanto a frequência absoluta como o percentual de idosos que relatam ter melhorado quanto à "Saúde", "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida" é bastante elevado neste grupo.

Tabela 35 - "Dança Sênior" x Percepção da Saúde								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dança Sênior								
Sim	37	75,51%	11	22,45%	1	2,04%	49	100,00%
Não	28	77,78%	7	19,44%	1	2,78%	36	100,00%
Total	65		18		2		85	
Tabela 36 - "Dança Sênior" x Percepção da Vida Social								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dança Sênior								
Sim	33	67,35%	16	32,65%	0	0,00%	49	100,00%
Não	25	69,44%	11	30,56%	0	0,00%	36	100,00%
Total	58		27		0		85	
Tabela 37 - "Dança Sênior" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida								
Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dança Sênior								
Sim	41	83,67%	8	16,33%	0	0,00%	49	100,00%
Não	26	72,22%	9	25,00%	1	2,78%	36	100,00%
Total	67		17		1		85	

Quanto a participação na Dança Sênior verificamos uma diferença da ordem de aproximadamente 12% entre aqueles que participam (83,67%) contra os que não participam (72,22%) em relação a percepção de melhoria da "Satisfação Geral com a Vida". Em relação aos itens "Saúde" e "Vida Social" as distribuições são bastante homogêneas e, portanto não discriminantes.

A dança em geral é uma atividade que faz com que as pessoas se sintam mais dispostas, alegres. A Dança Sênior apresenta o mesmo efeito sobre os idosos participantes.

"A dança me alegra muito". (Entrevistado nº 2)

"A Dança Sênior é muito importante. Vamos nos apresentar em diversos lugares. Uma vez nos apresentamos na Praça XV e até autógrafo eu dei. A Dança Sênior melhora a auto-estima." (Entrevistado nº 39)

Tabela 38 - "Coral" x Percepção da Saúde								
Coral \ Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	21	67,74%	9	29,03%	1	3,23%	31	100,00%
Não	44	81,48%	9	16,67%	1	1,85%	54	100,00%
Total	65		18		2		85	
Tabela 39 - "Coral" x Percepção da Vida Social								
Coral \ Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	21	67,74%	10	32,26%	0	0,00%	31	100,00%
Não	37	68,52%	17	31,48%	0	0,00%	54	100,00%
Total	58		27		0		85	
Tabela 40 - "Coral" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida								
Coral \ Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	25	80,65%	6	19,35%	0	0,00%	31	100,00%
Não	42	77,78%	11	20,37%	1	1,85%	54	100,00%
Total	67		17		1		85	
Nível de significância= 0,626569								

Quando analisamos a participação no Coral verificamos que 81,48% dos que não participam alegam melhoria da "Saúde" contra 67,74% dos participantes. Quanto aos itens "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida", as distribuições são homogêneas não permitindo discriminação entre os grupos de participantes e não participantes.

Como a participação no Coral é pequena, apenas 36,4% dos idosos freqüentam esta atividade, acreditamos que qualquer tentativa de inferência possa levar a distorção dos resultados.

Tabela 41 - "Psicomotricidade" x Percepção da Saúde

Percepção \ Psicomotricidade	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	29	76.32%	8	21.05%	1	2.63%	38	100.00%
Não	36	76.60%	10	21.28%	1	2.13%	47	100.00%
Total	65		18		2		85	

Nível de significância= 0,988373

Tabela 42 - "Psicomotricidade" x Percepção da Vida Social

Percepção \ Psicomotricidade	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	29	76.32%	9	23.68%	0	0.00%	38	100.00%
Não	29	61.70%	18	38.30%	0	0.00%	47	100.00%
Total	58		27		0		85	

Nível de significância= 0,006875

Tabela 43 - "Psicomotricidade" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida

Percepção \ Psicomotricidade	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	30	78.95%	8	21.05%	0	0.00%	38	100.00%
Não	37	78.72%	9	19.15%	1	2.13%	47	100.00%
Total	67		17		1		85	

Nível de significância= 0,589357

Analisando a participação na Psicomotricidade percebemos uma diferença de aproximadamente 14% entre aqueles que participam (76,32%) e os que não participam (61,70%) quanto a percepção de melhoria no aspecto "Vida Social". Os aspectos "Saúde" e "Satisfação Geral com a Vida" apresentam distribuição bastante próxima entre os grupos que freqüentam e aqueles que não freqüentam a atividade.

Tabela 44 - "Artesanato" x Percepção da Saúde

		<i>Saúde</i>							
Artesanato	Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Sim	11	68.75%	5	31.25%	0	0.00%	16	100.00%
	Não	54	78.26%	13	18.84%	2	2.90%	69	100.00%
	Total	65		18		2		85	

Nível de significância= 0,490089

Tabela 45 - "Artesanato" x Percepção da Vida Social

		<i>Vida Social</i>							
Artesanato	Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Sim	10	62.50%	6	37.50%	0	0.00%	16	100.00%
	Não	48	69.57%	21	30.43%	0	0.00%	69	100.00%
	Total	58		27		0		85	

Nível de significância= 0,490089

Tabela 46 - "Artesanato" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida

		<i>Satisfação Geral com a Vida</i>							
Artesanato	Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Sim	13	81.25%	3	18.75%	0	0.00%	16	100.00%
	Não	54	78.26%	14	20.29%	1	1.45%	69	100.00%
	Total	67		17		1		85	

Nível de significância= 0,490089

Ao analisarmos isoladamente a participação na atividade de Artesanato, verificamos que quase não há diferença entre os participantes e os não participantes da atividade quanto a percepção de melhoria nos três aspectos abordados. Chamamos ainda atenção para o fato que a maioria dos idosos não participa dessa atividade, restando um número muito pequeno de participantes, o que pode dificultar a análise.

Tabela 47 - "Ginástica" x Percepção da Saúde

Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ginástica								
Sim	37	80.43%	8	17.39%	1	2.17%	46	100.00%
Não	28	71.79%	10	25.64%	1	2.56%	39	100.00%
Total	65		18		2		85	

Nível de significância= 0,490089

Tabela 48 - "Ginástica" x Percepção da Vida Social

Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ginástica								
Sim	36	78.26%	10	21.74%	0	0.00%	46	100.00%
Não	22	56.41%	17	43.59%	0	0.00%	39	100.00%
Total	58		27		0		85	

Nível de significância= 0,490089

Tabela 49 - "Ginástica" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida

Percepção	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ginástica								
Sim	40	86.96%	5	10.87%	1	2.17%	46	100.00%
Não	27	69.23%	12	30.77%	0	0.00%	39	100.00%
Total	67		17		1		85	

Nível de significância= 0,490089

Ao analisarmos a participação na Ginástica e sua correlação com o fatores "Saúde", "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida" percebemos que os dois últimos apresentam uma diferença sensível em relação a percepção da melhoria destes aspectos entre aqueles que participam e os que não participam da atividade.

Por último, comparamos "Saúde", "Vida Social" e "Satisfação Geral com a Vida" com a quantidade de atividades em que os idosos estão envolvidos. Pudemos perceber que a percepção de melhoria nos três fatores inicialmente selecionados é maior quando os idosos participam de pelo menos uma atividade além da Educação em Saúde.

Tabela 50 - "Nº de Atividades" x Percepção da Saúde

Percepção \ Nº de Atividades	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	3	100.00%
Uma	17	70.83%	6	25.00%	1	4.17%	24	100.00%
Duas	26	92.86%	2	7.14%	0	0.00%	28	100.00%
Três	14	70.00%	5	25.00%	1	5.00%	20	100.00%
Quatro	6	66.67%	3	33.33%	0	0.00%	9	100.00%
Cinco	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%
Total	65		18		2		85	

Nível de significância= 0,248228

Tabela 51 - "Nº de Atividades" x Percepção da Vida Social

Percepção \ Nº de Atividades	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	1	33.33%	2	66.67%	0	0.00%	3	100.00%
Uma	16	66.67%	8	33.33%	0	0.00%	24	100.00%
Duas	18	64.29%	10	35.71%	0	0.00%	28	100.00%
Três	16	80.00%	4	20.00%	0	0.00%	20	100.00%
Quatro	6	66.67%	3	33.33%	0	0.00%	9	100.00%
Cinco	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%
Total	58		27		0		85	

Nível de significância= 0,120956

Tabela 52 - "Nº de Atividades" x Percepção da Satisfação Geral com a Vida

Percepção \ Nº de Atividades	Melhorou		É a mesma		Piorou		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	1	33.33%	2	66.67%	0	0.00%	3	100.00%
Uma	18	75.00%	5	20.83%	1	4.17%	24	100.00%
Duas	22	78.57%	6	21.43%	0	0.00%	28	100.00%
Três	18	90.00%	2	10.00%	0	0.00%	20	100.00%
Quatro	7	77.78%	2	22.22%	0	0.00%	9	100.00%
Cinco	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%
Total	67		17		1		85	

Nível de significância= 0,638082

Tabela 53 - Variáveis correlacionadas

Variáveis correlacionadas		Nível De Significância
Ginástica	Vida Social	0.001
Morar com	Vida Social	0.007
Psicomotricidade	Vida Social	0.007
Artesanato	Vida Social	0.02
Coral	Vida Social	0.03
Dança Sênior	Vida Social	0.03
Ginástica	Satisfação Geral com a Vida	0.05
Morar com	Saúde	0.07
Nº de Atividades	Vida Social	0.12
Nº de Atividades	Saúde	0.25
Dança Sênior	Satisfação Geral com a Vida	0.30
Coral	Saúde	0.37
Artesanato	Saúde	0.46
Morar com	Satisfação Geral com a Vida	0.49
Psicomotricidade	Satisfação Geral com a Vida	0.59
Coral	Satisfação Geral com a Vida	0.63
Nº de Atividades	Satisfação Geral com a Vida	0.64
Ginástica	Saúde	0.64
Artesanato	Satisfação Geral com a Vida	0.68
Dança Sênior	Saúde	0.93
Psicomotricidade	Saúde	0.99

Analisando os níveis de significância apresentados na tabela acima, podemos dividi-la em quatro grupos. Sabemos ser uma divisão artificial, mas podemos verificar que os itens "Ginástica"; "Morar com" e "Psicomotricidade" quando correlacionados com a percepção sobre a "Vida Social" apresentam uma correlação fortíssima (nível de significância inferior a 0,01) entre si.

No segundo grupo, encontramos a correlação entre os itens "Artesanato"; "Coral" e "Dança Sênior" comparados com a percepção sobre a "Vida Social" e do item "Ginástica" com a percepção da "Satisfação Geral com a Vida" apresentam correlação forte (nível de significância inferior ou igual a 0,05).

No terceiro grupo encontramos a correlação entre "Morar com" e a percepção sobre a "Saúde" que apresenta um nível de significância já superior a 0,05, porém bem próximo deste e, portanto, achamos que apesar de não ser estatisticamente significativo, não é desprezível.

Por último, encontramos as demais correlações entre itens e percepções que apresentam níveis de significância superiores a 0,10 sendo, portanto estatisticamente não significativas.

A partir dessa análise, podemos concluir que, a percepção sobre a "Vida Social" é capaz de sofrer alterações a partir da participação em diferentes atividades o que nos faz acreditar ser este um fator importante para os idosos. A partir da ampliação da sua rede de relações sociais, o idoso se sente mais participante, autônomo e, confiante.

"As universidades para a terceira idade e demais unidades de ensino constituem espaços para aquisição de conhecimentos, melhoria da auto-estima e ampliação da rede de sociabilidade dos idosos. As entidades religiosas constituem outro espaço institucional de grande relevância para os velhos. Tais programas trazem a possibilidade de trocas de experiências e de afeto, ampliando a rede de amizade e solidariedade, compensando as perdas comuns naqueles que envelhecem".(Goldman, 2004: 69)

O PASI, devido a sua característica de acompanhamento longitudinal, favorece a criação de vínculos e o fortalecimento das relações ali surgidas.

Lembramos que, 9,41% dos participantes freqüentam-no há nove anos, ou seja, desde sua criação.

A participação dos idosos no PASI pode ser vista como um novo referencial de vida onde a presença de seus pares faz com que a sua percepção da própria vida tenha uma nova cor, um sentimento de pertencimento a um grupo; este mesmo sentimento que, em outras fases da vida, foi vivido em relação a outros grupos tais como os "economicamente ativos", ou os "chefes de família".

"Pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perderem membros e amigos da família, de serem vulneráveis à solidão, isolamento social e de terem à disposição 'um menor grupo social'. Isolamento social e solidão na velhice estão ligados a um declínio de saúde tanto física como mental".

(OMS, 2002: 37)

Considerando que estes indivíduos sempre desempenharam um papel dentro de suas famílias a partir das limitações que a própria idade impõe além da perda de referencial que a aposentadoria traz, eles passam a ter uma visão de si próprios que se traduz em um sentimento de vazio. Paralelo a isto, percebemos que há uma tendência de que seus parentes vejam o tempo livre dos idosos não como uma conquista e um direito a ser exercido pelo próprio idoso mas como um prolongamento do seu próprio tempo (deles parentes) e passam a dispor dele para execução de atividades que seriam de sua responsabilidade. É o célebre "já que você não está fazendo nada" ou "já que você está em casa", "você poderia..." e aí segue-se uma lista de atividades que vão desde tomar conta de netos, cuidar da

casa dos filhos (lavar, passar, arrumar, preparar as refeições), ir a bancos, fazer pagamentos, etc. Esta apropriação do tempo do idoso passa a ser assimilado por ele como um direito do outro contra o qual não adianta se rebelar. Isso se traduz em um sentimento de inferioridade contra o qual não há remédio.

Quando o idoso entra para um grupo de convivência como o PASI, percebe que os seus problemas são semelhantes aos dos outros participantes e que juntos podem chegar a definir novas estratégias para resgatar o controle de seu próprio tempo, valorizando-o como uma conquista, um direito que deve ser exercido por eles.

"Antes do grupo eu só pensava nos outros, não tinha tempo para mim" (Entrevistado nº 67)

Os idosos do PASI criaram uma música que é conhecida como o Hino do Programa. Em um de seus versos, eles deixam claro que não irão abrir mão da participação nas reuniões do grupo ("Hoje é quinta-feira e o PASI me espera...").

Para estes idosos, o PASI desempenha o papel de grupo de apoio social que se define como:

"...sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o receptor, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo

que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas."

(Valla, 1999: 10)

As relações estabelecidas entre os participantes do PASI; a troca de idéias e informações favorecem a resolução de problemas do dia a dia que poderiam assumir proporções enormes caso não houvesse a possibilidade desse relacionamento.

"Sendo da mesma faixa etária, estamos todos no mesmo barco." (Entrevistado nº 70)

"A participação no Programa é interessante pois falamos a mesma língua, temos os mesmos propósitos."

(Entrevistado nº 67)

Podemos dizer então que o PASI funciona como um catalisador que, favorecendo a interação entre seus participantes, estimula o desenvolvimento de soluções próprias e específicas para seus problemas. Estas soluções têm como ponto de partida, não uma solução externa oferecida pelos "experts" mas criada a partir do conhecimento que o próprio grupo tem não só de seus problemas como também das possibilidades de solução que efetivamente sejam viáveis.

"Trata-se da noção de "empowerment", isto é um processo pelo qual os indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos. Logo, um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da

capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença". (Valla, 1999: 10)

Em nosso entendimento, o PASI trabalha o conceito de empoderamento, um dos pontos centrais da Carta de Ottawa. Ele passa não só pela participação comunitária nos assuntos que lhe dizem respeito como também pela garantia de acesso às informações disponíveis para a solução dos problemas. Esse acesso às informações se dá através da educação, principalmente, educação em saúde dando possibilidade à comunidade de discutir e apresentar soluções para seus problemas, tomando assim, as "rédeas do processo".

"Hoje tenho mais informações". (Entrevistado nº 51)

"Melhorou muito a minha auto-estima, agora estou vivendo". (Entrevistado nº 17)

"Estava muito deprimido, chorava muito. Aqui me sinto apoiado, incluído. Aqui é uma família". (Entrevistado nº 5)

"A gente com mais idade, se ficar na 'concha', enferruja. Se ficar solitário, vai se perder no tempo. Metade de nossas mazelas são psicológicas." (Entrevistado nº 28)

A participação da equipe se dá muito mais como facilitadora do que como fonte única de conhecimento e poder. O convívio nesses grupos de terceira idade possibilita o resgate da auto-estima de seus participantes, uma vez que eles se sentem no comando de suas vidas e da solução de seus problemas.

Diferentemente das Universidades da Terceira Idade, o PASI desenvolve um trabalho de acompanhamento dos idosos ao longo do tempo. Não existe prazo de permanência pré-estabelecido ao ingressar no Programa. O idoso permanece nele o tempo que desejar. Isto facilita o desenvolvimento de laços afetivos e companheirismo entre eles possibilitando o sentimento de apoio mútuo. A participação dos idosos em grupos como este permite a ampliação da rede social constituindo-se, portanto, em uma estratégia de Promoção da Saúde.

Através do olhar do outro, os idosos passam a se ver, como refletidos em um espelho. Só que este espelho não os retrata como "coitadinhos", ou "fraquinhos", discurso adotado para se referir aos idosos até pouco tempo. Este espelho os reflete com suas fraquezas, mas com seus pontos fortes, mostra suas deficiências e suas habilidades. O idoso deixa de se ver como alguém que já passou, que já perdeu significado, que já não faz mais diferença, e descobre em si, alguém que é importante, que tem seus desejos e aspirações, que sabe rir, chorar, se emocionar. Ele se descobre vivo.

O PASI, sendo um grupo de apoio social, possibilita aos seus participantes analisar seus problemas e propor soluções, através da interação entre eles e o conseqüente empoderamento da comunidade. De posse de informações obtidas através das palestras, o grupo passa a trabalhar o que foi aprendido dentro de sua realidade específica conquistando assim a possibilidade de tomar a si a solução de seus problemas.

O PASI discute o cuidado com a saúde, favorecendo o desenvolvimento de um espaço que se traduz em sentimento de pertencimento, referência e apoio emocional permitindo a troca de experiências de uma forma aberta e sem restrições. Isso só ocorre porque o grupo se configura como um espaço de reflexão e manutenção de autonomia positiva onde são trabalhadas as competências e possibilidades e não as perdas que ocorrem no processo natural de envelhecimento.

A dinâmica de trabalho possibilita uma maior capacidade para lidar com a limitação de autonomia decorrente da condição física dos idosos. Se o envelhecimento desencadeia um processo de desempoderamento devido a diminuição da rede social, perda de vitalidade e prestígio social e o preconceito das pessoas diante da velhice, o objetivo destes grupos deverá ser no sentido de romper com a espiral negativa de falência social que incorpora valores negativos associados ao processo de envelhecimento.

Os programas voltados para Promoção da Saúde têm como componente principal o desenvolvimento de uma rede de relações sociais e de aprendizagem necessárias ao desenvolvimento de relações sociais ativas.

Freqüentando o Centro de Saúde pudemos observar uma diferença importante entre os participantes do PASI e os idosos não participantes que freqüentam o posto apenas para tratamento médico. A diferença se faz notar na aparência, no cuidado pessoal (higiene, cuidado com as roupas, etc.) e na atitude frente à vida. Os participantes do PASI demonstram mais cuidado com sua aparência, e demonstram mais alegria, disposição. Ao

perguntarmos à geriatra que atende a todos os idosos que freqüentam o Centro de Saúde, qual a percepção dela sobre a diferença entre os grupos, ela afirma que a diferença é bastante perceptível e se faz notar desde 1995 quando da criação do PASI. Naquela época, o grupo de idosos que passou a freqüentar o Programa, se diferenciou dos demais.

Hoje percebemos que a sua apresentação, sua forma de se relacionar com o espaço Centro de Saúde, demonstra um "à vontade" dos participantes, uma atitude que não é apenas de alegria, mas demonstra um certo domínio daquele espaço. Eles se mostram dispostos a interagir com os outros. Diferente dos demais idosos que freqüentam o Centro de Saúde apenas para atendimento médico. Estes últimos, geralmente ficam sentados em uma atitude recolhida, no aguardo da consulta; os idosos do PASI conversam entre si e "puxam" conversa com os outros, demonstrando atenção ao que se passa ao seu redor. O período de coleta de dados coincidiu com as Olimpíadas de Atenas. Os idosos do PASI acompanhavam, pela televisão do Centro de Saúde, as modalidades de esportes em que o Brasil se encontrava envolvido sendo capazes depois de comentar e discutir a atuação de nossos atletas.

Capítulo 10 - Considerações Finais

Este trabalho, desenvolvido com os participantes do PASI, não tem a pretensão de servir de base para inferências para a população idosa de um modo geral. Ele foi desenvolvido em um grupo bastante específico. O levantamento através da entrevista, apesar de ter coberto 82% dos participantes do PASI, envolveu apenas 85 sujeitos, o que não habilita a utilização dos dados aqui levantados em inferências para a população como um todo. Ele também não se propõe a apresentar a Promoção da Saúde como receita infalível para todos os problemas. Destacando o conceito de empoderamento verificamos com este se dá a partir de ações como as desenvolvidas no PASI.

A dinâmica de trabalho do PASI pode ser considerada um fator de empoderamento que possibilita aos idosos maior capacidade para lidar com a limitação de autonomia decorrente de sua condição física e social.

O valor desta pesquisa está em trabalhando com um grupo de pessoas idosas, residentes em comunidades carentes (Complexo de Manginhos, Complexo da Maré), que teriam todas as condições para se sentirem desamparadas, desprotegidas, ou seja, desempoderadas e que através do trabalho desenvolvido no Programa, encontram novo sentido para suas vidas através do desenvolvimento de novas redes de apoio social capazes de fazer com que estes idosos se sintam capazes de se manter no controle de suas vidas. Este trabalho nos deu a oportunidade de ver bem de perto a influência da participação em um grupo de convivência voltado para a Terceira Idade na qualidade de vida dos seus membros. Gostaríamos de

destacar a percepção dos idosos quanto à seriedade com que são desenvolvidas as atividades no PASI.

Deixamos a sugestão para que esta pesquisa seja replicada em outros grupos de forma a compararmos os resultados analisando as semelhanças e diferenças encontradas.

O PASI deveria ser mais valorizado pela Instituição onde se insere. Não é possível que uma iniciativa deste porte se sustente através de serviço voluntário. Os profissionais que atuam no PASI, em sua maioria, não têm vínculo funcional com a FIOCRUZ. Recebem uma ajuda de custo que cobre os gastos com transporte e, mesmo assim, obtém resultados muito importantes nas atividades desenvolvidas com os idosos. O fato de o trabalho estar apoiado no voluntariado pode tornar vulnerável o desenvolvimento das atividades e comprometer a continuidade do Programa. Deveria haver um investimento da instituição no sentido de formação de uma equipe que pudesse ser o núcleo de todo o trabalho.

Através dessa pesquisa tivemos a grata surpresa de descobrir o PASI e o trabalho nele desenvolvido. Tivemos a oportunidade de acompanhar, de perto, o trabalho dos voluntários, o desenvolvimento dos idosos, e pudemos perceber a importância da Coordenação neste processo. Através de uma atitude conciliatória, porém firme; de sua suavidade ao falar sem perder o controle da situação ela consegue fazer com que o grupo funcione harmonicamente apesar das dificuldades que surgem durante o percurso. Os participantes do PASI reconhecem na Coordenadora o eixo central do

funcionamento do Programa. Reconhecem seu esforço para que tudo funcione a contento.

Este trabalho que é desenvolvido no PASI, que estamos chamando de acompanhamento longitudinal, deveria ser estimulado e disseminado, pois através do convívio e da interação entre pessoas de uma mesma comunidade, com problemas semelhantes e situações de vida parecidas poderemos estimular o grupo para a discussão de suas dificuldades, problemas e na busca de soluções possíveis.

Iniciativas como esta deveriam ser multiplicadas principalmente em regiões menos favorecidas de forma a permitir que os idosos dessas localidades se descobrissem também capazes de lutar por seus interesses.

Os grupos que trabalham o empoderamento dos idosos, individual ou coletivamente, devem ser uma prioridade fundamental nas políticas públicas referentes a esta parcela da população que vem crescendo significativamente.

Referências Bibliográficas

- AROUCA, AS – O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo, Editora UNESP, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- ASSIS, M -Promoção da Saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no Ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Fiocruz, ENSP 2004.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Liberalesso, A e Debert, G.G. Velhice e Sociedade. Campinas: Papyrus, 1999
- BRASIL, Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências, Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº237-E, p. 21, de 13 de dezembro, seção 1, 1999.
- _____ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde – As cartas da Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002
- BRICEÑO-LEÓN, R - Bem Estar, Saúde Pública e Mudança Social In: Briceño-León, Roberto (coord) – Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000, p. 15-24.
- BUCK, C – Después de Lalonde: La Creación de la Salud. In: Promoción de la salud: una antología, OPAS, 1996. p.6-14

BUSS, P et all – Promoción de la Salud y la Salud Publica – Rio de Janeiro, mimeo, 2000.

_____ - Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p 15 -38.

CANDEIAS, N M F – Conceitos de Educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais In: Revista de Saúde Pública, 31(2): 209-213, 1997

CZERESNIA, D. - The concept of health and the difference between promotion and prevention. in Cadernos de Saúde Pública v.15 (4), p.701-709, Rio de Janeiro, 1999

_____ – Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DEMO, P – Pesquisa como princípio científico e educativo, 8ª edição, São Paulo, Cortez, 2001.

ESCOREL, S –Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998

DI GIORGI, C A G – A “Crise da Educação”, as reformas educacionais e a formação de professores: entre produtivismo e formação cidadã In: Santos, Gislene A. – Universidade, Formação, Cidadania, São Paulo: Cortez, 2001, p.51 – 61.

FERREIRA, JR e BUSS, PM - O que o desenvolvimento local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L.(org) Promoção da Saúde como

caminho para o desenvolvimento local: experiência em Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro, ABRASCO/FIOCRUZ, 2002, pp 15 - 37.

FREITAS, EV. Demografia e epidemiologia do envelhecimento In: PY, L. et al - Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro, Nau Editora, 2004, p.19 - 38.

FREIRE, P - Educação como prática da Liberdade – 24ª edição, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2000

GENTILE, M – Promoção da Saúde In: Revista Promoção da Saúde, ano1, nº 2, nov/dez, 1999.

GOLDMAN, SN - As dimensões sociopolíticas do envelhecimento In: PY, L. et al -Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro, Nau Editora, 2004, p.61 - 81.

GORDILHO, A et al. - Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000

HENGENBERG, L - Doença: Um Estudo Filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

LALONDE, M - El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense in: Promoción de la salud: una antologia, OPAS, 1996, p. 3-5

LANNES. ES - Vida diante da Morte In: Dimensões do Envelhecer, Rio de Janeiro, Ed. REVINTER Ltda., 2004. p. 52-55

LOPES FERNANDEZ, L. A., Abanda Regules, J.M. – Promoción de Salud: Um enfoque en Salud Pública – Granada Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994 (Documentos técnicos)

MACEDO, C G – Notas para uma história recente da Saúde Pública na América Latina.: Organização Pan-Americana de Saúde – Representação do Brasil, Brasília 1997

MATURANA, H – Emoções e Linguagem na Educação e na Política; tradução: José Fernando do Campos Fortes, Belo Horizonte, UFMG, 1988.

MEDEIROS, SAR O lugar do velho no contexto familiar In: PY, L. et al -Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro, Nau Editora, 2004, p.185 - 200.

MERCADANTE, O A (coordenador) - Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Finkelman, J (organizador) Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.235- 313.

MINAYO, MCS - Condições de Vida, Desigualdade e Saúde a partir do caso brasileiro In:Briceño-León, Roberto (coord) – Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000, p. 55-71.

_____ – A saúde em estado de choque, Rio de Janeiro, Editora Espaço e Tempo em co-edição com FASE - Federação de órgãos para Assistência Social e Educacional, 1986.

MONTEIRO, DMR, Busca de sentido e significado existencial. In: MONTEIRO, DMR (org) Dimensões do Envelhecer , Rio de Janeiro, Ed.REVINTER Ltda. 2004a , 56-65.

_____ Espiritualidade e envelhecimento. In: PY, Ligia et all (org) Tempo do Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais , Rio de Janeiro, Nau Editora., 2004b , 159-184.

NOVAES, MH - Psicologia da Terceira Idade: Conquistas possíveis e rupturas necessárias. 2ª edição aumentada -Rio de Janeiro, Nau Editora, 2000

NUNES, E.D. - Saúde Coletiva: a história de uma idéia e de um conceito. In:Saúde e Sociedade 3 (2): 5-21, 1994

OMS - Envelhecimento Ativo: Um Projeto de Política de Saúde . Genebra,2002

PINHEIRO, JES e FREITAS, EV - Promoção da Saúde In: PY, L. et al -Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais, Rio de Janeiro, Nau Editora, 2004, p.257 - 282.

REIS, INC et all - Promoção da Saúde e Reorientação de Serviço: A Experiência do centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria In: ZANCAN, L (org) Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos - RJ, Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002, p. 111-157.

RISI Jr, JB e NOGUEIRA, RP - As condições de saúde no Brasil. In: Finkelman, J. (org). Caminhos da saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

SCHARFSTEIN, EA Intervenção Psicossocial In: PY, Ligia et all (org) Tempo do Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais , Rio de Janeiro, Nau Editora., 2004, p.321 -344.

SCLIAR, M – Do Mágico ao Social: Trajetória da Saúde Pública, São Paulo – Editora SENAC, São Paulo, 2002.

STOTZ, E N & VALLA, V V – Educação Saúde e cidadania. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1984.

TEIXEIRA, MB -Empoderamento de Idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ENSP, 2002

UCHOA, E: FIRMO, JOA & LIMA-COSTA, MFF - Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural In: MINAYO, MCS e COIMBRA JR., CEA (org) Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002, p.25 - 35.

VALLA, V V - Educação popular, saúde e apoio social numa conjuntura de globalização In: Cadernos de Saúde Pública 15 (sup. 2) 7-14, Rio de Janeiro, 1999.

_____ – Saúde e Educação, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000

_____ - Participação Social, Direitos Humanos e Saúde: Procurando compreender os caminhos das classes populares In:Briceño-León, Roberto (coord) – Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000, p. 85-105.

Anexo 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Levantamento de percepção dos participantes do PASI quanto à melhoria da qualidade de vida após sua participação no Grupo****Explicação do projeto:**

O objetivo deste estudo é verificar a percepção quanto à alteração da qualidade de vida dos participantes do PASI após o ingresso no Programa.

Procedimentos:

Se você aceitar, iremos colher algumas informações através de uma entrevista. A participação é voluntária. Se preferir não participar isto não afetará sua vinculação ao Programa.

Riscos e desconfortos:

Você não será submetido a nenhum risco, nem terá de fazer qualquer exame que traga perigo ou que seja doloroso.

Será mantido sigilo sobre sua identificação pessoal. Os dados deste estudo poderão ser tornados públicos sem que a identidade dos entrevistados seja revelada. Você poderá ter livre acesso às informações que obtivermos.

Grata.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2004.

Angela Maria Castilho Coimbra

Anexo 2 - Roteiro de Entrevista**Roteiro de Entrevista****I - Identificação:**

Nome _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Sexo:

() Masculino

() Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

II - Escolaridade:

() analfabeto

() primeiro grau incompleto

() primeiro grau completo

() segundo grau incompleto

() segundo grau completo

() terceiro grau incompleto

() terceiro grau completo

Número de anos de estudo: _____

III - Composição Familiar:

() Solteiro(a)

() Casado(a)

() Separado(a)

() Divorciado(a)

() Viúvo(a)

Filhos:

() Sim Quantos: _____

() Não

Mora:

() Só

() Em instituição Qual?

() Acompanhado De quem?

Tipo de moradia:

() própria

() alugada

IV - Situação econômica:

Renda própria:

() sim Valor: R\$ _____

() não

Trabalha atualmente?

() sim Em que? _____

() não

Aposentado?

() sim

() não

Pensionista?

() sim

() não

Qual a sua principal fonte de renda? _____

Renda familiar: R\$ _____

Você é o chefe de sua família?

sim

não

Você recebe alguma ajuda material?

sim

Qual? _____

De quem? _____

não

Você recebe alguma ajuda funcional?

sim

Qual? _____

De quem? _____

não

Você dá alguma ajuda material?

sim

Qual? _____

A quem? _____

não

Você dá alguma ajuda funcional?

sim

Qual? _____

A quem? _____

não

V - PASI

1 - Como soube do Programa?

2 - Há quantos anos participa do Programa? _____

3 - Participa de algum outro grupo desse tipo?

() Sim Qual? _____

() Não

4 - De quais atividades você participa no PASI?

() Dança Senior

() Coral

() Psicomotricidade

() Artesanato

() Ginástica

5 - Pratica alguma outra atividade? _____

6 - Você desempenha alguma atividade em sua família?

7 - O que você faz para se divertir?

8 - O que espera ao participar de um grupo de pessoas com sua idade?

9 - Depois de começar a freqüentar o PASI, você diria que:

a) A sua saúde:

- melhorou
 é a mesma
 piorou

b) A sua vida social:

- melhorou
 é a mesma
 piorou

c) A satisfação geral com a sua vida:

- melhorou
 é a mesma
 piorou

10 - Você acha que o fato de freqüentar o PASI melhorou sua qualidade de vida? Por quê?
