

KEMLE SEMERENE COSTA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM OBESIDADE E
ENVELHECIMENTO DESENVOLVIDAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE GOIÂNIA:
SIGNIFICADOS E DESAFIOS**

Goiânia, 2005

KEMLE SEMERENE COSTA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM OBESIDADE E
ENVELHECIMENTO DESENVOLVIDAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE GOIÂNIA:
SIGNIFICADOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Liz Cunha de Oliveira

Goiânia, 2005

KEMLE SEMERENE COSTA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM OBESIDADE E
ENVELHECIMENTO DESENVOLVIDAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE GOIÂNIA:
SIGNIFICADOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada e aprovada em 13/05/05 pela Banca
Examinadora constituída por:

Prof^a Dr^a Maria Liz Cunha de Oliveira
Universidade de Brasília
Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília
Presidente e Orientadora

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Membro Efetivo

Prof. Dr. Romeu Gomes
Fundação Oswaldo Cruz
Membro Efetivo

Prof^a Dr^a Denize Bouttelet Munari
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Membro Suplente

COS/pra

Costa, Kemle Semerene.

Práticas educativas em obesidade e envelhecimento desenvolvidas por profissionais de saúde de Goiânia: significados e desafios/ Kemle Semerene Costa. – Goiânia, 2005.
197 f.

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Orientadora:
Profª Drª Maria Liz Cunha de Oliveira.

1. Educação em saúde. 2. Envelhecimento. 3. Obesidade.
4. Gênero. I. Título. CDU 613.98:37

A meu pai Eleusipo e minha mãe Hilda que sempre me incentivaram a estudar e, hoje, são fonte inspiradora dos meus estudos

Ao Juscelino, pela dedicação, pelo companheirismo e por chegarmos juntos ao final de mais um desafio

Ao Guilherme e ao Ricardo, pela compreensão e respeito dedicados a mim e ao meu momento

MUITO OBRIGADA ...

À Coordenação do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde UnB/UFG/UFMS nas pessoas do Dr. Celmo Celso Porto e de Valdecina Q. Rodrigues

À Prof^ª Maria Liz Cunha de Oliveira, por ter aceitado ser minha orientadora

Aos profissionais de saúde que concordaram em participar deste estudo, atores sem os quais, esta jornada não teria se concretizado

À Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, em particular à diretoria dos Distritos Sanitários Leste, Meia Ponte/Mendanha e Sul/Sudeste, por tornar viável a realização deste estudo em suas respectivas unidades de saúde

Às minhas companheiras do Grupo Transas do Corpo, em especial à Eliane, pela enorme solidariedade com que se dedicou a mim e ao meu trabalho, ouvindo, ensinando, revisando, consolando, enfim, emocionando-me; à Joana, Lenise e Marta, pela valiosa contribuição nesta história, sobretudo, pelo incentivo e ombro amigo nas horas mais solitárias

À Coordenação do Hospital de Medicina Alternativa –SUS/GO, pelo apoio dado à minha participação no Mestrado em Ciências da Saúde e à realização deste estudo

Aos meus irmãos Jackson, Kelerson, Ericson e suas companheiras Simone, Mar e Magda; aos meus sobrinhos Gabriel, Clarice, Joema e Júlio; às minhas queridas primas Magda, Marília, Janete e Glória; à Hilda e Naice, pelo carinho, amparo e dedicação com que sempre me acolheram em minhas idas e vindas de Brasília

Ao prof. Marcelo Medeiros, pela oportunidade de uma maior aproximação com a metodologia qualitativa em pesquisa e pela importante contribuição no desenvolvimento deste estudo

Ao prof. Romeu Gomes, por aceitar atenciosamente meu convite para participar da Banca e pelo cuidado destinado a esta dissertação

Às participantes do Grupo de Controle de Peso do HMA e à psicóloga Ana Maria, companheira de trabalho, pelo incentivo e apoio durante o tempo em que estive afastada para realização da pesquisa

À profª Denize B. Munari, por ter acreditado no meu trabalho, recomendando-me para o Mestrado e aceitando compor a Banca

Aos colegas e professores do Mestrado em Goiânia e Brasília, pela oportunidade de convivência e aprendizado

À Janete, por me presentear com a revisão final deste trabalho

À Auxiliadora e Ana Paula, pelo carinho e competência na revisão das referências bibliográficas

À Lígia e à Fernanda, pelo apoio na preparação dos slides utilizados na Defesa

Às colegas Maria Claret, Maria do Rosário e Estelamaris; ao prof. Pedro Humberto Campos; às professoras Maria Alves e Nilza Almeida; à Cida Ramos, pela presteza com que atenderam às minhas solicitações no decorrer do trabalho

À equipe da Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas da UFG que teve papel importante na preparação do instrumento de coleta de dados

Às amigas Gelva e Regina; à Margaret, Andréa e Amélia Regina, pela torcida sincera

Ao Diego e à Bárbara que, mesmo distantes, também deram força

À Lília, pelos cuidados do dia-a-dia, especialmente quando a saúde não andava bem

(...) acredita-se na possibilidade de criar uma prática democrática da educação para a saúde que eduque na contemplação e valorização da diversidade e que confira poder aos sujeitos com base na busca permanente de valores da cidadania e da construção de uma sociedade mais justa.

Merchán-Hamann, 1999

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA ESTUDADA.....	13
1.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	17
2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO, OBESIDADE E GÊNERO: buscando na literatura os fatores relacionais.....	18
2.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	18
2.1.1 Quando o sujeito da educação é o adulto	23
2.1.2 Quando o sujeito da educação é o profissional de saúde.....	26
2.1.3 Metodologias utilizadas no processo de educação em saúde.....	31
2.2 O ENVELHECIMENTO.....	36
2.3 A OBESIDADE.....	41
2.4 AS RELAÇÕES DE GÊNERO.....	46
2.5 INTERFACES: ENVELHECIMENTO, OBESIDADE E GÊNERO.....	49
3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO.....	57
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
4.1 O CAMPO DE ESTUDO.....	58
4.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	59
4.3 A COLETA DE DADOS.....	60
4.3.1 A Entrevista.....	60
4.3.2 A Observação Participante.....	60
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
4.5 O TRABALHO DE CAMPO.....	61
4.5.1 As Entrevistas.....	62
4.5.2 A Observação das Consultas.....	63

4.5.3 A Observação das Reuniões Educativas.....	64
4.6 A PROPOSTA DE ANÁLISE.....	65
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
5.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	68
5.1.1 Significados.....	68
5.1.2 Atividades.....	79
5.1.3 Perfil dos usuários na percepção dos profissionais de saúde.....	115
5.2 O ENVELHECIMENTO.....	125
5.2.1 Significados.....	125
5.2.2 Gênero e Envelhecimento.....	139
5.3 A OBESIDADE.....	150
5.3.1 Significados.....	150
5.3.2 Gênero e Obesidade.....	157
5.4 INTERFACES.....	164
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
REFERÊNCIAS.....	177
ANEXOS	

RESUMO

O envelhecimento e a obesidade têm interferido negativamente nos índices de morbimortalidade da população do Brasil e do mundo. Contribuem também para que inúmeras pessoas, especialmente mulheres, preocupadas com a imagem corporal submetam-se a diferentes procedimentos, a fim de se sentirem socialmente adequadas. A educação em saúde tem papel fundamental nas ações relacionadas a esses dois fenômenos e representa um desafio para profissionais de saúde. Este estudo tem como objetivo identificar e analisar práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, desenvolvidas por profissionais da rede pública de saúde de Goiânia - GO. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa realizado com profissionais inseridos em ações educativas relacionadas à obesidade e ao envelhecimento. Para coletar os dados, utilizamos entrevista semi-estruturada e observação participante de reuniões educativas e atendimentos individuais. O tratamento dos dados se deu por meio da análise de conteúdo e os resultados foram discutidos levando em conta quatro categorias previamente estabelecidas: a educação em saúde, o envelhecimento, a obesidade e interfaces. Observamos que as práticas educativas em obesidade e envelhecimento não são prioridade no contexto da assistência à saúde. Evidenciamos a predominância de estratégias que favorecem uma educação em saúde de caráter autoritário e disciplinador, revelando equipes multiprofissionais pouco preparadas para desenvolver ações que visem, sobretudo, à promoção e ao fortalecimento dos usuários. O envelhecimento foi compreendido não apenas como um processo natural que ocorre ao longo da vida, mas também como a velhice propriamente dita. A obesidade foi considerada doença multicausal, fator de risco para enfermidades crônico-degenerativas e, assim, um grave problema de saúde pública. A relação entre esses dois fenômenos foi estabelecida frente à possibilidade de excesso de peso e seus agravos durante o processo de envelhecer. Os dados, analisados na perspectiva de gênero, apresentaram importantes reflexões sobre a construção social do corpo jovem e magro, revelando que a preocupação das mulheres com a estética constitui-se no principal motivo de busca pelos serviços. Enfim, o estudo permite afirmar que compreender a obesidade e o envelhecimento no contexto da assistência integral à saúde, e reconhecer o papel fundamental das práticas educativas são passos importantes para o redimensionamento da atuação profissional.

Palavras-chave: educação em saúde, envelhecimento, obesidade, gênero

ABSTRACT

Aging and obesity have interfered negatively on morbidity and mortality rates of the Brazilian and worldwide population. They also contribute so that innumerable people, especially women, concerned about body image, submit themselves to several procedures in order to feel socially accepted. Health Education plays a considerable role on both issues and represents a challenge to health professionals. This study aims to identify and to analyze educational activities related to obesity and the aging process developed by public health professionals in Goiânia, GO. It is a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out with health professionals involved in educational health activities related to obesity and aging. Semi structured interviews were used for data collection as well as participatory observation of educational meetings and individual appointments. The treatment of data was done from the methodological reference of content analysis, which results were discussed based on four previously defined categories: education in health, aging, obesity and interfaces. We observe that educational practices on obesity and aging are not priority in the context of health attention as a whole. We evidence the predominance of educational strategies that favor an authoritarian and disciplining health education, revealing that health teams are not adequately prepared for developing actions that aims, above all, the promotion and the empowerment of the clients. Aging was understood not only as a natural process in the course of life, but as well as old age strictly speaking. Obesity was considered a multicausal illness and a risk factor for chronic and degenerative illnesses, and thus, a serious public health problem. The relation between these two phenomena was established vis-à-vis the possibility of the overweight and its consequences on aging. Analyzed from a gender perspective, data allow important considerations on the social construction of the young and slim body, revealing that the women's concern with aesthetics is one of the main reasons for the searching of health services. Hence, this study allows us to assert that understanding obesity and aging in the context of the integral attention in health, along with the recognition of the relevant role of the educational practices are important steps in order to redefine the professional exercise.

Key words: health education, aging, obesity, gender

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é resultado do estudo realizado no Mestrado em Ciências da Saúde do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), com profissionais que desenvolvem práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento em três unidades de saúde da rede pública de Goiânia.

Em seu primeiro capítulo, **“Aproximação com a Temática Estudada”**, apresentamos a delimitação do objeto de estudo e os objetivos da investigação com base em um processo consciente e determinante, além de idealista.

No segundo capítulo, **“Educação em Saúde, Envelhecimento, Obesidade e Gênero: buscando na literatura os fatores relacionais”**, fazemos uma revisão da literatura, a partir dos temas que integram a análise da investigação, tendo em vista a importância e as particularidades de cada um para a compreensão da problemática apresentada.

Em seguida, esclarecemos os **pressupostos** a partir dos quais este estudo foi proposto, tendo em vista os objetivos e a fundamentação teórica apresentados nos capítulos anteriores.

No capítulo quatro, **“Percurso Metodológico”**, trazemos a proposta da metodologia utilizada no processo investigativo e no percurso traçado para a coleta e análise dos dados.

O quinto capítulo contempla a **“Análise e Discussão dos Resultados”**, além da descrição do campo investigado e o perfil dos sujeitos deste estudo.

Nas **“Considerações Finais”** trazemos, a título de conclusão, elementos para reflexão e redimensionamento das estratégias e posturas utilizadas por nós, profissionais de saúde, no desenvolvimento das práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento.

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA ESTUDADA

1.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A oportunidade de ingressar no Mestrado em Ciências da Saúde e desenvolver um estudo a partir da abordagem qualitativa veio proporcionar não apenas um “mergulho” no fascinante mundo do conhecimento, como também, reflexões profundas sobre a nossa grande identificação com os temas pesquisados, o que torna importante, inicialmente, tecermos algumas considerações a respeito.

Os motivos que nos incentivaram a ter uma maior aproximação com as questões da obesidade e do envelhecimento foram vários, não somente no exercício da profissão, como também, na trajetória pessoal. O interesse pelos estudos de educação em saúde surgiu por ser este um tema marcante em nossa vida profissional.

Desde os tempos da graduação em Nutrição, adquirimos um enorme interesse e construímos uma importante experiência em saúde pública, especialmente no que diz respeito à educação em saúde, por acreditar em sua essencial contribuição para o fortalecimento e autonomia das pessoas, sendo assim, fundamental no desenvolvimento das políticas públicas para o setor.

A especialização em Saúde Pública, logo após a formatura, veio reafirmar as convicções de estudante e propiciou nossa inserção nos serviços públicos de saúde.

A primeira experiência profissional, como nutricionista/sanitarista de uma Unidade Mista do Vale do Ribeira em Peruíbe, São Paulo, possibilitou a atuação como educadora em todos os processos requeridos no exercício da nutrição, junto a uma equipe interdisciplinar.

Na Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, tivemos a oportunidade de participar de uma das experiências mais inovadoras no âmbito da saúde pública, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Estivemos presentes em todo o seu processo de estruturação e implantação, particularmente no que se refere à capacitação de pessoal e à elaboração de material educativo. Tivemos também a gratificante possibilidade de conhecer as metodologias feministas em saúde, que propiciaram grande aprendizado e o redimensionamento das práticas de educação em saúde da mulher.

A experiência adquirida com o PAISM propiciou nossa participação na criação do Grupo Transas do Corpo, a partir do qual uma metodologia participativa e integradora tem consolidado a proposta de trabalhar com gênero, saúde, direitos reprodutivos e sexualidade em um espaço não-governamental. Durante 18 anos, o Grupo vem exercendo papel

fundamental na formação de diversos profissionais, em especial nos da área de saúde e educação e tem, sobretudo, proporcionado amplos conhecimentos e grandes oportunidades de atuação.

Há sete anos, integrando a equipe multiprofissional do Hospital de Medicina Alternativa (HMA)¹ em Goiânia, vários são os investimentos em educação em saúde. As consultas de nutrição, espaço de reflexão e avaliação dos hábitos alimentares, permitem atender a uma demanda crescente de pessoas, idosas ou não, com diagnóstico de diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias, em sua maioria, conseqüência da obesidade.

Observamos ainda, o fato de o excesso de peso causar preocupações não só em decorrência dos distúrbios cardiovasculares que pode acarretar, mas também, em virtude da imagem corporal, o que leva as mulheres, em especial, a se submeterem a intervenções diversas, no sentido de obedecer padrões de beleza socialmente construídos.

Além do mais, a experiência revela forte comprometimento emocional das pessoas que se consideram “inadequadas”, seja pelo excesso de peso, propriamente dito, seja pelos agravos à saúde, muitas vezes limitantes, pela relação já estabelecida entre obesidade-doença e obesidade-envelhecimento.

Por ser uma unidade de saúde, cujo tratamento se faz com a fitoterapia ayurvédica, existe no HMA, uma grande demanda de pessoas que se utilizam, a longo prazo, de medicamentos alopáticos sem resultados positivos para seus agravos.

Dessa forma, a maioria das mulheres que procura solução para o excesso de peso já passou por outros procedimentos, desde as mais diferentes dietas e anorexígenos, até mesmo pela gastroplastia. Além disso, muitas apresentam comprometimento emocional e consequentes transtornos como a bulimia e a compulsão alimentar.

São mulheres que passam pelo “efeito sanfona” por uma vida toda, ou seja, engordam e emagrecem em sucessivas tentativas de redução de peso. Uma grande parte, entretanto, não se conforma com as transformações no corpo, ao longo do tempo, e entram em depressão por serem rejeitadas dentro e fora de casa. Essa exacerbada preocupação com o corpo também tem gerado uma considerável demanda de serviços por parte de mulheres muito jovens e, até mesmo, crianças, tendo em vista os padrões de beleza veiculados pela mídia.

Apesar de buscarem uma nova alternativa para o excesso de peso, muitas dessas

¹ Unidade da Secretaria Estadual de Saúde /SUS - GO que vem colaborando com a expansão de recursos terapêuticos naturais, através da Fitoterapia Ayurvédica, da Homeopatia, da Acupuntura, da Nutrição, da Psicologia.

mulheres mostram-se fragilizadas e dependentes de um procedimento com eficácia mais rápida, que exija poucos esforços, como a utilização de inibidores de apetite. Sentem-se incapazes de emagrecer somente a partir de uma dieta balanceada e da prática de exercícios físicos, as quais, nem sempre são fáceis de seguir em situação de ansiedade e conseqüente compulsão alimentar.

Diante desses dados, observados desde o princípio de nossa atuação em nível ambulatorial, foi possível constatar a importância de se realizar um trabalho continuado de educação em saúde, não só por meio das consultas individuais, como também, pela criação de grupos de controle de peso, envolvendo equipe interdisciplinar formada por nutricionista, psicóloga, médico, assistente social e enfermeira.

Tal proposta concretizou-se em 1998 e persiste até então, de maneira a propiciar a maior participação e envolvimento de cada usuário/a. Busca, além de alternativas para um estilo de vida mais favorável à redução do peso, criar um espaço de discussão e reflexão sobre as questões socioeconômico-culturais e psicológicas que envolvem a obesidade, em uma perspectiva de gênero, visando ao fortalecimento e autonomia dos participantes, no sentido de não se submeter às diversas cobranças e procedimentos “indicados” para o emagrecimento.

Ao longo dos anos, essa atuação tem possibilitado o contato com uma população de usuários/as cada vez mais envelhecida, seja em função da idade cronológica, seja em função da qualidade de saúde e de vida que lhes foi reservada. Especialmente, as mulheres, ao alcançarem a faixa dos 40 anos, experimentam grandes dificuldades frente ao processo de envelhecimento, em geral, acompanhado de sobrepeso e de doenças crônico-degenerativas, sentindo-se velhas e, dessa forma, inúteis e inadequadas.

Frente a essa percepção, direcionamos um olhar mais atencioso para as questões do envelhecimento, apesar de já sensibilizada pela vivência pessoal, tendo em vista os prazeres e dissabores que a vida nos reserva no convívio com a senescência e a senilidade dos nossos entes mais queridos. Além do mais, enfrentamos o desafio de compreender e conviver com o próprio processo de envelhecer e as transformações dele decorrentes, em uma sociedade cujo modelo de beleza se pauta na magreza e na juventude como requisitos fundamentais para que nós, mulheres, sejamos aceitas e valorizadas, independente das etapas de vida pelas quais estejamos passando.

As motivações geradas por nossas questões pessoais se fortaleceram diante da realidade e da identificação encontradas na atuação profissional junto ao grupo de controle de peso. Isto despertou nosso interesse em estudar as práticas educativas em obesidade e envelhecimento, por acreditar na interface entre esses dois fenômenos, especialmente no que

se refere às doenças crônico-degenerativas e à imagem corporal. Tudo isso nos fez perceber que, com a educação em saúde, é possível realizar mudanças, desde que haja respeito pelo momento e pela realidade de cada indivíduo e que a construção desse processo seja conjunta, com a participação de profissionais de saúde e comunidade.

Esse momento, de muitas reflexões e buscas, propiciou o contato com o referencial de Gastaldo (1997) que, em seus estudos sobre educação em saúde questiona: “é a educação em saúde saudável?” Para a autora, ao mesmo tempo em que a educação em saúde pode promover o poder das pessoas, porque a informação que lhes é dada, ajuda-as a tomar decisões sobre sua saúde, considerando elementos científicos, sociais e pessoais; também pode significar submissão, pois o espaço político que o cuidado e as políticas de saúde constituem é um lugar importante para o exercício do poder disciplinador.

A aproximação com esse referencial reafirmou nossas convicções sobre o caráter das práticas educativas nos serviços de saúde, trazendo grandes inquietações e o desejo de aprofundar essa discussão.

A oportunidade surgiu com a realização da pesquisa “Envelhecimento e Obesidade: o grupo de controle de peso no processo de educação em saúde”, por ocasião do Curso de Especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso, concluída em 2002, na UFG. Teve como objetivos analisar as percepções dos participantes dos referidos grupos a respeito da metodologia utilizada e da relação entre obesidade e envelhecimento.

Os resultados do estudo atribuíram ao excesso de peso o comprometimento da estética, da auto-estima, da saúde e, conseqüentemente, de um envelhecimento bem sucedido, sem depressão, com independência e autonomia. Os dados apontaram para o reconhecimento dos grupos de controle de peso como importante instrumento na promoção da saúde. Evidenciamos que tanto a obesidade, quanto o envelhecimento são vivenciados, distintamente, por mulheres e homens, tornando imprescindível considerar a perspectiva de gênero nas práticas de gestores e profissionais de saúde (COSTA, 2002).

Além disso, foi possível compreender que, por visar ao emagrecimento a qualquer custo, as pessoas e, em particular, as mulheres, não se submetem somente a diversos procedimentos, mas também a uma postura profissional que, além de incentivar as intervenções, cobra resultados, de maneira a ridicularizá-las e culpá-las, caso não aconteça o emagrecimento pretendido.

Essa realidade nos fez acreditar que a atenção destinada às pessoas com desejo de emagrecer contribui para que a obesidade se constitua em uma das mais graves questões de saúde pública do Brasil e do mundo, à medida que as estigmatiza, por não atenderem aos

modelos estabelecidos e, ao mesmo tempo, fortalece a conhecida “indústria da beleza”. Isso, sem dúvida, evidencia a necessidade de um redimensionamento das posturas e condutas profissionais, particularmente, daqueles que vêm contribuindo para que o tratamento da obesidade e o processo de envelhecimento se constituam em mais um problema, em especial, para as mulheres.

Diante dos dados, por acreditar que as práticas educativas têm importância fundamental nas ações relacionadas à obesidade e ao envelhecimento e, ao mesmo tempo, constituem-se em um desafio para os profissionais de saúde, é que fomos motivadas a propor a realização deste estudo, com o objetivo de contemplar um conjunto de indagações que há muito fazem parte de nossas reflexões, as quais, tomamos como ponto de partida para o desenvolvimento da investigação:

- qual o significado de educação em saúde, envelhecimento e obesidade para os profissionais de saúde?
- como são desenvolvidas as práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento por esses profissionais?
- qual a compreensão dos profissionais de saúde a respeito das interfaces entre gênero, obesidade e envelhecimento?
- qual a percepção dos profissionais de saúde a respeito dos/as usuários/as que participam das práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento?

1.2 OBJETIVOS

No sentido de encontrar respostas às nossas indagações propusemos realizar este estudo que tem como objetivo geral identificar e analisar as práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, desenvolvidas por profissionais da rede pública de saúde de Goiânia e, especificamente:

- conhecer e analisar os significados de educação em saúde, envelhecimento e obesidade para os profissionais de saúde;
- analisar as estratégias de educação em saúde adotadas pelos profissionais;
- conhecer as percepções dos profissionais de saúde a respeito do perfil dos/as usuários/as que participam das práticas educativas;
- analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre as interfaces entre gênero, envelhecimento e obesidade.

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO, OBESIDADE E GÊNERO: buscando na literatura os fatores relacionais

Em função da importância e complexidade da proposta deste estudo, optamos por incluir na revisão da literatura os temas que consideramos fundamentais para a compreensão dos fatores que envolvem as práticas educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Procuramos trabalhar o referencial teórico, buscando o entendimento das partes que constituem a questão em estudo, com a intenção de possibilitar uma maior aproximação com os temas e melhor evidenciar a relação entre eles.

Dessa forma, trazemos inicialmente, **“A Educação em Saúde”**; em seguida, **“O Envelhecimento”**, **“A Obesidade”**, **“As Relações de Gênero”** e, por fim **“Interfaces: Envelhecimento, Obesidade e Gênero”**.

2.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Toda educação, para ser válida, deve estar precedida de uma reflexão sobre o indivíduo e de uma análise do seu meio de vida concreto. Do contrário, corre-se o risco de adotar métodos educativos e maneiras de atuar que reduzem a pessoa à condição de objeto. Qualquer indivíduo pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, em uma certa realidade. É um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui, a raiz da educação (FREIRE, 1980; 1982).

De acordo com Levy et al. (2000, p.5),

“do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.”

Na opinião de Arroyo (2004), educar é trabalhar com a totalidade das dimensões do sujeito e não somente aspectos específicos, tais como o comportamento, a qualificação profissional ou mesmo a conscientização política. Para o educador, é preciso partir do reconhecimento das pessoas como sujeitos de sua própria cultura.

Para Portella e Gouveia (1999), a ação educativa objetiva mudar as relações de injustiça e reduzir as desigualdades sociais e, por isso, ela é também política. Portanto, antes de planejar as atividades é preciso conhecer os sujeitos e seus contextos, pois todos têm uma história pessoal e coletiva e um conhecimento sobre a sua realidade que é muito maior do que o dos educadores. Não considerar esses aspectos seria correr o risco de obter resultados inúteis para os sujeitos.

De acordo com Gore (1999), pensar sobre a educação implica construir uma determinada auto-consciência pessoal e profissional que sirva de princípio para a prática; de critério para a crítica e a transformação da prática, e de base para a auto-identificação do educador.

Pereira et al. (2000) salientam que a educação é considerada um dos componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias para a promoção da saúde.

De acordo com Schall e Struchiner (1995; 1999), a educação em saúde é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, com diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre as pessoas e a sociedade. Durante o século XIX, as disciplinas isoladas da educação e da medicina caracterizaram a ação educativa na área da saúde, traduzidas em práticas pedagógicas associadas ao higienismo e orientadas pela veiculação de informações específicas sobre a transmissão de doenças, conseqüente a uma visão biomédica da saúde. Com o progresso da ciência e as mudanças nos padrões de morbimortalidade, a ênfase no processo biológico da doença foi substituída por uma orientação comportamentalista que, por sua vez, cedeu lugar à produção social da doença, voltando as ações para o desenvolvimento da comunidade e mudança social.

Tradicionalmente, a educação em saúde é considerada como uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informações e sugere alternativas para indivíduos, famílias ou grupos, no sentido de prevenir a doença e promover a saúde (GASTALDO, 1997).

Na opinião de Stotz (1993), mesmo que a tônica sobre as práticas educativas tenha se deslocado para a prevenção, mantém-se inalterado o domínio do padrão médico na sua orientação e organização. O autor destaca os enfoques sobre educação em saúde propostos por Tones (1987) - educativo, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal - que têm como característica comum restrições ou críticas ao chamado modelo médico, pressupondo indivíduos livres e em condições de realizar a “eleição informada” de comportamentos e ações.

Para Candeias (1997), a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

Lima et al.(2000), entendendo a educação em saúde como um processo, traz a idéia de capacitação dos indivíduos para a ação consciente diante da realidade, com aproveitamento de experiências anteriores, tendo sempre em vista a continuidade, a integração e a democratização do conhecimento.

Na visão de Turano e Almeida (1999), a educação em saúde visa à autocapacitação dos indivíduos e dos vários grupos de uma sociedade para lidar com os problemas fundamentais da vida cotidiana como nutrição, desenvolvimento biopsicológico e reprodução dentro do contexto atual de uma sociedade em rápida mudança.

A esse respeito, Mendonça (2004) adverte para a importância do trabalho multidisciplinar e coletivo, visando à maior eficácia na intervenção das ações de prevenção e promoção da saúde.

Dentro da concepção de promoção da saúde, na opinião de Carvalho et al. (2004, p.724),

“a aquisição de informações sobre os determinantes de saúde e doença desencadeia um processo no qual os indivíduos, agora tornados sujeitos graças à conscientização de sua situação de ser no mundo, buscam a sua autonomia para o enfrentamento dos seus problemas em direções mais saudáveis. A esse processo dá-se o nome de empoderamento (empowerment).”

Pereira (2003) refere-se à prática educativa em saúde, considerando, não apenas, as atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, rumo à melhoria da qualidade de vida, mas também às atividades de educação permanente dirigidas a profissionais de saúde, pela formação continuada.

Segundo Pereira et al. (2000), desde os anos 70, no Brasil, a área de educação em saúde vem propondo uma linha de planejamento participativo para as ações educativas, com uma nova concepção voltada para um processo positivo de educar que valoriza a responsabilidade sobre a saúde pessoal, da família e da comunidade. O caráter autoritário da educação em saúde cede lugar à participação popular e seu direito de conduzir o seu próprio destino no que se refere à saúde.

Para Vasconcelos (2001), a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares, representando assim, uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Em revisão dos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, de 1980 a 1992, Gastaldo (1997) revela uma transformação do discurso oficial sobre educação em saúde que, na opinião da autora, ao passar de “mudanças comportamentais” para “participação” representa uma nova perspectiva para o exercício do bio-poder², pois o seu envolvimento com a prevenção e promoção da saúde pode reforçar técnicas de poder controladoras do corpo individual e do corpo social. Para Gastaldo, ao mesmo tempo em que a educação em saúde pode promover o poder das pessoas (“empowerment”), porque a informação que lhes é dada ajuda-as a tomar decisões sobre sua saúde, ao considerar elementos científicos, sociais e pessoais; também pode significar submissão, uma vez que muitas práticas envolvem a imposição de “verdades” sobre a saúde, pelas quais a pessoa perde controle sobre seu corpo ou família, governados por critérios alheios aos seus.

Segundo Louro (1998, p.119),

“se observamos a sociedade numa outra perspectiva, se admitimos que as relações sociais são sempre relações de poder e que o poder se exerce mais na forma de rede do que em um movimento unidirecional, então não será possível compreender as práticas educativas como isentas desses processos.”

A análise de nossa localização no interior de relações de poder-saber da sociedade disciplinar e de “regimes de verdade”³, permite-nos começar a identificar as características de discursos e práticas particulares que têm efeitos perigosos, dominadores ou negativos. Questionar a “verdade” de nossos próprios e cultivados discursos, examinar aquilo que nos torna o que somos, tudo isso pode abrir possibilidades de mudanças (GORE, 1999).

Merchán-Hamann (1999), ao fazer um exame crítico sobre as práticas de educação em saúde, refere-se a uma dissociação paradoxal entre a teoria e a prática. Segundo ele, se por um lado, nos últimos dez anos houve um desenvolvimento surpreendente de metodologias da educação, de estratégias de aproximação a populações específicas e de modalidades de intervenção; por outro, os modelos teóricos e a reflexão conceitual que deveriam orientar as

² Bio-poder refere-se aos mecanismos empregados para controlar a população e disciplinar indivíduos (Foucault, M. A vontade de saber, 1984).

³ “Regimes de verdade” (Foucault – 1980) – termo que evoca visões de “verdade” usadas de formas que controlam e regulam (GORE, 1999)

práticas permaneceram sujeitos a algumas das premissas deterministas e reducionistas da psicologia comportamentalista. Partindo da concepção de que a educação é um processo de comunicação que visa à liberdade e à felicidade dos seres humanos, o autor propõe práticas de educação para a saúde que incorporem, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas no processo, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação na prática pedagógica.

Para Gore (1999), não existem práticas pedagógicas inerentemente libertadoras ou inerentemente repressivas, pois qualquer prática é cooptável e capaz de tornar-se uma fonte de resistência.

Em que pese o pensamento de Gore (1999), Schall e Struchiner (1999) consideram uma educação em saúde ampliada, não somente a que inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, mas também, propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, cujas ações estejam centradas na melhoria da qualidade de vida e na promoção das pessoas.

Na visão de Buss (1999), qualquer que seja a concepção de promoção da saúde, tornam-se imprescindíveis a provisão de informações para o exercício da cidadania, assim como iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde.

A esse respeito, Candeias (1997) adverte que em qualquer sistema de saúde não se pode conceber o planejamento da política de ação, sem antes considerar as premissas do planejamento educativo, pois se isso acontece, a prática subsequente será equivocada e ilógica no que se refere às necessidades da população-alvo.

De acordo com Pereira et al. (2000, p.43), “a promoção da saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrerem simultaneamente, viabilizando a participação de indivíduos, grupos, enfim, da sociedade como um todo”.

Segundo Levy et al. (2000), a atenção à saúde universal, equânime e integral, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), traz implícita em sua concepção básica um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. Inserem-se nesse universo as ações de educação em saúde, consideradas um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

A literatura sobre o SUS tem mostrado que as práticas educativas são incentivadas por meio de programas, como o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, com investimento maciço na educação em saúde (LEVY et. al., 2004) e, em especial, o Programa de Saúde da Família (PSF), incluindo ações territoriais que extrapolam os muros das unidades, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2003).

Conforme a Política de Educação e Desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2003b), o conjunto da rede e serviços de saúde precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como “cadeia do cuidado progressivo da saúde”, na qual se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social do conhecimento.

2.1.1 Quando o sujeito da educação é o adulto

A aprendizagem precisa ser compreendida, em sentido amplo, como parte essencial da vida, e o desinteresse por aprender como eloqüente prenúncio da morte. Em tal contexto cultural, a educação de adultos poderia deixar de ser associada ao atraso e à pobreza e passar a ser tomada como indicador do mais alto grau de desenvolvimento econômico e social (DI PIERRO et al., 2001).

Com suas potencialidades e fragilidades, a educação de adultos tem uma história feita de muitas histórias, no Brasil, na América Latina e nos demais continentes, cada uma com suas peculiaridades, nas quais o esforço por construir uma identidade própria é uma constante (RIBEIRO, 1999).

De acordo com Rizzo (2002), somente a partir do primeiro quarto do século XX é que a educação dos adultos começa se organizar de forma sistemática. Estudos demonstrativos de que, na idade adulta, as pessoas possuem esquemas de assimilação diferentes, experiências de vida mais complexas, objetivos diversos, além de motivações internas mais elaboradas do que as crianças, acirraram os debates em torno da necessidade de metodologias e percepções específicas para os diversos grupos etários.

Knowles, que nos anos 1970 definiu o termo Andragogia como a arte e a ciência que ajudam adultos a aprender, ressalta a importância de se colocar o indivíduo adulto para

diagnosticar suas próprias necessidades de aprendizagem, assim como de se autodirigir, de estar envolvido com o planejamento de sua própria aprendizagem. O estudioso aponta para o acúmulo de experiências dos adultos como ricos recursos para aprendizagem. Segundo ele, nós, adultos, somos muito ciosos do valor de nossa experiência que, não sendo considerada, muitas vezes, faz-nos sentir rejeitados como gente. Ressalta, ainda, que a situação se agrava em se tratando do processo educativo de pessoas adultas de pouca educação, porque “o que mais têm elas a não ser a experiência?” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, [198-]).

As considerações de Masetto (1992, p.86) sobre a educação de adultos vão ao encontro das definições de Knowles, ao afirmar que o processo de aprendizagem acontece pela troca de idéias, informações, habilidades e experiências e está intimamente relacionado a um programa que responda às expectativas e buscas dos participantes. “A consideração e valorização das experiências e conhecimentos já vivenciados, ao mesmo tempo em que desenvolve a auto-confiança do aprendiz, abre caminhos para posições mais conscientes, ousadas e desafiadoras.” O autor também enfatiza que a definição clara de objetivos a serem alcançados e de estratégias eficientes para consegui-los são fundamentais para atender às expectativas e necessidades do grupo envolvido, especialmente se estabelecidos de maneira conjunta.

De acordo com Castro (2004, p.5),

“todas as práticas educativas subsidiárias da utilização do modelo andragógico podem ter extrema importância ao promoverem uma representação adequada das competências próprias e a promoção da autoestima, tentando conseguir que sujeitos com baixa escolaridade formal acreditem que dispõem de múltiplas capacidades e talentos.”

Ao ressaltar o quanto a andragogia ajuda a compreender a importância da noção de tempo e idade para os adultos, em termos de investimento na formação, Castro ainda pondera que, a partir dos 30 anos, o indivíduo começa a tomar consciência de que o tempo disponível não é ilimitado e o conjunto de opções oferecidas se retrai à medida que o tempo passa.

A respeito da educação de pessoas de mais idade, Paiva (1999) chama a atenção para a importância de se privilegiar metodologias interativas que permitam atividades baseadas na fala e na escuta dos participantes, bem como na atenção direta do educador ou do instrutor do grupo. Para a autora, as pessoas mais velhas estão mais interessadas em vivenciar experiências com liberdade e gratificação afetivo-emocional, principalmente quando estão em grupo, deixando um pouco de lado a aprendizagem de regras e de normas limitadoras. Afirma

também que a experiência acumulada não deve ser menosprezada, mas valorizada na realização de qualquer tarefa.

Ao se tratar de um trabalho educativo com pessoas mais velhas, Rodrigues (2000a) ressalta a importância de se colocar em discussão aspectos relativos à educação e ao processo de aprendizagem, considerando que, de acordo com a gerontologia, as aptidões e capacidades exercitadas são mantidas em bom nível até a idade avançada. Isto pode ser constatado facilmente, no dia-a-dia, com homens e mulheres idosas trabalhando e produzindo nas mais diversas áreas.

Di Pierro et al (2001), ao constatarem demandas culturais peculiares a cada subgrupo etário, de sexo, étnico-racial, socioeconômico, religioso ou ocupacional, destacam como passo principal para contemplar com equidade um direito básico de cidadania, a superação da idéia de que a idade adequada para aprender é a infância e a adolescência, e a função prioritária ou exclusiva da educação de pessoas adultas é a reposição de escolaridade perdida na “idade adequada”. Dessa forma, ao reconhecer que os adultos são, cognitivamente, capazes de aprender ao longo de toda a vida, e as mudanças econômicas, tecnológicas e socioculturais impõem a aquisição e atualização constante de conhecimentos pelas pessoas de todas as idades, as autoras apontam para a importância de conceber todos os sistemas formativos nos marcos da educação continuada. Entre outras indicações, isto implica reconhecer que não apenas a escola, mas muitas outras instituições e espaços sociais têm potencial formativo – o trabalho e as empresas, os meios de comunicação, as organizações comunitárias, os equipamentos públicos de saúde, cultura, esportes e lazer, entre outros.

De acordo com Infante (2003), frente aos impactos dos avanços tecnológicos, da informação e da comunicação no trabalho e na vida diária, coloca-se para a educação o desafio e a resposta da educação permanente, uma educação para toda a vida. Uma educação que desenvolva, em primeiro lugar, uma sólida formação básica que permita às atuais e novas gerações pensar, adequadamente, uma massa crescente de informação e, além disso, dominar linguagens diversas. Ao mesmo tempo em que ressalta a importância da educação permanente, a autora adverte que a baixa escolaridade de grande parte da população adulta brasileira limita a oportunidade de capacitação. Lembrando ser as mulheres de estrato socioeconômico mais baixo, as que freqüentam os cursos mais curtos, relaciona esse fato com a feminilização da pobreza, observada, em geral, na América Latina.

Para Gastaldo (2004), estudos sobre os determinantes sociais da saúde demonstram que a pobreza é o fator de maior impacto na saúde das pessoas ou comunidades, estando relacionada com enfermidades crônicas e com limitadas práticas de prevenção de

enfermidades. Diante disso, faz-se urgente a compreensão da educação de adultos como prática política, que visa ao engajamento dos grupos populares em ações que transformem as estruturas sociais produtoras da desigualdade e da marginalização (RIBEIRO, 1999).

2.1.2 Quando o sujeito da educação é o profissional de saúde

Devido ao crescente acúmulo de conhecimentos e, como conseqüência, à necessidade de atualização constante do profissional de saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas também ao desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no meio social (PEREIRA, 2003).

Segundo Vilasboas (citado por NORONHA et al., 2002), a questão dos recursos humanos representa um aspecto crítico na construção do sistema de saúde brasileiro. A má distribuição da força de trabalho, o processo de formação fundamentado, ainda, em um modelo de ensino que desvaloriza aspectos de promoção e prevenção da saúde, a desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços, o ensino dissociado do trabalho e a ausência de controle social na formulação e implementação de políticas específicas são alguns dos problemas que alertam para a necessidade de uma ação político-técnica mais competente.

Referindo-se também às limitações da formação profissional, Valente (2001) salienta que a predisposição de “caçador-ativo” de informação é, gradativamente, oprimida e os estudantes não aprendem interagindo com o meio que o cerca, mas sim, sendo formalmente ensinados, encorajados, portanto, a ser meros “receptores-ativos”. O que vem caracterizar a concepção ‘bancária’ da educação, em que o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber (FREIRE, 1988).

Para Santana e Christófaro (2004), apesar da negligência para com os pressupostos e os métodos do processo educativo de profissionais de saúde, observa-se que há uma crença generalizada de que a capacitação e o aprimoramento dos trabalhadores se refletem na melhoria dos serviços e nos níveis de saúde.

Ceccim et al. (2002), a partir de uma análise de documentos do Sistema Único de Saúde e de relatórios das conferências nacionais de saúde, esclarecem sobre a utilização dos termos “desenvolvimento” e “formação” de recursos humanos para a saúde. Segundo eles, o “desenvolvimento” refere-se à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e aparece em vários documentos sob diferentes designações, tais como educação

continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação; enquanto a “formação” se refere à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica.

Na visão de Ribeiro e Motta (1996), as práticas usuais de educação continuada pretendem contribuir para a reorganização dos serviços de saúde, pela atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar meios para que esse conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços. Já a educação permanente em saúde, segundo os autores, tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços, para a equidade no cuidado e no acesso a estes, e parte da reflexão sobre a realidade e as transformações necessárias.

A educação permanente permite articular gestão, atenção e formação, para o enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território de atuação. A partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, são identificadas as necessidades de capacitação, com a garantia da aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2003b).

Segundo Noronha et al. (2002), quando se fala em formação profissional na área de saúde, é importante que se tenha em mente a existência de inúmeros tipos de trabalhadores, de níveis de formação, de profissões que atuam no setor e de funções desempenhadas, não podendo esquecer o número de profissionais envolvidos, as dimensões continentais do país e, até mesmo, as dificuldades de acesso a instituições de ensino formal distribuídas, desigualmente, no Brasil.

Ao mesmo tempo, é importante considerar que

“as incríveis transformações do mundo contemporâneo apontam para profundas e cada vez mais velozes mudanças na organização do trabalho, exigindo demandas crescentes para as universidades, em relação ao perfil e competências dos profissionais formados e, mais recentemente, na sua importante responsabilidade social relativa à educação permanente” (MEDEIROS JÚNIOR et al., 2003, p.91).

As mudanças na saúde pública dos últimos anos requerem tanto uma boa formação inicial, quanto uma formação continuada essencial para se enfrentar o acelerado desenvolvimento das tecnologias e dos saberes envolvidos nas práticas profissionais e sociais. Entende-se por uma boa formação inicial, a que, além de conhecimentos objetivos, tenha desenvolvidas habilidades de aprendizagem que envolvam a compreensão interdisciplinar e a capacidade de pesquisa (RADIS, 2003).

Na visão de L'abbate (1999), o avanço da organização dos serviços de saúde no Brasil na perspectiva da construção do Sistema Único de Saúde trouxe novos desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública, os quais precisam tanto dispor de conceitos de Epidemiologia e das Ciências Sociais, para compreenderem as formas das pessoas adoecerem, como adquirir domínio técnico nas suas diversas áreas de atuação. A autora frisa também a necessidade de praticarem ações úteis produtivas, nas quais profissional e usuário possam considerar-se sujeitos e cidadãos.

González e Tovar (2001), ao reconhecerem a concepção de formação de recursos humanos para a saúde como um tema de grandes reflexões para os especialistas da área, ressaltam que, durante muito tempo, numa visão biologicista e individualista, foi ignorada a influência de outras áreas do conhecimento e suas implicações sociais.

De acordo com Tanaka et al. (1999), os pressupostos teórico-conceituais que norteiam a formação de gestores locais de saúde se apóiam essencialmente nas áreas e sub-áreas da saúde coletiva, tais como: a epidemiologia, políticas de saúde, planejamento, administração e gestão, programação, informação em saúde, entre outras. Os autores ressaltam a ocorrência de inovações nas proposições de formas de aprendizagem alternativas, capazes de formar profissionais com adequada fundamentação conceitual, capacidade crítica e aptidão pra a resolução de problema.

Quanto à reorganização da atenção a doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, na rede básica, o Ministério da Saúde apresenta como proposta inicial, a atualização dos profissionais sob o formato de estudo de casos clínicos e, em seguida, um processo de educação permanente, incluindo capacitação presencial e à distância de médicos e enfermeiros, (BRASIL. MS, 2001).

Na análise de Ceccim et al. (2002), apesar de discursivamente muitas propostas serem formuladas e defendidas nos vários relatórios das conferências nacionais de saúde, muito pouco se avançou na construção de sistemas de avaliação do ensino oferecido, para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem de seus alunos.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, com a característica de integração interinstitucional, de educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis também pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2003b).

A esse respeito, segundo Ceccim et al. (2002), na efetiva existência das Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (Lei Orgânica da Saúde, 1990), estas deveriam suceder a estrutura dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, uma vez que são mais abrangentes e podem absorver as demais frentes de capacitação requeridas pelo SUS.

No que se refere à formação de enfermeiros, na opinião de Oliveira (1995), a possibilidade de formar profissionais mais conscientes de seu papel social, das opções ao seu alcance e espaço de atuação, deve ser concretizada dentro dos programas de educação continuada, para que haja mais criatividade e autonomia no diagnóstico de problemas e na formulação de soluções.

A partir de sua experiência pedagógica com acadêmicos de medicina, Souza (2001, p.89) observa que para os “quase médicos”, a profissão não parece ser pensada como uma prática social na qual tudo ganha sentido, mas como uma oportunidade de exercício de um saber/poder que cura, controla ou reduz as manifestações das doenças. Para a autora,

“a especialização do conhecimento médico colabora, evidentemente, para o sonho do domínio total de um determinado campo de conhecimento e para a atomização da prática médica, cada vez mais reduzida a uma intervenção imediata de uma técnica sobre um pedaço de corpo, sobre um corpo fragmentado, como se nada fosse mediado pela relação entre os sujeitos sociais dessa prática.”

Em relação ao profissional nutricionista, de acordo com Zimmer (2003), este tem uma formação generalista, humanista e crítica que o torna capaz de atuar em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais.

O nutricionista é, e será, um profissional empenhado na busca de formas para aumentar a sobrevivência e longevidade do ser humano. É indispensável então, que enfrente o desafio de um contínuo aprimoramento, pois que, o aperfeiçoamento de sua prática depende da participação ativa em relação ao aprendizado dinâmico, sob a ótica da reflexão crítica e da associação à realidade prática (NUTRIÇÃO EM PAUTA, 1999).

Para Costa (2000), duas vertentes contraditórias permeiam a formação do nutricionista. Enquanto uma delas insere a Nutrição em contexto social mais amplo, articulada com um projeto de transformação da sociedade, a outra aponta para uma formação comprometida com a sociedade capitalista, ou seja, pretende formar o profissional para

cumprir tarefas que se prestem a dar continuidade à ordem vigente, com uma visão restrita e fragmentária da totalidade social.

Boog (1999), também no que se refere a contradições que envolvem a formação do nutricionista, mostra de um lado a exigência de aprimoramento científico e tecnológico (“o status de usar computador para calcular dietas!”) e de outro, o desafio de pisar o chão de um centro de saúde e acreditar no mais antigo recurso da educação – a palavra, para dar respostas à legião de diabéticos, hipertensos, obesos, cujos hábitos alimentares são seculares. Ainda a respeito da formação do nutricionista, a autora também traz resultados de uma pesquisa sobre educação nutricional nos serviços de saúde, em que constatou ser esse profissional habilitado, por formação, para desenvolver programas e ações nessa área, fato reconhecido pelas equipes e usuários. Quanto aos médicos e enfermeiros, a pesquisa mostrou ser esta formação deficiente, o que traz dificuldades para lidar com problemas alimentares dos pacientes. A autora acrescenta que as enfermeiras, que tiveram uma disciplina específica de Nutrição durante a graduação, avaliaram negativamente, sua metodologia, conteúdo e aplicação prática; os médicos, manifestando pouco interesse nessa área do conhecimento, quase não comentaram a respeito do ensino de Nutrição durante a graduação porque, de fato, não aconteceu. Para Boog (1999, p.7),

“as dificuldades que médicos e enfermeiros encontram para lidar com questões de alimentação decorrem não só do seu conhecimento sobre o assunto, mas também da complexidade do problema na dimensão do cotidiano e dos conflitos que emergem da contradição entre o que se sabe e o que se pensa, com o que se sente e se faz na prática. Resulta daí o não reconhecimento dos problemas alimentares como dados trabalháveis pelas equipes de saúde.”

No que se trata da atuação do psicólogo, Spink (2003) afirma que a inserção mais comum é a da prática profissional centrada no paciente/cliente da instituição em questão. Ao considerar então, que a formação básica do psicólogo privilegia a atuação clínica, centrada no indivíduo e localizada no consultório, é comum a mera transferência do referencial teórico obtido na graduação para o contexto institucional. A autora adverte que, muitas vezes, a simples transposição do referencial teórico para realidades sociais distintas não surte nenhum efeito.

Diante do fato de que a formação em saúde coletiva tem ocorrido, basicamente, por meio de disciplinas inseridas nos currículos de diversos cursos da área de saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e outras), Teixeira

(2003) observa uma carência de formação interdisciplinar em nível de graduação, orientada para a saúde, com capacitação de profissionais para atuar na promoção da saúde e não, na prevenção e no tratamento de doenças. No que tange à pós-graduação, segundo a autora, verifica-se a existência de uma formação demasiado longa e socialmente custosa.

De acordo com Motta et al. (2004), ainda que se reconheça a necessidade de se reconformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem. Mesmo absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde.

2.1.3 Metodologias Utilizadas no Processo de Educação em Saúde

Metodologia é, ao mesmo tempo, a concepção que se tem sobre um determinado fenômeno – no caso a educação – e o próprio processo em que esta educação se dá. As técnicas que permitem a execução da metodologia são parte tanto da concepção, quanto do processo (PORTELLA & GOUVEIA, 1999).

De acordo com Andaló (2001, p.1), na atualidade, “o interesse pelos processos grupais pode ser facilmente constatado pela proliferação, tanto de publicações sobre ‘jogos’ e as famosas ‘dinâmicas de grupo’, como da demanda de trabalhos com grupos em contextos os mais variados.” Mas, segundo a autora, também tem se observado um processo de banalização de cunho tecnicista, dando a falsa impressão de que coordenar grupos é simples e não requer maiores conhecimentos teóricos, além do domínio de algumas “técnicas”, “jogos” e “dinâmicas” superficiais, muitas vezes, aplicadas à revelia do movimento grupal.

Qualquer dinâmica que utilizamos nos dá elementos que motivam a discussão, sendo, por isso, importante ter clareza de aonde queremos e podemos chegar com essa técnica. Dessa maneira, precisamos conhecê-la bem, saber aplicá-la no momento certo e conduzi-la corretamente, a fim de evitar problemas dentro do grupo de trabalho (BRASIL, 1997).

O trabalho em grupo não é, propriamente, uma técnica, mas vale-se de várias técnicas, dando margem para que os participantes exercitem as relações humanas, e aperfeiçoem suas capacidades de convívio, assim como sua habilidade de liderança (BRASIL, 1999).

Segundo Portella e Gouveia (1999, p.21), “o movimento feminista criou uma metodologia para a ação educativa com ênfase nas atividades de grupo, no formato participativo e no uso de metodologias que articulam subjetividade e racionalidade, experiência pessoal e conhecimento teórico e técnico.”As autoras ressaltam que o sucesso dessa experiência depende, em grande medida, da capacidade teórica e técnica de quem a utiliza.

Na visão de Pontes (2000), o trabalho com grupos é, na sua essência, solidário, um continente seguro para os momentos de crise, espaço de trocas de novas vivências e suporte para reorganização de novos conhecimentos e da própria vida. Para a autora, não se pode generalizar, afirmando que o ciclo vivencial de aprendizagem é sempre melhor que os outros procedimentos didáticos, contudo, admite-se que ofereça maiores possibilidades de mudanças, pela abordagem conjunta de idéias, sentimentos e atitudes, de maneira a envolver a pessoa de forma integral.

A esse respeito, Munari e Rodrigues (1997) consideram que a opção pela abordagem grupal na assistência deve ser uma decisão tanto do participante, como do profissional, por ser esta uma condição fundamental para a maior aderência das pessoas à proposta, pois algumas podem preferir o atendimento individual. As autoras apontam-nos, ainda, para a importância do papel social dos grupos e do caráter decisivo dos movimentos por eles desencadeados. Do ponto de vista conceitual, ao mesmo tempo em que grupo é um termo utilizado sem uma precisão definida, também possui uma variedade de concepções.

Zimerman, D.(1997a) admite a possibilidade de classificar os grupos segundo aspectos variados como as vertentes teóricas, a finalidade a ser alcançada, o tipo de participantes, a área de aplicação, o tipo de vínculo estabelecido, o tipo de técnica empregada, entre outros, afirmando que a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo. No entanto, ressalta que a finalidade para qual foram criados é que determina óbvias diferenças entre eles. Com base nesse aspecto, classifica os grupos nos dois seguintes grandes ramos: operativos e psicoterápicos.

Desde 1945, o psicanalista Pichon Rivière construiu o “esquema conceitual referencial operativo”, considerando uma série de fatores conscientes e inconscientes que regem a dinâmica de qualquer campo grupal. Em linhas gerais, os grupos operativos cobrem os campos de ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos, ao passo que os grupos psicoterápicos restringem-se às formas de psicoterapias que se destinam,

prioritariamente, à aquisição de insight dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal (ZIMERMAN, D., 1997a).

O trabalho desenvolvido por Pratt, nos EUA, em 1905, representa um marco histórico no que concerne às primeiras experiências de utilização de grupos como recurso terapêutico (MUNARI & RODRIGUES, 1997).

De acordo com Fiscmann (1997, p.95),

“todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas, é terapêutico.”

A autora ainda pondera que o papel do coordenador nesse tipo de grupo é o de pensar junto e, ao mesmo tempo, integrar o pensamento grupal. Facilita assim, a dinâmica de comunicação.

A esse respeito, Portella e Gouveia (1999) advertem que, ao se trabalhar em grupos com temas da subjetividade, articulados com dinâmicas que possibilitam a fala e a expressão de experiências pessoais íntimas, corre-se o risco de quebrar os limites entre educação e terapia. Para elas, em um trabalho político-educativo, reforçar os aspectos terapêuticos pode desviar do objetivo central e fazer com que a educação não aconteça, pois a maioria dos coordenadores de grupo não são terapeutas, mas educadores.

Na opinião de Martins e Abreu (1997), ao se referirem à educação nutricional, para realizar o papel de facilitar o processo pelo qual as pessoas identificam mais claramente onde estão, onde querem estar e o que precisam aprender para chegar lá, ajudando em seu crescimento e no processo de mudanças, o educador deve tornar-se um treinador ou terapeuta ciente de que nenhuma terapia possui todas as respostas para todos os clientes.

Para Munari e Rodrigues (1997), a convivência com um grupo que congrega pessoas com demandas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de grande valor terapêutico, porque tal situação pode ajudar os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Ao se trabalhar com a tarefa de discutir problemas comuns de saúde, é proporcionada aos membros do grupo a oportunidade de falarem, em muitos casos, pela

primeira vez, do âmago dos seus padecimentos ou, até mesmo, de criticarem o atendimento de saúde que recebem. Além de receberem apoio na luta diária, utilizam a experiência de uns em prol do amadurecimento de outros (PONTES, 2000).

Fiscmann (1997), ao considerar o fato de que toda mudança implica o surgimento dos medos básicos de perda e ataque (ansiedades depressivas e persecutórias), os quais podem funcionar como obstáculos nesse processo de mudança, identifica três momentos de um grupo operativo: pré-tarefa, tarefa e projeto. Tratando-se de um grupo de controle e tratamento da obesidade, o autor considera pré-tarefa, quando ocorre o emagrecimento, mas as pessoas não conseguem observar que mudanças de atitudes estão obtendo, pois o “perder peso” impede a reflexão sobre os seus hábitos, atitudes e sentimentos. O momento da tarefa seria quando, ao planejar o emagrecimento, pudessem verbalizar, clarificar e esclarecer o processo em que cada um alcançaria o objetivo. Dessa forma, trabalhando o significado do emagrecimento, bem como as motivações para atingir o objetivo, poderiam chegar ao projeto, permitindo assim, o planejamento futuro.

Desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos e pensamentos; a capacidade de estabelecer limites e defender direitos; de fazer e negar pedidos; lidar com críticas são habilidades que favorecem o aumento da auto-estima e permitem um melhor enfrentamento de estressores interpessoais que geram ansiedade, tristeza e, conseqüentemente, alimentação inadequada (PONTES, 2000).

De acordo com Zukerfeld (1997, p.217),

“a tarefa grupal com pacientes com transtornos alimentares, incluída dentro de uma abordagem interdisciplinar, é um recurso muito útil, à medida que se conheçam seus princípios gerais, tenha-se clareza nos objetivos, humildade nas expectativas e criatividade nas técnicas.”

Uma variedade de técnicas e táticas operativas, também são utilizadas na realização de grupos com pessoas idosas, no sentido de promover a reconstrução da identidade, talvez confusa ou perdida, propiciando o resgate de vínculos com familiares e de capacidades adormecidas (ZIMERMAM, G., 1997). Urge preparar, com seriedade, os profissionais que trabalham com esses grupos, a fim de melhorar seu desempenho e adquirir conhecimentos científicos gerontológicos que possibilitem atender as pessoas em suas necessidades e expectativas (NICOLA, 1999).

Pontes (2000) oportunamente salienta que, também no caso de doenças crônicas já estabelecidas, além de tantos outros, os grupos de educação em saúde podem contribuir com

um novo rumo à sua evolução ao ajudar o paciente a lidar melhor com os chamados fatores de risco.

Gastaldo (1997) faz um paralelo entre palestras e grupos quando analisa que, em termos da bio-política, o discurso da educação em saúde ultrapassa as estratégias repressivas - como as palestras, exigências em termos de higiene e hábitos saudáveis compulsórios - para chegar a consolidar táticas construtivas como as atividades de grupo e construção de conhecimento comum entre usuários e profissionais.

Considerada uma “técnica de ensino-aprendizagem” aplicada à educação em saúde, a palestra consiste na apresentação oral, geralmente por profissionais com um bom domínio sobre o assunto. Uma de suas finalidades seria fazer a sistematização e conclusão de temas sobre os quais as pessoas não estariam preparadas para fazê-lo. Ao mesmo tempo em que apresenta a vantagem de se conseguir com uma única técnica os conhecimentos adquiridos por meio de várias outras, a palestra não prevê a participação ativa dos ouvintes que, preocupados apenas com o registro ou memorização, por mais interessante que seja a exposição, não alcança o seu real significado (BRASIL, 1999).

Em sua análise das estratégias pedagógicas utilizadas pelos profissionais de saúde nos serviços públicos, Lima et al. (2000) observaram que palestras, cartazes e folhetos foram os principais recursos utilizados. Segundo os autores, o que os serviços definem como “palestra”, é qualquer abordagem verbal dirigida à população usuária, sendo esta, individual ou coletiva. Até mesmo, uma orientação ambulatorial entre médico e paciente foi considerada palestra e, esta, atividade de educação em saúde (LIMA et al., 2000, p.33).

Ao reforçar a necessidade de se utilizar recursos educativos acessíveis, que facilitem a relação educando-educador, Martins e Abreu (1997) advertem para cuidados que se deve ter, também ao se escolher materiais impressos (cartaz, folheto, apostila), áudio-visuais (filmes, fitas de vídeo) e visuais (slides, transparência) para o desenvolvimento da educação nutricional. As autoras avaliam do ponto de vista da qualidade do material, assim como, da capacidade de atingir o público a ser trabalhado. Dessa forma, indicam as discussões verbais, jogos simples, figuras e modelos de alimentos para auxiliar no trabalho com pessoas analfabetas ou semi-analfabetas, além de enfatizar a necessidade de um conhecimento prévio do grupo de participantes.

Uma reflexão sobre o trabalho educativo desenvolvido com populações rurais leva Albarracín (2002, p.4) a ressaltar a utilização da técnica do desenho. Para ele,

“o desenho é uma ferramenta de comunicação importante porque permite a manifestação sensível de uma idéia. A tarefa de representar o contorno dos objetos, ou de recriá-los e estabelecer associações novas, que é em última instância a essência do desenho, é uma atividade nobre que deve ser valorizada por sua utilidade para facilitar a comunicação entre aqueles que têm grandes brechas educativas, sociais e culturais.”

O autor alerta ainda, sobre a necessidade de melhorar a formação em técnicas educativas e para o fato de que a educação é muito importante para ficar só nas mãos dos educadores, pois nela se encontra também a educação em saúde, um direito e uma responsabilidade de todos.

Ciente da grande responsabilidade dos profissionais de saúde diante das necessidades de desenvolver processos de educação em saúde e do despreparo enfrentado por grande parte deles, consideramos de máxima importância finalizar este capítulo, utilizando mais uma vez, o pensamento de Portella e Gouveia (1999, p.11).

“Conhecimento teórico e o domínio perfeito de técnicas não garantem, por si só, o bom resultado de uma intervenção político-educativa. A capacidade do/a educador/a para entender os processos interpessoais e sociais, a disponibilidade para ver e ouvir o que se passa num dado contexto de trabalho e o reconhecimento de que a realidade é sempre maior que qualquer técnica ou teoria são elementos fundamentais para que um trabalho educativo cumpra a sua função.”

Após percorrermos o universo da educação em saúde, apresentamos a seguir, reflexões sobre o envelhecimento, fundamentais para a compreensão do presente estudo.

2.2 O ENVELHECIMENTO

Desde as mais antigas civilizações, o ser humano busca o prolongamento de sua existência ou, pelo menos, postergar os efeitos do envelhecimento, surgindo assim, procedimentos e poções “infalíveis” que apareceram e desapareceram, seja pela falta de sustentação, seja pela sua ineficiência comprovada ao longo do tempo (MORIGUTI et al., 1998).

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

Diferentes pessoas envelhecem de maneiras distintas, dependendo da época em que viveram sua infância e juventude, de seu estilo de vida, educação e maneira peculiar como estruturaram seu curso de vida (NERI, 1995).

Ponte (1996), escrevendo sobre os aspectos psicanalíticos do envelhecimento, considera que este, enquanto processo, concerne a todos, em qualquer idade, já que é durante a vida inteira que se envelhece.

Para Papaléo Netto (1996), o envelhecimento tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida e o declínio das funções orgânicas tende a ser linear em função do tempo.

De acordo com Paschoal (1996b), biologicamente, o envelhecimento começa, pelo menos, tão precoce quanto à puberdade e é um processo contínuo durante a vida. Socialmente, varia de acordo com o quadro cultural, com o transcorrer das gerações e com as condições de vida e trabalho e, cronologicamente, dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais de envelhecimento em diferentes idades.

Independente de considerações sobre o início do envelhecimento, seja na fase de concepção, como sinalizam alguns autores, entre a segunda e a terceira décadas, ou nas fases mais avançadas da vida, como admitem outros, o que se pode afirmar com certeza é a inexistência de um ponto ou limite de transição como acontece entre as fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade (PAPALÉO NETTO & BORGONOV, 1996).

Ferrari (1999) considera que não há um consenso no que se chama “velhice”, porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento.

Alguns cientistas afirmam que o envelhecimento é um processo contínuo em que ocorrem modificações durante toda a existência do indivíduo, não havendo um período específico para o princípio da senescência – termo usado para designar o envelhecimento natural - diferente de senilidade que corresponde aos aspectos psicopatológicos da velhice (OLIVEIRA & TROCCOLI, 2000).

A Organização das Nações Unidas, por ocasião da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, estabeleceu a idade de 60 anos como o limite inferior para definir a velhice no ciclo de vida humano nos países em desenvolvimento (DUARTE, 1996).

De acordo com Mabilde (1985), esse critério, como ponto divisório entre o adulto maduro e o velho, é o menos fidedigno para definir velhice, pois são múltiplas e relevantes as variáveis individuais para que se faça esse tipo de generalização. Para o autor, o

conhecimento e a diferenciação entre senescência e senilidade devem fundamentar a prática assistencial à pessoa idosa, prevenindo erros de interpretação das alterações próprias do envelhecimento com alterações patológicas.

Pereira e Pereira (1998) advertem que não somente as questões orgânicas devem ser consideradas, como também aquelas de caráter psicológico, socioeconômico e cultural, que interferem na auto-estima e na auto-confiança dos indivíduos durante o processo de envelhecimento.

Ao considerar o caráter multifatorial do envelhecimento, Papaléo Netto e Borgonovi (1996) classificaram as inúmeras teorias que se propõem a explicar a sua origem em grupos com base em “alterações metabólicas”, “alterações dos sistemas orgânicos” e “alterações celulares e macromoleculares”. Segundo eles, o último grupo pode ser a causa básica do processo de envelhecimento e de muitos processos patológicos comuns no idoso.

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo que traz importantes repercussões nos campos social e econômico, especialmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que no ano 2025 o Brasil, cuja população encontra-se em rápido processo de envelhecimento, será o sexto país do mundo em contingente de idosos (VERAS, 1996).

A mudança na estrutura etária é resultado, entre outros fatores, da queda dos índices de fecundidade e mortalidade, os quais vêm causando profunda repercussão no quadro de morbidade da população brasileira que, atualmente, vive mais, mas sem qualidade de vida, em especial, devido ao aumento das doenças crônico-degenerativas (DUARTE & NASCIMENTO, 1996; BURINI, 2000).

Para Kilsztajn et al. (2004), a oferta de serviços de saúde e o gasto de saúde de cada país, dado seu modelo de assistência médico-hospitalar, dependem de seu nível de renda e da estrutura etária da população. Ao alertar para o fato das doenças crônico-degenerativas, por definição, acompanharem o processo de envelhecimento, o autor salienta que com a queda de natalidade e a elevação da expectativa de vida ao nascer, em 2050, o Brasil deverá apresentar uma estrutura etária semelhante à atual dos países desenvolvidos.

Segundo Papaléo Netto e Ponte (1996), o aumento acentuado no número de idosos trouxe conseqüências dramáticas para a sociedade e, principalmente, para os gerontes, tornando-se fundamental buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde desta população e conhecer as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento. Para os autores, este é considerado comum, quando influenciado por fatores extrínsecos como

alimentação, meio ambiente e causas psicossociais; o envelhecimento bem-sucedido seria aquele em que tais fatores estariam ausentes ou seriam de pequena importância.

O modo como se vive, até os 50 anos, determina a qualidade de vida depois dos 65. Esta é uma das conclusões do estudo realizado por pesquisadores do *Brigham and Women's Hospital*, de Boston, depois de acompanharem, durante 60 anos, um grupo de homens. Estabeleceram de forma contundente como os bons hábitos contribuem para uma vida mais longa e feliz (CARELLI, 2001).

De acordo com Roland (1991), entre o final dos vinte anos até o início dos sessenta anos, quando as pessoas são, geralmente, mais produtivas, a maioria goza de boa saúde, porém os maus hábitos de vida poderão torná-la precária no futuro. Portanto, é nessa faixa etária que se faz importante adotar cuidados preventivos quanto à obesidade, hipertensão arterial, aterosclerose, diabetes mellitus e outros agravos que costumam interferir na saúde das pessoas de mais idade.

Para Veras (1996), o principal objetivo das medidas preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas. No entanto, para que a prevenção se torne plenamente eficaz, deve começar na infância e continuar no decorrer da vida adulta.

Paschoal (1996a) é enfático ao afirmar que envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. Conseguir, então, uma vida mais saudável, manter a autonomia e o máximo de independência possível deve ser o objetivo de cada pessoa e das políticas sociais e de saúde. No caso de perdê-las, todos os esforços devem ser dirigidos para a sua recuperação, da melhor maneira possível e no menor espaço de tempo.

Segundo Lima-Costa et al. (2003), as condições de saúde da população idosa se determinam pelos perfis de morbimortalidade, pela presença de déficits físicos e cognitivos, pela utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos.

Ao afirmar ser a população idosa a que, proporcionalmente, mais consome serviços de saúde, Veras (2003) constata que o sistema de saúde brasileiro, precário e desorganizado, não cria condições para a utilização mais adequada dos recursos. Para o autor, um dos estrangulamentos dos sistemas de saúde é a captação ineficiente de quem mais necessita de cuidado, no momento certo.

Somente em 1994, o Brasil passou a ter uma Política Nacional do Idoso e, apenas cinco anos depois, foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 2003a). Em que pese as afirmações de Veras (2003), a promoção do envelhecimento saudável

constitui-se na primeira diretriz da PNSI, compreendendo o desenvolvimento de ações que orientem para a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, tais como alimentação, exercícios físicos, socialização e ocupação. De acordo com a PNSI, esses temas devem ser objeto de processos educativos e informativos continuados em todos os níveis de atuação do SUS, com treinamento de agentes comunitários e profissionais do PSF, além da capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e promoção de estudos e pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

O Ministério da Saúde também assumiu um compromisso junto a estados, municípios e sociedade, a fim de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública, tendo em vista a cronicidade de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus e o seu grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira. Essas foram consideradas um desafio para o sistema público de saúde por exigirem a garantia de acompanhamento sistemático das pessoas identificadas como portadoras dos agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL. MS, 2001).

Na visão de Pellegrini e Junqueira (1996), enquanto os cuidados preventivos como dieta, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, entre outros são recomendados, questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo e a segregação social têm sido ignoradas. Dessa forma, a assistência à saúde da população idosa deveria se concretizar por uma abordagem interdisciplinar, desde o nível da promoção da saúde, passando pela prevenção e a cura, até a reabilitação.

Veras(1996) enfatiza também, a necessidade de equipes multidisciplinares capacitadas para proporcionar cuidados específicos dirigidos à “terceira idade”, sob pena de se recair em modelos ultrapassados de atendimento que apenas medicalizam problemas.

Brito e Ramos (1996) advertem que somente a prática de natureza integral, por meio de equipe interprofissional capacitada gerontologicamente, permitirá oferecer à pessoa idosa o encaminhamento e a satisfação de suas necessidades de saúde. Destacam, entre as atividades a serem desenvolvidas, o atendimento individual e a realização de grupos de educação em saúde.

Essas preocupações estão previstas no documento do Estatuto do Idoso, criado em 2003 pelo governo federal, quando assegura a assistência integral à saúde das pessoas idosas, pelo SUS, e a garantia do acesso universal e igualitário para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com inclusão da atenção especial às doenças que afetam

preferencialmente os idosos. O documento, ainda, prevê a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, a familiares e grupos de auto-ajuda (BRASIL, 2003a).

A fim de cumprir o que preconiza a PNSI e o Estatuto do Idoso, em consonância com o SUS, a Secretaria de Saúde do Município de Goiânia propõe a implementação da rede de atenção à saúde dos idosos/as, em um projeto que fundamenta suas propostas nos princípios democráticos de participação, garantia de direitos sociais, humanos e políticos, na perspectiva da inclusão social (GOIÂNIA, 2004a).

“Se por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde, o envelhecimento como um processo representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para os governantes e sociedade do presente e do futuro” (BERQUÓ, 1996, p.32).

Tendo em vista os objetivos do presente estudo, trazemos na seqüência, aspectos essenciais sobre a obesidade.

2.3 A OBESIDADE

A obesidade é uma doença universal, de prevalência crescente e alcança proporções epidêmicas alarmantes, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (HALPERN & MANCINI, 2001a). Pode ser definida como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo (COUTINHO, 1998) e resulta diretamente de um balanço energético positivo que ocorre quando a quantidade de calorias ingerida é maior do que a utilizada em atividade física diária (DOMITH & MACIEL, 2000).

De acordo com Pinto (1999), a obesidade é considerada uma doença dispendiosa, de alto risco, crônica, recorrente, heterogênea e de origem multifatorial, resultante da combinação de fatores genéticos, metabólicos, endócrinos, dietéticos e sociais, associados a erros alimentares e conflitos psicológicos.

Segundo Polanczyk et al. (1990), a obesidade está inter-relacionada com uma maior morbimortalidade, constituindo-se em fator de risco para doenças cardiovasculares, por afetar, adversamente, a pressão arterial, a glicemia e os lipídios séricos. Além disso, a mortalidade por diabetes mellitus, colecistite e alguns tipos de câncer (útero, ovário, vesícula, mama, nas mulheres e cólon e próstata, nos homens) é maior nos indivíduos obesos.

Estudos epidemiológicos constatarem ser duas vezes maior o risco de crianças obesas tornarem-se adultos obesos, os quais poderão apresentar problemas de saúde como os transtornos músculo-esqueléticos, hipertensão e complicações respiratórias. Além do mais, a obesidade na infância e adolescência está associada com uma maior mortalidade em mulheres adultas (PARRA-CABRERA et al., 2000).

Avaliações sistemáticas sobre a natureza e extensão dos problemas etiológicos da obesidade revelaram que, na maioria das vezes, os fatores psicológicos que acompanham e complicam as suas causas orgânicas são decorrentes de traumas da infância, preconceitos, discriminação e rejeição social a que são submetidas as pessoas obesas, em função do seu excesso de peso (PINTO, 1999).

De acordo com a distribuição da gordura corpórea, a obesidade pode ser classificada em andróide (também conhecida como central, superior ou “em maçã”), quando o excesso de gordura encontra-se mais concentrado na região abdominal ou no tronco, apresentando grande correlação com complicações cardiovasculares e metabólicas; e obesidade tipo ginóide (periférica, inferior ou “em pêra”), quando apresenta maior concentração de gordura na região dos quadris, e está mais associada às complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos (MANCINI, 2005).

Entre as medidas antropométricas mais utilizadas para a determinação do excesso de peso, o padrão de medida internacional é o Índice de Massa Corporal (IMC), ou Índice de Quetelet, devido à sua praticidade. Apesar de apresentar boa correlação com a adiposidade corporal, não distingue gordura central de gordura periférica e nem massa gordurosa de massa magra, podendo superestimar o grau de obesidade em indivíduos musculosos (HALPERN & MANCINI, 2001b; DOMITH & MACIEL, 2000).

Para Silva (1997), apenas o diagnóstico da massa corporal, com certeza, é insuficiente para a abrangência de um fenômeno multicausal como a obesidade, mas tem papel importantíssimo no diagnóstico e combate dos fatores relacionados à morbidade por doenças cardiovasculares, a utilização dos seguintes pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde com o uso do IMC: desnutrido ($IMC < 18,5$), eutrófico ($18,5 < IMC < 24,99$), pré-obeso ou sobrepeso ($25 < IMC < 29,99$), obesidade classe I ($30 < IMC < 34,99$), obesidade classe II ($35 < IMC < 39,99$) e obesidade classe III (IMC igual ou > 40) (COSTA & FAGUNDES, 2000).

“A razão cintura/quadril (RCQ) tem sido amplamente utilizada para investigar a relação entre distribuição de gordura regional e distúrbios

metabólicos. Por outro lado, diversos estudos têm apontado que a circunferência da cintura (CC) isolada está mais associada à quantidade de gordura abdominal e mais relacionada com distúrbios metabólicos do que a RCQ” (KAC et al., 2001, p. 3).

Costa e Fagundes (2000), ao afirmarem a existência de uma associação entre o IMC superior a 28 e o aumento do aparecimento de diabetes tipo dois, hipertensão e doença coronariana, destacam estudos epidemiológicos realizados na França, Alemanha, Itália, Espanha, Reino Unido, Estados Unidos e Japão, que mostraram o sobrepeso de mais de um quarto da população, com exceção do Japão.

Cabreira (1998) adverte para o fato de que níveis de adiposidade acima do limite capaz de interferir nas condições de saúde atingem uma grande porcentagem da população mundial. Nos EUA, aproximadamente 33% da população mantêm o peso pelo menos 20% acima do recomendado e 280.000 mortes por ano são atribuídas ao aumento do peso (ROSENBAUM et al., 1997; STUNKARD, 1996 citados por CABREIRA, 1998).

Na América do Sul, as prevalências de obesidade se assemelham a dos países industrializados, sendo que os homens compreendem a maioria dos casos de obesos e obesos de risco (DOMITH & MACIEL, 2000).

O Brasil vem, rapidamente, substituindo o problema da escassez pelo problema do excesso dietético. O aumento na prevalência de obesidade entre adultos ocorre em todos os estratos econômicos, com aumento proporcional mais elevado nas famílias de mais baixa renda (MONTEIRO et al, 1995).

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/ 2002-2003) (IBGE, 2005), no Brasil, cerca de 40% dos indivíduos adultos apresentam excesso de peso, não havendo diferença substancial entre homens e mulheres. Em relação à obesidade, esta atinge 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas no país; os obesos representam cerca de 20% do total de homens com excesso de peso, além de cerca de um terço do total de mulheres com excesso de peso. Os dados da pesquisa ainda revelam que, entre homens, a prevalência de excesso de peso e obesidade é maior nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas Regiões Norte e Nordeste e, em cada uma dessas regiões, é sempre maior nas áreas urbanas. Entre as mulheres, a prevalência do excesso de peso e obesidade difere menos entre regiões e, em cada uma delas, exceto na Região Nordeste, é maior nas áreas rurais.

Estudos realizados por Peixoto (2004) identificaram na população adulta do município de Goiânia, no estado de Goiás, uma alta prevalência de excesso de peso, sendo de 41,9% para os homens (31, 2% de sobrepeso e 10,7% de obesidade) e de 43,0% para as mulheres (29,2% de sobrepeso e 13,8% de obesidade). Os dados mostraram que essa

prevalência aumenta com a idade, para homens e mulheres, e com a renda, apenas para os homens.

Para alguns estudiosos, o problema do controle de peso é o produto de uma norma social que estipula a magreza como determinante para que uma pessoa se conserve atrativa (PARRA-CABRERA et al., 2000).

Pesquisa realizada pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) com 700 estudantes da área de saúde, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 26 anos, mostrou que, apesar de em cada dez alunos, nove estarem longe de serem obesos, 13% afirmaram provocar vômitos, tomar laxantes ou usar diuréticos após comer, com o objetivo de não engordar. Essas constatações indicam um sério risco dessas pessoas desenvolverem um grave distúrbio alimentar, a bulimia nervosa (RIBEIRO & ZORZETTO, 2004).

Recentemente, as gastroplastias têm conquistado espaço, em especial entre pessoas alvo do “efeito sanfona”, o engorda-emagrece típico de quem não consegue mudar hábitos alimentares, mas sim, fazer dietas temporárias. Por ignorarem seus riscos e conseqüências, mulheres e homens se submetem a tais cirurgias, consideradas a forma mais contundente de combate à obesidade (ZACHÉ et al., 2000).

Anderson e Wadden (2000) afirmam que a visão da obesidade como um distúrbio agudo, geralmente é encorajada pela indústria da dieta, que promete resultados milagrosos com pouco ou nenhum esforço. Segundo eles, é preciso reconhecer a obesidade como um distúrbio crônico a ser tratado a longo prazo, pois só assim os resultados poderão ser mais favoráveis. Além disso, ressaltam que o tratamento farmacoterápico não deve preceder a experiência de emagrecimento por um programa estruturado de dieta, exercícios e modificação de comportamento.

De acordo com Halpern e Mancini (2001a), o controle da obesidade deve objetivar a melhora do bem-estar e da saúde metabólica do indivíduo, diminuindo os riscos de doença na vida futura. Deve-se redefinir e legitimar como sucesso num tratamento, “reduzir a gravidade da obesidade”, em vez de “normalizar o peso corporal”, já que, até mesmo, a estabilização sem emagrecimento representa um modesto sucesso, comparado com a história natural de ganho de peso progressivo.

Estudos clínicos comprovam os benefícios à saúde proporcionados por reduções do peso relativamente modestas, mas duradouras, mostrando ser possível reduzir todos os fatores de risco cardiovascular com perdas ponderais correspondentes a 10% do peso inicial. Até mesmo o processo de aterosclerose pode regredir após um ano, mesmo sem o uso de

drogas redutoras de lípidos, com a redução de 10 a 12% do peso inicial (DOMITH & MACIEL, 2000).

De acordo com Cezar (2000), para a obtenção de resultados satisfatórios na prevenção e controle da obesidade, é fundamental que os aspectos de educação e mudança de comportamento motor e alimentar sejam acompanhados por equipe multidisciplinar integrada e compartilhando dos mesmos objetivos.

Ávila (1994), a respeito do trabalho desenvolvido em um grupo informativo sobre obesidade, revela que um dos aspectos positivos foi a troca de experiências entre os participantes, que tiveram a oportunidade de receber informações sobre o que é obesidade, suas causas e conseqüências e de tratá-la adequadamente. Ressalta, ainda, que os programas de redução de peso, para serem completos e efetivos, devem combinar dieta, mudanças comportamentais, educação e exercício físico.

Com base na situação apresentada, faz-se importante que os serviços de saúde estabeleçam ações educativas no sentido de prevenir e controlar a obesidade, pela utilização de estratégias que visem promover a saúde e a autonomia das pessoas, interferindo, assim, na prevalência dos agravos em idades mais avançadas.

Batista Filho e Rissin (2003) consideram também, fator de risco para várias doenças crônico-degenerativas o problema do sobrepeso/obesidade e ponderam não ser este, devidamente, enfrentado em nível da atenção à saúde no Brasil. Para os autores, as ações setoriais de saúde não apresentam, até o momento, o grau de agilidade e o nível de eficácia para responder, com presteza, aos desafios que o quadro mutante do cenário epidemiológico brasileiro aconselha e reclama.

Em reconhecimento da gravidade da situação, a coordenação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (PNAN/MS) declarou que a desnutrição, a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas expressões da “insegurança alimentar” e estão interligadas, pois estudos mostram que uma criança com carência nutricional na fase precoce da vida terá um risco muito maior de sofrer obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, entendendo que o problema alimentar e nutricional é determinado pela desigualdade no acesso a alimentos de qualidade e outros bens e serviços básicos por parte de grande parte da população brasileira, o Ministério da Saúde tem preconizado ações preventivas, por meio do PSF, da produção de materiais para capacitação de profissionais de saúde, da elaboração de diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição para a população, em geral, na perspectiva de se promover hábitos alimentares. Também há a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a fim

de monitorar o estado nutricional da população atendida na rede pública de saúde, desde a criança até o idoso e, assim, identificar, de imediato, situações de risco, intervindo de forma oportuna (CARVALHO, 2005).

No próximo tópico, apresentamos elementos fundamentais para a compreensão das relações de gênero e sua associação com o objeto do presente estudo.

2.4 AS RELAÇÕES DE GÊNERO

A vida social é estruturada em conjuntos de relações que, em interface, ou articuladas dinamicamente, dão-lhe sentido ou ensejam ao analista entrever um sentido. Os mais determinantes desses sistemas de relações são as classes sociais, os gêneros, as idades/gerações e as raças/etnias. Cada conjunto desses constitui-se, então, numa dimensão básica da vida social, mas nenhum deles, analisado de forma isolada, dá conta da sua complexidade (MOTTA, 1999).

Para a compreensão das relações de homens e mulheres em uma sociedade, é importante observar não exatamente seus sexos, mas tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. Dessa forma, constitui-se o debate, por uma linguagem, na qual gênero será um conceito fundamental (LOURO, 1998).

De acordo com Rios e Gómez (1991), entende-se por gênero o conjunto de características de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que a sociedade imputa diferencialmente aos sexos.

Para Giffin (1995), o conceito de gênero expressa a rejeição do destino biológico anunciado no discurso sócio-científico dominante.

Ao considerar que as relações de gênero são hierárquicas e de poder dos homens sobre as mulheres, Faria e Nobre (1997) afirmam que as relações das pessoas com o mundo iniciam-se a partir dessas relações de poder e se reproduz no conjunto da sociedade e das instituições.

Na visão de Louro (1998), à medida que o conceito de gênero afirma o caráter social do feminino e do masculino, obriga aquelas/es que o empregam a levar em consideração as distintas sociedades e os distintos momentos históricos. Segundo a autora, as concepções de gênero podem diferir no interior de uma mesma sociedade, ao se considerar os grupos étnicos, religiosos, raciais e de classe que a constituem.

De acordo com Motta (1999), o tempo dos indivíduos é expresso mais perceptivelmente pela idade, mas é socialmente construído e institucionaliza-se, ou seja,

adquire-se significado mais diretamente social como grupos de idade - jovens, adultos, velhos - ou como legitimidades para realizar, ou não, tal ou qual ação social. Na opinião da autora, a trajetória de vida de homens e mulheres, como construção cultural e social, determina diferentes representações e atitudes em relação à condição de velho/a. Para ela, não há como fazer uma análise da condição social atual de velho/a sem o conhecimento sobre os diferenciais de gênero e de classe social que a constituiriam internamente e lhe dariam específicos sentidos.

As preocupações teóricas relativas ao gênero, como categoria de análise, só apareceram no final do século XX, estando ausentes na maior parte das teorias sociais formuladas desde o século XVIII. Algumas dessas teorias construíram a sua lógica sob analogias com a oposição masculino/feminino, outras reconheceram uma “questão feminina”, subjetiva, mas o gênero, como o meio de falar de sistema de relações sociais ou entre os sexos, não havia aparecido (SCOTT, 1991).

De acordo com Portella e Gouveia (1999), o pensamento feminista esteve sempre voltado para uma análise das relações de gênero em diferentes contextos e épocas, mas foi apenas na década de 80 que o termo “gênero” passou a ocupar um lugar de destaque, instituindo-se uma categoria importante para a análise das relações sociais.

Para Corrêa (1994), a utilização do gênero como uma categoria analítica destinada a fundamentar princípios e praxes de educação para a mudança social é muito recente e ocorre em uma fase de intensa reflexão e auto-revisão do movimento de mulheres. Segundo a autora, no Brasil, em 1975, quando as primeiras reações públicas à ditadura se fizeram visíveis, as manifestações estimuladas pela institucionalização do Ano Internacional da Mulher reuniram não apenas mulheres preocupadas com o tema, mas também ativistas liberais e de esquerda. Assim, o ressurgimento no cenário brasileiro das idéias relativas à igualdade de gênero esteve diretamente associado à luta pela democracia.

De acordo com Giffin (1995), apesar da imensa produção acadêmica, tanto nos estudos de gênero, quanto na teoria e epistemologia feministas, o seu reconhecimento é incipiente, mesmo em áreas afins e por autores importantes.

As potenciais mudanças no âmbito das relações de gênero estiveram e estão, de alguma forma, articuladas à possibilidade de desmontar, conceitualmente, noções essencialistas que em várias tradições justificam a desigualdade entre os seres humanos, (CORRÊA,1994).

Segundo Louro (1998, p.20),

“o argumento de que homens e mulheres são biologicamente distintos e que a relação entre ambos decorre dessa distinção, que é complementar e na qual cada um deve realizar um papel determinado secularmente, acaba por ter o caráter de argumento final, irrecorrível. Seja no âmbito do senso comum, seja revestido por uma linguagem científica, a distinção biológica, ou melhor, a distinção sexual, serve para compreender- e justificar - a desigualdade social.”

Para a autora, é fundamental contrapor-se a essa argumentação, demonstrando que não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como estas são representadas ou valorizadas e o que se diz ou o que se pensa sobre elas que vão constituir, de maneira efetiva, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico.

Historicamente, na maioria das sociedades, os homens aparecem como responsáveis na esfera pública, ao passo que as mulheres se encarregam da reprodução, fundamentalmente na esfera privada. Nesse contexto, o termo reprodução refere-se não somente às funções biológicas da gravidez, do parto e da lactância, mas também, por extensão, às funções sociais de criação e socialização dos filhos e de manutenção da família em todas as suas necessidades: alimentação, cuidado da saúde, apoio afetivo, ordem e asseio do lar (RIOS & GÒMEZ, 1991).

Nas palavras de Louro (1998, p.21),

“ao dirigir o foco para o caráter “fundamentalmente social”, não há, contudo, a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuais, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas.”

A autora acrescenta também que a pretensão é entender o gênero como constituinte da identidade dos sujeitos. Refere-se, portanto, a algo que transcende o mero desempenho de papéis sexuais, com a idéia de perceber o gênero fazendo parte, constituindo o sujeito.

No que se refere ao impacto das construções de gênero sobre a saúde da população, Rios e Gómez (1991) advertem que acontece, em nível micro, mediante a internalização de paradigmas culturais de feminilidade e masculinidade que estimulem comportamentos e atitudes de risco diferencial para a integridade física e mental de homens e mulheres. Em nível macro, os fatores condicionantes de gênero atuam através da divisão sexual do trabalho, de diferentes instituições e da valorização diferencial atribuída a essas atividades em termos de prestígio e remuneração.

Segundo Giffin (1995), ao se identificar o corpo como âncora conceitual na definição histórica do gênero feminino, a repressão da sexualidade feminina representa o ponto nevrálgico do controle social mais amplo exercitado sobre as mulheres. Diante da constatação de que as mulheres desconhecem seus corpos, identifica-se um “sistema médico” detentor do saber legitimado e do poder sobre o corpo. A autora adverte que a falta de conhecimento implica em uma forma de controle com profundas conseqüências para a identidade e auto-estima femininas.

A prevalência de depressão é duas a três vezes maior entre as mulheres do que entre os homens e a desproteção prestacional geral e em saúde durante a velhice, que afeta a mulher em maior grau, também são destacados por Rios e Gómez (1991) como efeitos diferenciadores dos fatores de gênero sobre a saúde. Enfatizam, ainda, a urgência em repensar as formas de intervenção dirigidas para a saúde da mulher, de modo a valorizar problemas que são “invisíveis” nas estatísticas sanitárias, como os casos de violência, além das intervenções voltadas ao fortalecimento da auto-estima, construção da identidade e controle do próprio corpo.

A seguir, buscamos uma aproximação entre os aspectos até o momento levantados, a fim de identificar relações existentes entre envelhecimento, obesidade e gênero.

2.5 INTERFACES: ENVELHECIMENTO, OBESIDADE E GÊNERO

Pesquisas revelam que existe diversidade na percepção do corpo entre homens e mulheres, passando não só pela vivência de cada um a partir das diferenças biológicas, como por toda influência sócio-cultural que atua de maneiras diferentes em cada sexo (ANARUMA, 1995).

De acordo com Silva (1997), ao indicar um depósito de gordura classificado segundo as características anatômicas do tecido adiposo e sua forma de distribuição, o corpo obeso expõe que as causas do desequilíbrio entre a ingesta e o gasto energético influenciam a história de vida dos indivíduos desde a infância até o seu envelhecimento.

De acordo com Pinto (1999), as mulheres experimentam mais conflitos relacionados ao peso e forma corporal do que os homens, pois as pressões para se manterem magras estão presentes já no início da adolescência, e as dietas e malhações precoces denotam essa preocupação com a imagem do corpo e a fidelidade ao IMC.

Assim, são inúmeros os recursos utilizados no combate à obesidade, em particular, por mulheres de diversas idades que submetem o seu corpo a diversos e, muitas vezes,

inconseqüentes, procedimentos, a fim de atender aos padrões de beleza socialmente estabelecidos. A mulher que se vê distante destes padrões passa a ter comprometida a sua auto-estima, gerando complicações físicas e emocionais como distúrbios nutricionais e depressão (PAIEWONSKY, 2000).

Na visão de Rios e Gómez (1991), a notável prevalência maior entre as mulheres de distúrbios alimentares associados a ideais culturais de peso e imagem corporal, assim como ao papel central desempenhado pela beleza física na sua valorização representam um efeito diferenciador dos fatores de gênero sobre a saúde dos indivíduos.

Calcula-se que, no Brasil, 2,4% das mulheres adultas e uma parcela oito vezes menor de homens - 0,3%, desenvolvam bulimia ao longo da vida (RIBEIRO & ZORZETTO, 2004 citando ANDRADE et al., 2002).

De acordo com dados da pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica em todas as regiões do Brasil, somente em 2003, mais de 600 mil pessoas se submeteram à cirurgia plástica, número esse inferior apenas ao dos Estados Unidos. Desses procedimentos, 60% tiveram finalidade estética, com destaque para as lipoaspirações e correções mamárias (aumento e redução). Os dados ainda mostraram que 70% do total dessas intervenções foram em mulheres e 13% em adolescentes, o que corresponde a 94.845 cirurgias estéticas e reparadoras (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Para Silva (1997), os aspectos sociais e biológicos da história do corpo nas diferentes fases da vida aproximam a mulher do aumento da ingestão alimentar, seja nos momentos fisiológicos marcantes como gravidez e lactação, seja em função das mudanças hormonais, sobretudo em seu processo de envelhecimento.

Segundo Pereira e Cervato (1996), com o envelhecimento ocorre mudança na composição corporal do indivíduo, apresentando diminuição da massa muscular e aumento da massa gordurosa na mesma proporção e, em decorrência, cresce a possibilidade de obesidade, predominantemente em mulheres.

Carneiro (2001), reafirmando que o envelhecimento humano se acompanha de uma elevação dos valores percentuais de gordura corporal, adverte que, nas mulheres, esse processo se acelera a partir da menopausa, passando a ocorrer a distribuição de gordura de forma semelhante à encontrada para o sexo masculino, com predomínio na região abdominal.

A gordura corpórea aumenta lentamente entre 25 e 45 anos. Continua a acumular até 70-75 anos e não parece aumentar a partir daí. Em ambos os sexos o pico maior se estabelece entre 45 e 64 anos, sendo que para os homens é de 18% aos 18-25 anos, para 36% aos 65-85 anos e, entre as mulheres, o aumento é de 33% para 45% (KUCZMARSKI, 1989

citado por CABREIRA, 1998). Estima-se que ocorre um acúmulo de peso de 0,5 kg/ano após os 25 anos, em especial entre as mulheres, atingindo acréscimo de 30% aos 70 anos; paralelamente haveria decréscimo de 200 a 300 g de massa magra/ano (BURINI, 2000).

Nas faixas etárias mais avançadas, a necessidade energética está diminuída, principalmente, pela queda do metabolismo basal e da atividade física. Isso se dá em função da alteração da composição corporal com a diminuição da massa magra, em torno de 10% até os 60 anos, aumentando com o avançar da idade (MORIGUTI et al., 1998).

Segundo Alfieri (1996), com o envelhecimento há uma perda óssea progressiva. Nas mulheres com mais de 35 anos, ocorre em um ritmo aproximado de 1% ao ano, enquanto nos homens, inicia-se por volta dos 55 anos, chegando a diminuir de 10 a 15% aos 70 anos. Em relação à massa muscular, o autor refere-se a alterações tanto no tamanho, quanto no número das fibras musculares. Estudos indicam que a perda destas fibras ocorre em homens e mulheres e sinalizam para uma idade crítica aos 50 anos, quando a atrofia dos músculos torna-se mais evidente (AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE, 2005).

Somando a essas transformações a grande redução nas horas semanais gastas com exercícios regulares, a partir dos 20 anos, Burini (2000) conclui que o envelhecimento se dá acompanhado de expansão adiposa, atrofia muscular e inatividade física.

De acordo com Najas e Sachs (1996), para a avaliação do estado nutricional de pessoas idosas, assim como de outros grupos populacionais, faz-se necessário obter a história clínica e dietética, exames laboratoriais e medidas antropométricas como o peso, a altura, as pregas cutâneas e as circunferências, consideradas simples e de baixo custo. No entanto, no caso específico do idoso, tornam-se de difícil interpretação pela incerteza quanto aos padrões de referência a serem utilizados, uma vez que as variações fisiológicas levam a modificações na composição corpórea.

Das alterações corpóreas que ocorrem no processo de envelhecimento, a estatura parece ser uma das medidas mais afetadas, como consequência provável dos processos de cifose, escoliose e osteoporose que acometem com frequência a população idosa (BURINI, 2000).

Nahas e Sachs (1996) ainda advertem para a importância de se evitar erros de ordem técnica ao serem medidos peso e altura, como também de se adotar um método de medição que minimize os efeitos do envelhecimento sobre a altura. Para isso, propõem a utilização do comprimento da perna ou *knee heigh*, medida que não é alterada com a idade e está fortemente relacionada com a altura. As autoras afirmam que é possível fazer o monitoramento do estado nutricional do idoso, a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), se

considerados tanto os erros de obtenção das medidas, quanto os inerentes ao processo de envelhecimento.

Dentro de uma média de IMC, a morbimortalidade pode variar de acordo com a presença de fatores de risco intermediários, distribuição de gordura corpórea e idade. O *Longitudinal Study of Aging* identificou os valores de IMC relativos à menor mortalidade total entre pacientes acima de 70 anos, sendo que para homens, os menores índices de mortalidade estavam entre IMC de 27 a 30 kg/m² e 30 a 35 kg/m² para mulheres, mostrando uma tolerância melhor a valores maiores de IMC entre idosos. Um outro estudo, o *Euronut-SENECA*, realizado em diferentes países europeus, identificou uma prevalência da obesidade na população idosa que variava entre 7% e 43% nos homens e 4% a 56% nas mulheres e, na maior parte dos países, a prevalência da obesidade foi maior nas mulheres. Dados brasileiros de um estudo com 780 idosos ambulatoriais, com idade média de 72 anos, mostraram uma prevalência de obesidade de 10,2% nos homens e 23% nas mulheres. Em homens acima dos 80 anos os resultados foram significativamente menores (CABREIRA, 1998 citando GROOT et al., 1991; ALISSON et al., 1997; CABREIRA, 1998).

Na visão de Moriguti et al. (1998), deve-se abordar com menor ênfase e tratar de forma mais suave a obesidade e as dislipidemias dos idosos, ponderando sempre sobre as metas a serem alcançadas, pois o sacrifício e os custos de se atingir um peso “ideal” podem superar os reais benefícios e, até mesmo, não se justificar, quando comparados com a expectativa de vida plausível.

A esse respeito Cabreira (1998, p.9) adverte que “devido à alta prevalência e às suas repercussões patológicas, a obesidade não deverá ser abordada de maneira indiferente na promoção da saúde do idoso.”

Segundo Faria e Zanella (2000), a idéia de que o excesso de peso tenha um caráter benigno na ausência dos clássicos fatores de risco cardiovasculares deixou de ser verdadeira. Estudos demonstram que a obesidade tem valor preditivo para a ocorrência das doenças cardiovasculares a longo prazo, principalmente, nos indivíduos com idade inferior a 50 anos. Além disso, ganhar peso na vida adulta aumenta o risco dessas enfermidades, em ambos os sexos, independente do que se pesava antes ou da presença de outros agravos que possam ter surgido em decorrência deste ganho ponderal.

O risco relativo de desenvolver diabetes mellitus tipo dois é 3,8 vezes maior em indivíduos com excesso de peso entre 20 e 45 anos. Quando considerados até 75 anos, o risco cai para 2,9 vezes; a associação de colesterol total e Índice de Massa Corporal é de 1,5 a 2,0 vezes maior, além de mais pronunciada em indivíduos de 20 e 45 anos; aproximadamente

30% das mulheres obesas acima de 60 anos são atingidas por colecistopatia. Além do mais, a apnéia do sono tem representado um freqüente distúrbio respiratório relacionado a graves complicações cardiovasculares e neurológicas, e alguns estudos têm definido a osteoartrose de joelho como um fator de risco isolado para obesidade em idosos (CABREIRA,1998 citando VAN ITALLIE & LEW, 1990; STUNKARD, 1996; BRAY, 1985).

Para Burini (2000), o estilo de vida constitui o principal fator de risco para mortalidade de causa cardiovascular ou câncer, com destaque para a alimentação e a atividade física como os principais determinantes da obesidade e esta o principal fator de risco para doenças crônico-degenerativas. Dessa forma, por serem essas enfermidades responsáveis pelo maior número de internações da população idosa, bem como suas incapacitações, a alimentação deve exercer um papel primordial na manutenção da saúde desses indivíduos (DUARTE & NASCIMENTO, 1996).

De acordo com Ryfer (2000), a obesidade é considerada mais um fator para acelerar o envelhecimento, por ocasionar uma resistência à insulina, com tendência a inibir em parte, a produção do hormônio do crescimento, que tem uma relação direta com o envelhecer. Esse hormônio apresenta-se em maior índice na puberdade, decaindo de maneira considerável no decorrer da vida, sendo que aos 60 anos a taxa correspondente é 25% daquela encontrada aos 20 anos. O controle do peso associado à atividade física regular, estimulando, assim, a pituitária a liberar uma maior quantidade de hormônio do crescimento seria uma maneira de prevenir.

Segundo Carvalho Filho (1996), estudos que demonstraram um aumento da espessura da pele, da massa muscular esquelética e da densidade de alguns ossos com a administração de hormônio de crescimento em idosos levaram alguns autores a preconizarem o seu uso para tentar reverter certas manifestações do envelhecimento. Para ele, o processo é muito mais complexo, abrangendo todo o organismo e, além do mais, deve-se considerar que o uso prolongado pode causar problemas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertrofia cardíaca e agravamento da aterosclerose.

Pode-se afirmar então, que entre os fatores de interferência no processo de envelhecimento e também no aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis estão os de natureza genética, não passíveis de intervenção, e os de natureza ambiental, sobre os quais é possível agir, destacando-se entre os últimos a alimentação, com papel fundamental na promoção, na manutenção e na recuperação da saúde, se nutricionalmente adequada (NUTRIÇÃO EM PAUTA, 2000).

De acordo com Moriguti et al. (1998, p.241), “o envolvimento dos aspectos nutricionais com o envelhecimento compreende desde a sua provável participação neste processo de envelhecimento até a possível ação no retardo das disfunções e alterações degenerativas.” Os autores referem-se, ainda, a fortes evidências de que o câncer e as doenças cardiovasculares possam ser prevenidos ou retardados por mudanças alimentares, tais como redução de gorduras e aumento do consumo de frutas, grãos e vegetais.

Os requisitos básicos para um metabolismo satisfatório são essencialmente semelhantes no transcorrer da vida. Contudo, certas características inerentes ao processo de envelhecimento, e peculiares às pessoas idosas, acrescentaram facetas únicas à nutrição desta população (BURTON, 1979).

Segundo Pereira e Cervato (1996), o envelhecimento produz mudanças fisiológicas importantes que afetam as necessidades de certos nutrientes, cujas causas variam entre os indivíduos.

Alguns estudos mostram programas que contemplam uma atividade moderada e adequação da dieta com redução da ingestão de gorduras e aumento da quantidade de fibras, com a obtenção de bons controles de peso em idosos, evitando assim, deficiências nutricionais e comprometimento de hábitos alimentares e culturais sedimentados (CABREIRA, 1998).

Para Duarte e Nascimento (1996), o tratamento dietoterápico consiste na redução do peso com a diminuição da ingestão calórica, com acompanhamento profissional específico, a fim de evitar possíveis manifestações de episódios carenciais.

Na visão de Pereira e Cervato (1996), o controle da quantidade de lipídios da dieta é um dos mais eficientes caminhos para redução das calorias totais, contribuindo também para a diminuição dos outros fatores que aumentam o risco à doença coronariana. Torna-se, então, fundamental escolher os tipos de lipídios utilizados, pois altas taxas de gordura saturada têm ligação com o desenvolvimento de aterosclerose e certos tipos de cânceres. De acordo com as autoras, uma análise comparativa entre 10 mulheres com média etária de 93 anos e 10 mulheres com média etária de 36 anos mostrou que, nas idosas, houve uma pequena elevação dos triglicérides plasmáticos, com aumento nas concentrações de lipoproteínas de alta densidade e colesterol e redução da agregação plaquetária. Esse estudo, que identificou também um alto teor de lipídios na dieta das mulheres, ao concluir que as idosas apresentavam menor risco de aterosclerose em relação às mais jovens, possibilita afirmar que modificações na gordura dietética podem beneficiar indivíduos em idades mais avançadas.

Segundo Duarte e Nascimento (1996, p.264) “indivíduos idosos que têm aderido a uma dieta prudente por um longo tempo de sua vida, a qual apresenta calorias que cubram

suas necessidades e com baixo teor de gordura, têm menor risco de morrer de problemas cardiovasculares, especialmente se forem não-fumantes”.

De acordo com Veras (1996), o crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascer, apesar de extensivo a ambos os sexos, foi mais significativo para a mulher do que para o homem, em função não somente de diferenças biológicas, como o fator de proteção conferido aos hormônios femininos em relação à isquemia coronariana. Para o autor, entre outras explicações para o fenômeno está o fato das mulheres, em geral, serem mais atentas ao aparecimento de sintomas, terem um conhecimento melhor das doenças e utilizarem mais os serviços de saúde. Mas, ao lado dessa maior longevidade, constata-se uma maior frequência de longos períodos de doenças crônicas.

Estudos brasileiros revelam que um maior número de mulheres idosas continuará prevalecendo e será tanto maior, quanto mais avançada a idade, o que requer atenção específica. Serão elas, em sua maioria, viúvas, vivendo na casa dos filhos ou filhas, ou como chefes de famílias ou, ainda, morando sozinhas. A maior parte dos homens idosos viverá ao lado da esposa, o que possibilitará apoio emocional, tão necessário nessa fase da vida (BERQUÓ, 1996).

Na opinião de Neri (2005), é possível que as mulheres idosas continuem parecendo mais expressivas e envolvidas do que os homens, devido a fatores sociais e aprendizagem social. Porém, na “meia idade” e na velhice são as mais afetadas pelas conseqüências negativas do prestar cuidados a pessoas da mesma idade ou mais velhas, geralmente o cônjuge, pais e sogros.

De acordo com Buss (1999), o perfil epidemiológico da população, pós transição-demográfica, exige que à atenção tardia, poli-medicamentosa, tecnologicamente dependente e que requer especialistas em um seguimento quase constante, some-se o fortalecimento do caráter promocional e preventivo dos serviços de saúde. O autor alerta para um maior investimento do sistema de saúde em ações enfocadas no diagnóstico e na detecção precoce de enfermidades crônico-degenerativas, com o uso intensivo e qualificado de serviços de primeiro nível de atenção, assim como atividades que procurem rever os estilos de vida.

Para Veras (1996), uma abordagem preventiva pode ser empreendida através da busca ativa e da antecipação do surgimento de doenças. Embora os problemas das pessoas idosas nem sempre decorram do processo de envelhecimento, elas têm o direito de recusar as medidas propostas, se tiverem consciência dos objetivos da prevenção na velhice e se o pessoal da área de saúde for adequadamente treinado para atendê-las de modo a beneficiar sua saúde.

Na visão de Pontes (2000), o bem estar de alto nível é mais do que a ausência de doenças, e seu grande objetivo é muito mais amplo do que a prevenção da doença. Significa, portanto, proporcionar condições, tanto interna como externamente, para a obtenção do mais alto potencial de que a pessoa é capaz. Segundo a autora, estudos demonstram que a reestruturação cognitiva favorece a adesão de pacientes a alterações de hábitos, por viabilizar raciocínios mais realistas com relação à alimentação. Além disso, o grau de envolvimento do indivíduo é fator de máxima importância para provocar mudanças de sentimentos, sem o qual, nenhum fato objetivo conseguirá influenciar-lhe a conduta social.

Merchán-Hamann e Costa (2000) consideram que o enfoque de gênero constitui-se em uma das mais importantes contribuições para desnaturalizar e problematizar os fenômenos e os eventos ligados ao processo saúde-doença, com a expectativa de conduzir à implementação de formas distintas e mais humanas de assistência à saúde de homens e mulheres. Para os autores, devem-se incluir aí, estratégias que considerem a redução da medicalização das mulheres, com estímulo da postura de autonomia sobre o seu corpo, assim como da valorização do trabalho doméstico.

Ao reconhecer que homens e mulheres estão expostos a modalidades diferentes de mortalidade e são acometidos por problemas de saúde distintos, não somente em função de aspectos biológicos, mas também devido à influência da socialização, torna-se essencial que as intervenções em atenção primária sejam repensadas, de maneira a considerar a incorporação das questões de gênero nos conteúdos de promoção da saúde, prevenção dos danos e nas formas e conteúdos da organização e orientação dos serviços de atenção (RIOS & GÒMEZ, 1991; ENVEJECIMIENTO Y SALUD - REV PANAM SALUD PUBLICA, 2000).

3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Tendo em vista as reflexões, objetivos, indagações e fundamentação teórica apresentados, partimos do pressuposto de que as práticas educativas em obesidade e envelhecimento não são desenvolvidas na rede pública de saúde, de maneira a considerar os/as usuários/as como sujeito, por meio de estratégias que respeitem sua realidade, especificidades e limitações e, sobretudo, contribuam para seu fortalecimento e autonomia. Reproduzindo a “educação bancária” recebida em sua formação acadêmica que, de acordo com Freire (1988), baseia-se no repasse de informações, os profissionais utilizam-se de estratégias pouco sedutoras, em sua maioria palestras, ainda que reúnam as pessoas em grupos, seja de “obesidade”, “hipertensão”, “diabetes” ou “idosos”.

Outro pressuposto é o de que, ao realizar as práticas educativas, os profissionais de saúde não levam em consideração as interfaces entre gênero, obesidade e envelhecimento, tendo em vista, especialmente, a relação desses dois fenômenos com as doenças crônico-degenerativas e com os aspectos sociais que envolvem a imagem corporal de mulheres e homens.

O terceiro pressuposto é o de que os profissionais de saúde têm pouco conhecimento do perfil dos/as usuários/as e não consideram, no desenvolvimento das práticas educativas, aspectos como a escolaridade, a situação conjugal e familiar, a idade, o sexo, a raça/cor, entre outros que poderiam contribuir para uma melhor compreensão dos agravos existentes, dos estilos de vida adotados, das limitações de compreensão e participação, das resistências em seguir orientações, bem como dos potenciais e disponibilidades individuais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao traçar a metodologia deste estudo, buscamos a abordagem qualitativa da pesquisa por considerá-la mais adequada para atender aos objetivos propostos, uma vez que permite uma maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos (MINAYO, 1993).

A partir dessa abordagem, desenvolvemos um estudo descritivo, exploratório que, segundo Triviños (1987), é realizado com o propósito de observar, descrever e explorar aspectos dos fenômenos humanos. A pesquisa focalizou aspectos relacionados à educação em saúde, no contexto do envelhecimento e da obesidade, junto a profissionais de três unidades básicas da Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, as quais, por uma questão de ética, serão aqui identificadas por nomes fictícios.

4.1 O CAMPO DE ESTUDO

A fim de melhor conhecermos o espaço onde foi desenvolvido o presente estudo, optamos, inicialmente, por trazer algumas características do município de Goiânia e da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004 (GOIÂNIA, 2004b).

Goiânia, capital do estado de Goiás, possui uma população de 1.090.737 habitantes, com maior concentração em zona urbana, correspondendo a população da zona rural a apenas 06%.

A principal atividade econômica de Goiânia é a terciária, seguida de indústria de transformação, construção civil, indústria de utilidade e administração pública.

A população economicamente ativa (PEA) atinge 600.000 trabalhadores, com um contingente muito alto na informalidade. Já o desemprego está em torno de 7 a 8% da PEA municipal, estimando-se em 48.000 trabalhadores que se voltam ao mercado informal.

Nos últimos anos, ocorre em Goiânia, um processo de feminização da força de trabalho, especialmente em determinadas áreas, como o serviço público.

O município de Goiânia caracteriza-se como uma cidade de jovens, sendo que 68,4% da população possuem menos de 34 anos.

Em relação ao comportamento demográfico, observa-se, ao longo de 10 anos, uma redução na base da pirâmide populacional, com diminuição de pessoas com menos de 14 anos, principalmente de crianças com menos de nove anos, o que pode ser explicado pela

diminuição da taxa de fecundidade observada em mulheres em idade reprodutiva.

Quanto ao perfil de mortalidade, dados do ano 2000 mostraram a ocorrência de 5.528 óbitos de residentes em Goiânia, cujas principais causas por 100.000 habitantes são as doenças do aparelho circulatório ou cardiovasculares (75,3%) e causas externas (70,7%). As doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração destacam-se entre os óbitos por causas cardiovasculares. Em relação às causas externas, as principais são os acidentes de trânsito e os homicídios, nos quais a maioria dos óbitos ocorre em homens, com predomínio na faixa etária jovem (15 a 34 anos).

A distribuição da população segundo o sexo apresenta 523.553 de homens (48%) e 567.182 de mulheres (52%).

Em relação aos serviços de saúde, a rede ambulatorial e hospitalar distribui-se, quanto a sua natureza, em públicos, filantrópicos, privados conveniados ao SUS e privados.

A Secretaria Municipal de Saúde divide o município de Goiânia em nove regiões denominadas Distritos Sanitários (DS). São eles: Central, Sul, Sudoeste, Leste, Norte, Noroeste, Mendanha, Meia Ponte e Oeste. Possuem uma ampla rede de serviços ambulatoriais e hospitalares, porém com concentração de serviços de maior complexidade no DS Central, onde também se verifica uma maior concentração populacional.

Os Centros de Saúde Vila das Flores, Vila das Pérolas e Vila dos Pássaros, unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, foram selecionados para o presente estudo, devido ao fato de contemplarem em suas atividades ações educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento (hipertensão, diabetes, idosos) coordenadas por equipe multidisciplinar. Contatos prévios com a Secretaria Municipal de Saúde, através dos Distritos Sanitários, possibilitaram concluir que, somente nessas três unidades seriam encontrados os sujeitos da investigação.

4.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO

A população estudada foi constituída por 19 profissionais de saúde, que concordaram em participar do estudo, integrantes das equipes multiprofissionais responsáveis pelas atividades educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento nas três unidades de saúde selecionadas. Esses profissionais estão distribuídos, por categoria, da seguinte forma: duas nutricionistas, seis médicos/as, duas psicólogas, sete enfermeiras, uma assistente social e uma técnica de enfermagem, e o seu perfil será visualizado na apresentação da análise dos resultados.

4.3 A COLETA DE DADOS

A fim de melhor atingirmos os objetivos propostos neste estudo, foram escolhidas a entrevista semi-estruturada e a observação participante como duas técnicas de coleta de dados, complementares entre si, a serem utilizadas.

4.3.1 A Entrevista

A técnica de entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo, pelo qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, tanto de natureza objetiva, quanto subjetiva. As entrevistas podem ser abertas ou não estruturadas, quando o informante aborda livremente o tema proposto; bem como estruturadas, que pressupõem perguntas previamente formuladas (CRUZ NETO, 2002).

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1987), parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto do surgimento de novas hipóteses, à medida que se recebem as respostas dos informantes. As perguntas que compõem a entrevista semi-estruturada são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação recolhida sobre o fenômeno social que interessa.

Ainda de acordo com Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada tem a característica de valorizar a presença do investigador, ao mesmo tempo em que oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance liberdade e responsabilidade necessárias, enriquecendo a investigação; favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, como também sua explicação e a compreensão de sua totalidade. Finalmente, o processo de entrevista semi-estruturada obtém resultados de fato valiosos, se o pesquisador também tem amplo domínio do enfoque em estudo e da teoria que orienta seus passos.

Para este trabalho foi elaborado um instrumento (anexo I), cujas questões estão distribuídas em três blocos: Educação em Saúde, Envelhecimento e Obesidade.

4.3.2 A Observação Participante

A observação participante é uma técnica que se realiza pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Segundo Cruz Neto (2002, p.59-60),

“o observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.”

Neste estudo foi utilizada a observação participante apenas para melhor caracterizar o cenário dos atores sociais.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de submeter o projeto deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP/UFG), solicitamos autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realizá-lo nas três unidades selecionadas. Uma vez autorizado, o projeto foi encaminhado para o referido comitê, que solicitou sua revisão, o que resultou em atraso de, pelo menos, um mês para o início do trabalho de campo.

Após o aceite do CoEP/UFG (anexo II), no final de novembro/2003, e do consentimento da Secretaria de Saúde do Município de Goiânia (anexo III), iniciaram-se, em dezembro/2003, os contatos com os Distritos Sanitários (DS) e as Unidades de Saúde (US), a fim de se esclarecer sobre a pesquisa e processar a coleta de dados. Mas, somente a partir de janeiro/2004, foi possível reunir, em momentos distintos, representantes dos DS, diretoria e equipe técnica das respectivas US, quando então, foram esclarecidos os objetivos e relevância da pesquisa, a dinâmica de coleta de dados e os procedimentos éticos necessários para seu desenvolvimento. Esse contato inicial também permitiu uma maior aproximação com as equipes e com a rotina de funcionamento das unidades, possibilitando assim, dar encaminhamento ao processo de coleta de dados, através das entrevistas e observação de consultas e reuniões educativas, previamente agendadas com cada profissional.

Nenhuma entrevista foi realizada sem que os profissionais de saúde tomassem conhecimento e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV), contendo os objetivos do estudo, sua justificativa e procedimentos a serem utilizados durante a investigação.

4.5 O TRABALHO DE CAMPO

Em uma pesquisa qualitativa o trabalho de campo é uma etapa em que nossas

inquietações assumem caráter prático, sendo o momento no qual o pesquisador tem a oportunidade de interagir com os atores sociais envolvidos na investigação (MEDEIROS, 2005). Representa, portanto, a oportunidade de maior aproximação com o objeto de pesquisa.

No período que precedeu essa etapa de estudo, assim como durante o seu processo, vivenciamos algumas situações que resultaram em dificuldades para o desenvolvimento das atividades propostas, entre elas, até mesmo, problemas de saúde. No decorrer do relato que se segue serão evidenciados os fatores que, de alguma forma, resultaram em prejuízo para a execução do projeto, assim como os que trouxeram sua contribuição.

Todos os momentos em que estivemos presentes nas unidades, seja para realizar entrevistas ou observações, foram também utilizados para melhor conhecer as equipes e suas atribuições; para buscar maior compreensão da realidade dos serviços frente aos objetivos traçados no desenvolvimento da investigação. Durante todo esse processo, é possível afirmar que, de uma maneira geral, fomos bem recebidas e pudemos contar com a enorme contribuição de diferentes profissionais, sujeitos ou não da pesquisa.

A coleta de dados, propriamente dita, deu-se no período de janeiro a maio de 2004 e contou com a interferência de fatores como férias, licenças e substituições de profissionais, assim como o período de reforma de uma das unidades, fazendo com que este processo se prolongasse e, até mesmo, determinadas ações programadas não chegassem a se realizar.

A transcrição das entrevistas gravadas, em princípio, esteve sob nossa responsabilidade. Não sendo possível dar continuidade, foi necessário buscar a contratação desse serviço, o que acarretou atrasos para o estudo.

4.5.1 As Entrevistas

As entrevistas foram por nós realizadas no interior das unidades, com exceção de três delas que aconteceram em outros espaços de trabalho dos profissionais, em função de suas agendas. Gravadas em fita cassete, duraram, em média, uma hora e, mesmo realizadas em locais reservados, algumas vezes foram interrompidas, sendo necessário, então, desligar o gravador. Obrigatoriamente, nenhuma pessoa foi entrevistada sem que tivesse um primeiro contato para esclarecimento sobre a pesquisa e agendamento prévio.

Das 20 entrevistas, apenas uma não foi considerada para análise, devido ao afastamento do profissional da equipe em estudo, logo em seguida.

Em princípio, seriam entrevistados apenas nutricionistas, médicos/as, psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais pertencentes à equipe multiprofissional. No entanto, em uma

das unidades, foi importante a inclusão de uma técnica de enfermagem, devido ao papel exercido por esta junto aos grupos de educação em saúde.

Todas as pessoas se disponibilizaram a conceder as entrevistas, ainda que algumas poucas estivessem um tanto apreensivas quanto às informações que deveriam passar e também, ao fato de encarar um gravador. Nesses momentos, preocupamos em tranquilizar cada profissional e levar ao seu conhecimento o termo de consentimento livre e esclarecido, reforçando o sigilo destinado às informações fornecidas e a não obrigatoriedade de sua participação.

Com o decorrer das entrevistas, as pessoas, em geral, ficavam mais à vontade e demonstravam uma maior compreensão daquele momento. Nesse contexto, foi possível deparar com a surpresa de muitas, ao se verem, pela primeira vez, fazendo aquela reflexão; com o prazer de outras, ao falar do trabalho que vêm realizando, assim como, com as dificuldades de algumas, ao tocar em questões consideradas mais pessoais do que profissionais.

Em alguns momentos, sentimo-nos inseguras; em outros, tivemos dificuldades de não manifestar sentimentos, mas na maioria das vezes, vimo-nos fortalecidas e motivadas, diante dos depoimentos obtidos.

4.5.2 A Observação das Consultas

Planejamos, no início, observar consultas de cada médica/o, enfermeira/o e nutricionista que fossem entrevistados. Não houve essa possibilidade no caso de duas enfermeiras, em função de questões relacionadas às agendas e licença médica dessas profissionais. Em nenhum momento, houve recusa para a realização desse procedimento de coleta de dados.

A observação das consultas aconteceu, tendo em vista o agendamento de usuários/as dos programas de hipertensão, diabetes, obesidade e idosos para cada profissional, de acordo com a rotina de cada unidade de saúde.

Foi possível observar nos três centros de saúde, um total de três consultas de enfermagem, três de nutrição e oito consultas médicas, cujo tempo de duração variou entre dez minutos e uma hora e meia, tendo em vista a categoria profissional e a unidade de saúde estudada.

Para se proceder a observação das consultas, inicialmente, solicitamos aos profissionais que, ao explicarem o motivo de nossa presença, pedissem ao usuário o

consentimento para ali permanecermos. Em nenhum momento, alguém se opôs e, muitas vezes, por mais que explicássemos o nosso papel de observadora, fomos convidadas a dar opiniões. Nessas situações, reafirmamos como estaríamos participando.

Os dados gerados da observação das consultas foram registrados em caderno de campo.

4.5.3 A Observação das Reuniões Educativas

O contato com a equipe de cada US propiciou conhecer o cronograma de reuniões educativas existentes, a fim de definir o esquema de observação.

A coincidência de horários de algumas reuniões nas diferentes unidades, as férias ou licenças de profissionais responsáveis pelas atividades educativas e a frequência de reuniões mensais em determinados serviços foram alguns dos fatores que interferiram no processo de observação das reuniões, de maneira a ocasionar mudanças de estratégias. Em uma das unidades, cujos encontros mensais do grupo de hipertensão, diabetes e obesidade estavam, há dois meses, sem acontecer, foi necessário buscar uma equipe do PSF que, até então, não tinha seus profissionais envolvidos na pesquisa.

Foi observado um total de 11 reuniões educativas, sendo duas de grupos de “hipertensão, diabetes e idosos”, uma de grupo de “hipertensão, diabetes e obesidade”; quatro de grupo de “obesidade”; três de grupos de “hipertensão” e uma de grupo de “diabetes”, de acordo com as denominações estabelecidas pelas diferentes unidades.

O tempo de duração das reuniões variou entre 40 minutos a duas horas, sendo essas realizadas tanto nos auditórios das unidades, como em espaços cedidos pela comunidade, tais como igrejas e centros comunitários e, até mesmo, a praça pública.

Aos profissionais responsáveis pelas reuniões solicitamos que explicassem às pessoas participantes o motivo de nossa presença e pedissem o consentimento para ali permanecermos. Em alguns momentos, foi preciso reforçar essa necessidade; em outros, houve maior preocupação da equipe, a respeito. Em todos os grupos, não surgiram empecilhos por parte de seus integrantes. De acordo com nossa observação, pode-se afirmar que, se em algum instante surgiram incômodos, estes se evidenciaram nas atitudes de raros profissionais.

Os dados gerados da observação das reuniões educativas foram registrados em caderno de campo.

4.6 A PROPOSTA DE ANÁLISE

A análise dos dados, guardando coerência com a abordagem da pesquisa qualitativa, teve como referencial metodológico a **Análise de Conteúdo** que, segundo Bardin (1977), permite a análise de comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevem o conteúdo das mensagens. Neste estudo optamos por trabalhar com a **análise temática**, a qual consiste em descobrir os ‘núcleos do sentido’ que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1993).

Como procedimento, seguimos as orientações de Gomes (2002), para a análise de dados qualitativos, isto é, inicialmente, os dados foram ordenados a partir da transcrição das gravações, leitura exaustiva do material transcrito e identificação das unidades de sentido. É nessa fase, denominada **pré-análise**, que se organiza o material e se faz a “leitura flutuante”, oferecendo assim, uma visão geral dos dados e a identificação das unidades de sentido.

A etapa seguinte consistiu em agrupar as unidades de sentido, em busca da identificação das unidades temáticas, delineando-se assim, a **categorização**. Essa é a segunda fase deste método, em que se identificam as categorias que constituem quadros de referência para o pesquisador e buscam-se sínteses coincidentes e divergentes sobre o tema pesquisado, a partir das falas dos sujeitos.

Na última etapa ocorre o **aprofundamento da análise**, com o objetivo de, a partir da reflexão, intuição, referencial teórico, estabelecer uma relação entre o material pesquisado e o olhar de quem o está analisando que, além de explorar as evidências, deve desvendar o conteúdo latente.

No próximo item, apresentamos a análise e discussão dos resultados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de trazermos a análise e discussão dos resultados obtidos, consideramos fundamental apresentar informações descritivas das unidades de saúde, assim como dos sujeitos desta investigação.

- **As Unidades de Saúde**

O Centro de Saúde Vila das Flores, que pertence ao Distrito Sanitário Leste, foi inaugurado pelo governo estadual em março de 1988 e, desde 1996, está municipalizado. Situa-se em região de fácil acesso, bem servido de linhas de ônibus, contando hoje, com pavimentação asfáltica, saneamento básico, escola e hospital. Possui uma estrutura física ampla que é distribuída entre o ambulatório, a emergência e a administração, contando também com auditório para cerca de 60 pessoas.

Além disso, tem como característica ser uma unidade escola e conta com a atuação de acadêmicos e professores da Universidade Federal de Goiás em suas atividades, nas quais estão inseridos os programas preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre eles os de prevenção e controle da hipertensão arterial, diabetes e obesidade. Em 1989, foi eleita a primeira diretoria do Conselho Local de Saúde, com representantes da Unidade e da comunidade local, que se mantém atuante até o momento.

O Centro de Saúde Vila das Pérolas, unidade do Distrito Sanitário Meia Ponte / Mendanha, foi inaugurado em 1988 pelo governo estadual, mas, somente a partir de 1989, teve implementados os serviços ambulatoriais e os de urgências e emergências.

Embora seja bem servido de linhas urbanas de transporte coletivo, sua localização é considerada de difícil acesso. Possui uma estrutura física ampla que é distribuída entre o ambulatório, a emergência e a administração, contando também com auditório para cerca de 60 pessoas. Em suas atividades estão inseridos os programas preconizados pelo SUS, entre eles os de prevenção e controle da hipertensão arterial, da obesidade e programa do idoso. É referência para o controle e tratamento da obesidade.

Desenvolve, ainda, trabalho intersetorial com escolas, creches e centros educacionais pertencentes a sua área de abrangência. Seu quadro de profissionais é composto por 222 funcionários, entre os quais 21 são médicos do ambulatório, cinco enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista do Distrito Sanitário, que atende na Unidade duas vezes por semana. Em 1996, foi fundado o Conselho Local de Saúde, por

incentivo do Conselho Municipal de Saúde e com o interesse dos servidores da Unidade e da comunidade. Esse conselho nunca foi desativado.

O Centro de Saúde Vila dos Pássaros pertence ao Distrito Sanitário Sul/Sudeste. Localiza-se em um bairro da região sudeste de Goiânia, a uma distância aproximada de 14 km do centro da cidade, com uma população de 25 mil habitantes. Sua localidade é considerada de fácil acesso, contando os usuários, com duas linhas de ônibus.

A primeira unidade de saúde implantada no setor, em 1981, pertencia à Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC). A partir de 1982, o bairro passou a contar com mais uma unidade ligada à rede estadual, sendo que em 1996, com o advento da municipalização, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu a fusão das duas unidades, centralizando o atendimento na sede estadual.

Em janeiro de 2000, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o prédio desocupado voltou à função de origem, porém com características e diretrizes diferentes. Hoje, o PSF é responsável pela cobertura total dos moradores da região, desenvolvendo em suas atividades programas preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles o controle da hipertensão, diabetes, obesidade e assistência ao idoso.

O Conselho Local de Saúde do bairro foi formado em 1995. Todo o processo se deu com a participação de servidores e usuários do SUS, de acordo com orientações do Conselho Municipal de Saúde.

- **Os profissionais de Saúde**

O perfil dos 19 profissionais de saúde que foram sujeito deste estudo encontra-se no quadro abaixo, com informações relacionadas à categoria profissional, sexo, faixa etária e tempo de trabalho em suas respectivas unidades de saúde.

Podemos evidenciar uma predominância do sexo feminino e da categoria de enfermeiras. Médicos, nutricionistas, assistente social e técnica de enfermagem foram as outras categorias profissionais encontradas.

Predominou a faixa etária de 45 anos e mais, o que pressupõe maior maturidade e experiência dos sujeitos.

Quanto ao tempo de trabalho, verificamos uma ligeira tendência a profissionais mais recentes nos serviços, com menos de 1 a 3 anos de atuação. Isso talvez se explique pela tradicional rotatividade de profissionais nas unidades, por motivos de ordem política, pessoal, entre outras.

QUADRO I - Perfil dos Profissionais de Saúde

CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO		FAIXA ETÁRIA					TEMPO DE TRABALHO (anos)			
	F	M	25-29	30-34	35-39	40-44	45 +	- 1a	1-3a	3-5a	+ 5a
Assist. Social	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Enfermeiro/a	07	-	01	03	-	01	02	02	04	-	01
Médico/a	03	03	01	01	-	-	04	01	-	04	01
Nutricionista	02	-	01	-	-	01	-	-	01	01	-
Psicólogo/a	02	-	-	-	-	-	02	-	02	-	-
Téc. Enferm.	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
TOTAL	16	03	03	04	-	02	10	03	07	05	04

De acordo com o referido anteriormente, submetemos os dados obtidos à análise temática, segundo Bardin (1977). Os resultados foram discutidos a partir de quatro categorias previamente estabelecidas: **a educação em saúde; o envelhecimento; a obesidade e interfaces.**

A seguir, serão apresentadas a análise e a discussão de tais categorias.

5.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A categoria “a educação em saúde” foi analisada a partir da discussão das idéias centrais agrupadas nas seguintes subcategorias analíticas: “significados”; “atividades” e “perfil dos usuários na percepção dos profissionais de saúde”.

5.1.1 Significados

Pelo discurso dos profissionais entrevistados foi possível perceber como a educação em saúde é um tema próximo e, ao mesmo tempo, distante de sua realidade.

Para Schall e Struchiner (1999), a educação em saúde é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, com diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre as pessoas e a sociedade.

As respostas à questão “o que é pra você educação em saúde?” vão ao encontro das considerações de Schall e Struchiner, possibilitando compreender ainda que, em maior ou menor grau, existe uma concepção de que os profissionais são os detentores do conhecimento,

enquanto os usuários são aqueles que dependem desse conhecimento para ter saúde e qualidade de vida.

Isso pode ser identificado no depoimento de uma médica, de uma equipe do PSF, que parte do princípio de que os usuários dos serviços são leigos:

Educação em saúde (...) é uma maneira de você passar para o usuário, para o leigo, sobre sua saúde, em geral. Tanto faz a parte orgânica, social, psíquica, orientá-los no sentido de aprender como eles vão adquirir melhor saúde para o organismo deles (...) (S17)

Outra médica, que atua há mais tempo na mesma unidade de saúde, compartilha da idéia de que é o profissional quem ensina aos pacientes a maneira correta de viver sua própria vida:

Educação em saúde é a gente ensinar os pacientes a maneira mais correta, por exemplo, de viver sua vida: alimentos, exercícios; ensinar algumas revistas pra ler, programas de televisão (...) (S19)

Em uma unidade de maior porte, ao falar de educação em saúde, uma médica do PSF também acredita que a população precisa ser ensinada; precisa receber conhecimentos.

(...) é a gente tentar educar a população(...) é a gente transmitir conhecimentos para as pessoas saberem se cuidar (...) é ensinar a população (...) (S9)

Ensinamentos, informações, conhecimentos são palavras sempre utilizadas quando o assunto é educação. Tratando-se de educação em saúde, podem se vincular à ação do profissional e, ao mesmo tempo, à passividade da população, dependendo da compreensão sobre o ato de educar e das estratégias utilizadas.

Segundo Valente (2001), o ato de ensinar pode assumir tanto o significado de “depositar informação”, referindo-se à visão bancária de educação, de Paulo Freire, quanto o de proporcionar condições para que a aprendizagem seja produto de um processo de construção de conhecimento que, para o autor, é algo construído por cada pessoa, muito próprio e impossível de ser passado. Para Valente, “passamos informação que advém deste conhecimento, porém nunca o conhecimento em si”.

As palavras seguintes são de um médico que atua em uma realidade diferente do PSF. Sua concepção de educação em saúde reforça a passividade do paciente:

Educação em saúde para mim é toda orientação que o paciente vai receber sobre qual procedimento que ele deve tomar em relação à alimentação, atividade física e até mesmo em relação à medicação (...) seriam as orientações do paciente em relação à doença que ele tem (...) (S8)

Segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986), o termo “paciente”, utilizado para denominar a pessoa que sofre; doente; a que está sob cuidados médicos, também significa resignada; conformada; quem recebe a ação praticada por um agente. Ao atentar para o real significado do termo, é possível afirmar que são, literalmente, “pacientes” os usuários dos serviços aos quais é reservada a condição de objeto na ação educativa.

De acordo com Freire (1980), corre-se o risco de adotar métodos educativos e maneiras de atuar que reduzem a pessoa à condição de objeto quando se pensa a educação sem uma reflexão prévia sobre o indivíduo e de uma análise do seu meio de vida concreto.

Na opinião de Portella e Gouveia (1999), em uma ação educativa, é preciso conhecer os sujeitos e seus contextos, pois todos têm uma história pessoal e coletiva e um conhecimento sobre a sua realidade, muito maior do que o dos educadores. As autoras acrescentam que não considerar esses aspectos seria correr o risco de obter resultados inúteis para os sujeitos.

Nossa percepção a esse respeito, como educadora, leva-nos a compreender que por maior que seja o conhecimento científico de cada profissional, não é possível pensar educação em saúde a partir de seu próprio saber e de suas próprias suposições sobre as necessidades da população.

As declarações de uma psicóloga, responsável por grupos de obesidade, mesmo demonstrando compromisso com a ação educativa, trazem também a idéia de que é o profissional o detentor do conhecimento:

Educação em saúde é a pessoa ter conhecimento daquilo que faz bem pra ela e daquilo que não faz bem. É conseguir ter uma prática de estar realizando as coisas que faz bem (...) a pessoa tem que ter um esclarecimento, tem que ter conhecimento, e acho que é meu dever como profissional tá esclarecendo a ela o que ela precisa pra ter saúde, pra ter qualidade de vida. (S1)

É possível observar que, muitas vezes, no intuito de resolver as situações de saúde apresentadas pelos usuários no dia-a-dia, os profissionais tendem a passar informações e cobrar atitudes. Acreditam que, dessa forma, educam, ou mesmo, dão-se o direito de reeducar, pois, comumente, parte-se do pressuposto de que a população não sabe cuidar de sua saúde.

Ao agir assim, inúmeras vezes desconsidera-se a história, o contexto e o conteúdo das pessoas que deveriam ser sujeito daquela situação.

Falando de sua concepção sobre educação em saúde, uma das duas nutricionistas entrevistadas também reforça essa percepção:

(...) é a gente trabalhar na forma de haver uma reeducação alimentar, onde nós possamos passar informações sobre alimentos que não são convencionais (...) que são melhores em matéria de nutrientes. (S2)

A fala de uma profissional da equipe de enfermagem, com grande atuação nos grupos de hipertensão, obesidade e diabetes, revela também, o poder que o profissional de saúde exerce sobre a população ao ser capaz de ensinar a respeito de aspectos diversos de sua vida e de sua família, até mesmo, o que é considerado da sabedoria popular, como o chá caseiro:

Educação em saúde pra mim é tudo o que você pode passar para uma comunidade, de ensinamento pra ela como se cuidar, como cuidar dos filhos, saneamento básico, como usar o medicamento; às vezes, até o chazinho de casa; os cuidados pra não engordar, com a pressão alta, com a dengue. Envolve toda uma estrutura com relação aos cuidados e saneamento básico pra que essa pessoa tenha o mínimo de conhecimento pra cuidar de si e da família(...). (S12)

Referindo-se às pessoas em situação de obesidade, o depoimento de uma assistente social, apesar da preocupação com o resgate de cidadania, pelo repasse de informações, revela-se um discurso disciplinador:

Educação em saúde para o nosso trabalho, a gente define da seguinte forma: tipo de informações, quanto mais informações pra você passar pra os usuários (...) são informações que eles possam estar resgatando a sua cidadania, seu direito de cidadão, enquanto cidadão portador desse problema de obesidade (...) todo tipo de informação que a gente passa pro paciente; estar orientando ele a adquirir bons hábitos; uma reeducação da maneira dele se portar; a alimentação; evitar o sedentarismo (...) (S13)

Na análise de Gastaldo (1997), ao mesmo tempo em que a educação em saúde pode promover o poder das pessoas, porque a informação que lhes é dada ajuda-as a tomar decisões sobre sua saúde, considerando elementos científicos, sociais e pessoais, também pode significar submissão, uma vez que muitas práticas envolvem a imposição de “verdades”

sobre a saúde, por meio das quais as pessoas perdem controle sobre seu corpo ou família, governados por critérios alheios aos seus.

Para Czeresnia (2003), a divulgação de informação científica e as recomendações normativas de mudanças de hábitos são maneiras, pelas quais, estruturam-se os projetos de prevenção e educação em saúde.

Embora a idéia da mudança de hábitos estivesse implícita nas concepções sobre educação em saúde de vários sujeitos deste estudo, independente de sua categoria profissional, houve quem se posicionasse claramente, a respeito.

Na concepção de uma enfermeira do PSF, não basta orientar, é preciso que haja mudanças de hábitos.

Hoje, a gente tá com uma visão que educar é conseguir com que o paciente mude seus hábitos de vida, seu estilo de vida. A gente tem que chegar no paciente não de uma forma só de orientá-lo, dele saber o que é a doença, mas como lidar com a doença, mudar os hábitos de vida (...) a gente tem que pensar muito além, tem que conseguir que o paciente realmente entenda e mude o estilo de vida (S15)

Merece destaque a preocupação dessa enfermeira com o entendimento das pessoas, o que pode significar um certo cuidado com as estratégias de orientação. No entanto, não se deve perder de vista que a aquisição do entendimento não implica, necessariamente, em mudanças.

Em uma das unidades de maior porte, uma enfermeira, responsável pelos grupos de hipertensão, um pouco menos enfática, fala em tentativas de mudar hábitos de vida, visando ao controle da doença:

Educação em saúde para mim é a orientação do paciente na tentativa de mudança dos hábitos de vida e orientar esse paciente (...) para que ele melhore seus níveis pressóricos e tenha uma vida mais saudável. (S5)

Uma médica do PSF, cuja fala anterior trazia a concepção de ensinamento, também explicita a idéia de mudanças de hábitos ao considerar a educação em saúde uma estratégia de prevenção:

(...) acho também que educação em saúde é prevenção, é a gente tentar evitar algumas coisas, mudando hábitos, e acho que esse é o maior foco dos nossos grupos de saúde, do nosso trabalho em educação em saúde; o principal é prevenir(...) (S9)

O enfoque preventivo, com destaque para vários aspectos sujeitos à intervenção, esteve também presente no discurso da nutricionista, cuja fala anterior trouxe a idéia de reeducação alimentar. Embora a profissional não tenha explicitado, é possível suscitar uma expectativa de mudança de hábitos na sua concepção de reeducar.

Educação em saúde é você trabalhar em cima de uma prevenção com relação à alimentação, com relação à higiene, até o controle familiar. É tudo que engloba a saúde pública, o saneamento básico (...) (S2)

O depoimento seguinte é de outra nutricionista, supervisora de estágio em uma das unidades estudadas. Ao trazer o enfoque preventivista em sua fala, mostrou-se preocupada em considerar a realidade das pessoas na ação educativa:

(...) trabalhar com educação em saúde é tá sempre vendo a realidade que a pessoa tá inserida e a gente tentar tá sempre mostrando pra ela as práticas corretas, tanto relacionadas à prevenção, como relacionada a como lidar com a situação que ela se encontra, em relação ao processo patológico (...) (S7)

Ter em vista a realidade das pessoas é uma maneira de considerá-las na sua integralidade. As declarações abaixo são, respectivamente, de uma médica e de uma enfermeira da mesma unidade de PSF, mas de equipes distintas. De certa forma, a primeira traz essa idéia de integralidade para suas concepções de educação em saúde:

(...) conhecer o saneamento básico, as doenças como evitá-las; conhecer o organismo como ele funciona, para evitar o que tá acontecendo hoje em dia, da gente repartir o corpo em vários pedaços: é ouvido, é perna, é vasos. A gente esquece que o corpo é um todo. Pra mim, educação em saúde é isso. (S17)

As palavras da enfermeira, apesar de, em princípio, suscitarem a idéia de integralidade, revelam-se contraditórias ao falar em “destrinchar tudo”.

(...) cê pega o paciente como um todo e, a partir daí vai destrinchando. Acho que educação em saúde é isso, é ver a pessoa como um todo e destrinchar tudo. (S14)

Ao fazer uma releitura do princípio da integralidade, Nogueira (2000?) aponta para a discussão da saúde como algo constitutivo da própria integridade humana, ou seja,

daquilo que não pode ser nem desmembrado (ou destrinchado) em peças, nem transformado em condição de objetividade, como um ‘estado de coisas’ ou um ‘estado de órgãos’.

De acordo com Maués e Simões (2002), o atendimento integral é um princípio que impõe a articulação e continuidade do conjunto das ações e serviços preventivos e assistenciais ou curativos, em todos os níveis do sistema, implicando também, que os serviços devem atender o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diversas situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e morrer.

O enfoque preventivista volta a aparecer nas palavras de uma das psicólogas, que foi bastante objetiva ao destacá-lo em sua concepção de educação em saúde:

Educação em saúde pra mim, primeiro é trabalhar com a pessoa no sentido da prevenção, antes que se estabeleça de fato a doença (...) (S6)

Segundo Czeresnia (2003), o conhecimento epidemiológico moderno é a base do discurso preventivo, cujo objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Ao trazer os enfoques sobre educação em saúde propostos por Tones (1987), “educativo”, “preventivo”, “radical” e de “desenvolvimento pessoal”, Stotz (1993) destaca o enfoque “preventivo” como predominante nos serviços de saúde. Isto é, o comportamento dos indivíduos, visto como fator de risco (dieta, falta de exercícios, fumo, etc) está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas).

Merchán-Hamann (1999), em um exame crítico sobre educação em saúde, refere-se a uma dissociação paradoxal entre a teoria e a prática, salientando que os modelos teóricos e a reflexão conceitual que deveriam orientar as práticas, permaneceram sujeitos a algumas das premissas deterministas da psicologia comportamentalista.

Tendo em vista as considerações dos autores, pode-se compreender que a idéia de prevenção, embutida no discurso dos sujeitos entrevistados, retrata uma percepção reducionista de educação em saúde.

Rosso e Collet (2003), em seu estudo sobre práticas educativas evidenciaram o predomínio do enfoque preventivo nas concepções de educação em saúde de enfermeiras da rede pública. Segundo as autoras, essas práticas educativas, ao visarem à mudança de comportamento, estão alicerçadas em orientações e transmissão de informações.

Algumas enfermeiras, participantes do presente estudo, além do caráter preventivo, contemplaram em seu discurso sobre educação em saúde, a idéia de promoção,

indo ao encontro das observações de Gastaldo (1997). De acordo com a autora, tradicionalmente, a educação em saúde tem sido considerada como uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informações e sugere alternativas para os indivíduos, famílias ou grupos em termos de prevenção à doença e promoção da saúde.

A declaração a seguir, é de uma dessas enfermeiras, que atua no PSF em uma unidade de pequeno porte:

Educação em saúde é prevenção. Literalmente, é conscientizar o paciente, a população, a comunidade, de uma determinada doença ou patologia que você esteja trabalhando no momento (...) não existe a educação sem a promoção, acho que não consigo separar isso. Se eu tô educando, eu tô promovendo, conseqüentemente, a saúde (...) (S16)

A ênfase dada à idéia de prevenção, pela conscientização, aponta para a importância de trazer, novamente, Freire (1980) para a discussão. De acordo com o autor, uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual as pessoas escolhem e decidem, liberta-as, em lugar de submetê-las, de domesticá-las. No entanto, Freire adverte que a tomada de consciência não é ainda a conscientização, pois esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, não podendo existir sem a ação-reflexão.

O esclarecimento de Freire abre espaço para a análise da idéia de promoção. A esse respeito, Buss (2003) revela que, embora o termo tenha sido inicialmente usado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva⁴, seu significado foi mudado ao longo do tempo e ganhou, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Czeresnia (2003), os projetos de promoção da saúde valem-se, igualmente, dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Por acreditar que isso pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, a autora salienta que a diferença radical entre os dois conceitos implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e transformação das práticas de saúde.

⁴ O conceito de promoção da saúde foi utilizado por Leavell & Clark ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. “As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (LEAVELL, H. & CLARK, E.G. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro: Ed. Macgraw-Hill do Brasil, Ltda, 1976)

O depoimento abaixo é de outra enfermeira, de uma equipe de PSF que, trazendo também a idéia de prevenção e promoção, acredita na complexidade do tema educação em saúde:

(...) é tudo que dá referência à importância da qualidade de vida, à importância da satisfação das necessidades básicas humanas, à importância da prevenção, à importância da promoção à saúde. São vários fatores envolvidos (...) (S11)

Uma enfermeira, de uma realidade diferente do PSF, ressalta o compromisso do serviço de saúde para com o usuário e traz a idéia de continuidade para o desenvolvimento da ação educativa:

(...) educar seria estar resgatando esse paciente, o meio onde ele vive, tentar preparar ele pra situação que ele vive agora, pra situação que ele vai ter que enfrentar (...) acho que educar é no dia-a-dia, na convivência, é através das ações que a gente tem aqui, que não são só consultas. (S10)

Integrante de uma equipe de PSF, outra enfermeira, responsável pelo trabalho educativo com grupos de hipertensão, diabetes e idosos, compartilha da mesma concepção quando se refere à educação em saúde da pessoa usuária do serviço:

(...) é a gente tá orientando ela nos hábitos de vida; tá colocando quais são as melhores formas dela tá seguindo, de uma forma contínua. Não é só em uma consulta (...) (S14)

A idéia de continuidade implica em compreender que a ação educativa não se constitui em um evento isolado, mas em um processo no qual se estabelecerão as relações e a construção do conhecimento. O caminho da promoção da saúde será trilhado, dependendo do entendimento dos profissionais, não somente sobre educação em saúde, como também, do próprio significado de saúde.

Considerando que a concepção de promoção, assim como a de saúde, passa, ao longo dos tempos por diversos fóruns de discussão⁵, importante se faz recuperar as análises

⁵ “Três importantes conferências internacionais sobre promoção da saúde, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986) e Sundsväl (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997, e no México, no ano 2000. Na América Latina, realizou-se, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2003)” (BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, p. 15)

de Buss (1999) a esse respeito. O autor traz duas idéias distintas da concepção de promoção da saúde: a mais concentrada na educação em saúde, buscando, centralmente, a mudança de estilos de vida e fatores comportamentais; e a promoção da saúde centrada nas políticas públicas saudáveis e na intersetorialidade, assim como na ação comunitária concreta e efetiva, para estabelecer prioridades, tomar decisões, planejar e implementar estratégias, visando melhorar os níveis de saúde.

Nesse sentido, Pereira et al. (2000) salientam que a promoção em saúde só se concretiza tanto em estilos de vida, como em políticas públicas saudáveis, se a prática da ação educativa ocorrer simultaneamente e viabilizar a participação de indivíduos, grupos e da sociedade como um todo.

Os depoimentos seguintes, de uma enfermeira do PSF, vão ao encontro das palavras de Pereira et al. (2000). Diferente da médica de sua equipe, que enfatiza as idéias de ensinamento e mudanças de hábitos, ela ressalta as práticas educativas como a essência do trabalho que desenvolve e importante estratégia de promoção da comunidade:

(...) educação em saúde pra mim é o básico do nosso trabalho, é o pilar mais importante do nosso trabalho, é o que diferencia, na verdade, a atenção primária, a atenção integral à saúde (...) (S11)

(...) eu acredito que dessa forma a gente possa contribuir para a melhoria da condição de vida da população que a gente assiste (...) eu acho que esse é o caminho pra gente não só trabalhar a questão saúde com a comunidade, mas também é a oportunidade que a gente tem, é o canal que a gente tem pra trabalhar outras questões também importantes para a comunidade, como a mobilização, como o controle social, trabalhar o próprio processo do SUS. (S11)

Uma mesma enfermeira, que trouxe a perspectiva da continuidade, mesmo sem se referir ao termo “promoção”, suas palavras ofereceram essa idéia ao destacar a responsabilidade do serviço de saúde e a conquista da autonomia das pessoas:

(...) educar em saúde é mais do que abordar o indivíduo que chega aqui; é você tá acompanhando esse indivíduo, é você estar entendendo um pouco a realidade dele, tentando melhorar no que for possível, dentro do nosso trabalho, e ter certeza de que, a partir daí, ele vai conseguir prevenir suas doenças, compensando seus distúrbios, e até, sendo esse agente educador também na comunidade (...) (S10)

Essas duas enfermeiras, embora de uma mesma unidade de saúde, não têm um trabalho conjunto, no entanto, enriqueceram a construção desta análise, com suas concepções de educação em saúde um tanto quanto mais ampliadas.

Na visão de Carvalho (2004), torna-se fundamental a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde, sendo útil viabilizar estratégias que busquem garantir a participação de sujeitos na definição do seu modo de encaminhar a vida. É preciso valorizar no cotidiano do fazer saúde o encontro entre profissionais e usuários e as lutas pela garantia dos direitos da cidadania. Para o autor, o conceito do “empowerment”⁶ contribui para alcance desses objetivos, sendo útil para repensar as práticas de educação em saúde, de gestão de organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde e estratégias de participação comunitária.

Para Carvalho et al. (2004), empowerment é o processo desencadeado a partir da aquisição de informações sobre determinantes de saúde e doença, no qual os indivíduos, tornados sujeitos graças à conscientização de sua situação no mundo, buscam a sua autonomia para o enfrentamento dos problemas de maneiras mais saudáveis.

Importante, nessa discussão, é recuperar o referencial de Gastaldo (1997) quando esta, revisando os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, constata uma transformação do discurso oficial sobre educação em saúde. A autora faz um alerta ao afirmar que, ao passar de “mudanças comportamentais” para “participação”, esse discurso representa uma nova perspectiva para o exercício do bio-poder, pois o seu envolvimento com a prevenção e a promoção da saúde pode reforçar técnicas de poder controladoras do corpo individual e do corpo social.

Os discursos sobre educação em saúde, influenciados, entre tantos fatores, pelas concepções de saúde, de educação, assim como pelas especificidades de cada categoria profissional, permitiram identificar no material, até então, analisado a fragilidade da reflexão teórica que se estabeleceu. Dessa forma, considerando que as atividades educativas são o pilar da atenção integral à saúde, essas vêm constituir-se em grande desafio para as equipes de

⁶ “É um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda e, nos anos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90, recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico” (CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde 2004). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (4):1088-1095, jul-ago, 2004, p. 1090.

saúde, especialmente, em se tratando de considerar, não somente o profissional, mas, sobretudo, os usuários, como sujeitos das ações desenvolvidas.

A mesma enfermeira que ressaltou ser a educação em saúde essencial para o seu trabalho, demonstrando satisfação, também compartilha com a idéia de desafio e chama atenção de sua categoria:

(...) eu acho que é uma parte que é desafiadora para todos os profissionais, principalmente na parte da minha categoria, para os enfermeiros, mas é também, algo que é prazeroso pra mim (...) (S11)

O pensamento de Freire (1988, p.70), que nos possibilita compreender o quão desafiador é o processo educativo também para o “educando”, vem ressaltar a sua posição de sujeito, reafirmando o caráter alienante de uma educação em saúde que não considera isso em sua concepção.

“(...) quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada.”

5.1.2 Atividades

Os trabalhos em grupo, seguidos pelas consultas ou atendimentos individuais, foram apontados como os tipos de atividades educativas, mais freqüentemente, realizados, pela grande maioria dos sujeitos deste estudo. As visitas domiciliares mereceram o destaque de poucas pessoas, sendo que duas delas atuam no Programa de Saúde da Família.

Ao se referirem aos tipos de atividades educativas, os profissionais entrevistados informaram também a que público se destinam. Usuários dos programas de “hipertensão”, “diabetes” e “obesidade” estiveram entre os primeiros mais citados, seguidos por aqueles dos programas de “gestantes”, “crescimento e desenvolvimento” e de “idosos”. Houve quem se referisse também, a atividades ligadas à saúde da mulher, adolescentes, epidemiologia e, até mesmo, aos funcionários. Dessa forma, ficou evidenciado que as ações educativas se estruturam a partir das “doenças” e “fases da vida” que definem os programas preconizados pelos serviços de saúde.

A denominação e organização dos diversos grupos observados variam de acordo com as especificidades de cada serviço. De acordo com Zimerman D. (1997a), existe a possibilidade de classificar os grupos de acordo com aspectos variados como as vertentes teóricas, a finalidade a ser alcançada, o tipo de participantes, a área de aplicação, a natureza do vínculo estabelecido, a técnica empregada, entre outros, afirmando que a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo.

Tendo em vista o objeto deste estudo, constarão dessa análise somente as ações educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, aqui compreendidas como as destinadas aos usuários dos programas de “hipertensão”, “diabetes” e “idosos”, às quais todos os sujeitos entrevistados estão, de alguma forma, ligados.

Em uma das unidades, as três equipes do PSF reúnem, mensalmente, usuários dos programas de hipertensão, diabetes e idosos em um só grupo, sendo que, duas das equipes têm trabalhado em conjunto. Nessa unidade, apenas uma equipe realiza, também uma vez por mês, o grupo de “obesidade”.

O grupo de “hipertensão, diabetes e obesidade”, de uma unidade maior, realiza suas reuniões ao final de cada mês, enquanto nesse mesmo serviço, a equipe do PSF, participante desta pesquisa, trabalha com três grupos mensais de “hipertensão”, além do grupo de “diabetes”, uma vez por mês.

O terceiro centro de saúde, referência para obesidade, trabalha esse grupo em reuniões semanais, nas quais as pessoas devem participar de, pelo menos, uma delas, a cada mês. Nesse serviço, também é desenvolvido um trabalho junto ao grupo de “hipertensão”, o qual é dividido em quatro sub-grupos mensais, com um encontro por semana de cada um deles.

As informações coletadas revelaram, ainda, que em geral, o encaminhamento para os grupos acontece mediante avaliação da equipe profissional, por ocasião do atendimento individual ou visita domiciliar. Apenas uma das unidades preenche as vagas para o grupo de obesidade a partir de sorteio, realizado em reunião mensal, com a participação de usuários e profissionais. Além disso, as pessoas integrantes dos grupos também são acompanhadas, individualmente, pela equipe, em intervalos de tempo que variam de acordo com a realidade de cada serviço.

Foi possível identificar nas palavras dos profissionais que os objetivos das atividades educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento vão ao encontro dos significados de educação em saúde por eles expressados, merecendo destaque para as preocupações com a prevenção e com uma melhor qualidade de vida.

O contato com o material a ser analisado permitiu compreender que, apesar da ênfase dada aos grupos de educação em saúde, predominam nas unidades as consultas individuais, nem sempre bem utilizadas como atividades educativas.

Os depoimentos a seguir são de uma médica do PSF (S9) e de uma profissional de enfermagem da mesma unidade (S12) que, reconhecendo os atendimentos individuais como espaço de aproximação com os usuários, fazem reflexões em relação à consulta médica. A primeira traz a preocupação com a grande demanda apresentada, enquanto que a segunda revela uma tentativa de sanar a falta de atenção dos médicos para a ação educativa durante as consultas.

*(...) grande parte das doenças são decorrentes dos hábitos, da forma de vida das pessoas. Então, a gente trabalha muito nisso, nas nossas próprias consultas. Claro que é um pouco difícil (...) de vez em quando a gente marca um tanto, quando você vê, vem o dobro. A gente tá tentando trabalhar isso pra ter mais tempo pra conversar com nosso paciente(...)
(S9)*

*(...) cada atendimento, ele tem um diferencial. O meu atendimento, ele tem um diferencial. O meu atendimento aqui na sala, ele num fica só em verificar a pressão do paciente (...) ele senta aqui na mesa, vai ser verificada a pressão e ele vai receber a orientação de como se cuidar. Porque à vezes, o paciente não tem essa orientação onde ele consultou. O médico só atende, passa o remédio, a orientação que passa pra ele é muito pouco (...)
(S12)*

De acordo com o pensamento de Lopes e Silva (2004, p.4),

“a idéia de que o processo saúde-doença é resultante das situações de vida dos indivíduos e coletivos e que essas situações são construídas nas relações que se estabelecem na sociedade, sendo, portanto, históricas e passíveis de serem apreendidas concretamente, é parte importante do ideário constitutivo de práticas de consultório.”

Para Farias (2001), o momento de contato do usuário com o profissional médico constitui uma experiência fundamental na formação do juízo elaborado pelo sujeito sobre a qualidade do atendimento ofertado, pois se espera não apenas prescrição eficaz, mas também, uma interação humanizada e personalizada, na qual o paciente se sinta alvo de dedicação pelo profissional. O autor ainda tece considerações sobre o tempo de duração da consulta médica, e alerta para a possibilidade desse não ser um bom indicador de competência e qualidade da intervenção clínica -uma consulta de trinta minutos não será necessariamente, mais eficaz do

que outra de dez minutos - contudo, pode revelar aspectos importantes da dimensão interpessoal do atendimento.

A esse respeito, resgatando as observações de campo, onde foi possível presenciar uma diversidade de atendimentos individuais, pode-se dizer que as consultas médicas, em sua maioria, pautaram-se na realização e solicitação de exames, além da prescrição medicamentosa e cobranças de mudanças de hábitos.

Foi possível identificar em atendimentos de profissionais do PSF uma maior disposição para aproveitar o espaço, realizando ação educativa, a partir das colocações dos usuários. No entanto, ainda que reconhecesse a importância dos contatos individuais, a médica do PSF, cujos depoimentos foram descritos acima, talvez não tenha conseguido uma maior aproximação, em função da falta de tempo, frente à grande demanda alegada por ela.

O tempo destinado à consulta médica tem se constituído em uma das principais pautas na discussão da qualidade da atenção à saúde. A grande demanda pelos serviços é utilizada como justificativa para um atendimento, cuja duração, muitas vezes, não favorece uma maior aproximação com a comunidade. Diante dessa questão, torna-se difícil pensar a consulta como um espaço de educação em saúde, à medida que não se prioriza escutar os usuários, conhecer sua realidade e, dessa forma, melhor compreender sua situação, possibilitando evitar, inclusive, a excessiva medicalização e solicitação de exames desnecessários.

Entendendo o desejo das pessoas de serem bem tratadas e respeitadas em suas solicitações, atendê-las, seria considerá-las como sujeito, e não, como objeto, na relação que se estabelece numa consulta médica. A esse respeito, Costa e Morais (2001), numa avaliação da assistência à saúde da mulher em Goiânia, revelaram que as usuárias dos serviços deslocam-se de longa distância quando informadas da “boa qualidade” de uma unidade de saúde, mesmo que seu bairro ofereça outra opção, e apesar do acesso a medicamentos e exames ser uma de suas reivindicações, buscam, sobretudo, serem atendidas com carinho, paciência e educação, além de serem ouvidas, de tirarem dúvidas e receberem informações corretas.

As palavras seguintes são de uma enfermeira da mesma equipe da médica citada anteriormente. Ao mostrar uma visão mais ampliada da educação em saúde, essa profissional foi uma das entrevistadas que deram destaque às consultas individuais como um espaço no qual também se faz educação em saúde:

(...) toda oportunidade que eu tenho de contato com o usuário, eu procuro contemplar esses momentos, também reservando uma parte para educação em saúde (...) (S11)

(...) na unidade, os momentos que a gente tem de contatos com as pessoas, com os usuários, são para atendimentos individualizados (...) eu não tenho a preocupação de produtividade no meu trabalho, nesses momentos individuais (...) é a oportunidade que eu tenho de conversar mais próximo à pessoa (...) (S11)

O depoimento abaixo ilustra como uma enfermeira, da mesma unidade, que não atua no PSF, também tem se utilizado da consulta de enfermagem como espaço de educação em saúde. Suas palavras vão ao encontro de uma concepção que preconiza a participação do usuário como sujeito no processo educativo:

(...) as consultas de enfermagem, basicamente, são os obesos que vêm pra triagem (...) a gente pode estar orientando os pacientes através das entrevistas e da própria fala do paciente, às vezes, espontânea, cê percebe o que levou ele à obesidade, o que tá fazendo com que ele mantenha-se obeso e a gente pode começar algumas medidas de orientação (...) eu começo com uma conversa bem informal com o paciente para perceber qual o nível de linguagem que eu vou ter que utilizar (...) a gente tenta fazer essa entrevista, esse primeiro contato (...) bem em cima do que o paciente já sabe, do que ele já tem de bagagem (...) (S10)

Na visão de Lopes e Silva (2004), a consulta de Enfermagem é a ação de atender indivíduos em consultório, executada por profissionais de enfermagem, capacitados para tal. Segundo os autores, a proposta metodológica de educação e assistência que se preconiza para a estratégia de consulta, baseia-se em abordagem abrangente e dinâmica, capaz de desenvolver uma visão mais integral dos indivíduos, famílias e comunidade.

Durante o trabalho de campo desta investigação, não houve oportunidade de observar consultas realizadas por S10 e S11. Impossibilitou-se, então, constatar coerência entre suas percepções e práticas.

A experiência de longas datas na rede pública de saúde tem possibilitado conviver com profissionais de enfermagem comprometidas com o desenvolvimento da ação educativa nos serviços, mas, ao mesmo tempo, nem sempre preparadas para assumi-las. É possível identificar também esse fato em outras categorias profissionais.

As declarações que se seguem são de duas nutricionistas, de diferentes unidades. A partir de suas palavras é possível destacar aspectos a serem considerados em uma consulta de nutrição como espaço de educação em saúde:

(...)tem o atendimento individual; nesse atendimento, a gente pega todos os dados relacionados a hábitos de vida, fatores de risco, avaliação nutricional do indivíduo(...) a gente faz o diagnóstico de obesidade, de hipertensão, diabetes, de baixo peso (...) (S7)

(...) a primeira consulta é mais demorada (...) a gente faz uma anamnese, onde a gente procura saber o seu hábito alimentar, sua renda, se ele tem condições de ter um cardápio melhor, a gente entra um pouco na vida íntima do paciente pra depois prescrever a dieta; já a segunda consulta é mais rápida (...) só vai tirar as dúvidas (...) (S2)

De acordo com Boog et al. (2003), o contexto desafiador da educação nutricional exige o desenvolvimento de abordagens educativas que possibilitem abraçar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica, como na cultural e social. Tendo em vista que o nutricionista é considerado um profissional de empenho crescente na busca de formas para aumentar a sobrevivência e longevidade do ser humano, é necessário então, enfrentar o desafio de um contínuo aprimoramento e avaliação de sua prática, pois o aperfeiçoamento da ação depende da participação ativa em relação ao aprendizado dinâmico, sob a ótica da reflexão crítica e da associação à realidade prática (NUTRIÇÃO EM PAUTA, 1999).

A respeito da entrega de listas de alimentos e dietas calculadas de forma meticulosa, durante as consultas de nutrição, Pontes (2000) adverte que não garante, necessariamente, a aderência ou motivam os pacientes a mudarem seu comportamento.

A observação das consultas de nutrição realizada neste estudo permitiu afirmar que tal atendimento tem se baseado em anamneses, buscando informações sobre os estilos de vida e a identificação de fatores de risco, no sentido de compreender a situação de vida e de saúde das pessoas atendidas. Com base nessas conclusões e na avaliação nutricional são efetuadas recomendações, geralmente, pautadas em mudanças de hábitos. Tal procedimento tem sido um dos mais longos, quando comparado com os de outras categorias na rede pública, já que busca e gera uma grande quantidade de informações.

A realidade apresentada e a prática do dia-a-dia permitem considerar o contato individual valioso no sentido da aproximação e da confiança a ser estabelecida na relação profissional-usuário, de maneira que o tempo destinado às consultas de nutrição, assim como, a abordagem adotada, poderiam ser mais bem avaliados. Entendemos a necessidade de ouvir, a importância de falar e o quão essencial é a troca de idéias e informações. No entanto, torna-se também fundamental respeitar o momento e a realidade de cada usuário e cuidar para que toda a abordagem não se limite a “cobranças” de mudanças de hábitos. O contrário,

certamente, poderá significar a não participação das pessoas como sujeito e, até mesmo, sua resistência ao processo educativo que se pretende estabelecer.

Uma enfermeira do PSF de uma unidade de pequeno porte, questionada a respeito das atividades educativas que desenvolve, um tanto confusa coloca em questão a validade de suas abordagens, com tendência a valorizar somente as ações que previnem que o indivíduo adoça.

(...) pra mim nenhuma. A gente tem um grupo de gestante também; já não é educação em saúde porque a gente não trata da gestante, a gente só ensina a cuidar do bebê (...) eu teria que ter prevenido (...) tá, eu falei errado, é educação em saúde (...) elas aprendem muito realmente, estamos educando (...) hipertensos, diabéticos estão sendo acompanhados, bonitinho (...) Aí, educação pra quem já tem a doença, aí, nós fazemos pra pré-natal, nós fazemos pra hipertenso, diabético e obeso (...) agora, que tipo de educação em saúde, no sentido de prevenir, na minha opinião não tá sendo feito nada (...) eu tenho que educar pra evitar de acontecer (...) (S16)

Diante dessas declarações, importante se faz afirmar que o Programa de Saúde da Família inclui ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, possibilitando atividades educativas de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (PAIM, 2003).

A entrevista realizada proporcionou à referida enfermeira momentos de muitas reflexões e questionamentos a respeito do trabalho que vêm desenvolvendo no PSF. Revelou um certo descontentamento em relação as suas propostas e à realidade do centro de saúde, especialmente no que se refere à atuação “preventiva” junto à comunidade.

De acordo com nossa compreensão, a preocupação em evitar que as doenças se instalem exige iniciativas não somente de caráter preventivo, como também de promoção da saúde da população, a partir de uma maior aproximação com os usuários em momentos individuais, coletivos e, com os diversos setores da comunidade como as escolas, centros comunitários, poder público, entre outros. As visitas domiciliares são consideradas, no Programa de Saúde da Família, uma oportunidade de maior contato com a realidade da população, constituindo-se dessa forma, em um espaço valioso para se investir em educação em saúde, como pode ser observado nas palavras de outra enfermeira, do PSF de uma unidade maior:

(...) caminhando pelo bairro, visitando os domicílios (...) a gente vê muito de perto as necessidades das pessoas, a gente conhece a realidade que elas vivem e aí, a gente pode trabalhar melhor essas questões dentro do grupo.

Então, a gente pode problematizar com o grupo quais seriam as razões das questões de saúde, quais são as doenças que acontecem com mais frequência naquela comunidade (...) quais seriam as maiores dificuldades pra romper com essas barreiras, com esses fatores de agravo à saúde dessa comunidade. (S11)

A esse respeito, Souza e Carvalho (2003) afirmam que, sendo a família o núcleo básico de ação do PSF, as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, além de expandir o conhecimento sobre as condições de vida da população, podem possibilitar uma assistência mais contínua e presente. Segundo eles, essa aproximação cria vínculos entre comunidade e profissionais de saúde, elevando a aceitação das atividades pelas pessoas.

De acordo com Pontes (2000), nos casos das doenças crônicas já estabelecidas, além de tantos outros, os grupos de educação em saúde podem contribuir com um novo rumo à sua evolução ao ajudar o paciente a lidar melhor com os chamados fatores de risco.

As atividades em grupo, um dos mais utilizados instrumentos no processo de educação em saúde, têm se viabilizado com diferentes estratégias, para públicos e objetivos diversos. Uma das duas psicólogas entrevistadas a elas se refere como uma oportunidade de interação, mostrando seus procedimentos junto aos usuários:

(...) primeiramente, eu faço as consultas individuais, antes de passar a pessoa pro grupo porque, muitas vezes, o grupo não é adequado pra todos. Muitas vezes tem problemas que você tem que tratar individualmente (...) quando a gente nota que a pessoa tá pronta, ela vai pro grupo (...) no grupo você se identifica com outras pessoas; vê que você não tá sozinha; vê que outras pessoas estão passando pelos mesmos problemas e vão interagindo (...). (S6)

Para Pontes (2000), ainda que não se possa generalizar, afirmando ser o ciclo vivencial sempre melhor, em relação a outros procedimentos, os grupos são, na sua essência, solidários, um continente seguro para os momentos de crise, espaço de trocas de vivências, suporte para reorganização de novos conhecimentos e da própria vida. A autora acrescenta que o trabalho em grupo oferece maiores possibilidades de mudanças, pela abordagem conjunta de idéias, sentimentos e atitudes, e envolve a pessoa de forma integral.

Na visão de Munari e Rodrigues (1997), a opção da abordagem grupal na assistência deve ser uma decisão tanto do participante como do profissional, por ser esta uma condição fundamental para a maior aderência das pessoas à proposta, pois algumas podem preferir o atendimento individual.

Ao defender a consulta individual como pré-requisito para a participação no grupo, a psicóloga, certamente, se referiu a um trabalho que realiza, independente do restante da equipe, pois declarou também, não estar engajada no grupo que envolve equipe multidisciplinar. Nos demais grupos, os usuários passam por atendimentos individuais, seja de enfermagem, médico ou de nutrição. A preocupação com a adaptação das pessoas no trabalho grupal não mereceu destaque por parte de outro profissional, mas sim, as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento.

Acreditamos na criação de um espaço solidário de troca de experiências e construção de conhecimentos nos diferentes grupos, à medida que se estabeleça um processo educativo que promova a participação e a integração, com respeito ao momento e à realidade de cada pessoa. Ainda que as situações de seus participantes sejam semelhantes, o grupo só se constitui em um porto seguro se tais condições forem conquistadas com a participação de todos. Dessa forma, tanto profissionais como usuários precisam estar “prontos”, no sentido de se colocarem disponíveis para essa construção conjunta.

O grupo de “hipertensão, diabetes e obesidade” de uma das unidades estudadas é coordenado por uma profissional da área de enfermagem, cujo depoimento demonstra a relação existente entre esses agravos:

(...) nós trabalhamos com grupos distintos: grupos de hipertensão, obesidade, diabetes, não separados (...) como são patologias que andam juntas, nós fazemos reuniões mensais (...) (S12)

Na análise de Munari e Rodrigues (1997), a convivência com um grupo que congrega pessoas com demandas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de grande valor terapêutico, pois tal situação possibilita ajudar os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, em especial, pela possibilidade de receberem feed-back e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Em relação ao surgimento do mesmo grupo, uma assistente social, apesar de apresentar outras justificativas, reforça também a relação existente entre obesidade e hipertensão:

(...) obesidade, a reunião era separada, aí, como a incidência tá muito grande dos hipertensos, também estão com obesidade, e como os profissionais saíram, e a questão da mudança de horário, aí nós colocamos

as reuniões tudo num horário só. Então tá agrupado diabético, obeso e hipertenso (...) (S13)

A iniciativa de reunir em um só grupo participantes com obesidade, hipertensão e diabetes pode ser respaldada por Costa e Fagundes (2000) que, ao destacarem estudos realizados em vários países, afirmam existir uma associação entre o IMC superior a 28 e o aumento da incidência de diabetes tipo dois, de hipertensão e doença coronariana.

A respeito da tarefa grupal com pessoas com transtornos alimentares, Zukerfeld (1997) faz a seguinte ponderação: dentro de uma abordagem interdisciplinar, é um recurso muito útil, à medida que se tenha clareza de seus princípios gerais e dos objetivos, assim como humildade nas expectativas e criatividade nas técnicas.

Ainda que em duas das unidades de saúde existam atividades educativas relacionadas à obesidade, realizadas em grupos distintos, a observação das reuniões permitiu evidenciar a presença de pessoas com peso excessivo também nos demais grupos, apontando para o excesso de peso como fator de risco para as doenças crônicas e a necessidade de considerar esse aspecto na prática diária. Por reconhecer essa interface, as equipes que relataram não desenvolver um trabalho específico com indivíduos obesos, mostraram-se preocupadas em adquirir condições para iniciá-lo, especialmente no que se refere à sua capacitação.

Diante de tais observações e das percepções originadas de nossa vivência profissional, consideramos que a ação conjunta com usuários semelhantes em suas demandas, como é o caso da obesidade, hipertensão e diabetes, além de propiciar a troca de experiências, pode favorecer uma atenção à saúde menos fragmentada. Nesse sentido, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para lidar com as pessoas como seres integrais, considerando-as em suas particularidades e subjetividades, e não somente com os agravos que motivaram a criação dos grupos.

É importante ressaltar que, independente do público a ser definido, a fim de que os trabalhos em grupo possam realmente representar um espaço de educação em saúde, torna-se essencial que os objetivos a serem alcançados estejam claros para a equipe e participantes, e as estratégias utilizadas tenham em vista os indivíduos como sujeitos do processo educativo a ser vivenciado.

Sobre as estratégias utilizadas no grupo de hipertensão do PSF em uma unidade de maior porte, as palavras de uma médica deixam evidentes o enfoque voltado para a doença e a maneira passiva com que os participantes são considerados no processo:

(...) no de hipertensão, a gente dá palestras (...) eu faço palestras de chamar nutricionistas, psicólogos para falar sobre determinados temas pertinentes a essa doença. Então, fatores de risco, obesidade, dieta, atividade física, estresse, cigarro, álcool. A gente divide pra mostrar conhecimentos provados cientificamente, pra tentar que essa população compreenda. Porque não é só chegar aqui e falar: 'olha, você não pode fumar', a gente não pensa assim (...) a gente tenta explicar melhor, ilustrar.(...) leva lousa, giz, desenhos. Como se fossem alunos mesmo, com uma linguagem própria pra essa população (...) (S9)

Na visão de Gastaldo (1997), em termos da bio-política, o discurso da educação em saúde ultrapassa as estratégias repressivas como as palestras, exigências em termos de higiene e hábitos saudáveis compulsórios, para chegar a consolidar táticas construtivas como as atividades de grupo e construção de conhecimento comum entre usuários e profissionais.

Para Portella e Gouveia (1999), a capacidade dos educadores para entender os processos interpessoais e sociais, a disponibilidade para ver e ouvir o que se passa num dado contexto e o reconhecimento da realidade como algo sempre maior que qualquer técnica ou teoria são elementos fundamentais para um trabalho educativo cumprir sua função.

As palestras foram apontadas pela maioria dos sujeitos entrevistados como uma das técnicas mais utilizadas no trabalho com os grupos. Houve depoimentos que trouxeram a utilização de outras estratégias como as “conversas”, “aulas expositivas dialogadas”, “entrevista boca-a-boca”, “problematização”, “brincadeiras”, merecendo destaque as “dinâmicas de grupo”.

Ainda que muitos discursos mostrassem-se preocupados com a integração e descontração das pessoas, a observação das reuniões permitiu entrar em contato com uma realidade em que os profissionais detêm a palavra, a maior parte do tempo, e fazem orientações, reforçando mudanças de hábitos e chamando atenção para as regras de participação a serem seguidas. Até mesmo quando utilizados outros recursos, foi observada uma prática em que predomina o repasse de informações, em detrimento de uma construção conjunta do conhecimento.

As palestras são um recurso, tradicionalmente, utilizado nas práticas educativas dos serviços de saúde, tendo em vista uma concepção de educação em saúde em que profissionais repassam para os pacientes os conhecimentos e procedimentos necessários para terem saúde. Diante de tal compreensão, não somente essa técnica, como também o próprio termo ficou convencionado para as ações educativas, de modo que, hoje, até mesmo quem preconiza outras estratégias, ainda se referem às reuniões como “palestras”.

Por ser a discussão teórica um elemento essencial na ação educativa, é imprescindível que se faça a partir dos saberes e realidades dos sujeitos. Acreditamos que, dessa forma utilizadas, as palestras podem deixar o seu caráter “repressivo” para contribuir no processo de construção do conhecimento nos grupos que visam à educação em saúde. Do contrário, esses grupos, considerados estratégias construtivas, poderão se constituir também, em uma prática repressiva.

Ao compreender que o trabalho em grupo não é, propriamente, uma técnica, mas vale-se de várias técnicas e dá margem para os participantes exercitarem as relações humanas, aperfeiçoando suas capacidades de convívio, assim como sua habilidade de liderança (BRASIL, 1999), torna-se fundamental que as equipes de saúde que utilizam as palestras apenas como uma forma de “depósito de informações” revisem, não somente, suas práticas, mas, sobretudo, suas concepções de educação em saúde.

As duas nutricionistas entrevistadas destacaram a utilização de outros recursos durante a realização das palestras nos grupos.

Uma delas, falando sobre o trabalho nos grupos de “hipertensão” e de “obesidade”, traz a preocupação em estimular a participação das pessoas, admitindo até a possibilidade de aprender com elas, como se fosse algo inesperado na ação educativa:

(...) a gente trabalha com álbum seriado, com cartazes, folhetos, também com fitas (...) slides, apesar que agora, a gente não está mais usando slide porque está estragado o aparelho (...) isso é para poder chamar atenção dos clientes, porque se não usar um método eles acabam ficando ali, cansados; fica ali 40 min só ouvindo, eles acabam adormecendo, então a gente procura atrair, chamar atenção deles e, até mesmo, pondo eles pra participar da palestra, fazendo perguntas, pedindo pra eles levantar e falar alguma coisa (...) não é só ouvir não, eles têm que participar e dar a opinião deles também, que a gente até acaba aprendendo com eles alguma coisa (...) (S2)

Atuando junto a acadêmicos de Nutrição, a outra nutricionista traz a preocupação em trabalhar com recursos acessíveis, revelando em suas palavras um enfoque nas mudanças de hábitos e na relação entre a obesidade e as doenças crônico-degenerativas:

(...) a gente tenta trabalhar de uma forma que seja (...) com menos escritos (...) que a gente sabe que a população tem uma maior dificuldade (...) a gente tenta trabalhar com mais figuras, com recursos que a pessoa possa ter uma visualização melhor (...) as orientações que a gente tenta dá e tenta passar nessas palestras sempre tá enfocando nisso, tá diminuindo os alimentos que são energéticos (...) fracionando as refeições e acrescentando algumas frutas e verdura na alimentação e fazendo atividade física (...) se há uma mudança esse hábito, a gente consegue tá

fazendo com que o paciente perca peso (...) tem que sempre tá trabalhando mesmo os temas da alimentação saudável, diabetes, questão das outras interfaces que também estão envolvidas no obeso (...) (S7)

Tratando-se de educação nutricional na rede pública de saúde, Boog (1999) considera um desafio para o profissional nutricionista acreditar no “mais antigo recurso da educação – a palavra”, para trabalhar com diabéticos, hipertensos e obesos, cujos hábitos alimentares são seculares.

A esse respeito, Martins e Abreu (1997) ressaltam a necessidade de usar recursos educativos acessíveis que favoreçam a relação “educador-educando” e advertem quanto aos cuidados com a qualidade dos materiais impressos (cartaz, folhetos, apostila), áudio-visuais (filmes, fitas de vídeo) e visuais (slides, transparências). Em relação à educação nutricional em grupos que incluem pessoas analfabetas ou semi-analfabetas, as autoras apontam para a importância de recursos mais acessíveis a esse público como as discussões verbais, jogos simples, figuras e modelos de alimentos.

A exemplo das nutricionistas, os profissionais de outras categorias também relataram utilizar variados materiais impressos, áudio-visuais e visuais, entre os quais os cartazes, folders, textos, álbum seriado, guia alimentar (roda e pirâmide de alimentos), *flip chart*, retro-projetor, slides e vídeo.

A realidade observada revelou equipes multiprofissionais pouco preparadas na utilização dos recursos didáticos, sem levar em consideração, muitas vezes, os diferentes graus de escolaridade e compreensão dos participantes dos grupos.

Compreendemos que a definição das técnicas e recursos a serem usados numa ação educativa está relacionada com a metodologia pela qual essa foi concebida. Para que a escolha faça sentido, parece fundamental que a equipe profissional conheça, sobretudo, o público com o qual se vai trabalhar. Do contrário, estará arriscando a adotar estratégias desfavoráveis ao processo educativo. Acredita-se ainda, na importância de se atentar para a quantidade de técnicas utilizadas e a relação existente entre elas. Não faz sentido aplicá-las no intuito de animar a reunião ou chamar atenção das pessoas quando só falar se torna cansativo.

Mesmo que não se disponha de uma diversidade de recursos, o fato de desenvolver um trabalho a partir da realidade e da voz dos sujeitos vem atender o principal quesito de uma ação educativa. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que, frente à possibilidade de utilizar técnicas e recursos variados, os cuidados com a qualidade e acessibilidade dos materiais representam, sobretudo, o respeito para com o público e a seriedade para com o trabalho.

Tendo em vista essas reflexões e as condições observadas, acreditamos que o modelo de educação vigente na Academia, centrado na transmissão e não na construção do conhecimento, não possibilita formar profissionais de saúde que desenvolvam suas práticas, de maneira a respeitar as pessoas em suas demandas, especificidades e limitações, apesar de algumas iniciativas isoladas tentarem reverter essa situação.

Ainda que se reconheça a necessidade de se reconformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de diferentes competências profissionais, serão necessários muitos exercícios que possibilitem novas metodologias de ensino-aprendizagem. Essa noção é fundamental para a definição de um novo modelo de atenção à saúde (MOTTA et al., 2004).

Os profissionais que compõem as equipes do PSF, programa proposto como um novo modelo de atenção à saúde, enfrentam desafios e contradições que também podem ser percebidos quando falam das estratégias utilizadas nas práticas educativas junto ao grupo de “hipertensão, diabetes e idosos”. As palavras abaixo são de uma enfermeira e de um médico que integram uma mesma equipe.

A enfermeira, tentando passar a idéia de uma proposta mais participativa e integradora da ação educativa, destaca o formato de reunião em círculo e insiste em dizer que não faz palestras:

(...) de repente, ele quer uma conversa, não é uma palestra. Na verdade, a gente senta em círculo (...) a gente discute o conhecimento e vai colocando as coisas do jeito que elas são (...) na maioria das vezes o recurso que a gente usa mesmo é os nossos conhecimentos. A gente não usa de muitas coisas não. Mais é uma conversa, não é uma palestra, na verdade é uma conversa (...) (S14)

O médico, ao mesmo tempo em que fala em participação do grupo, ao contrário da enfermeira, insiste na idéia de palestras, o que leva a pensar em compreensões diferentes sobre essa técnica. O profissional deixa claro o objetivo de conseguir que as pessoas mudem seus hábitos de vida.

(...) o que a gente faz mesmo é o famoso entrevista boca-a-boca. Conversa com o paciente e tenta fazer uma palestra mesmo pra eles (...) a gente tenta restringir os grupos e fazer palestras com pequenas pessoas e tentar reunindo eles pra gente conseguir fazer a modificação dos hábitos de vida (...) a gente faz muito assim, reúne os pacientes e vamos conversar com eles e faz na base da pergunta e resposta (...) cê tenta ver dele o que ele acha, de acordo com as experiências dele e vai corrigindo aquilo que tá errado, à medida que você vai fazendo a conversa. (S18)

Carnellosso et al. (2004) acreditam que a proposta do PSF impulsiona a adoção de novas práticas que valorizam o trabalho em equipe com abordagem interdisciplinar. Segundo elas, no caso específico das doenças crônicas, o PSF tem-se mostrado como o modelo mais provável para alterar a realidade a partir dos indivíduos e a mudança de comportamentos e hábitos de vida.

Especialmente, no que se refere às estratégias utilizadas na ação educativa, de acordo com os estudos de Gore (1999), não existe nada, inerentemente, libertador na prática que adota o arranjo circular das cadeiras, mesmo localizada no interior de um discurso radical, e nada, inerentemente, opressivo nas tradicionais fileiras de cadeiras. Para a autora, quem prefere não se manifestar fica menos evidente quando todas as carteiras estão voltadas para frente, assim como quem não pode usar sapatos novos, ou fica ruborizado, entediado, entre outras situações. Gore (1999) finaliza, dizendo não estar argumentando contra o círculo, pois esse pode favorecer a participação, mas adverte para o fato de práticas supostamente libertadoras não terem nenhum efeito garantido.

Durante o trabalho de campo deste estudo, foi possível observar cinco reuniões educativas de três equipes do PSF em uma só unidade. Uma delas foi a do grupo de “hipertensão, diabetes e idosos”, coordenada pela enfermeira e pelo médico referidos anteriormente. Devido à falta de espaço na unidade, o encontro aconteceu no salão de uma igreja do bairro, reunindo uma média de 100 usuários, pertencentes a duas equipes do PSF. Diferente das outras reuniões, os bancos estavam dispostos em fileiras. O médico esteve à frente e falava, rapidamente, a respeito de alimentos funcionais, repassando uma grande quantidade de informações sobre suas propriedades, indicações e modo de preparo. No final, abriu para a participação do grupo que se restringiu a poucas questões por ele respondidas. Pode-se dizer que a enfermeira não esteve envolvida nesse processo, a não ser para estimular a participação. Durante a palestra, as agentes de saúde verificaram a pressão arterial de todo o grupo.

Em uma reunião do grupo de “hipertensão, diabetes e idosos” coordenada por outra equipe do PSF da mesma unidade, as cadeiras também estavam dispostas em fileiras durante a fala da médica e de uma enfermeira convidada. O círculo e o semicírculo foram os formatos mais adotados nas demais reuniões nas três unidades de saúde, onde foi observada uma maior participação do grupo, ainda que predominasse a fala dos profissionais.

Ao se comparar as palavras dos sujeitos deste estudo com suas ações, é importante ponderar que a observação de apenas uma reunião ou consulta individual, talvez, não revele a concepção de educação em saúde e as contradições que regem a prática de cada profissional

ou equipe. No entanto, é preciso ressaltar que mesmo as situações em que foi possível realizar mais de uma observação, não demonstraram diferenças significativas nas estratégias utilizadas para realizar a ação educativa.

O contato com o campo pesquisado e as reflexões geradas de nossa atuação como educadora levam-nos a acreditar que reunir em círculo pode significar maior aproximação entre os integrantes do grupo e destes com os profissionais, à medida que se entenda a educação em saúde como estratégia de promoção. As reuniões podem se fazer participativas, divertidas, interessantes, mas somente estarão contribuindo para o fortalecimento de qualquer pessoa ou comunidade se tiverem como ponto de partida sua realidade, experiências e demandas. De acordo com nossas percepções, ao se utilizar as oportunidades junto aos grupos para “despejar” seus conhecimentos científicos, o profissional de saúde estará reafirmando seu poder e autoridade sobre os usuários dos serviços, independente do formato que se propõe realizar as reuniões.

Entendemos, ainda, que a disposição das cadeiras, assim como outros aspectos relativos às estratégias utilizadas, devem ser alvo de discussão junto ao grupo, à medida que se perceba o processo educativo como algo a ser construído conjuntamente. Dessa forma, torna-se possível compreender que os motivos das resistências aos grupos não passam somente pelas dificuldades em mudar hábitos e seguir os tratamentos, mas também, pela indisposição em participar onde não há espaço para expressar suas opiniões e limitações. Deve-se entender a importância do grupo, portanto, a partir da possibilidade do sujeito desenvolver sua capacidade de expressão de sentimentos e pensamentos, de estabelecer limites e defender direitos, de fazer e negar pedidos e lidar com críticas, favorecendo assim o aumento da auto-estima e um melhor enfrentamento de estressores interpessoais que geram ansiedade e tristeza (PONTES, 2000).

Essa reflexão abre caminho para trazermos outras estratégias citadas pelos profissionais, tendo como perspectiva a integração e a participação do grupo.

Uma psicóloga, de um centro de saúde de maior porte, ao falar de sua atuação nos grupos de “hipertensão” e de “obesidade”, destaca a utilização das “dinâmicas” e seus objetivos:

(...) às vezes, eu ficava vendo as pessoas falam, falam, falam sempre do mesmo jeito, e isso aí, vai indo, parece que eles nem ouvem mais. E com as dinâmicas meu objetivo é que eles consigam ouvir e praticar de uma forma mais tranqüila, sem sentir pressionados, mas fazer com prazer. Então, faço esse trabalho também, com o programa de hipertensão (...) o programa de obesidade, eu faço o grupo (...) organizo uma dinâmica que vá estar

preparando as pessoas para poder receber aquele conteúdo (...) trabalho com eles essa coisa deles estarem se auto-observando (...) o fato deles estarem percebendo o que tá acontecendo com eles (...) (S1)

As “dinâmicas” também aparecem na fala de uma médica do PSF quando esta se refere às técnicas adotadas no grupo de hipertensão:

(...) uma coisa que eu achei que fortaleceu muito o nosso grupo foram as dinâmicas, entendeu? As dinâmicas de grupo. A gente começa com uma dinâmica para soltar, relaxar as pessoas, integrar mais a participação do grupo. E aí a gente vem com uma palestra (...) (S9)

A respeito da utilização de “dinâmicas” e outras técnicas, Andaló (2001) observa que o trabalho com grupos vem sofrendo um processo de banalização preocupante, em uma perspectiva claramente tecnicista, dando a falsa impressão de que coordenar grupos é uma atividade simples e que não requer maiores conhecimentos teóricos, além do domínio de alguns jogos, técnicas e dinâmicas superficiais aplicadas, geralmente, à revelia do movimento grupal.

De acordo com Portella e Gouveia (1999), de nada adianta ter um bom domínio das dinâmicas se não há acúmulo teórico-político nos campos temáticos, assim como não adianta um excelente domínio teórico se não há experiência acumulada no trabalho com grupos, por parte dos facilitadores. As autoras acrescentam que, diante do vasto repertório de dinâmicas provenientes tanto do feminismo, quanto de outros campos disciplinares como a psicologia, por exemplo, sua escolha dependerá do objetivo da atividade e do perfil do grupo que será trabalhado.

Em duas das três unidades de saúde estudadas, as “dinâmicas” foram citadas como recurso utilizado nos grupos de educação em saúde, tanto com o objetivo de trabalhar os conteúdos propostos, como para a integração e relaxamento do grupo, momentos esses também denominados por alguns, de “brincadeiras” e “animações”.

A observação das reuniões permitiu entrar em contato com a realização de “dinâmicas” em quatro grupos diferentes, na maioria das vezes, coordenadas por uma psicóloga.

A psicóloga, cujo depoimento integra essa discussão, utilizou no grupo de hipertensão uma dinâmica que, apesar do número elevado de participantes, favoreceu a integração e o posicionamento a respeito do tema proposto, além de propiciar a participação de outras categorias profissionais.

Em um grupo de obesidade, a mesma psicóloga, acompanhada de uma nutricionista, utilizou dinâmicas para trabalhar a consciência do corpo e a auto-estima. Conduziu tranqüilamente, de maneira que as oito pessoas presentes pudessem se sentir relaxadas, trabalhando corpo e respiração. O processo foi demorado e exigiu bastante concentração das pessoas que, no final, ficaram pouco motivadas a comentar sobre a vivência. Algumas mulheres se manifestaram, dizendo que ainda era cedo para se concentrarem naquele tipo de exercício, devido ao pouco tempo no grupo. Outras, mais antigas, falaram da satisfação em participar. A psicóloga deteve a palavra durante a maior parte do tempo, buscou estimular a fala das pessoas e, ao mesmo tempo, fazer recomendações.

Foram também observadas situações que revelaram um despreparo profissional em trabalhar com “dinâmicas”, sem a preocupação de relacioná-las com as demais atividades e de precisar os seus propósitos.

Tendo em vista que as técnicas que permitem a execução da metodologia são parte tanto da concepção a respeito de educação em saúde, quanto do processo educativo estabelecido (PORTELLA & GOUVEIA, 1999), à medida que há clareza dos objetivos e das estratégias a serem utilizadas, aumenta a possibilidade das atividades acontecerem com maior coerência. Alcançam-se assim, melhores resultados.

Dessa forma, ainda que sejam consideradas “brincadeiras”, faz-se importante observar que as “dinâmicas”, assim como as demais técnicas, devem ser utilizadas com muita atenção, buscando sempre a relação com o conteúdo a ser trabalhado. Portanto, é imprescindível que os profissionais se preparem, tanto teórico como tecnicamente, de maneira a possibilitar que a ação educativa faça sentido para o grupo com o qual se está trabalhando e contribua para o seu fortalecimento.

À medida que as pessoas são envolvidas, sem a clareza dos objetivos e sem a possibilidade de optar, podem se tornar “marionetes” nas mãos das equipes que, muitas vezes, acreditando estar agindo de forma a “animar” o grupo, prosseguem, sem avaliar sua prática.

Consideramos importante ressaltar o cuidado para que as reuniões não se tornem um aglomerado de técnicas desconexas, aplicadas aleatoriamente, por profissionais que agem de forma isolada. Torna-se fundamental, portanto, o investimento da equipe, rumo a essa compreensão.

O caráter participativo das “dinâmicas” pode propiciar aos usuários não só a integração, mas também a problematização e reflexão sobre variadas questões relacionadas à

sua vida e saúde. Uma enfermeira do PSF traz essa possibilidade em seus depoimentos, ao falar da experiência de levar a perspectiva de gênero para as discussões do grupo:

(...) uma vez, trabalhamos com um grupo de hipertensos a questão da percepção deles da relação de gênero (...) era um momento que foi utilizado para descontração, pra introduzir o tema que a gente queria que eram as doenças sexualmente transmissíveis (...) motivou o grupo a estar falando das dificuldades que eles encontram nos relacionamentos, como eles vêm a mulher, como eles vêm o homem. Foi um espaço que eles tiveram pra colocar isso (...)(S11)

(...) a gente procura trabalhar dentro da metodologia da problematização (...) qual seria mesmo a percepção do grupo em relação aquele assunto (...) só no primeiro momento que a gente elabora uma atividade para estar motivando o grupo para poder estar participando do restante da reunião. (S11)

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador-educando, possibilitando a aprendizagem conjunta, em um processo emancipatório.

Pereira (2003), ao lembrar que a pedagogia da problematização tem suas origens nos movimentos de educação popular, afirma ser a prática educativa que nela se baseia a mais adequada às ações educativas em saúde, pois, além de promover a valorização do saber das pessoas e instrumentalizá-las para a transformação de sua realidade, possibilita a efetivação do direito a informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde.

Durante o trabalho de campo foi possível observar uma reunião do grupo de hipertensão, coordenada por S11, com o objetivo de “problematizar” a respeito do Estatuto do Idoso. As pessoas foram estimuladas a participar de uma dinâmica de aquecimento, cujos objetivos foram explicados e os movimentos demonstrados pela enfermeira que, além disso, estimulou a integração. Em seguida, solicitou o comentário sobre a experiência, frisando ser aquele um momento de atenção ao corpo. Ao passar para a discussão do tema, buscou inicialmente, o conhecimento e as opiniões dos participantes. O grupo constituído, em sua maioria, por mulheres, mostrou-se interessado, a ponto de solicitar o texto sobre o Estatuto e se articular para conseguir cópias. A enfermeira conseguiu coordenar a reunião, sem se mostrar impositiva e valorizou as diversas colocações e iniciativas. Estavam também presentes a médica e as agentes de saúde, que não tiveram participação ativa.

O discurso sobre a introdução do enfoque de gênero nas atividades educativas surgiu apenas nas declarações dessa enfermeira, ao trabalhar o tema “doenças sexualmente

transmissíveis” no grupo de hipertensão. A observação das demais reuniões não possibilitou evidenciar práticas desenvolvidas nessa perspectiva. Pelo contrário, algumas vezes apareceram colocações que serviam para reforçar os papéis, culturalmente, estabelecidos para mulheres e homens.

Para Merchán-Hamann e Costa (2000), o enfoque de gênero constitui-se em uma das mais importantes contribuições para desnaturalizar e problematizar os fenômenos e os eventos ligados ao processo saúde-doença, com a expectativa de conduzir à implementação de formas distintas e mais humanas de assistência à saúde de homens e mulheres. Para eles, devem-se incluir estratégias que considerem a redução da medicalização das mulheres, estimulem a postura de autonomia sobre o seu corpo, assim como a valorização do trabalho doméstico.

De acordo com nosso entendimento, ao propor a discussão sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de hipertensão, a profissional demonstra compreender os participantes como seres integrais, aptos a exercerem sua sexualidade, ainda que sejam “hipertensos” e, em sua maioria, idosos. E, ainda, ao incorporar a perspectiva de gênero nessa discussão, vem reafirmar sua visão de integralidade, já que as ações educativas, ao levarem em consideração essa questão, podem contribuir para a emancipação das pessoas, à medida que lhes é dada a oportunidade de refletir sobre a condição de mulheres e homens na sociedade e, dessa forma, melhor compreender sua situação de vida e saúde.

A respeito da perspectiva do trabalho educativo a ser desenvolvido com pessoas dos grupos de “obesidade” e de “hipertensão”, a psicóloga de uma das unidades fala de sua preocupação com a auto-responsabilidade do grupo:

(...) nos grupos é falado toda essa coisa da auto-responsabilidade deles, da auto-responsabilidade de fazer as escolhas mais saudáveis, tanto em termos alimentares quanto em termos de hábitos de vida (...) até de estarem buscando coisas que façam bem pra eles em todos os sentidos: alimentação, lazer, relacionamento, eu trabalho muito em cima disso. (S1)

As palavras de uma enfermeira da unidade do PSF sobre a atitude da equipe junto aos grupos, também são nesse sentido:

(...) acho que a educação em saúde que a gente faz nesse sentido é mais de estar colocando pra eles a responsabilidade que eles têm com a saúde deles. Não somos só nós responsáveis por isso. Nossa função aqui, acho que é mais, como amparar, colocar no caminho. Tem que colocar que eles são responsáveis. Nós não vamos poder viver a vida deles. Só pode estar junto. Isso a gente coloca bastante (...). (S14)

De acordo com Helman (1994), as teorias leigas que situam a origem do problema de saúde no indivíduo tratam, principalmente, dos problemas de mau funcionamento do organismo, algumas vezes relacionados a mudanças de alimentação ou comportamento, sendo que, nesses casos, a responsabilidade da doença recai, em especial, sobre o paciente. Para o autor, essa crença é, com frequência, estimulada por programas de educação em saúde e os problemas de saúde são atribuídos cada vez mais à negligência com relação à alimentação, higiene, estilo de vida, relacionamentos, exercícios físicos, de maneira a culpar os pacientes por tê-los provocado, sobretudo em condições estigmatizantes como a obesidade, o alcoolismo, a AIDS, entre outras.

Nogueira (2003) compartilha das idéias de Helman, quando afirma que nas campanhas de promoção da saúde a noção de risco é empregada em associação constante com a noção de responsabilidade pessoal, de modo a gerar, quando generalizada, uma relação não apenas de causalidade, mas uma acepção moral, indicando falha de comportamento que culpa ou, até mesmo, criminaliza as pessoas que se deixam enfermar.

As atividades educativas observadas durante o estudo permitiram entrar em contato com uma prática que, implícita ou explicitamente, reforça a responsabilidade de cada usuário para com os cuidados relativos a sua saúde. Com ênfase nas mudanças do estilo de vida e no uso correto dos medicamentos, os profissionais, de uma maneira geral, lidam com a comunidade, cobrando atitudes como se os fatores geradores dos agravos não fossem multicausais e partissem somente de suas ações.

Ao observar, não somente os grupos, mas também os atendimentos individuais foi possível deparar com posturas rígidas de cobranças e culpabilizações. Passando a compreensão de que as pessoas são as responsáveis pelo sucesso ou fracasso do tratamento, houve profissionais que, em tom de ameaça, falavam das condições de permanência nos grupos e de acesso aos medicamentos, gerando inquietação entre os participantes. Essa realidade vem mostrar, mais uma vez, o poder exercido pelas equipes de saúde sobre os usuários, por deterem o conhecimento científico e o controle dos serviços prestados, de maneira a desconhecê-los como sujeitos e como cidadãos no exercício do direito à saúde.

Para Munari e Rodrigues (1997), o profissional que não estiver centrado no grupo durante a realização de suas atividades corre o risco de ser hostil e agir segundo seus pressupostos pessoais ou profissionais de caráter autoritário, ao passo que se estiver com a atenção voltada para as necessidades do grupo poderá detectar suas limitações antes de responsabilizar os pacientes e procurará rever suas atitudes, além de avaliar suas condutas.

Diante dessas reflexões, acreditamos que, ainda que no discurso da auto-responsabilidade esteja embutida a noção de autonomia, pode resultar em culpabilização, dependendo das estratégias utilizadas e da concepção de educação em saúde de cada profissional e sua equipe.

O trabalho de campo permitiu conhecer diferentes estratégias utilizadas pelas equipes de saúde para garantir a participação e integração nos grupos. Uma delas foi trazida pela mesma enfermeira do grupo de hipertensão anteriormente citada, que disse distribuir medicamentos somente mediante presença nas reuniões, controlada pela lista de frequência.

Em uma unidade do PSF, as equipes que coordenam os grupos de “hipertensão, diabetes e idosos” distribuem os medicamentos após as reuniões, também com o intuito de atrair os usuários, como pode se observar, abaixo, nos depoimentos de uma enfermeira e de um médico:

(...) a população é tão descrente nessa coisa de educação em saúde que cê tem que obrigar: só pega o medicamento se for na palestra (...) mas, quando eles vão, se você prepara uma coisa gostosa, se você conta histórias, eles adoram (...) (S16)

(...) tal pessoa tá fazendo parte do grupo de caminhada (...) então, pra recompensar os esforços, cê pega e separa a medicação dele (...) separa pelo menos pro pessoal que tá fazendo o trabalho direito. Isso aí também, estimula o camarada. É um método meio injusto, mas você acaba estimulando a pessoa a fazer parte daquilo que é certo. A participar do grupo, participar da reunião, a escutar a palestra, entrar no grupo de educação em saúde. (S18)

Essa prática também foi confirmada pela médica da mesma equipe de S16, em uma das reuniões observadas. Segundo suas palavras para os usuários, com o tempo, as pessoas vão comparecendo mesmo sem a distribuição dos remédios.

Outros profissionais também revelaram a utilização de diferentes recursos para atrair as pessoas. No grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes” de uma das unidades de maior porte são utilizados, além de lanches, atividades lúdicas com o intuito de trabalhar também a auto-estima:

(...) pra chamar atenção dos pacientes sempre é feita alguma coisa, no sentido de um lanche com frutas, por exemplo, um bingo. Alguma coisa que possa chamar atenção deles pra ser uma coisa divertida (...) além de se lembrar de coisas que eles têm que estar cumprindo, medidas preventivas, chamar atenção para certos vícios que eles têm, a gente faz (...) uma dinâmica assim, divertida (...) um forró, às vezes um bingo (...) (S10)

A esse respeito, trazendo novamente, a visão de Munari e Rodrigues (1997), o comprometimento do profissional ou equipe que coordena as atividades educativas constitui-se em um dos principais fatores responsáveis pela participação e coesão do grupo. Para as autoras, o fato dos coordenadores terem clareza dos objetivos, relacionando-os às necessidades dos usuários e às normas e regras que, de preferência, devem ser estabelecidas junto ao grupo, impulsiona para a manutenção e bom desenvolvimento das ações propostas.

Bógus e Ianni (1999) trazem a importância das estratégias de educação em saúde no incentivo à participação dos usuários, em sua avaliação sobre a utilização da “Boneca Gertrudes” nos programas educativos em saúde da mulher. Segundo as autoras, a “Boneca” oferece a possibilidade de estimular a participação dos membros do grupo, devido a sua mobilidade, o que facilita o manuseio, e por criar um clima lúdico, descontraído. Esses fatores contribuem para a retenção do conhecimento, uma vez que o aprendizado acontece no plano do real, do concreto.

Apesar dos sujeitos deste estudo referirem-se a variadas estratégias utilizadas para motivar as presenças nos grupos, o contato com o campo não permitiu conhecer essa diversidade.

A prática de distribuição de medicamentos foi observada em apenas uma reunião de um grupo de “hipertensão, diabetes e idosos”. Em outro grupo da mesma unidade, as pessoas foram avisadas para buscarem os remédios, posteriormente.

Nas duas unidades de saúde onde foram observadas reuniões coordenadas por equipes do PSF, a ocasião foi aproveitada para aferir a pressão arterial dos participantes. De acordo com uma das médicas, apesar dos pacientes serem vistos a cada três meses, os grupos de hipertensão representam também uma oportunidade de detectar os que estão em risco, além de analisar o uso da medicação e outras intervenções. Segundo ela, no grupo de diabetes, que é realizado, separadamente, em sua unidade, a glicemia é medida e verificada a pressão. Durante a reunião desse grupo, não foi observada nenhuma dessas ações.

De uma maneira geral, os relatos e as observações de campo revelaram uma prática junto aos grupos que preconiza a realização de passeios, festas, atividades físicas, entre outros eventos que possam motivar e contribuir para elevar a “auto-estima”, o que foi observado nas declarações da coordenadora do grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes” de uma das unidades de maior porte, mencionado anteriormente:

(...)eu faço festa pra eles, eu programo as festas, vou atrás dos participantes. A última festa, do mês da mulher, nós conseguimos trazer

vários empresários (...) nós trouxemos pra fazer transformação, pintura de cabelo (...) tudo para auto-estima das pacientes (...) palestra sobre medicamento (...) tanto para obesidade, pro hipertenso e pro diabético (...) eu gosto muito de mexer com essa parte que trabalha a auto-estima deles (...) (S12)

A nutricionista entrevistada naquela unidade demonstrou suas preocupações a respeito das estratégias utilizadas no grupo, no qual também tem participação:

(...) o que a gente percebe nessas reuniões, nas últimas quintas feiras (...) o espaço da parte educativa tá diminuindo (...) na última quinta feira (...) a gente tentou falar da parte de beleza, pra tá envolvendo a parte de estética, relacionada à Nutrição (...) a gente percebeu que foi um pouco rápido. Logo entraram com os avisos, com as atividades que iam estar fazendo, atividades de lazer (...) (S7)

As palavras da nutricionista suscitam uma discussão que permeia as práticas de educação em saúde destinadas a pessoas de mais idade, com uma concepção de que estas se restringem a festas e atividades de lazer, em detrimento das ações educativas. Minayo e Coimbra Jr. (2002) referem-se às “festinhas da terceira idade” como uma infantilização dessa etapa da vida.

Em relação às estratégias utilizadas para melhor atender as pessoas idosas em suas necessidades e expectativas, Zimmerman, G. (1997) adverte sobre a necessidade de se preparar, com seriedade, os profissionais de saúde.

Ainda que, somente na unidade de saúde do PSF, houvesse grupos caracterizados como “de idosos”, foi possível observar, e os profissionais confirmaram, um número considerável de usuários que se inserem nessa fase da vida, participando também, das ações educativas desenvolvidas nos demais serviços.

A experiência como educadora na rede pública de saúde nos permite afirmar que, ao longo dos anos, a educação em saúde passa por diversas análises e poucos investimentos, causando, muitas vezes, o descrédito da população, o que talvez possa explicar a necessidade do uso de atrativos. Várias práticas vêm contribuindo para descaracterizar os serviços de saúde que, há muito, têm se utilizado de alimentos, enxovais, medicamentos, entre outros recursos, para garantir a presença dos usuários nos grupos educativos, de maneira a ameaçar a não distribuição daquilo que já lhe é de direito, diante do não comparecimento. Além do mais, existe a idéia de que os serviços de saúde devem promover ações de entretenimento para seus usuários, especialmente os idosos, na tentativa de suprir essa necessidade, assim como de utilizá-la para atrair a participação nas atividades promovidas.

É curioso observar que, durante a realização dessa investigação, nas reuniões em que não foi utilizado nenhum desses recursos “motivadores” de participação, o número de presentes foi relativamente menor.

Não consideramos um exagero dizer que, enquanto os profissionais não acreditarem na educação em saúde como um instrumento capaz de contribuir para o fortalecimento dos indivíduos e comunidades, continuarão a utilizar-se de estratégias que os tornarão cada vez mais carentes e dependentes dos serviços.

Dessa forma, seja qual for o perfil dos grupos, torna-se fundamental para os profissionais de saúde que visam a uma ação educativa emancipatória a clareza dos fins a serem alcançados, possibilitando assim, a definição de estratégias mais adequadas para o desenvolvimento das atividades. Além do mais, o fato dos usuários comungarem dos mesmos objetivos e participarem como sujeitos na construção do processo educativo, constitui-se em um importante atrativo para sua permanência e interesse.

Nesse sentido, poderíamos dizer que os depoimentos da profissional de enfermagem que revelou preocupação com a “auto-estima” do grupo trouxeram também, um enfoque emancipatório para essa questão, ao destacar outras ações como os pequenos cursos de bordado e pintura, ministrados por participantes com essas habilidades. Para ela, essa é uma maneira de reintegrá-los na comunidade, terem uma renda e se sentirem úteis. No entanto, é importante atentar para que tais iniciativas aconteçam no contexto do processo educativo, de maneira a não descaracterizar o papel dos serviços e, ao mesmo tempo, promover a independência e autonomia das pessoas envolvidas.

Suas palavras, além disso, revelaram o envolvimento da comunidade, ao destacar as contribuições recebidas para as atividades que promove com o grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes”. Outros profissionais também trouxeram essa informação ao comentarem a respeito do trabalho educativo realizado junto a escolas; dos lanches cedidos por moradores do bairro e dos locais de realização das reuniões, como os centros comunitários e as igrejas.

Independente do local das reuniões, foi possível observar manifestações religiosas durante as atividades educativas advindas tanto dos participantes, quanto dos próprios profissionais, como pode se evidenciar nas declarações de uma das enfermeiras sobre as atividades dos grupos de hipertensão:

(...)nós dividimos esse grupo em 4 grupos (...) e cada sexta-feira do mês participa um grupo e durante essa reunião educativa nós fazemos as

orientações (...) iniciamos primeiro, com um momento de oração, onde é feita a leitura da Bíblia; uma coisa não muito direcionada a uma determinada religião (...) em seguida nós comemoramos os aniversariantes do mês porque eles acham muito importante ser lembrado o dia do aniversário (...) depois nós fazemos uma hora de alongamento, o relaxamento e, em seguida nós vamos para o tema da reunião (...) (S5)

De acordo com Valla (1999), explícita ou implicitamente, seja pela cura ou pela idéia subjacente do apoio social⁷, a questão de saúde está presente nos motivos que levam à grande procura das classes populares pelas igrejas. Citando Eng et al. (1985), o autor traz a hipótese de que as igrejas, mediante a proposta religiosa e/ou espiritual, oferecem aos fiéis um sentido de solidariedade, prestígio e respeito.

A seqüência de atividades realizadas nos grupos de hipertensão, descrita por S5, foi conduzida por uma equipe multiprofissional nas duas reuniões observadas, com boa participação do público a cada orientação recebida. Desenvolvidos em uma das unidades de maior porte, esses grupos destacaram-se entre os demais, em função das manifestações religiosas advindas das próprias profissionais de saúde.

De acordo com nossa concepção, tendo em vista a realidade apresentada, ainda que usuários dos serviços e, até mesmo os profissionais, estejam ligados a alguma igreja, uma ação educativa que se diz libertária não pode perder de vista o respeito às diferenças, considerando, não somente os variados credos, mas, sobretudo, as pessoas que não cultivam nenhuma crença. Dessa forma, cabe à equipe coordenadora trabalhar junto aos grupos, a fim de garantir que convicções religiosas pessoais não se constituam em estratégias de realização das atividades, mas sejam objeto de reflexão, inseridas no processo educativo, à medida que as pessoas estiverem mobilizadas nesse sentido.

Assim, para que a equipe profissional responsável pelas atividades de educação em saúde possa obter sintonia e coerência em sua atuação, torna-se fundamental o planejamento das ações, para a definição conjunta de objetivos, de estratégias a serem utilizadas, das atribuições e avaliação do processo.

Os depoimentos abaixo revelam diferentes situações relacionadas à organização das ações educativas. Em se tratando de planejamento e avaliação, um dos médicos traz uma idéia satisfatória de trabalho em equipe na unidade do PSF:

⁷ Apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (MINKLER, 1985 citado por VALLA, 1999 – Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização)

(...) essas reuniões nossas, elas são planejadas pela equipe de PSF. São avaliadas em conjunto. Cada médico, cada enfermeira, cada auxiliar com os agentes de saúde se reúnem. Nós temos até um dia específico, sexta-feira à tarde, pra gente reunir e conversar a respeito, pra identificar o que nós vamos falar agora (...) a gente bola a atividade e vamos discutir em grupo pra ver como é que é (...) (S18)

Uma das nutricionistas, ao relatar as etapas do planejamento das ações educativas junto a estagiárias, lembra a participação do Distrito Sanitário na avaliação das atividades do grupo de hipertensão:

(...) pra gente tá dando uma palestra, a gente faz primeiro um plano de aula. Então, esse plano de aula já é o planejamento. Então, já verifica qual o objetivo, o objetivo geral, objetivo específico; a gente já verifica qual é a faixa etária que a gente vai estar envolvendo, qual o grupo alvo pra gente estar planejando, qual é a necessidade do grupo (...) a gente parte de uma teoria, de um conteúdo teórico; tenta estar colocando ali uma estratégia com recursos áudio-visuais e daí, a gente faz o trabalho de educação: daria a palestra e realizaria a dinâmica. E dentro disso a gente sempre tenta estar realizando um pré-teste e um pós-teste pra gente estar avaliando o conhecimento (...) quando é o grupo de hipertensão (...) então, vem a nutricionista do Distrito, senta e faz a avaliação junto. Então, anualmente, tem esse planejamento anual também, das palestras e dos temas do planejamento. (S7)

Responsável pela coordenação de um grupo de “hipertensão, diabetes e obesidade”, uma técnica de enfermagem revela não somente o envolvimento da equipe, mas também dos usuários, na programação das reuniões:

(...) as nossas reuniões mensais são as orientações que a gente passa para o paciente durante as reuniões. São reuniões programadas. Nós já programamos, juntamente com eles na última reunião do ano, que é onde a gente faz uma festinha de confraternização. Durante a reunião, nós colhemos dados com os próprios pacientes, do que eles têm mais dúvida (...) se ele precisa de mais orientação, se ele mudou de endereço, se onde ele mora tem saneamento básico ou não (...) a partir dali, a equipe se reúne e começa a fazer a programação das reuniões e temas (...) (S12)

Especialmente em relação aos grupos de educação em saúde, Zimmerman D. (1997b) afirma que a primeira recomendação técnica para organizá-los é ter muita clareza do que se pretende realizar e como será operacionalizada a ação; caso contrário, é mais provável que confusões, incertezas e mal-entendidos sejam gerados no grupo.

Os depoimentos dos profissionais entrevistados, de uma maneira geral, apontaram para a existência de um planejamento das atividades educativas, ainda que nem sempre bem

sistematizado, em função de fatores como a falta de tempo e entrosamento da equipe e, até mesmo, por não ser considerado prioridade, em certas situações.

A determinados profissionais foi atribuído o papel de coordenador das atividades em grupo, responsável, portanto, pela articulação do trabalho em equipe. Houve destaque para uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma psicóloga, de grupos diversos, nas duas unidades de maior porte. Em relação ao PSF, muito embora os depoimentos revelassem uma participação bastante ativa das enfermeiras, as reuniões observadas mostraram o predomínio da categoria médica na coordenação das ações educativas.

As equipes do PSF destacaram-se pela particularidade de permanecerem em período integral nos serviços e reservarem, com frequência, um momento de planejamento e avaliação de suas atividades, ainda que alguns relatos apresentassem dificuldades nesse aspecto. O mesmo médico (S18) que disse planejar as ações com toda a equipe, em um outro momento reconheceu estar à frente da organização do trabalho, com a enfermeira e a auxiliar, cabendo às agentes de saúde a “propaganda” do Programa durante as visitas domiciliares. Segundo ele, elas têm um volume de serviço muito grande, em função da exigência da prefeitura, e apenas uma vez por mês podem comparecer aos grupos.

Considerar a realidade e o perfil dos sujeitos com os quais o trabalho educativo será realizado foi um aspecto ressaltado pelos profissionais, como fundamental para o planejamento das ações, destacando-se as falas da nutricionista e da técnica de enfermagem, anteriormente, referidas. A primeira traz um modelo de planejamento, incluindo avaliação do conhecimento, trabalhado junto às acadêmicas de Nutrição; a segunda acrescenta à idéia de programação conjunta a inclusão dos próprios sujeitos, aspectos esses já bastante discutidos durante a análise do presente estudo.

Ao serem questionados se a equipe avaliava entre si o trabalho educativo, grande parte dos profissionais, em princípio, relatou outras questões referentes ao processo de avaliação dos participantes dos grupos, incluindo redução do peso, mudanças de hábitos, frequência nas reuniões e, até mesmo, conhecimentos adquiridos. Sem dúvida, esses são fatores importantes a serem considerados, ao se avaliar o desempenho da equipe. No entanto, as respostas evasivas para essa questão possibilitaram entender que avaliar a própria ação constitui-se em um aspecto bastante frágil no processo de desenvolvimento das atividades educativas nos serviços de saúde.

Apesar dessas constatações, observar o campo e ouvir cada profissional possibilitou compreender que existem os que atuam isoladamente, decidindo por si e pelos

demais, em função de um perfil centralizador ou, tão somente, no intuito de tornar viáveis as atividades, em uma situação de desorganização do serviço e desentrosamento da equipe.

As palavras abaixo são de uma psicóloga e diferem do discurso de S12, técnica de enfermagem, coordenadora do grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes” da unidade de saúde onde atuam, revelando insatisfação com o trabalho em equipe:

(...) especificamente, na unidade, o programa em si deveria ser multiprofissional. Todos os profissionais que estão envolvidos deveriam ter, pelo menos uma vez por mês, ou de quinze em quinze dias, reunir e traçar um programa do que tem que ser feito, as dificuldades de cada um, falta de profissional que tá tendo. Teria que ser assim, ser mais entrosado. Não é cada um fazendo sua parte. (S6)

Em outra unidade, uma profissional entrevistada como enfermeira do programa de obesidade critica a maneira como a equipe se organiza, revelando sua total falta de entrosamento com os demais integrantes:

(...) eu praticamente, cá nesse programa de pára-quedas, porque eu não sei (...) me falaram que o programa é de uma equipe multidisciplinar, temos um médico, uma psicóloga, uma nutricionista, uma enfermeira, então todos deveriam participar juntos das discussões, das reuniões. Eu, simplesmente, nunca participei (...) Eu tô em outro lugar; eu tô ali pra dizer que tô. Eu sou um fantasma lá dentro. Eu acho que eu tinha que tá participando das reuniões, do sorteio, estar por dentro do que é que o psicólogo está discutindo com o médico, o que a nutricionista acha, olhar as fichas dos pacientes (...) eu só faço a primeira consulta e o paciente não me vê mais nunca (...) justamente por falta de recursos humanos (...) (S4)

As declarações seguintes, da psicóloga e da nutricionista que coordenam as reuniões do grupo de obesidade no mesmo serviço, confirmam as palavras da enfermeira no momento em que não a incluem na equipe:

(...) do programa de obesidade, é montada pelo médico, pela nutricionista, por mim e pela técnica de enfermagem (...) algumas reuniões gerais, todos participam; essas reuniões semanais participa ou só eu, ou eu e a nutricionista. (S1)

(...) o grupo de obesidade é a psicóloga, a nutricionista, o médico e uma atendente de enfermagem; agora, já pro grupo de hipertensão, fora o cardiologista, tem a enfermeira, tem a psicóloga, a nutricionista e a técnica de enfermagem. Nós não temos em nosso quadro a assistente social (...) (S2)

Ribeiro et al. (2004) advertem que para o trabalho em equipe se dar de forma integrada é preciso conectar diferentes processos de atividades envolvidas, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro, além de valorizar a sua participação na produção de cuidados. Trabalhar em equipe implica em construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

A psicóloga que reclamou a falta de trabalho em equipe em sua unidade mostrou certa desinformação em relação às atividades desenvolvidas com o grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes”, em função do seu horário de trabalho não coincidir com as reuniões. Segundo suas informações, desenvolve um trabalho em consultório com pacientes em situação de excesso de peso, mas nem mesmo sabe se esses também participam da reunião mensal coordenada pela técnica de enfermagem. Ao mesmo tempo, essa psicóloga foi lembrada pela coordenadora das atividades como integrante da equipe e desenvolveu uma dinâmica em um dos encontros observados. Segundo a enfermeira do programa, tanto a psicóloga, quanto a assistente social não fazem parte da equipe, mas atuam nas atividades, quando necessário.

A assistente social daquela unidade, apesar de conhecer bastante a história do grupo de “hipertensão, obesidade e diabetes”, ao ser entrevistada relatou estar de certa forma afastada, em função de mudanças no horário de trabalho, acúmulo de atividades e de sua provável saída daquele serviço.

De acordo com as declarações da nutricionista que supervisiona estagiárias naquela unidade, os profissionais estão envolvidos de alguma forma e, na hora de fazer a parte educativa no grupo, a Nutrição está sempre presente.

Na outra unidade de maior porte, nenhuma assistente social foi entrevistada, pois não integrava as equipes de educação em saúde, como foi antes relatado pela nutricionista (S2) que trabalha com o grupo de obesidade, juntamente com a psicologia.

Nesse mesmo serviço, a enfermeira que criticou a falta do trabalho em equipe do grupo de obesidade, quando entrevistada, mostrou seu descontentamento por não se sentir incluída e pelo acúmulo de outras atividades. Foi possível observar o atendimento pelo qual é responsável, considerado sua única inserção junto às participantes do programa de obesidade. À oportunidade, a referida enfermeira solicitou sugestões dessa pesquisadora para o procedimento, pois estava há pouco tempo naquela função e não havia sido capacitada.

Assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros, apesar de sua tradicional ligação com as ações educativas, muitas vezes não se encontram disponíveis ou

presentes no quadro de profissionais das unidades de saúde. O fato de termos encontrado apenas uma assistente social nas equipes de educação em saúde e, ainda, com pequena atuação, veio de encontro às expectativas criadas na realização deste estudo, tendo em vista ser essa uma categoria profissional, freqüentemente, envolvida com as ações educativas. De acordo com os resultados da pesquisa multicêntrica coordenada por Costa e Morais (2001) em unidades de saúde de Goiânia, a atuação de assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas estava voltada para a educação em saúde nas variadas etapas de atendimento às mulheres, sendo que apenas em uma das quatro unidades de maior porte não houve a participação da assistente social.

Médicos e enfermeiros compõem, comumente, as equipes básicas dos serviços, embora os primeiros nem sempre estejam engajados nas atividades de educação em saúde. Aqueles entrevistados nas duas maiores unidades estudadas, preservando as diferenças no perfil e a hierarquia da equipe, confirmaram sua participação limitada nas reuniões educativas, alegando tempo restrito que possibilita apenas, dedicar ao atendimento individual.

No PSF, foi possível identificar uma realidade, na qual persiste a hegemonia da categoria médica que lidera a equipe e, até mesmo, as atividades educativas, porém, enfrentando grandes dificuldades no dia-a-dia para que consigam se ausentar dos consultórios. Os depoimentos que se seguem são de uma enfermeira e de um médico de equipes distintas e revelam como o modelo hospitalocêntrico ainda predomina também no PSF, apesar de sua proposta inovadora:

(...) na prática, isso aqui só funciona como um posto de saúde: agenda, consulta e atende (...) teoricamente, isso aqui é um PSF (...) então, aqui, a prioridade é essa (...) pra você ter uma idéia, o médico não sai da sala; os médicos, sobram pro paciente (...) (S16)

(...) eles implantam o PSF, querem que a gente fique o dia inteiro pregado no consultório. Se você não tem uma produção de tantas consultas por mês, o camarada vem aqui te puxar a orelha (...) cê pode falar assim: “mas eu atendi em grupo 150 pessoas”, ele olha pra sua cara e fala assim: “cadê a produção pra poder mandar pro SUS pagar?” (...) (S18)

Na opinião da enfermeira de uma terceira equipe, a mudança recente de diretoria na unidade trouxe melhorias para essa situação, com maior valorização para as práticas educativas:

(...) a valorização dessas práticas tá acontecendo (...) começou a andar agora, praticamente. Antes, a gente não conseguia nem sair da unidade pra

realizar uma palestra ali. Hoje a gente tá conseguindo chegar na população; começa a orientar, a falar das práticas (...) depois que mudou de diretoria (...) apóia bastante; ela até cobra essas atitudes. Eu acho que ainda falta muito (...) (S15)

Várias declarações que, muitas vezes, pareciam um desabafo, trouxeram uma realidade em que tanto a Secretaria de Saúde e a diretoria da unidade, quanto a própria população, priorizam a medicina curativa, em detrimento das ações preventivas, dificultando assim, as atividades educativas junto à comunidade, contrariando as diretrizes do Programa de Saúde da Família, o qual, segundo um dos médicos (S18), está “em reestruturação eterna”. As falas apresentadas revelaram contradições no PSF e também, preocupações em relação à mudança de mentalidade de gestores e usuários no sentido de compreenderem a importância das atividades educativas. Na opinião da enfermeira da mesma equipe de S18, as pessoas que participam dos grupos já entendem a necessidade do médico se ausentar da unidade de saúde.

De acordo com as declarações de uma profissional de enfermagem que não atua no PSF, apesar do apoio recebido da unidade para as ações educativas, a prioridade dos serviços é com a quantidade de pessoas atendidas. Para ela, essa situação, que considera geral, precisa mudar, pois na área de saúde não são números que fazem a diferença, mas sim a qualidade do atendimento.

Os depoimentos abaixo são de duas médicas, de diferentes serviços, que trazem informações sobre a atuação e disponibilidade de profissionais em suas respectivas equipes:

(...) a enfermeira também dá palestras e a gente também pede para alguns colegas psicólogos, nutricionistas, odontólogos (...) mas é ainda muito centralizada no médico (...) a auxiliar nunca deu palestra; ela vai pra verificar uma pressão do grupo que é feito isso durante o grupo (...) a gente tá capacitando os agentes porque agora nós vamos cobrar desses nossos agentes, participação nessas palestras (...) ainda sou eu a que mais ministra essas palestras, mas a gente tá tentando dividir essa atribuição para todos participarem, todos terem importância, serem também valorizados pela população (...) (S9)

(...) porque o médico é o que sabe tudo. O agente trabalha como profissional do IBGE: pega o endereço, pega o nome e encaminha. Ele não tá ainda com aquela consciência de que ele é responsável também pelo trabalho de saúde dentro do Programa (...) o auxiliar também, é só marcar consulta, é só pra orientar os exames (...) (S17)

Na mesma unidade de S17, porém atuando em outra equipe, uma enfermeira revela um quadro mais animador, valorizando a ação dos agentes de saúde:

Sou eu, o médico e os agentes (...) toda a equipe participa e desenvolve essa atividade. Até porque se a equipe não tiver envolvida, num vai pra frente. Se os agentes não tiverem envolvidos, os usuários não vão pra caminhada, eles não vão pra reunião. Não basta só a gente querer (...) eu reconheço os agentes como o elo entre a comunidade e a equipe básica porque eles que passam recado, eles que comunicam o dia (...) (S14)

Ao ressaltar a construção do trabalho em equipe como um esforço, não exclusivo, da Saúde da Família, Almeida e Mishima (2004) destacam, como fundamental, a revisão do papel central e hegemônico do médico na equipe de saúde. Segundo elas, para não correr o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, com desigual valoração social dos diversos trabalhos, é imprescindível que os trabalhadores da Saúde da Família invistam na integração da equipe, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade, o que, sem dúvida, passa a exigir um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos. Almeida e Mishima (2004, p.2) prosseguem em suas análises, destacando a importância da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade na atenção à saúde da família:

“Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.”

As declarações dos profissionais entrevistados no PSF possibilitaram compreender a hierarquia estabelecida nas equipes, a partir da liderança médica, surgindo naturalmente aos olhos de alguns e, para outros, implicando em disputa de poderes.

A exemplo de S9, houve depoimentos que levantaram a necessidade de descentralizar as ações e valorizar as diferentes categorias profissionais, no intuito de não depositar todas as responsabilidades no médico, inclusive das atividades educativas.

Constatamos também, nas equipes do PSF, a fragilidade do trabalho conjunto e grandes dificuldades de relacionamento entre profissionais, bem como, tentativas de entrosamento na realização das ações.

Foram observadas atitudes autoritárias por parte da equipe em relação às agentes de saúde. Uma profissional revelou que as “obriga” a participar das palestras por ela realizadas na comunidade, pois, são despreparadas, não por culpa delas, nem por incompetência, mas por falta de capacitação. De acordo com suas palavras: “se elas estão prestando atenção, se elas estão passando isso pra frente, aí já não é mais comigo, mas eu tô tentando fazer a minha parte que é capacitá-las”.

Essas declarações contrariam a impressão deixada por três agentes ao conversarem com mulheres que aguardavam uma reunião do grupo de obesidade. O fato da médica e da enfermeira estarem impossibilitadas de comparecer deu ao encontro um caráter mais informal. As agentes acabaram coordenando a reunião, mas pareciam não valorizar esse fato, como se não fossem capazes ou autorizadas a fazê-lo; como se sua atuação se resumisse em manter os contatos domiciliares com as famílias, de acordo com as palavras de S17, quando afirmou não terem, as agentes, consciência de que também são responsáveis pelo trabalho.

Na equipe de S14, as agentes de saúde foram consideradas o elo de ligação entre o serviço e a comunidade, significando grande contribuição para a efetivação das atividades educativas. A respeito da relação entre os profissionais, a enfermeira relatou ser bastante satisfatória. Para ela “a gente trabalha muito como se fosse uma grande família mesmo, um ajudando o outro”.

Essa discussão em torno da condição dos agentes de saúde, em nossa concepção, pode tomar diversas direções de acordo com as relações de poder prevalentes em cada equipe. O fato de exercer a coordenação de uma reunião pode significar assumir um status que não lhes é de direito e sim, daqueles profissionais, em especial, de nível superior, aos quais esse espaço é reservado, pois, detêm o conhecimento científico e, por isso, o respeito diante da própria equipe e da comunidade. Exigir que os agentes se capacitem e assumam a responsabilidade do trabalho pode implicar em prepará-los para a atuação nas atividades que já lhes foram destinadas, as visitas domiciliares, ou ainda, fortalecê-los para novas inserções junto à comunidade.

Questões relacionadas à capacitação da equipe e à inclusão de novas categorias profissionais nos serviços foram preocupações que estiveram presentes em vários relatos. As palavras abaixo são de uma médica e de uma enfermeira de uma equipe do PSF que ressaltam a necessidade de profissionais das áreas de Nutrição e Psicologia para trabalhar com pacientes em situação de obesidade:

(...) o paciente obeso ele precisa de um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar que não passa só pelo médico e enfermeiro. Precisaria de uma nutricionista, do psicólogo, de preparo maior de profissionais (...) de mais atividades que a gente, no momento, não tem. (S15)

(...) normalmente, as pessoas obesas elas têm algum probleminha emocional. Comem de maneira compulsiva, deve ter algum problema. Outra coisa, é que a gente não tem a informação correta de como ensinar a quantidade de comida que a pessoa pode ingerir, pode não ingerir (...) se a gente não ficar com psicólogo e com o nutricionista aqui, a gente precisa aprender mais, pra orientar melhor a gente precisa aprender mais. (S19)

De acordo com Boog (1999), as dificuldades que médicos e enfermeiros encontram para lidar com questões de alimentação decorrem não somente do seu conhecimento sobre o tema, mas também da complexidade do problema e dos conflitos que emergem da contradição entre o que se sabe e o que se pensa, com o que se sente e o que se faz na prática, resultando o não reconhecimento dos problemas alimentares como dados trabalháveis pelas equipes de saúde. A respeito da atuação da nutricionista, para a autora, apesar de também existir contradições envolvendo sua formação, é a categoria habilitada para desenvolver a educação nutricional nos serviços de saúde, fato este reconhecido por profissionais e usuários.

Em relato de experiência sobre a participação do profissional de psicologia junto a grupos educativos do PSF, Souza e Carvalho (2003) destacam a abordagem dinâmica e participativa que possibilita um maior alcance da população, favorecendo a implicação dos participantes nas atividades promovidas. Pinto (1999) avança nessas considerações, quando ressalta o profissional da área da saúde mental como elemento indispensável na equipe multidisciplinar comprometida com o suporte necessário para o engajamento do indivíduo obeso no longo processo terapêutico de restauração do seu corpo, renovação de sua auto-imagem, reconquista da sua auto-estima e revisão dos seus valores e projetos existenciais.

Os sujeitos participantes deste estudo, especialmente trabalhadores do PSF, deixaram muito claras as dificuldades em desenvolver as ações educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, sem contar com outros profissionais como nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas e educadores físicos. Ao mesmo tempo, trouxeram reflexões importantes a respeito de sua própria formação e necessidade de capacitação.

Somente a enfermeira de uma das equipes da unidade do PSF relatou não sentir dificuldades para desenvolver as atividades educativas, uma vez que a universidade onde estudou ofereceu uma base importante nesse aspecto, diferente da enfermeira (S15) que

solicitou maior suporte para trabalhar com obesidade. De acordo com suas declarações, o profissional não sai preparado da universidade para trabalhar na parte de educação em saúde e, quando chega aos serviços, vai aprendendo aos poucos. A terceira enfermeira reclamou a falta de critério, quando se trata da capacitação de pessoal, pois, segundo ela, o perfil do profissional não é considerado, “capacitam por capacitar” e “tem hora que obrigam”.

Em uma unidade de maior porte, a enfermeira entrevistada relatou a necessidade do apoio psicológico para pacientes com obesidade que, em sua maioria, apresentam “graves problemas de ansiedade, de auto-estima, de problemas sociais e familiares”; e as dificuldades, ao tentar referenciá-los para outros serviços, já que a participação da psicóloga de sua unidade é limitada. Esta última, por sua vez, relatou a vontade de fazer uma formação específica para trabalhar com o paciente obeso. Ainda no mesmo centro de saúde, foi registrada a grande demanda pela presença das estagiárias e supervisoras de nutrição nos diversos espaços de educação em saúde ali existentes.

Em outro serviço, uma nutricionista declarou pertencer à equipe do Distrito Sanitário e prestar atendimento em suas respectivas unidades. Para ela, essa situação a deixa sobrecarregada e impede de realizar um trabalho com o retorno que gostaria, pois “ninguém muda hábito alimentar do dia pra noite”.

Ao considerar que o nutricionista é o profissional de saúde que, por formação, estaria habilitado para realizar a educação nutricional nos serviços, parece um tanto incoerente o fato das equipes, inclusive do PSF, não contarem com sua atuação, em especial nas ações educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento. Essa realidade dificulta uma ação continuada e resultados importantes. Os índices de obesidade no Brasil e em nosso estado, acusando-se acentuados nas áreas de mais baixa renda, especialmente para a população feminina, clamam por uma maior atenção para os quadros de profissionais disponíveis e preparados nas unidades de saúde pública. De acordo com a POF 2002-2003 (IBGE, 2005), o crescimento dos percentuais de obesidade entre as mulheres ocorre até os rendimentos per capita de dois salários-mínimos, caindo a partir daí. O excesso de peso (42%) e a obesidade (14%) são maiores entre as mulheres que vivem em famílias de classe de rendimentos de um a dois salários-mínimos per capita.

É importante compreender que uma atenção à saúde, seja ou não, a partir do PSF, só se faz de forma integral e equânime, no momento em que os usuários dos serviços forem atendidos e respeitados em suas necessidades e demandas, por uma equipe de profissionais capacitados, inseridos em um sistema de saúde que traça suas políticas públicas tendo em vista a realidade dessa população.

5.1.3 Perfil dos usuários na percepção dos profissionais de saúde

As declarações dos profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, a respeito do perfil dos usuários que participam das ações educativas por eles realizadas possibilitaram não somente uma maior aproximação com a realidade desse público, como também, uma melhor compreensão da importância destinada pelas equipes e serviços ao conhecimento e registro das informações.

A investigação das características dos usuários, de interesse para o presente estudo, foi realizada a partir das percepções dos profissionais em entrevista semi-estruturada, a exemplo das demais informações, sem que houvésemos consultado dados secundários.

Sexo, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, ocupação, situação socioeconômica e de saúde foram as variáveis selecionadas para integrar a presente análise, tendo em vista sua relevância no contexto da obesidade e do processo de envelhecimento.

Todas as respostas foram unânimes em afirmar a presença dominante das mulheres nas ações educativas desenvolvidas, especialmente naquelas relacionadas à obesidade. Em alguns grupos de hipertensão e de diabetes foi relatada uma maior participação de homens, mas, ainda assim, com o predomínio de mulheres. Certos depoimentos mostraram ter os homens uma grande resistência em participar das atividades.

*(...) as mulheres, elas procuram muito mais, nem que seja só assim, só pra elas aprenderem a se cuidar ou a cuidar da família; ou ela tem aquele esposo que é hipertenso e ele não vem nas reuniões, não participa, aí, então, ela vem no lugar dele (...) sempre foi mais a mulher. Mesmo os pacientes novos, o que predomina é a mulher. O índice é muito alto (...)
(S12)*

*(...) são mais mulheres; a predominância é de mulheres. Temos homens, vários (...) a gente vê que os homens, primeiro, segundo ano em diante, começou a procurar também. Parece que tá, assim, percebendo, o homem também tá preocupado com a sua aparência, mas predomina mais é a incidência de mulher (...)
(S13)*

Heck e Langdon (2002), pesquisando sobre o envelhecimento, as relações de gênero e o papel das mulheres em uma comunidade rural constataram a função indispensável da mulher como cuidadora, cujo papel é gerir e preservar a vida, em iniciativas tanto individuais quanto coletivas. As autoras observaram que as mulheres fazem parte de diferentes espaços como clubes de mães e reuniões de saúde, ao passo que os homens, não

articulados em seus interesses, reagem de forma individual, apontando como ameaça ao seu poder qualquer iniciativa de mobilização dentro de uma proposta coletiva.

O comportamento resistente, ou displicente, dos homens, em geral, relativo às informações e cuidados com a saúde pode se evidenciar nas falas dos entrevistados, assim como em nossa experiência profissional nos grupos de educação em saúde e ambulatório, ao receber uma percentagem superior de mulheres, de idades variadas, visando ao acompanhamento nutricional.

Seja para cuidar de si ou de sua família, certo é que as mulheres constituem-se no público que mais demanda os serviços de saúde, enquanto os homens o fazem, geralmente, em situações mais agravantes. Esse fato pode gerar preocupações, tendo em vista que o excesso de peso na vida adulta aumenta o risco para as doenças cardiovasculares em ambos os sexos, independente do peso inicial ou da presença de outros fatores de risco que tenham surgido em decorrência do ganho ponderal (FARIA & ZANELLA, 2000). Além do mais, os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF/2002-2003 (IBGE, 2005) revelam que no Brasil, cerca de 40% dos indivíduos adultos (acima de 20 anos) apresentam excesso de peso (IMC igual ou maior do que 25 kg/m²), não havendo diferença substancial entre os sexos, sendo que a obesidade afeta 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres.

Em relação à faixa etária dos usuários, os relatos apontaram para um perfil em que as idades variaram entre 16 e 85 anos, de acordo com os critérios de participação de cada unidade de saúde e com o tipo de atividade proposta.

Os profissionais que trabalham com o grupo de obesidade em uma das unidades referência para esse atendimento revelaram receber os pacientes a partir de 18 anos, mas confirmaram uma maior participação de adultos. Segundo o médico da equipe, a justificativa para a não inclusão de menores de 18 anos está no risco de travar o crescimento, com as fórmulas utilizadas. Recomenda para essa idade, somente exercício físico e dieta.

As palavras da assistente social de um outro serviço, no qual os pacientes que apresentam obesidade, hipertensão e diabetes são reunidos em um mesmo grupo de educação em saúde, mostraram não considerar o argumento do médico acima referido, ao afirmar que o objetivo era trabalhar apenas com aqueles acima de 18 anos, mas como a procura foi muito grande, começaram também a atender os de 16. Ela também revelou a existência de usuários com mais de 40 anos, entretanto, a predominância maior é na faixa dos 16 aos 30 anos. Outras profissionais da equipe revelaram um aumento da demanda pelo programa, de jovens mulheres obesas, solteiras, até 25 anos, mas confirmaram que o perfil atual de usuários continua sendo o da senhora casada, até seus 35 anos. O depoimento abaixo é da

coordenadora do referido grupo, que fala a respeito da distribuição da obesidade nas diversas fases da vida. Na sua realidade, esta se apresenta de forma mais grave nos usuários não idosos:

(...) o perfil da obesidade é mais jovem. Eu digo assim, mais jovem na idade adulta, até seus 30, 35 anos (...) no idoso predomina mais grau I e II (...) é muito difícil você pegar um idoso que tem obesidade mórbida (...) nós temos, mas ele não predomina. Predomina no jovem, na idade adulta (...)
(S12)

Na análise de Cabreira (1998), devido à alta prevalência e às suas repercussões patológicas, a obesidade não deve ser abordada de maneira indiferente na promoção da saúde da pessoa idosa. O autor ainda ressalta a necessidade de definir os indicadores antropométricos adequados e os níveis de IMC relacionados ao mau prognóstico, para só então alinhar metas e estratégias de intervenção que não comprometam o equilíbrio nutricional e garantam a preservação do perfil sociocultural.

Os dados mais recentes da Pesquisa de Orçamento familiar – POF /2002-2003 (IBGE, 2005) mostram que, embora a prevalência do excesso de peso tenda a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres, observa-se a tendência de declínio na prevalência do excesso de peso e da obesidade a partir dos 55 anos, para os homens, e dos 65 anos, para as mulheres.

Ainda que os relatos trouxessem também um perfil muito jovem da obesidade, a POF (IBGE, 2005), apesar de confirmar um excesso de peso significativo nos indivíduos com menos de 30 anos (50,3%), revelaram uma exposição à desnutrição de mulheres nessa faixa etária (19,5%), cuja explicação poderia envolver distúrbios do comportamento alimentar associados ao temor de engravidar. Essa mesma exposição foi detectada em homens com mais de 75 anos, o que pode estar relacionado a doenças crônicas debilitantes cuja frequência tende a ser maior entre idosos, de acordo com as análises da pesquisa.

No que se refere aos pacientes de hipertensão das duas unidades de saúde de maior porte, incluindo também os de uma equipe do PSF, o que predomina são aqueles entre 50 e 60 anos, apesar de alguns relatos terem revelado uma procura também em idades mais jovens e, até mesmo, crianças. Os usuários que apresentam diabetes, geralmente, são adultos mais velhos. Segundo uma médica do PSF, estes estão em menor número e têm entre 50 e 70 anos no grupo coordenado por sua equipe. Tal situação se assemelha à da unidade do PSF que tem trabalhado com grupos de pessoas a partir dos 35 anos, com maior participação daquelas já consideradas idosas e que, em geral, apresentam comorbidades, como pode ser observado nos

depoimentos de um médico, sobre a faixa etária e a situação de saúde dos usuários atendidos por sua equipe:

(...) os usuários nossos que fazem parte das atividades educativas são paciente médio que a gente tem: ele é idoso, acima de 64, 65 anos, hipertenso com alguma outra comorbidade, seja uma cardiopatia, seja diabetes, seja uma dislipidemia (...) é o casal original, é o pai e a mãe da família (...) que estão idosos agora (...) (S18)

A respeito da participação de pessoas de mais idade nas atividades educativas, Paiva (1999) chama atenção para a importância de se privilegiar metodologias interativas, a partir da fala dos participantes, bem como da atenção direta do educador ou do instrutor do grupo. Para a autora, as pessoas mais velhas estão interessadas em vivenciar experiências com liberdade e gratificação afetivo-emocional, principalmente, quando estão em grupo, deixando um pouco de lado a aprendizagem de regras e de normas limitadoras; além do mais, suas experiências acumuladas devem ser sempre valorizadas.

Na opinião de Buss (1999), torna-se urgente um maior investimento do sistema de saúde em ações enfocadas no diagnóstico e na detecção precoce das doenças crônico-degenerativas. Para ele, o perfil epidemiológico da população, pós-transição demográfica, exige que a atenção tardia, poli-medicamentosa, tecnologicamente dependente e que requer especialistas em um seguimento quase constante, some-se o fortalecimento do caráter promocional e preventivo dos serviços de saúde.

Aspectos relacionados à saúde mental foram relatados pelos profissionais, em particular, da unidade do PSF, que destacaram transtornos dessa ordem em mulheres e, com menor frequência, nos homens, militares, residentes na área de abrangência. Além do mais, acusaram o uso de psicotrópicos por grande parte desses pacientes, pois segundo uma das enfermeiras, a maioria dos que participam dos grupos de hipertensão e diabetes são depressivos. Um dos médicos do mesmo serviço confirmou a presença de problemas psiquiátricos em militares, ressaltando serem estes os mais rebeldes para seguir as orientações.

Em outra unidade, profissionais de uma equipe do PSF também se referiram aos pacientes que apresentam diabetes como deprimidos e difíceis de lidar, necessitando, dessa forma, do apoio da psicóloga para a coordenação das reuniões. Diferente dos outros depoimentos, uma das nutricionistas que participaram deste estudo, ao falar de depressão, refere-se aos pacientes obesos, ressaltando não ser muito frequente esse quadro nos mais idosos com hipertensão e diabetes:

(...) a gente vê o quadro depressivo de muitos, de pacientes que a gente atende (...) então, às vezes, a pessoa chora, tem gente que fala que não consegue (...) a situação de saúde dela é reflexo de tudo que ela vive no psicológico dela, na vida social dela. Então, a gente acaba tendo também essa análise (...) porém, dá toda discussão que ela é obesa, que ela não consegue tá mudando, por conta dos problemas que ela tem (...) aqueles que são mais idosos, têm hipertensão, têm diabetes, não apresentam isso muito não (...) todo esse transtorno de humor (...) como se diz, todas essas pessoas gordinhas são felizes, mas a gente vê que no fundo, ela tem uma tristeza que é pela discriminação, preconceito (...) (S7)

Em relação às pessoas idosas, na visão de Pellegrini e Junqueira (1996), enquanto os cuidados preventivos como dieta, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo são recomendados, questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo e a segregação social têm sido ignoradas. Sendo assim, a assistência à saúde da população idosa deveria ser concretizada por uma abordagem interdisciplinar, desde o nível da promoção da saúde, passando pela prevenção e a cura, até a reabilitação.

Em todos os serviços de saúde estudados, os profissionais revelaram trabalhar com uma comunidade cuja escolaridade varia entre o primeiro e segundo graus, havendo destaque, ainda, para algumas pessoas com nível superior. Segundo as enfermeiras da unidade do PSF, o grau de instrução da área é, relativamente, alto, com o mínimo de analfabetismo. No entanto, as palavras de dois médicos apresentaram uma realidade em que uma percentagem importante de mulheres tem grau de instrução inferior a dos homens ou são analfabetas.

(...) os homens que a gente tem todos eles têm pelo menos primeiro grau (...) as mulheres aqui, ainda estamos naquela época em que as mulheres não estudavam (...) nós temos, pelo menos 20 a 30% das mulheres são analfabetas ou então, tem uma escolaridade mínima (...) é a famosa “do lar” mesmo, que ficam em casa pra tomar conta dos filhos e quando os filhos vão embora deixam elas sozinhas (...) (S18)

(...) o nível de escolaridade, normalmente, são de nível médio (...) as mulheres têm o nível escolar mais baixo do que os homens, a maioria. Primário e nível médio (...) (S19)

Infante (2003), ao advertir ser a baixa escolaridade de grande parte da população adulta brasileira fator limitante das oportunidades de capacitação profissional, vem lembrar que as mulheres de estrato socioeconômico mais baixo são as que freqüentam os cursos mais curtos, relacionando esse fato com a feminização da pobreza, observada em geral na América Latina.

Na visão de Hamilton (2002), a educação é um processo de empoderamento; é uma resposta a um eterno desafio humano. Ela explora o potencial que os seres humanos têm de transcender os limites da evolução biológica e almeja garantir que a mudança social agregada seja mais rápida do que a evolução biológica da espécie humana.

O analfabetismo também foi destacado entre idosos, assim como uma baixa escolaridade nos grupos de hipertensão; o nível superior de instrução foi lembrado nos grupos de obesidade.

Alguns depoimentos revelaram não somente falta de conhecimento, mas também de interesse, em relação a dados de caracterização dos usuários, desconsiderando, dessa forma, sua importância na assistência à saúde, a exemplo da escolaridade, informação indispensável para a definição de estratégias a serem utilizadas na ação educativa, seja em nível ambulatorial ou em grupos. Chor (1998) chama atenção para a importância de se conhecer os pacientes em suas circunstâncias de vida, pessoais e sociais, como situação conjugal, escolaridade, idade, além de suas percepções sobre o próprio bem-estar e o valor atribuído a determinados hábitos, pois fazem parte de uma rede de fatores que condicionam atitudes relacionadas à saúde.

As reflexões de Chor (1998) vão ao encontro das freqüentes queixas dos profissionais a respeito da adesão dos usuários ao tratamento, ao se considerar que a utilização correta de medicamentos e dietas pode estar relacionada tanto a questões pessoais como idade, estado civil e situação de saúde, quanto às de aspectos socioeconômicos e culturais.

(...) tem aqueles que são muito rebeldes ao tratamento; não faz a dieta correta, acha que tem que vir só verificar a pressão e não toma o medicamento, nem faz a dieta (...) (S5)

A respeito da adesão medicamentosa, especialmente em idosos, Diaz (1996) salienta que o profissional e a equipe de saúde precisam ter a persistência como sua grande aliada. Assim, perguntas autoritárias devem ser evitadas, pois podem originar respostas não condizentes com a verdade. Segundo a autora, conforme se estreita o relacionamento com os pacientes, observa-se ser possível detectar vários fatores responsáveis pela não-adesão, entre eles os técnicos, os biológicos, os psicológicos, os sociais e os mistos e, nesse sentido, a assistência interprofissional poderá ter um papel de relevância.

Quanto à situação socioeconômica da comunidade alvo das ações educativas, as duas unidades de maior porte revelaram a predominância de uma classe social baixa, em especial nos grupos de hipertensão e, ainda assim, em uma delas, foi admitida uma melhora

nessa condição dos pacientes. As equipes do PSF informaram trabalhar com uma comunidade de classe média baixa que, apesar das dificuldades, é proprietária do próprio imóvel. Uma das equipes informou sobre a recente realização de um levantamento de dados, no qual se constatou uma renda de um a três salários mínimos nos domicílios de sua área. Alguns profissionais admitiram também, a existência de situações extremas de bastante carência e, por outro lado, de pessoas mais diferenciadas, que possuem até convênios de saúde. Uma das enfermeiras comentou que, em relação a sua área de abrangência, comparecem mesmo às atividades oferecidas pelo serviço as pessoas que, realmente, têm necessidade.

Na opinião de uma das psicólogas, as orientações dietéticas destinadas aos usuários devem ter em vista sua situação socioeconômica, pois a base da alimentação é o arroz e o feijão e, apesar da obesidade, chegam a adquirir deficiência nutricional. Para a nutricionista que atua na mesma unidade, a falta de acesso ao alimento pode ser em decorrência tanto da renda, quanto dos hábitos alimentares:

(...) são pessoas que fazem poucas refeições por dia, que não têm acesso , realmente, a uma alimentação. Pode ser por questão de renda, que com certeza influencia, porque a pessoa já pensa que verdura, fruta é caro (...) em relação à renda a gente percebe isso; pelo hábito alimentar dele e pela renda social também (...) (S7)

A esse respeito, torna-se importante trazer, novamente, os dados do IBGE (2005) referentes à renda, ao estado nutricional e aos padrões de consumo alimentar. Entre homens, a frequência do excesso de peso aumenta de modo uniforme e intenso com a renda, enquanto, entre mulheres, essa relação é menos intensa, de maneira que as maiores prevalências de excesso de peso são encontradas nas classes intermediárias de renda. Em relação aos padrões de consumo alimentar foram evidenciados em todo o país e em todas as classes de rendimento, o uso excessivo de açúcar e o consumo insuficiente de frutas e hortaliças. A análise apresentada também constatou uma tendência nas últimas três décadas de aumento no aporte relativo de gorduras em geral e saturadas, assim como de produtos industrializados como os biscoitos e refrigerantes e a conseqüente redução da importância do arroz e feijão.

A experiência como nutricionista mostra que as constatações do IBGE vão ao encontro da realidade encontrada diariamente na unidade de saúde pública, pois, de acordo com S7, seja pela renda, seja por questões culturais, a população atendida não possui o hábito de incluir em seu cardápio diário as frutas e verduras. Ao passo que a carne, alimento raro na mesa do brasileiro nas últimas décadas, hoje, está presente, sendo então, um dos responsáveis não apenas pelo aporte de proteína animal, como também pela gordura saturada, muitas vezes

ingerida em excesso. Todas essas questões, sem dúvida, devem ser consideradas na ação educativa, de maneira a estruturar, junto a cada usuário, um esquema alimentar que atenda suas necessidades nutricionais e, sobretudo, seja compatível com suas condições socioeconômicas e culturais.

Ao trazerem declarações sobre a ocupação dos usuários com os quais trabalham, os profissionais de saúde destacaram, entre os mais velhos, os aposentados e aposentadas. Apesar de caracterizarem as mulheres, na maioria das vezes, como “do lar”, também relataram estarem inseridas em outras ocupações, entre elas, na área da saúde. Na unidade do PSF, houve grande referência aos militares e, em nenhum momento, os profissionais falaram de desemprego.

Gatto (1996), a respeito da dedicação exclusiva das mulheres ao lar, pondera que os filhos já criados, casados e vivendo fora de casa podem significar para elas que a vida perdeu o sentido. Além do mais, algumas, após anos de convivência, enfrentam a viuvez que as atinge de maneira diferente, dependendo dos papéis sociais que exerceram ao longo da vida. A autora afirma que as mais vulneráveis são aquelas cuja identidade centrava-se nos papéis de mãe e esposa.

É possível evidenciar as reflexões de Gatto (1996) em depoimentos dos profissionais de saúde a respeito do estado civil dos usuários. Embora alguns tenham demonstrado uma certa desatenção quanto a esse dado, apontaram variadas situações, com destaque para as pessoas casadas, ou que moram juntas, seguidas das viúvas, principalmente nas idades mais avançadas, e das divorciadas ou separadas, como pode ser visualizado abaixo:

(...) quando fazemos nosso diagnóstico (...) não tem esse item de casado, solteiro (...) mas, o que a gente vê são viúvos, viúvas ali, participando e as mulheres muito, divorciadas, em relação às separadas do marido (...) na maioria não dá pra falar (...) (S7)

(...) o grosso do nosso grupo (...) de 40 pessoas, 25, 30 são mulheres. A maior parte é mulher idosa, muitas delas sozinhas; são pacientes assim, que já são viúvas, já têm filhos casados e também, usam o grupo como uma parte de descontração (...) (S18)

(...) são mais casados (...) os maiores participantes dos grupos são casais (...) tem alguns, por exemplo o marido é hipertenso, a esposa não, mas ela vai pra acompanhar (...) (S14)

(...) o estado civil dos nossos pacientes mais idosos, o que predomina é a viuvez (...) aqueles pacientes mais jovens, mais da fase adulta (...) geralmente, são casados ou têm os seus parceiros (...) (S12)

De acordo com Berquó (1996), estudos brasileiros revelam que um maior número de mulheres idosas prevalecerá e será tanto maior, quanto mais avançada a idade, o que requer atenção específica. Serão elas, em sua maioria, viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, ou chefiando famílias, ou ainda morando sozinhas, ao passo que a maior parte dos idosos viverá ao lado da esposa, o que possibilitará apoio emocional, tão necessário nessa fase da vida.

O perfil dos usuários que participam das ações educativas relacionadas à obesidade, hipertensão e diabetes, revelado pelos profissionais, traz a realidade de um país em plena transição, não somente demográfica, como também, nutricional e epidemiológica, exigindo que os serviços de saúde repensem suas práticas e posturas. Tendo em vista o predomínio de mulheres nos serviços e as especificidades de cada sexo, raça/cor ou geração, torna-se imprescindível um maior cuidado com a caracterização dos usuários, assim como a inclusão da categoria gênero na formação e capacitação das equipes profissionais, visando, sobretudo, a garantia dos princípios da integralidade e equidade na atenção à saúde relacionada à obesidade e ao processo de envelhecimento.

Os determinantes sociais da saúde demonstram ser a pobreza o fator de maior impacto na saúde das pessoas ou comunidades, estando relacionada com enfermidades crônicas e com limitadas práticas de prevenção de enfermidades (GASTALDO, 2004).

Henriques (2001), citado por Batista et al. (2004), estudou a evolução das condições de vida na década de 90 e verificou que 63% da população pobre é de negros e que 61,2% da população negra é de pobre ou indigentes, concluindo que “nascer de cor parda ou cor negra aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre.”

Entre as informações fornecidas pelos sujeitos deste estudo, a variável social raça/cor foi a que mais ofereceu lacunas, tendo em vista a insegurança, a confusão e, até mesmo, a pouca importância observadas nos depoimentos. Ainda assim, as respostas destacaram a prevalência de pessoas brancas, seguidas das morenas, mestiças, pardas e negras. Alguns profissionais falaram de suas dificuldades em relação à classificação das raças e outros reconheceram não incluir essa informação nos registros individuais dos pacientes, como é o caso de uma enfermeira coordenadora de um grupo de hipertensão:

(...) predomina mais a raça branca; são poucos da raça negra; no grupo de 230, eu acredito aí, uns 10, 15 (...) nós temos o livro do cadastramento e lá a gente põe alguns fatores que a gente observa, mas quanto à raça eu nunca tinha alertado pra ver o número (...) (S5)

Adorno et al (2004), discorrendo sobre a inclusão do quesito cor no sistema de informação em saúde, observam que o modelo classificatório proposto no Brasil pelas organizações e atores sociais é a utilização dos critérios do IBGE, além da auto-classificação, ou seja, os próprios indivíduos explicitam sua raça/cor. Segundo os autores, torna-se relevante considerar a questão raça/etnia/cor como problema de investigação no campo da saúde pública, pois esta se apresenta, em sua complexidade, como de natureza pluri e interdisciplinar, em função das características fundantes deste campo de conhecimento e de prática.

De acordo com os “Subsídios para o Debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra”, os documentos administrativos, prontuários médicos e formulários de notificação de doenças, fontes primárias de dados do SUS, geralmente não informam a raça/cor dos usuários dos serviços de saúde. Essa realidade, por um lado, compromete o cálculo de estatísticas vitais representativas da população brasileira em toda a sua diversidade e, por outro, afeta a produção de análises de base quantitativa que dêem suporte à proposição de políticas públicas, ações preventivas e curativas, que levem em conta as especificidades da saúde de mulheres e homens negros (BRASIL. SISTEMA NAÇÕES UNIDAS, 2001).

As palavras de uma profissional de enfermagem revelam conhecimento a respeito da relação raça negra-hipertensão arterial e reafirma, dessa forma, a grande importância de se considerar a categoria raça/cor nos registros dos usuários dos serviços de saúde pública:

(...) existe um estudo já comprovado que o negro, ele tem uma predisposição bem maior a ser hipertenso que o branco (...) é um estudo científico (...) mas, aqui no programa não tem uma predisponência maior por cor branca, cor negra, moreno (...) (S12)

A maior incidência e a maior gravidade da hipertensão, assim como o curso mais grave do diabetes entre os negros, não são reconhecidos nas ações e programas governamentais. Tratando-se do diabetes, há evidências de que as seqüelas, como as nefropatias, as retinopatias e as amputações de membros inferiores são mais freqüentes na população negra, em consequência da falta de orientação adequada sobre estes riscos e as medidas para sua prevenção (BRASIL. SISTEMA NAÇÕES UNIDAS, 2001 citando MINISTÉRIO DA SAÚDE/ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2000).

Com base em nossas observações de campo, poderíamos dizer que a raça/cor teria sido uma característica fácil de reconhecer, não fossem as dificuldades também por nós encontradas para essa definição. Eram pessoas brancas, negras, muitas morenas, ou seriam

pardas, mestiças? Com certeza, caso tivéssemos optado pela auto-declaração, outras tantas surgiriam. Como descrito anteriormente, alguns profissionais também declararam suas limitações nesse aspecto e, talvez, esse teria sido um dos motivos da desatenção com o dado. Ao considerar sua importância na atenção à saúde das comunidades, acreditamos ser fundamental o investimento em formas mais acessíveis de caracterização dos usuários, relativas a essa categoria.

Tendo em vista a importância das questões sobre envelhecimento, obesidade e gênero que emergiram no desenvolvimento desta análise, a seguir, uma discussão mais aprofundada será realizada, a partir das categorias “o envelhecimento”, “a obesidade” e “interfaces”.

5.2 O ENVELHECIMENTO

A categoria “o envelhecimento” foi analisada a partir da discussão das idéias centrais agrupadas nas seguintes subcategorias: “significados” e “gênero e envelhecimento”.

5.2.1 Significados

As respostas sobre o que vem a ser o envelhecimento, assim como os relatos a respeito dos atendimentos relacionados ao processo de envelhecimento oferecidos pelas unidades possibilitaram a identificação das idéias centrais que originaram a subcategoria “significados”.

Buscar as percepções dos profissionais de saúde sobre o envelhecimento constituiu-se em uma das questões básicas deste estudo, tendo em vista sua importância no desenvolvimento das ações educativas que, a depender do discurso e estratégias utilizadas, podem contribuir ou não para o fortalecimento individual rumo aos investimentos necessários para um envelhecer satisfatório.

Inquietação, interesse e, até mesmo, um certo incômodo estiveram entre as diversas reações apresentadas pelos profissionais entrevistados, ao se verem diante das questões sobre o envelhecimento. Falar sobre a experiência do trabalho e dos processos por outras pessoas vivenciados revelou-se mais fácil do que a expressão de sua própria vivência pessoal.

Na visão de Rodrigues (2000b), o envelhecimento é um processo que está crivado de concepções falsas, de temores, crenças e mitos, assim como a velhice, enquanto etapa de

vida, é uma palavra carregada de inquietude, de fragilidade e, às vezes, de angústia. Neste estudo, ainda que alguns profissionais apontassem para o envelhecimento como um processo natural, grande parte dos depoimentos trouxe concepções, consideradas negativas, ligadas, entre outros aspectos, a “perdas”, “sofrimento”, “desvalorização”, “complicações”, “dificuldades”, “doenças”, “problemas”, “preconceitos”, “solidão”, “limitações”. Houve também, quem se expressasse de maneira mais positiva, ressaltando o envelhecimento como um processo “mágico”, de acúmulo de experiência, e a possibilidade de vivenciá-lo de forma “saudável”. A esse respeito, de acordo com Papaléo Netto e Ponte (1996), o envelhecimento “saudável” ou “bem sucedido” caracteriza-se pela ausência ou presença insignificante de fatores extrínsecos como dieta, meio ambiente, composição corpórea, causas psicossociais e outros.

Entre os relatos que apresentaram o envelhecimento como um processo natural, estão os de uma nutricionista e uma assistente social que atuam em uma mesma unidade. Elas ressaltam a importância do investimento pessoal para “envelhecer bem”:

É um processo que começa desde a fecundação (...) pelo lado biológico, (...) vai até os nossos últimos dias. Então, a gente acaba envelhecendo desde a fecundação até o dia que morre. E esse processo pode ser tanto bom quanto ruim e vai depender do hábito de vida que a pessoa teve ao longo do tempo (...) envelhecer, a gente envelhece o tempo todo, acho que tem é que ser, como se diz, com saúde (...) então é um processo natural, porém a gente tem que saber como envelhecer bem, envelhecer com saúde.(S7)

Envelhecimento é um processo normal que a gente tá passando, passa. A mudança, primeiramente, de idade, as limitações que a pessoa passa a ter. Às vezes, até mudanças de hábito mesmo. A pessoa tem que procurar mais evitar o sedentarismo, procurar ter uma alimentação mais equilibrada (...) tem que ser bem antes, mas às vezes a pessoa deixa pra estar pensando nisso quando já está chegando a idade avançada (...) é um processo que infelizmente, ninguém foge dele (...) mas se você souber levar, você conhecer bem o seu corpo, que tanto precisa disso, você conhecer o que tem que estar se adequando, se mudando, se limitando, você passa por esse processo acho que sem problemas. Não vejo muita polêmica nisso não porque tem que passar por isso mesmo. (S13)

Papaléo Netto e Borgonovi (1996) são enfáticos ao afirmar que independente de considerações sobre o início do envelhecimento, seja na fase de concepção, como sinalizam alguns autores; entre a segunda e a terceira décadas, ou nas fases mais avançadas da vida, como admitem outros, o que se pode dizer com certeza é a inexistência de um ponto ou limite de transição como acontece entre as fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade.

Na opinião de Paschoal (1996a), envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. Dessa forma, conseguir uma vida mais saudável, mantendo a autonomia e o máximo de independência possível, deve ser o objetivo de cada pessoa e das políticas sociais e de saúde. No caso de perdê-las, todos os esforços devem ser dirigidos para a sua recuperação, da melhor maneira possível e no menor espaço de tempo.

Durante a realização das entrevistas foram vários os profissionais que demonstraram compreender o envelhecimento como um fenômeno característico de idades acima de 60 anos, ao considerarem a não existência na unidade de saúde de atendimentos a ele relacionados, devido ao fato de não trabalharem junto a grupos de idosos ou “terceira idade”.

Ainda que algumas pessoas relacionassem ao processo de envelhecimento o trabalho realizado junto aos usuários com hipertensão, diabetes e obesidade, por se tratar de doenças, em geral, adquiridas com a idade, outras declararam estar apenas, indiretamente, relacionado, pois não consideram essa uma ação específica para idosos, já que entre os usuários atendidos estão também aqueles com menos de 60 anos. Por outro lado, o grupo de hipertensão mereceu destaque por ser constituído, em sua maioria, de pessoas mais velhas e, dessa forma relacionado ao envelhecimento.

Ao compreender o envelhecimento como ganho de experiência e ressaltar a possibilidade de passar por ele de forma saudável, um dos médicos do PSF chamou atenção para os hábitos adotados ao longo da vida e suas repercussões em idades mais avançadas. A esse respeito, a enfermeira de sua equipe ressaltou também, a importância de prevenir conseqüências piores das doenças, como a hipertensão que, para ela, são características do envelhecer, mas podem surgir de uma forma mais tranqüila.

Assim como a nutricionista e a assistente social, anteriormente, citadas, três enfermeiras revelaram compreender o envelhecimento também como um processo natural que acontece ao longo da vida, ressaltando a importância de cuidados que favoreçam envelhecer com qualidade, em especial, antes da velhice já instalada. Uma dessas profissionais, ao trazer uma percepção tranqüila sobre o envelhecimento, revela realizar um trabalho educativo junto a crianças, de maneira a prepará-las para as etapas subseqüentes do ciclo da vida:

Bem, pra mim é uma fase natural do ciclo da vida (...) eu acredito que desde que o ser humano nasce ele está caminhando para a questão do envelhecer. Eu estou caminhando pra isso e acho que todos nós estamos caminhando pra esse momento do envelhecimento. É uma realidade e a

gente tem que se preparar, principalmente, biologicamente, de todas as formas, para atingir esse processo de envelhecimento da melhor forma possível. Sem grandes transtornos. Eu tenho consciência que estou caminhando pra chegar lá na terceira idade, como dizem assim (...) e a gente tem procurado atender(...) as pessoas, a estar também conscientizando dessa realidade. Então, hoje a gente atende uma criança, mas também vislumbrando o futuro dela; A idade adulta e até o seu envelhecer, procurando trabalhar hoje, as questões da saúde dessa criança e dessa família para que ela chegue lá de uma forma mais saudável. (S11)

Apesar de admitir nunca ter pensado no que vem a ser o envelhecimento, a exemplo de S11, outra enfermeira do PSF também revelou trabalhar com grupos de crianças e mulheres no sentido de envelhecer melhor. Ressalta a maior facilidade de aprendizagem das crianças, em comparação a adultos mais velhos.

(...) eu acho que o que tem a ver hoje é o que vai ser visto acho que a longo prazo que é a orientação que a gente faz no grupo de crianças e de mulheres. A gente fala da alimentação adequada, da atividade física, de todas as práticas que são necessárias para o envelhecer melhor (...) porque criança absorve muito fácil as informações da gente (...) eles conseguem absorver e passar pra família. Então, o aprendizado deles é melhor (...) Então, cê consegue mudar muito quando criança e as mães, visando uma qualidade boa dos filhos ajudam nesse processo. Já quando a gente pega um paciente acima de 45 anos, pra você conseguir mudar as práticas é muito complicado (...) (S15)

Veras (1996) em suas reflexões sobre o envelhecimento, afirma que o principal objetivo das ações preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, no sentido de manter suas atividades menos afetadas por doenças crônicas. De acordo com o autor, para que a prevenção se torne plenamente eficaz, é preciso ter início na infância e continuidade no decorrer da vida adulta.

Outros entrevistados também expressaram suas idéias sobre o envelhecimento, com destaque para a importância de se investir precocemente, visando um envelhecer bem sucedido. Muitos deles relataram existir em suas unidades apenas ações de caráter curativo relacionadas ao envelhecimento, referindo-se ao tratamento e controle da hipertensão, diabetes, obesidade, osteoporose, entre outros agravos. Em função disso, um dos médicos questionou se essas teriam relação com o envelhecer, já que, na maioria das vezes, as pessoas já chegam enfermas. Para ele, o que existe, na realidade, é uma orientação para melhorar a qualidade de vida dos usuários e não para “evitar” o envelhecimento.

Diante das colocações do médico, questiona-se a possibilidade de trabalhar no sentido de “evitar” o envelhecer, considerando os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e

psicológicos que envolvem esse processo. A esse respeito, Ponte (1996) é enfático ao afirmar que o envelhecimento se inscreve no tempo, entre o nascimento e a morte, sendo, portanto, um processo irreversível, concernente a todos, em qualquer etapa da vida.

Uma das enfermeiras do PSF, admitindo trabalhar com o envelhecimento no grupo de “hipertensos, diabéticos e idosos”, revelou não concordar com o Ministério da Saúde quando este recomenda a formação de grupos de idosos. Em sua opinião, deve-se reunir em grupos de pessoas que têm assuntos em comum.

Uma nutricionista que trabalha com a obesidade e a hipertensão em grupos separados defendeu outra forma de estruturar os grupos. Para ela, poderia ter um programa voltado, diretamente, para o envelhecimento, incluindo pacientes com mais de 50 anos, independente dos agravos por eles apresentados.

Diante de tais observações, pode-se dizer que a compreensão do envelhecimento como processo natural e contínuo, inerente a todo ser humano, talvez possibilite acreditar em ações educativas junto a públicos diversos e não restritas a grupos de idosos ou da “terceira idade”, no sentido de gerar reflexões e atitudes imprescindíveis para a promoção da saúde em todas as fases da vida e a manutenção da autonomia e independência em idades mais avançadas.

É preciso, então, atentar para a utilização de estratégias adequadas a diferentes públicos, considerando, sobretudo, suas possibilidades, limitações, necessidades e especificidades. Nesse sentido, diante do relato da enfermeira que destacou a maior facilidade das crianças em absorver informações, faz-se importante resgatar as reflexões de Gastaldo (1997), quanto aos cuidados em não se reforçar técnicas e discursos de poder controladores junto aos grupos de educação em saúde, questão já, exaustivamente, discutida na análise da categoria “a educação em saúde”.

Além do mais, seja qual for o público a se trabalhar e o formato de reuniões a se adotar, é importante não perder de vista que diferentes pessoas envelhecem de maneiras distintas, a depender, entre tantos fatores, da época em que viveram sua infância e juventude, da educação e da maneira como estruturaram seu curso de vida. Portanto, é fundamental tentar entender como se dá o processo de envelhecimento, considerando os corpos não apenas em seu aspecto fisiológico, mas também, tendo em vista os parâmetros culturais e sociais, em tempos e sociedades diferentes (NERI, 1995).

Essa é uma perspectiva fundamental para o desenvolvimento de ações educativas nos serviços de saúde e pode ser, de certa forma, identificada nas palavras de uma das enfermeiras do PSF, ao falar da complexidade da temática “envelhecimento”. A profissional

aponta para a necessidade de realizar grupos com públicos mais jovens, inclusive de mulheres, visando à promoção da saúde no processo de envelhecer, por meio de estratégias que possibilitem a troca de experiência e seu fortalecimento. Apesar de reconhecer essa necessidade, pelos seus contatos com as usuárias nas consultas ginecológicas, a enfermeira propõe que a atividade seja coordenada por um psicólogo, pois acredita na contribuição dos fatores emocionais para a origem das doenças, entre elas a hipertensão e a obesidade.

A relação do atendimento de ginecologia com o processo de envelhecimento foi também, destacada por outros profissionais, em função das atividades voltadas ao período da menopausa, como pode ser observado nas declarações de uma nutricionista:

(...) acho que a questão do atendimento da ginecologia; então, a partir do momento em que atende mulheres na menopausa, acaba já cuidando do envelhecimento delas também. De estar tentando minimizar ali, a questão da menopausa e daí pra frente, a partir da menopausa já vem o envelhecimento, e é necessário ficar ali monitorando essas mulheres também (...) (S7)

Um médico ginecologista que atua no programa de obesidade ressaltou a possibilidade de prolongar a vida e dar qualidade ao envelhecimento, pela terapia de reposição hormonal no período da menopausa:

(...) a menopausa, que a mulher acabava naquela época que ela tinha a última menstruação, ela acabava ali. Hoje, a gente já tá recompondo os hormônios e continuando a vida e, por isso é prova que o envelhecimento dela tá mais saudável. Cê entra em terapia de reposição hormonal e diminui a queda da massa óssea e vai prolongando com a terapia, com o cálcio e ela vai sempre, as estatísticas tão falando que o envelhecimento tá mais tranqüilo e a vida tá mais prolongada. (S3)

De acordo com os estudos de Featherstone (1998), a menopausa, hoje em dia, considerada o marco da experiência feminina na meia idade, tem uma história de construção social. É representada como uma condição biológica universal, e o fim da menstruação passa a ter um significado universal psicosssexual, um estágio da vida que as mulheres têm que atravessar. Segundo o autor, pode ser definida como um problema social que, assim como a adolescência, apesar de ter fundamentos biológicos, é inventada a partir do desenvolvimento e popularização de novas conceituações culturais dirigidas aos especialistas e depois ao público, em geral, os quais passam a aceitá-las como reais, antecipando e notificando seus sintomas.

Mendonça (2004), analisando as práticas educativas no climatério em uma unidade ambulatorial, observou que as construções de gênero operam de forma incisiva nas

vivências das mulheres, que expressaram o sentimento de perda em várias direções. Considerando que as informações necessárias às usuárias dos serviços públicos vão além de esclarecimentos sobre a fisiologia, anatomia e reposição hormonal, a autora reconhece os limites da medicina para dar conta dos diversos fatores que envolvem o período da menopausa. Para ela, apenas uma conversa franca não soluciona as imensas dúvidas ou se desconstrói a idéia de que a mulher madura está diretamente ligada à velhice que a exclui da vida ativa.

Em nenhum dos serviços pesquisados foram identificadas ações educativas com mulheres no período da menopausa, a não ser relatos de atendimentos individuais efetuados pela ginecologia, compreendidos como atividades relacionadas com o envelhecimento. Outras referências a grupos de mulheres foram feitas na unidade de saúde do PSF, mais especificamente de mães e gestantes.

Relacionar o período da menopausa ao envelhecimento e, ao mesmo tempo, atribuir a ele perdas, cuidados e medicalização, como foi identificado nas falas anteriores, é também compreendê-lo como algo que deve ser tratado, indo ao encontro das ponderações de Gómez (1993) quando afirma que muitos profissionais consideram a menopausa um processo natural, porém com conseqüências patológicas, justificando assim, as frequentes intervenções.

Dessa forma, consideramos importante trazer a discussão sobre o uso indiscriminado da terapia de reposição hormonal que, com a promessa de tratar os sintomas e retardar os sinais do envelhecimento, reforça a idéia da menopausa como doença e o início do fim, necessitando, portanto, ser sempre medicada. Não é possível perder de vista que o medo, a depressão, o comprometimento da auto-estima, considerados característicos desse período, podem permear a vida das mulheres em qualquer de suas etapas, independentemente das taxas hormonais. É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde estejam atentos à subjetividade presente nas queixas que lhes aparecem, dispondo-se a ouvir as mulheres e conhecer suas histórias de vida, antes mesmo de pensar em medicá-las. Acreditamos que as práticas educativas realizadas com esse intuito poderiam significar oportunidade valiosa das equipes de saúde reverem suas práticas e posturas e, assim, contribuir com um avançar da idade sem prejuízos físicos e emocionais para essas mulheres.

A maneira como, socialmente, os cursos da vida são construídos tem levado, não só as usuárias dos serviços, mas também as próprias profissionais de saúde, a sentimentos de preocupação e medo diante do envelhecimento, ainda que o considerem um processo natural.

Neste estudo, em que 84% das pessoas entrevistadas eram mulheres, em sua maioria acima de 45 anos, a oportunidade de refletir sobre o próprio envelhecimento foi

especialmente aproveitada, o que pode ser observado nas palavras de uma das psicólogas. Ao falar das mudanças percebidas em seu corpo e em sua vida, levantou ainda, a questão da desvalorização social da pessoa velha:

(...) às vezes você para pra pensar, dá um balanço na nossa vida, o que nós fizemos até agora (...) às vezes, cê olha no espelho, cê vê que o tempo tá passando, mas você não quer pensar, deixa pra lá. Aí, de repente nasceu a minha primeira netinha, aí deu aquela sacudida. Aí, eu fiquei pensando em termos de finitude (...) o processo de pensar o envelhecimento ficou mais presente. Aí você vê que tudo tá caindo. Você vê a sua pele, tá seca, tá enrugada (...) é um processo assim que se a gente não tiver a cabeça boa, dá pra ficar balançada porque na nossa cultura ocidental, o velho, ele não é valorizado. Cê faz 30 anos, já tá velho, cê não arruma mais emprego (...) muitas vezes até atendo aqui pessoas que estão em depressão por causa disso, quer trabalhar e não arruma emprego, em função da idade. (S6)

A preocupação de uma profissional da área de enfermagem do mesmo serviço, com mais de 40 anos, diz respeito às doenças e à qualidade da atenção necessária no processo de envelhecimento:

(...) eu tô passando por esse processo (...) se eu for viver 100 anos já estou na metade da minha vida. Então, às vezes, até eu mesma paro pra pensar nessa questão do envelhecimento, o que é envelhecer com saúde. O meu maior medo é o envelhecer sem saúde que é aquele que você depois, mais tarde, passa a ficar dependendo de outras pessoas, em função de certas doenças que a gente já vai adquirindo ao longo da nossa vida, tipo a hipertensão, a obesidade, diabetes, as doenças cardíacas, osteoporose, principalmente pra nós mulheres (...) acima de tudo, da técnica de enfermagem que tá aqui, atrás tem uma pessoa e eu também, como todo ser humano, to entrando na minha fase de envelhecimento (...) a gente tá vendo que ta melhorando as coisas, já melhorou um pouco com o estatuto do idoso, melhorou, mas ainda falta muita coisa. Não tá tendo ainda aquele apoio que precisava ter (...) (S12)

Para uma enfermeira mais jovem, a quem as reflexões sobre o envelhecimento proporcionaram grandes inquietações, as doenças não representam o maior temor, mas sim, a solidão na velhice:

Eu morro de medo de envelhecer, quer dizer, morro de medo do que vai acontecer comigo (...) pelo o que eu vejo com os velhinhos, sabe? Tenho pavor de não ter uma família que cuide de mim (...) porque os velhinhos são muito sozinhos (...) das doenças, eu até teria consciência de algumas delas. Eu tô com 31 anos; eu não ando; eu não bebo, mas eu fumo; eu não cuido da minha alimentação porque eu não tenho hora pra almoço (...) em questão da doença, eu até diria pra você que eu assumiria e tal e eu até pagaria um preço porque eu tenho essa consciência (...) mas, eu morro de

medo da solidão da velhice (...) eu sou muito alegre (...) como eu não casei até então, só tenho uma filha, eu morro de medo de ficar sozinha. E profissionalmente de ver a situação que o país dá pra esses velhos. Hoje tenho uma situação e amanhã será que vou ter condições de ter um plano de saúde? (...) (S16)

Na visão de Paschoal (1996b), a maioria das pessoas não se prepara para envelhecer, nem para a aposentadoria e, muito menos, para ficar velha. Segundo o autor, existe uma negação do envelhecimento, uma recusa a pensá-lo e planejá-lo, em função, especialmente, da imagem negativa e pejorativa associada a velho e velhice.

Estudos demonstram que as incapacidades, em geral relacionadas com o envelhecimento, são susceptíveis de modificações e que alcançar uma idade mais avançada não é sinônimo de incapacidade e doenças (ENVEJECIMIENTO Y SALUD - REV PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA, 2000).

As preocupações pessoais trazidas pelas referidas profissionais revelaram percepções sobre o envelhecimento que vão ao encontro do tratamento destinado pela sociedade a essa questão, relacionado basicamente a perdas, doenças, inadequação e exclusão, em especial, quando se trata das mulheres, discussão essa que será objeto de análise em “gênero e envelhecimento”.

Uma enfermeira de uma das unidades de maior porte, que declarou também ter mais de 40 anos, ao contrário da psicóloga e da técnica de enfermagem citadas acima, ressaltou os aspectos positivos do envelhecimento, demonstrando se sentir bem, diante da fase que vem passando. Em sua opinião, a maturidade e a tranquilidade adquiridas superam a parte estética, no entanto, é preciso se cuidar para ter qualidade de vida.

Compreendemos que refletir sobre o próprio envelhecimento pode representar oportunidade de redimensionar a atenção destinada à própria vida e os significados atribuídos a cada uma de suas etapas. Pode representar, inclusive, aos profissionais de saúde, a possibilidade de rever as estratégias utilizadas e compartilhar essa discussão no contexto das ações educativas, a partir das percepções e demandas dos usuários nos serviços. Nesse sentido, importante se faz considerar Debert (1998), quando afirma que as representações sobre a velhice, a idade a partir da qual os indivíduos são considerados velhos, a posição social dos velhos e o tratamento que recebem dos mais jovens ganham significados históricos, sociais e culturais distintos, ocorrendo da mesma forma com a infância, adolescência e juventude.

Com uma percepção bastante negativa sobre o envelhecimento, uma jovem médica apresentou um depoimento baseado em dificuldades e limitações que sua atuação profissional lhe proporciona identificar.

É complicado o envelhecimento pra mim. São mudanças que a gente tem, orgânicas, físicas e que acabam influenciando muito no emocional e no psicológico (...) envelhecer são essas mudanças, são dificuldades que a gente vai encontrando (...) não tenho muita filosofia pra falar de envelhecimento. Eu, como médica vejo mais como uma forma orgânica que atua muito no psicológico, porque não é fácil envelhecer, você começar a ter limitações (...) a vida é mais fácil pro jovem, pro idoso fica mais feio, fica mais vulnerável, tem menos força, menos imunidade, preconceito (...) as pessoas ignoram muito os idosos, principalmente a população, a juventude, e a juventude bonita. Uma juventude feia também é colocada de lado (...) o Brasil é um país que não valoriza seus idosos (...) 40 anos já é velho, já é descartável (...) (S9)

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

Para Featherstone (1998), após uma fase inicial de crescente poder e controle sobre o corpo e outra de relativo platô da “meia idade”, a última parte da vida envolve a perspectiva de falência potencial das habilidades cognitivas, dos controles do corpo e emocionais. É a perda desses controles, tanto quanto da capacidade de atingir uma conduta e um procedimento mais jovem, que leva à estigmatização das pessoas idosas e à efetiva perda de seu direito de ser tratada como pessoa valorizada. O autor ainda argumenta que nas sociedades ocidentais contemporâneas, esse processo é exacerbado pela forte ênfase na aparência física, na imagem visual, que é um dos elementos fundamentais que impulsiona a cultura de consumo.

Ao trazer sua visão sobre o envelhecimento, a médica do PSF afirmou trabalhar indiretamente com esse tema, a partir dos grupos de hipertensão e diabetes, compostos, em sua maioria, por idosos, cuja participação é estimulada pelo intercâmbio entre as pessoas.

Referindo-se também aos grupos educativos como ações relacionadas ao envelhecimento, uma psicóloga e uma enfermeira, de unidades diferentes, ao contrário da médica, revelaram uma percepção mais tranqüila desse processo.

Apesar de demonstrar não ter se sentido à vontade para falar sobre o envelhecimento, alegando não trabalhar diretamente com o tema, a psicóloga relatou que

começou a pensar muito no assunto depois de trabalhar com o grupo de hipertensão e revelou o desejo de envelhecer como uma daquelas “velhinhas”, “bonitinha”, “de cabelo arrumadinho”, “bem emperequetada”. Suas idéias vão ao encontro das palavras de Motta (2002), quando esta afirma que, às vezes, as pessoas comentam a beleza de um rosto “marcado pelo tempo”, mas ninguém quer ter essa ‘beleza’, essa aparência associada ao desgaste e à proximidade da morte. Com o entendimento de que, muitas vezes, o envelhecimento vem acompanhado de uma série de dificuldades de ordem física e emocional, a psicóloga falou, ainda, das atividades realizadas com as pessoas do grupo, no sentido de resgatar o sentimento de capacidade e valorização, pois, segundo ela, “a sociedade passa muito: tá velho, não presta mais, não serve mais”.

Quanto à enfermeira, ao revelar ter se assustado, quando completou seus trinta anos, disse não ligar somente coisas negativas ao envelhecimento, trazendo uma postura parecida com a da psicóloga, junto ao grupo em que reúne hipertensos, diabéticos e idosos. Para ela, “envelhecer é uma coisa natural que todos nós vamos passar e nem por isso a gente tem que entregar os pontos. Continuar vivendo, procurar ter alegria, ter o nosso valor”.

Três outros profissionais médicos de diferentes equipes do PSF destacaram também, os prejuízos orgânicos acarretados pelo processo de envelhecer. Uma médica, ao caracterizá-lo como falência celular ou de órgãos, revelou a existência em sua área, de um envelhecimento precoce provocado por problemas alimentares, sociais, de maneira que após os 40 anos a pessoa já se sente envelhecida, justificando assim, a iniciativa do trabalho com grupos de educação em saúde com o envolvimento desse público. De acordo com o médico da mesma unidade, o enfraquecimento do corpo e as limitações por doenças degenerativas são considerados desvantagens de ser velho.

Outra médica destacou a hipertensão e diabetes como as doenças mais frequentes na “idade mais avançada”. Essa profissional, em seus depoimentos, referiu-se ao envelhecimento como “patologia”, corrigindo-se logo após, mas voltou a considerar essa idéia ao afirmar: “(...) só tratar o envelhecimento em si, a gente não tem. A gente não conseguiu ainda estruturar isso.” A enfermeira de sua equipe revelou achar o envelhecimento muito complexo e sofrido. Segundo suas palavras, ela não sabe dizer se é pelo fato de pertencer à área de saúde que o relaciona a complicações e órgãos desgastados. Nesse sentido, é importante trazer, novamente, as reflexões de Minayo e Coimbra Jr. (2002) quando afirmam que

“é complexo o tema do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta. Recusamo-nos não a reconhecer a complexidade, mas sim a colocar como farinha do mesmo saco envelhecimento, doença, privação, dependência, tristeza e frustração” (MINAYO & COIMBRA JR., 2002, p.13)

Algumas pessoas entrevistadas, entre elas a enfermeira acima citada, voltaram a falar da importância de capacitar as equipes de saúde, especialmente para lidar com a população no processo de envelhecimento e na velhice. A esse respeito, as ponderações de Minayo e Coimbra Jr. (2002) podem representar valiosa oportunidade de reflexão aos profissionais, a fim de que revejam suas concepções e se preparem para o desenvolvimento das ações educativas, sejam elas com crianças, adultos jovens ou idosos, inseridos ou não nos diversos grupos de educação em saúde. Entendemos que não se trata de fechar os olhos para os problemas que trazem complexidade para a questão, mas sim, de passar a encará-la e considerar também, seus aspectos positivos, buscando estratégias conjuntas para o enfrentamento das dificuldades e o respeito às pessoas em suas demandas e especificidades. O contrário, certamente, poderia resultar na perpetuação do preconceito e desilusão que prevalecem nas discussões e vivências do processo de envelhecimento.

Uma das enfermeiras do PSF, ao considerar que o envelhecimento faz parte do curso natural da vida, colocou como tem trabalhado essa questão no grupo e ressaltou a diferença entre envelhecer e ser velho:

Eu sempre coloco isso muito nas reuniões, que envelhecer faz parte desse momento que a gente é gerado, que vai envelhecendo com o tempo. O bebê com um mês, dois meses, ele já está envelhecendo (...) pra mim, é diferente de ser velho. Pra mim ser velho é aquela pessoa que acha que já tá no fim da vida, não tem mais nada pra doar, não tem mais nada pra construir, não tem mais nada pra fazer. A gente sempre procura estar estimulando nesse grupo que não é bem assim. Da mesma forma que eles vão aprender muito com a gente, nós temos muito que aprender com eles (...) (S14)

De acordo com um dos médicos entrevistados, o envelhecimento está dentro da cabeça das pessoas e é uma questão que está relacionada ao trabalho realizado no programa de obesidade:

(...) às vezes tem pessoa nova que acha que é velha, e outra velha acha que tá nova (...) então eu acho que é uma coisa mais de cabeça, mas automaticamente existe. Inclusive as células se modificam e a gente tá caminhando pra isso (...) em relação a isso que cê falou de envelhecimento, uma das coisas que visa o programa é melhorar a vida da pessoa até no

jeito dela continuar mais a vida dela. Porque se uma pessoa tá com hipertensão, diabete e se consegue emagrecer 10% do peso anterior dela, a vida dela vai prolongar mais. Ela vai ter um envelhecimento mais tranqüilo, mais saudável. Isso eu tô falando dentro da obesidade, como outra especialidade também. (S3)

Lima (2001) chama atenção para a necessidade de conscientizar e unir os esforços dos diversos seguimentos da sociedade, no intuito de mudar as concepções sobre as pessoas mais velhas. Seria destinar um olhar de crença nas possibilidades de inserção social, profissional, de ser útil, e não de compaixão e rejeição por não acreditar que o idoso possa ter uma velhice participativa, atuante e feliz.

Na visão de Veras (1996, p.384),

“velhice é um termo impreciso, e sua realidade, difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou sua situação civil? Ou é a maneira pela qual, outras pessoas passam a encarar estas características que a classifica como velha?”

Não raras vezes, foi possível perceber nas palavras dos profissionais de saúde uma naturalização do modelo socialmente construído de envelhecer e se tornar velho, no qual às pessoas é determinado quando parar de trabalhar e se aposentar; como se portar e se vestir; os problemas de saúde que estarão sujeitos e, até mesmo, como exercer (ou não) sua própria sexualidade. Dessa forma, assim como em outras etapas da vida, existe uma expectativa em relação à maneira com que se vive, a partir dos 60 anos e, ao mesmo tempo, as pessoas são consideradas velhas ao assumirem comportamentos atribuídos à velhice, ainda que não a tenham, cronologicamente, alcançado. É disso que se trata o relato de uma das pessoas idosas, sujeito das pesquisas sobre o envelhecimento realizadas por Motta (2002, p.41): “encontramos barreiras impostas pela própria sociedade que diz que você já está velho para determinadas coisas. Você não pode brincar ou ter expressões corporais que logo dizem: ‘Que velho gaiato!’ ‘Isso não é coisa de velho!’.”

Tendo em vista a depreciação do significado de ser velho, como pode ser evidenciado nos relatos dos profissionais e nas reflexões teóricas, outros termos como “idosos” e “gerontes têm sido utilizados para denominar os indivíduos nessa etapa da vida. “Terceira idade”, terminologia já referida no decorrer dessa análise, talvez seja mais um dos conceitos criados com essa finalidade. Foi destacada também no depoimento de uma das

coordenadoras dos grupos de educação em saúde, ao falar da necessidade de implementar as ações, no intuito de preparar as pessoas para o envelhecimento:

(...) a gente podia fazer mais, podia ter um programa realmente (...) pra preparar, principalmente aquele que tá entrando na fase da terceira idade, que a gente chama de melhor idade, preparar ele pra esse envelhecimento (...) (S12)

Jordão Netto (2001), ao perceber a “terceira idade” como uma categoria socialmente construída, relata ser esse um conceito que traz um discurso diferente, visando entender e lidar melhor com o envelhecimento. Segundo o autor, não se constitui em um recurso para camuflar a realidade, muitas vezes, incômoda representada pelas limitações naturais do envelhecer e já se constata mudanças importantes nas diferentes sociedades em função da crescente aceitação de seu conceito, admitindo que as pessoas têm condições de manter ainda uma série de atividades importantes, tanto profissionais como sociais.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) também reconhecem os avanços da sociedade ao considerar a “terceira idade” como questão pública, mas admitem ser impossível desconhecer o seu papel como “consumidora”, pois, segundo o autor, juntamente, com o fenômeno demográfico, crescem também o turismo, a moda, a cosmética, a medicina de reabilitação e a fisioterapia, a indústria de alimentação específica, novos padrões de construção, uma literatura específica, além das práticas, instituições e agentes voltados para esse público “cativo e em expansão”.

Diante dessa discussão, consideramos importante reconhecer os avanços rumo à valorização do envelhecimento da população, a partir da construção do conceito da terceira idade. No entanto, necessário também se faz atentar para que essa nova visão não venha acompanhada de regras e imposições, possibilitando, assim, aos indivíduos, continuar exercendo sua cidadania ao tornarem-se velhos.

Em relação aos serviços de saúde, torna-se fundamental investir em atividades junto às pessoas da “terceira idade”, visando à saúde, independência e autonomia, sem perder de vista, sobretudo, sua realidade e seus anseios. O fato de considerá-las sujeito das atividades propostas poderá contribuir para que o discurso sobre os estilos de vida, tidos como “saudáveis”, não sejam colocados como “verdades”, mas sim como um objeto de discussão e reflexão.

5.2.2 Gênero e Envelhecimento

Os dados trazidos para discussão da subcategoria “Gênero e Envelhecimento” correspondem às percepções dos profissionais entrevistados neste estudo a respeito de como acontece o processo de envelhecimento para mulheres e homens. Foram analisados tendo em vista a perspectiva de gênero, considerado, nesse contexto, como uma categoria utilizada para a compreensão das relações sociais, uma vez que, para se entender as relações de homens e mulheres em uma sociedade, é fundamental observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que, socialmente, construiu-se sobre os sexos (LOURO, 1998).

Ainda que na opinião de alguns profissionais, mulheres e homens passem pelo envelhecimento da mesma forma, grande parte dos depoimentos apontou para diferenças relacionadas à imagem corporal, às limitações, aos cuidados com a saúde, ao trabalho, à convivência familiar, à sexualidade, entre outros aspectos.

Apesar de algumas pessoas considerarem a aparência física uma preocupação também dos homens, essa questão foi destacada como uma particularidade das mulheres e uma das responsáveis por um envelhecimento “sofrido”, “difícil”, “doloroso” e “pesado”. Uma enfermeira do PSF, declarando ter muito medo de envelhecer, reconheceu a forte influência de aspectos culturais nesse processo:

(...) tem uma questão de cultura de que a hora que a mulher adquire mais idade, ela fica velha, fica feia, não pode se arrumar porque ‘ah, tá achando que cê é cocotinha?’ (...) orgânica mesmo, hoje em dia as diferenças estão muito poucas. Acho que em matéria de patologia, acho que tá muito pouca (...) em relação à cultura, o envelhecer pra mulher ainda é muito sofrido. Muito mais sofrido que o homem. A gente percebe isso claro, até mesmo com a gente, à medida que a gente percebe uma coisinha a mais, uma ruguinha. Eu tô fazendo 30 anos, quando eu fui fazer 29 anos eu me desesperei: meu Deus, 29 anos, quase 30! Eu me senti assim, deprimida: tô ficando velha, não construí nada, não fui mãe. Então, a cultura acho que cobra muito da mulher. O envelhecer é muito pesado pra mulher. Bem mais pesado do que para o homem (...) (S14)

São também de uma enfermeira, que declarou ter mais de 40 anos, as observações sobre as exigências da sociedade em relação à aparência física da mulher:

Na minha opinião não, mas, na sociedade em geral, tem aquele mito, aquele tabu que a mulher, parece que ela tem que se cuidar mais. Ela é mais exigida do que o homem, em termos assim, físicos. Todo mundo sabe que a mulher tem que pintar o cabelo, tem que fazer tratamento de pele, tem que cuidar disso, cuidar daquilo, operar as varizes e o homem não. Ele

vai ficando barrigudo, vai ficando isso, vai ficando aquilo e ninguém cobra nada dele (...) então, eu acho assim, o envelhecimento pra mulher é muito mais difícil (...) (S4)

De acordo com Motta (2002), do ponto de vista do gênero as mulheres sempre foram, tradicionalmente, avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva, isto é, pela beleza que possa exercer atração, pela saúde que permita reproduzir, pela docilidade de um corpo que se deixe moldar para tudo isso.

Beauvoir (1990), em seus estudos sobre o envelhecimento revelou não encontrar nem na literatura, nem na vida, qualquer mulher que considerasse sua velhice com complacência. Segundo a autora, nunca se fala em “bela velha”, no máximo “uma encantadora anciã”, enquanto os “belos velhos” são admirados, não se exigindo do macho nem frescor, nem doçura, nem graça, mas a força e a inteligência do sujeito conquistador; os cabelos brancos e as rugas não contradizem esse ideal viril.

Entre as demais pessoas entrevistadas que destacaram a imagem corporal como grande preocupação das mulheres, uma enfermeira, ao lembrar o sofrimento de sua mãe na experiência de envelhecer, afirmou ser esse processo mais difícil para a mulher, pois é preciso ser bonita, jovem e produtiva, o que torna, muitas vezes, o envelhecimento um problema de “aceitação social” e de “auto-aceitação”.

Em relação aos homens, nas palavras de uma nutricionista: “eles acham assim, que quanto mais velhos estão, mais bonitos eles ficam; eles já aceitam melhor (...) então, os homens envelhecem mais saudáveis (...) com a cabeça erguida”, enquanto muitas mulheres entram em depressão.

Mesmo que em princípio não tenha admitido diferenças, uma médica do PSF ressaltou ser a questão estética a maior preocupação da mulher no processo de envelhecimento, sendo que, em sua opinião, para o homem o mais importante é a parte sexual. Segundo a profissional, quando a mulher não consegue melhorar a estética, entra em um quadro depressivo e de somatização.

A enfermeira da mesma equipe, ao fazer uma reflexão pessoal, trouxe outros elementos fundamentais para se entender como a construção social do corpo belo e jovem tem interferido na vida e na saúde das mulheres:

(...) toda hora que eu vou trocar de roupa eu fico horrorizada com a minha celulite e o tanto que eu tô flácida. Eu não penso na minha saúde, eu tô preocupada se eu tô gostosa. Então, a mulher tem muito mais medo de envelhecer, isso gera um horror. Isso gera perda do interesse sexual. Tem

mulher aí que fala que não transa mais com o marido porque fica com vergonha de tirar a roupa perto dele. Já o homem não liga tanto pra isso. Já viu alguma mulher largar o marido porque ele tem barriga de chopp? Agora, eu já vi homem falar 'não fica desse jeito não porque com você eu não caso, eu não fico com você'. Tá sempre te cobrando (...) acho que a mulher tem muito mais medo de envelhecer e preocupação com o envelhecer e vira uma neurose porque são tratamentos caros, ela nunca tem acesso e isso gera uma série de ninguém me quer, ninguém me ama, eu não presto pra ninguém, eu sou feia, eu sou isso, eu sou aquilo, aí desencadeia um tanto de coisas (...) (S16)

As palavras da enfermeira apontam para uma obsessão pela aparência física, apresentada por um número cada vez maior de mulheres de diversas idades, fundamentada na construção social do feminino, segundo a qual elas são valorizadas mais pela aparência do que pelo intelecto e seus corpos são considerados instrumento de sedução; objeto sexual que lhes entrega certo poder perante os homens e a sociedade em geral (REVISTA MUJER SALUD, 2000).

Essa percepção das pessoas entrevistadas sobre o impacto das exigências sociais no processo de envelhecimento, especialmente, no que diz respeito à imagem corporal das mulheres, pode se fazer importante no trabalho educativo realizado junto a esse público, no sentido de possibilitar uma reflexão conjunta de maneira crítica e cuidadosa, buscando desconstruir, e não reafirmar, o que é naturalizado ao longo dos tempos.

Ao trazer suas observações e se incluir entre aquelas que têm na aparência física uma preocupação maior do que com a própria saúde, a enfermeira do PSF possibilita compreender a interferência dessa situação na vida das mulheres. A oportunidade de falar de suas realidades e sentimentos, talvez possa proporcionar a muitas das entrevistadas, de diferentes gerações, uma maior compreensão e identificação com as usuárias dos serviços, apesar das prováveis diferenças entre elas. De acordo com Louro (1998), à medida que o conceito de gênero afirma o caráter social do feminino e do masculino, obriga quem o emprega a considerar as distintas sociedades e distintos momentos históricos. Além do mais, as concepções de gênero podem diferir no interior de uma mesma sociedade, ao se considerar os grupos étnicos, religiosos, raciais e de classe que a constituem.

A esse respeito, uma médica do PSF afirmou não ver tanta diferença entre os sexos, mas sim, entre classes sociais, no que se refere ao processo de envelhecimento. Ao comentar que as pessoas estão envelhecendo melhor em função de mudanças no estilo de vida, a profissional adverte que isso não ocorre na comunidade com a qual trabalha:

(...) a população com mais dinheiro (...) está melhor porque tem plásticas; a vida sexual dela está ativa até 50, 60 anos, estão tendo relação, estão namorando, trocando de parceiros. O que na classe mais simples eu acho que não acontece tanto porque questão financeira envelhece mais, não tem muito o que comer, não tem tanto recurso. Eu acho que elas envelhecem mais rápido, até pelo sofrimento; muitos têm filhos drogados, têm filhos na prisão. Então, eles no geral, são mais massacrados (...) (S9)

Na visão de uma das enfermeiras, existem muitos recursos que podem retardar o processo de envelhecimento e fazer a mulher envelhecer muito bem. Segundo ela, apesar da mulher ter conquistado seu espaço, sua independência, envelhecer pra ela é mais difícil do que para um homem por uma questão não só cultural, mas da própria “ vaidade feminina”, da “sensibilidade feminina”. A profissional continua em sua fala um tanto contraditória, ora pessimista, ora otimista:

(...) mas eu penso que vai chegar numa época que vai ser difícil para os dois. Os homens estão ficando mais sensíveis, as mulheres estão aprendendo a envelhecer (...) eu acho que a mulher sente mais que o homem sim, mas vai chegar o momento em que ela vai saber lidar melhor com isso (...) (S10)

Na visão de Motta (1999), a perspectiva de gênero e classe tem fundamental importância na explicação das diferentes trajetórias de vida percorridas, socialmente, por homens e mulheres. Também ajuda a explicar como ambos, na condição de sujeitos genderificados, socializados conforme sua situação de classe, experienciam o processo de envelhecimento e são afetados pelas políticas públicas concernentes à velhice.

O que temos percebido é que, apesar das diferenças de possibilidades entre as classes sociais, na atualidade já se constata facilidades de acesso a diversos recursos que visam postergar os efeitos do envelhecimento, aos quais se submete uma grande percentagem de pessoas, em particular as mulheres, de condições econômicas diversas, desde muito jovens, em situações nem sempre seguras ou necessárias. Na opinião de Guzmán (2000), nós, mulheres investimos tanto em beleza e arriscamos tanto a saúde, como se a vida disso dependesse. Segundo a autora, impera a ideologia que revela ser importante não quem somos, mas sim, como somos, o que leva a considerar a “ vaidade feminina” (assim como a “sensibilidade feminina”) como algo natural e não, culturalmente construído, como foi possível compreender nas palavras de S10.

Ainda sobre a fala de S9, ela também coloca em discussão a vida sexual e a troca de parceiros que, em sua opinião, são mais prováveis entre aqueles de melhor poder

aquisitivo. Sem se referir a diferenças de classes, mas reconhecendo ser uma questão cultural, uma das psicólogas, um tanto, indignada, revelou experiências do dia-a-dia em que observa diferenças no processo de envelhecimento de mulheres e homens quando se trata desse assunto:

(...) é diferente, bate de novo na cultura (...) às vezes eu fico pensando muito nessa questão também. Por exemplo, você tem um casamento estável durante 20 anos, aí, de repente a mulher envelheceu, criou os filhos todinhos e de repente você vê ali só ela e o marido. Aí o marido vai e larga ela, de boa e vai procurar uma, uma jovencinha. E aquela mulher que ficou ali? Então, elas costumam até falar assim: 'ah, me usou, sugou, virei um bagaço e ele me jogou fora'. Então, é uma questão que pra mulher é mais difícil, em função disso (...) (S6)

As ponderações de S9 sobre a vida sexual no envelhecimento coincidem com as de Beauvoir (1990) quando afirma que a condição social do sujeito influi sobre suas atividades sexuais. No entanto, a autora acrescenta que elas se prolongam por mais tempo entre os homens cujo nível de vida é baixo, do que entre os das classes abastadas. Segundo Beauvoir, os corpos de suas mulheres desgastam-se rapidamente, sem que eles parem de fazer amor com elas e, quando velhas, elas lhes parecerão menos decadentes do que no caso dos homens privilegiados.

Beauvoir (1990) também revela uma situação semelhante à que foi trazida pela psicóloga, sobre o comportamento sexual do homem ao envelhecer. Em suas observações, um número bastante grande de homens velhos, casados tem apenas atividades esporádicas ou nulas; podem se cansar de uma companheira muito conhecida, envelhecida e que não lhe parece mais desejável e, se têm possibilidade, muitos encontram vigor trocando sua parceira por outra, geralmente jovem.

Sobre essa questão, uma enfermeira, ao também admitir ser o envelhecimento para a mulher mais difícil, ressaltou as dificuldades desta, quando separada, de conseguir um segundo ou terceiro companheiro. Segundo a profissional, é normal um homem mais velho andar com uma mulher mais jovem; ele não vai ficar mal falado. Ao passo que a mulher é mais cobrada. Ela tem que ser recatada, ficar em casa, cuidar dos filhos. Outra profissional falou da maior possibilidade do homem se casar novamente, após enviuvar, enquanto as mulheres, nesse caso, continuam morando sozinhas ou com filhos e netos.

Foi também de uma enfermeira do PSF o depoimento que retrata dificuldades no envelhecimento de mulheres que não querem mais atividade sexual, enquanto que os seus

parceiros ainda o querem. Em suas palavras, “elas não conseguem pensar o mesmo que o parceiro”.

Diante dessa discussão, consideramos importante trazer a reflexão da sexualidade como algo também, socialmente, construído de maneira distinta para homens e mulheres, em suas diferentes etapas da vida, preservando as especificidades de classes sociais, etnias e culturas diversas. A esse respeito, ao considerar de caráter moral as dificuldades sexuais da mulher idosa e as do homem, em sua maior parte relacionadas às alterações na capacidade de ereção, Ribeiro (1996) ressalta que fatores físicos, psíquicos e sociais se misturam, criando, muitas vezes, um círculo vicioso, reforçando a idéia preconceituosa de que “velho não precisa ter sexo”. Ao acreditar que a idade permite às pessoas vivenciar o sexo em suas sutilezas, como uma linguagem que aperfeiçoa, reforça e enriquece a relação humana, a autora enfatiza a importância do exercício da sexualidade sem regras ou modelos.

Essa reflexão nos possibilita entender a necessidade de considerar também, a questão da sexualidade na ação educativa, significando assim, a necessidade de se compreender os sujeitos como seres integrais.

Ao exercício da sexualidade a cultura associa a reprodução, de maneira que a mulher jovem é, especialmente, valorizada, em função de sua capacidade reprodutiva, uma das principais funções a ela atribuídas, como já foi trazido por Motta (2002). As palavras de um médico do PSF trouxeram essa discussão, salientando o papel social da mulher, a exemplo da comunidade que atende:

(...) tem muito ainda aquela teoria no Brasil de que a mulher é boa enquanto ela tá tendo filhos, quando ela tá no período fértil(...) tem coisas assim, que são muito difíceis de tirar da criação da gente (...)isso é uma das coisas que eu percebo demais aqui, o paciente masculino quando ele deixa de sair é que ele começa a ter depressão, agora a mulher, quando ela perde a estrutura familiar e quando ela já entra na menopausa, aí o negócio já começa a descambar (...) ela já começa a entrar num círculo assim, perpétuo de carência, carência emocional, carência afetiva e não consegue suprir só com o marido dentro de casa, porque ela constrói o mundo dela em torno da família (...)vai perdendo os filhos, porque o ninho vai ficando vazio. Ela quer trazer eles pra perto, e não consegue (...) porque cada um tem sua vida (...) é um processo crônico, que vai só piorando (...) (S18)

Debert (1999), ao discorrer sobre as diversas visões do “ser velho” e “ser velha” na sociedade, apresenta as idéias que apontam para uma situação de dupla vulnerabilidade das mulheres na velhice, por serem discriminadas como mulher e como idosa. Considerando o fato de serem valorizadas em quase todas as sociedades, exclusivamente, por seu papel

reprodutivo e pelo cuidado das crianças, experimentariam desprezo e desdém na passagem prematura à velhice, caracterizada por uma série de eventos associados a perdas como o abandono dos filhos adultos, a viuvez e o conjunto de transformações físicas trazidas pelo avançar da idade. Além do mais, somariam ainda nas sociedades ocidentais contemporâneas o subemprego, os baixos salários, o isolamento e a dependência que caracterizam a condição das mulheres de mais idade.

Em continuidade a esse raciocínio, o médico acima citado declarou ainda que, a partir dos 50 anos, a mulher, devido à ausência dos filhos, passa a ter uma seqüência de problemas como depressão, gastrite, enxaquecas, muitas vezes, culminando em hipertensão e excesso de peso, pelo aumento da ingestão alimentar e diminuição da atividade física. O profissional também observou que esse quadro começa a ser percebido no homem quando ele para de trabalhar e passa se sentir improdutivo. De acordo com Debert (1999), entre as diversas visões sobre o envelhecimento, existe aquela que defende ser esse processo mais ameno para a mulher, por ela não experimentar uma ruptura com o trabalho, tão violenta quanto a dos homens na aposentadoria.

Outros profissionais também pontuaram em suas declarações as dificuldades enfrentadas pelas mulheres relativas à ausência da família, assim como as relatadas pelos homens quando param de trabalhar. No entanto, alguns depoimentos vieram com algumas ressalvas, como foi o caso de um segundo médico, ao admitir a existência de uma realidade mais sofrida não para as mulheres “de hoje”, mas para as já idosas, que não têm uma atividade, a não ser a doméstica.

Uma nutricionista atribuiu as dificuldades no processo de envelhecimento às mulheres que têm baixa escolaridade e não trabalham fora. Segundo ela, quem tem uma profissão fora de casa, “preenche a vida e vê que não é tão ruim assim, envelhecer”.

Ao contrário das opiniões que delegaram ao “ninho vazio” grandes dificuldades no processo de envelhecimento para as mulheres, uma médica do PSF, que atua na unidade há mais de 10 anos, apresentou uma realidade em que boa parte da população feminina de idade mais avançada tem se queixado da carga de trabalho doméstico, em função dos cuidados destinados aos netos e, até mesmo, aos filhos descasados que voltam a morar com elas. Em sua opinião, quando não existe essa sobrecarga, algumas mulheres têm envelhecido bem. Apesar das doenças que adquirem, conseguem entrosar num grupo de terceira idade, ter outras atividades, nas quais, raramente, os homens participam. Para eles, a médica acredita ser difícil se aposentar e acomodar em casa.

Os relatos de muitos dos sujeitos entrevistados, assim como nosso convívio diário com diferentes mulheres sugerem uma realidade que vai ao encontro das idéias, inicialmente, citadas por Debert (1999), mostrando que a chegada da menopausa, muitas vezes, determina alterações corporais, de maneira a não atenderem mais aos padrões de beleza estabelecidos. Essa condição, em especial para as mulheres que procriaram muito jovens, pode coincidir com o afastamento dos filhos já adultos e a chegada dos netos, situações que possibilitam uma identificação com a velhice. Em relação às mulheres, cuja existência não se resumiu às atividades domésticas, questionamos se também não tenderiam a sentirem-se entristecidas e, até mesmo, deprimidas, diante da impossibilidade de reproduzir (ainda que não o desejasse mais) e das alterações físicas do processo de envelhecimento. Entendendo que tais transformações podem trazer prejuízos para sua vida sexual e a saúde, em geral, são grandes as chances de serem tratadas como doentes e assim, estarem sujeitas à medicalização.

Por outro lado, tem sido possível deparar, freqüentemente, com mulheres de menor poder aquisitivo vendo-se, por diversos motivos, responsáveis pelo cuidado dos netos e outros membros da família, em uma idade merecedora de descanso e cuidados. A percepção que se tem é que, apesar de cansadas e, muitas vezes, revoltadas por terem que exercer tal atividade, a essas alturas da vida, apegam-se a ela no intuito de fugir da solidão e se sentirem valorizadas, continuando a exercer o papel de “cuidadoras” que lhes foi socialmente delegado, ainda que tenham que se abdicar do lazer e, até mesmo, dos tratamentos de saúde que, porventura estejam fazendo. É possível acreditar que as mais dedicadas à família, que não prosseguiram nos estudos e nem exerceram outras funções fora do lar, merecem destaque nessa situação.

Apesar dos conflitos existentes e das diferentes situações apresentadas, na opinião dos profissionais, a mulher aceita melhor o envelhecimento, seja de maneira a se conformar e acomodar diante das dificuldades ou, na maioria das vezes, buscando conhecimentos, soluções e cuidados. Nesse aspecto, uma das médicas do PSF referiu-se à mulher como “guerreira”, pois, diante dos problemas, procura solução; e ao homem, que “vai ao médico só quando precisa”, como “medroso”, geralmente, deprimindo-se e fugindo diante dos diagnósticos de hipertensão e diabetes, apesar de alguns já procurarem para fazer o exame de próstata. Nas palavras da médica,

(...) tem alguns que todo ano estão aqui pra fazer o exame de próstata, querem prevenir. Mas, a mulher é mais. Mulher faz prevenção, se não tem vaga, briga porque quer fazer a prevenção dela. Começa a sentir que a menstruação ta falhando, ta sentindo alguma coisa, ela já quer fazer

reposição hormonal. A mulher ela se cuida mais; o homem, ele foge da realidade um pouco, a maioria. Eu acho que essa seria a diferença que eu vejo no consultório (...) ele foge do problema, aí, quando vê ta com derrame, ta com seqüela, porque não cuidou direito, porque ele fugiu, ele não aceitou; ele ficou com medo (...) diferente das mulheres (...) elas se cuidam mais, eu acho. Elas, se você falar pra fazer caminhada, perder peso (...) claro, tem exceções, tem mulheres que não fazem nada, mas tem várias que fazem (...) (S9)

Tendo em vista as revelações da médica sobre a procura dos homens pelos cuidados de saúde, importante se faz trazer as reflexões de Gomes (2003), ao advertir que o câncer de próstata é um grave problema de saúde no Brasil, ressaltando entre as medidas preventivas, o toque retal realizado por profissionais médicos. Segundo o autor, esse é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção, não sendo, necessariamente, por conta da falta de informações sobre sua efetividade que ocorrem as recusas em fazer o exame.

Entre os diversos depoimentos que trouxeram as diferenças no processo de envelhecimento, a visita ao ginecologista foi destacada como uma atitude “normal” das mulheres, quando chegam a determinada idade, procurando envelhecer melhor. Seria a oportunidade de avaliar a necessidade de se introduzir a terapia de reposição hormonal. Ao homem, caberia procurar o urologista, mas de acordo com alguns profissionais, muitas vezes, falta informação sobre sua importância e os que chegam a fazê-lo, é devido à grande preocupação com o seu desempenho sexual. Nesse sentido, houve quem trouxesse em seu discurso a constatação de uma maior oferta de serviços voltados à saúde da mulher, em detrimento daqueles mais específicos para o homem, podendo assim, limitar o acesso dos usuários do sexo masculino.

Ainda que as mulheres sejam consideradas mais atentas aos cuidados com sua saúde, não deixam de estar sujeitas aos agravos. De uma forma um pouco confusa, um médico do PSF explica que as doenças da idade chegam mais rápido para elas porque, geralmente, vivem mais do que os homens:

(...) a idosa, eu vejo muita diferença, a idosa ela sofre mais que o idoso; ela sofre mais porque a velha, a paciente que ela é velha, ela se sente mais incapaz. Como as doenças da idade chegam mais rápido pra elas que chegam para o homem porque a mulher chega mais na idade velha do que o homem, mas o homem chega melhor que ela(...) o homem morre demais de doenças cardiovasculares até os 50, 60 anos. A mulher (...), depois que acabou a menopausa, acabou a produção hormonal, vai perdendo as defesas e começa a morrer por estresse, vai morrendo por ansiedade, vai morrendo por enfarto, vai morrendo por causas normais. Mas quando vai

chegando os 60, 70 anos, o velho que chegou aqui, ele chega melhor porque a deficiência hormonal, a depressão, a falta de perspectiva vão minando essa idosa, que ela chega muito mais acabada (...) (S18)

A esse respeito, de acordo com Veras (1996), o aumento da expectativa de vida da população ao nascer, apesar de extensivo a ambos os sexos, foi mais significativo para as mulheres, em função, não somente de diferenças biológicas como o fator de proteção dos hormônios femininos em relação à isquemia coronariana. Ao destacar também o fato das mulheres, em geral, serem mais atentas ao aparecimento de sintomas, terem um conhecimento melhor das doenças e utilizarem mais os serviços de saúde, o autor ressalta que, ao lado da maior longevidade, constata-se nelas uma frequência maior de longos períodos de doenças crônicas.

De acordo com nossos conhecimentos, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher em nosso país, tradicionalmente, têm sido definidas em função de sua capacidade reprodutiva, nos períodos de gestação, parto e puerpério. As demais etapas da vida começaram a ser também valorizadas nos anos 80, quando foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), proposta que recusava e deslocava o limite das funções reprodutivas, e que não foi implementada de forma efetiva em âmbito nacional (GIFFIN, 2002).

As diversas demandas de mulheres em idades mais avançadas talvez possam justificar sua presença quase maciça nas atividades educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, já constatada neste estudo. Novas estratégias de assistência foram criadas pelos serviços, em função de uma transição demográfica e epidemiológica que vem exigindo o oferecimento também, de ações diferentes daquelas, tradicionalmente, destinadas à mulher em seu período reprodutivo, com destaque à atenção ao período da menopausa e às doenças crônico-degenerativas. Nesse sentido, Costa e Aquino (2000), ao fazer uma análise da situação de saúde das mulheres brasileiras, constatam a existência de um quadro complexo, envolvendo problemas emergentes como a violência, as doenças cardiovasculares, a AIDS, assim como as complicações da gravidez, do parto, do puerpério e a mortalidade materna. As profundas mudanças demográficas, apontando para a ampliação da expectativa de vida ao nascer, principalmente das mulheres, são citadas pelas autoras como uma das explicações para esse fato.

Como foi possível observar no trabalho de campo, as atividades educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento são também aos homens direcionadas e, dessa forma, acreditamos que aspectos específicos de sua saúde seriam

considerados nessa abordagem. No entanto, esse estudo constatou uma menor presença de homens nessas atividades e uma menor disponibilidade em seguir as orientações, o que, em se tratando do paciente de idades mais avançadas, remete-nos às reflexões de Gatto (1996) sobre os aspectos psicológicos do envelhecimento:

“Desinvestimos tanto de nossa capacidade de obter prazer que o corpo se torna um fardo pesado a ser carregado, levando-nos, muitas vezes, a sequer querer tratá-lo quando de fato adocece. Talvez isso explique o fato de o idoso não querer tratar de suas doenças (mesmo indo constantemente ao médico), não tomar medicação e relatar preferir a morte a continuar a sentir dor” (GATTO, 1996, p.110)

Ainda em relação aos homens, alguns relatos apontaram para uma decadência, quando esses se tornam dependentes e não têm mais condições de sair como faziam antes, pois “a criação do homem, principalmente dessa idade, foi sempre sair para fora e trazer o dinheiro pra casa”. Por outro lado, apesar das diferenças trazidas pelos profissionais, com relato de maior interesse e menos lamentações das mulheres, ao se falar do cuidado com a saúde e da aceitação das limitações, houve quem se referisse a elas como “poliqueixosas”, por reclamar das dificuldades e da idade, enquanto os homens querem algo para melhorar e não chegam reclamando. Um dos médicos advertiu ser necessário o reconhecimento das limitações individuais de homens e mulheres no processo de envelhecimento, enquanto uma das enfermeiras do PSF, reafirmando as dificuldades enfrentadas por ambos, considerou os conflitos diferentes:

o processo de envelhecer para os dois não deixa de ser difícil, mas, os conflitos, as frases que chegam aqui são diferentes (...) todo paciente idoso que você atende, sempre surge na fala dele quando você tá com ele: ‘ser velho é difícil, ser velho é duro, um dia você vai envelhecer’ (...) (S15)

Dessa forma, considerando que homens e mulheres ao longo de suas vidas são acometidos por distintos problemas de saúde e estão expostos a diferentes modalidades de mortalidade, em função não somente de aspectos biológicos, mas também sociais, faz-se urgente a incorporação da perspectiva de gênero nos conteúdos da promoção da saúde e nas formas de organização dos serviços de atenção (RIOS & GÒMEZ, 1991; ENVEJECIMIENTO Y SALUD - REV PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA, 2000).

5.3 A OBESIDADE

A análise da categoria “a obesidade” foi realizada a partir da discussão das idéias centrais agrupadas nas seguintes subcategorias: “significados” e “gênero e obesidade”.

5.3.1 Significados

A discussão da subcategoria “significados” é de fundamental importância para o presente estudo ao se considerar que os profissionais de saúde podem compartilhar de muitas crenças negativas a respeito dos indivíduos obesos, os quais, possivelmente, estão muito atentos a isso (RAND E MACGREGOR, 1990 citado por ANDERSON & WADDEN, 2000).

Ao serem entrevistados, os profissionais expressaram suas percepções sobre a obesidade, basicamente, a partir de conceituações, experiências profissionais e vivências pessoais.

O excesso de tecido adiposo e o índice de massa corporal acima do normal estiveram entre as definições apresentadas, de uma forma bastante objetiva por uns e mais explorada por outros, como foi o caso de uma das médicas do PSF. Essa profissional, embora um tanto confusa, acrescentou às suas idéias informações sobre os tipos de obesidade e sua origem multicausal:

(...) é o aumento exagerado da gordura, a estética mesmo, o exagero de substâncias gordurosas dentro do corpo; o aumento de peso exagerado pela substância gordurosa. Porque a gente às vezes pode confundir, a pessoa tá edemaciada, pelo edema, é diferente, é líquido. São substâncias gordurosas no corpo. É o tecido adiposo aumentado, em exagero. Isso é obesidade. Existem várias, tem a obesidade mais leve, a moderada, a patológica mesmo, aquela mais grave. Tem várias origens, mas obesidade é isso, é um exagero de tecido adiposo. (S17)

Causas e conseqüências, assim como prevenção, tratamento e cura foram idéias associadas aos depoimentos daqueles que consideraram a obesidade uma “doença”; um “distúrbio”; uma “patologia”; uma “deficiência”; uma “epidemia”.

Uma nutricionista, ao se referir à obesidade como uma doença crônica, traz também a idéia de epidemia:

Uma doença, uma doença crônica que, ela vem se agravando ao longo do tempo, ao longo dos anos, desde quando a pessoas começam a ter um excesso de peso, e esse excesso de peso é em relação ao tecido gorduroso, a

massa gorda, ela passa a ter, tá tendo já, as conseqüências dessa obesidade, desse processo. E é uma doença que vai ao longo dos tempos se agravando (...) é uma doença que a gente sabe que hoje em dia ela está prevalecendo na população (...) podemos dizer que é uma epidemia (...) (S7)

As idéias apresentadas pelas referidas profissionais nos remetem às palavras de Fandiño et al. (2004) que definem obesidade como uma doença crônica, caracterizada pelo excessivo acúmulo de gordura corporal, considerada, em função dos riscos associados, um grave problema de saúde pública. Utilizando-se da classificação da OMS, os autores consideram obesidade quando o índice de massa corporal (IMC) está acima de 30 kg/m², sendo esta definida, quanto a sua gravidade, como grau I (leve), grau II (moderada) e grau III (grave).

Entre as variadas questões trazidas pelos profissionais, mereceu ainda, destaque, a idéia da “multicausalidade”. Com enfoque nesse aspecto, umas das enfermeiras, ao considerar a obesidade uma conseqüência do mundo moderno, referiu-se a ela como o “mal do século”, ressaltando fatores determinantes, a partir das definições da literatura:

(...) se a gente for ver na literatura, obesidade é o aumento o peso que é desproporcional à altura, onde o índice de massa corporal não tá proporcional ao peso e à altura e tal. Mas, por que isso acontece? Fatores hormonais, estresse, alimentação inadequada, sedentarismo? São tantos fatores, todos eles ligados à vida atual que a gente tem. Então, o mundo tá evoluindo numa forma que tá contribuindo pras pessoas desenvolverem muitas doenças crônicas, e uma delas é a obesidade. Hoje eu tô começando a perceber que a obesidade é uma conseqüência do mundo moderno (...) se antes a obesidade, até, talvez, por poucos estudos a respeito, era tida como um padrão irregular de alimentação, um resultado disso, hoje ela é uma resultante de vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente; e a tendência, se a gente não conseguir controlar esses fatores, fazer esse trabalho preventivo maior, é que mais pessoas venham desenvolver essa obesidade mais cedo ainda. Crianças, adolescentes, adultos jovens. Hoje, eu considero uma patologia grave do mundo moderno. (S10)

As palavras da enfermeira podem ser respaldadas por Pinto (1999) quando este se refere à agitação do mundo moderno, ao sedentarismo e ao advento e “reinado” dos fastfood como contribuintes para a disseminação das inadequações alimentares. Para o autor, a obesidade é uma doença crônica, de alto risco, dispendiosa, recorrente, heterogênea e resultante da combinação de fatores genéticos, metabólicos, endócrinos, dietéticos e sociais, associados a conflitos psicológicos.

Ainda que diversas causas da obesidade fossem consideradas por uma grande parte dos entrevistados, receberam ênfase nas argumentações, especialmente, as de origem “emocional” ou “psicológica”.

Uma das psicólogas ressaltou os fatores emocionais, culturais e a influência da mídia na divulgação de alimentos “não saudáveis”, contribuindo para que a obesidade se tornasse uma epidemia.

Na opinião de uma das coordenadoras de grupo, atrás dos maus hábitos alimentares vem a depressão, a angústia, a compulsão alimentar, de maneira que “a obesidade é uma consequência mesmo mais emocional do paciente e a porcentagem de ter um distúrbio endócrino é muito pouca.”

Segundo uma das nutricionistas, não se pode olhar somente a questão da alimentação, pois as questões psicológicas têm grande influência na obesidade, além de fatores genéticos e hormonais, destacando a tendência à deposição de gordura no período da menopausa.

Para uma enfermeira do PSF, a obesidade é um caso a ser estudado em cada paciente, alegando ter tido oportunidade de ver “obesidades mórbidas genéticas, que só cirurgia bariátrica resolveria o caso”, assim como “obesidades psicológicas e de pura alimentação errada”.

De acordo com Dobrow et al. (2002), pesquisas sobre a obesidade no decorrer da última década apontaram para a revalorização das contribuições genéticas para o início e a manutenção dessa condição, ressaltando a utilidade de se considerar os indivíduos obesos não como pessoas com falta de vontade, mas como portadores de uma vulnerabilidade biológica inata. Segundo os autores, ainda que esteja clara essa questão, seus correlatos psicológicos podem ser altamente relevantes para o manejo clínico de indivíduos obesos. Dobrow et al. (2002) continuam suas reflexões afirmando que o reconhecimento de transtornos alimentares, clinicamente significativos, como a Compulsão Alimentar Periódica e a Síndrome do Comer Noturno em alguns pacientes obesos permite a avaliação e o planejamento do tratamento de forma mais racional e individualizada.

Nesse sentido, diante da importância de se conhecer a complexidade dos fatores envolvidos, torna-se fundamental entender que considerá-la na prática educativa desenvolvida pelas equipes de saúde pode significar a compreensão das pessoas como seres integrais, devendo ser respeitados em suas individualidades. Acreditamos que, trabalhando nessa perspectiva, possivelmente, os agravos decorrentes da obesidade teriam condições de ser mais bem controlados e, até mesmo, evitados.

Tendo em vista as questões aqui apresentadas, parece-nos um tanto complexo compreender os limites dos fatores envolvidos, como causa ou conseqüência da obesidade, em especial, no que se refere aos aspectos psicológicos, uma vez que se pode observá-los não apenas no desencadeamento do processo, mas também, ao persistir, o que agrava a situação.

As palavras abaixo são de uma nutricionista e de uma enfermeira de unidades distintas. Ambas trazem a idéia dos aspectos psicológicos como agravantes da obesidade:

(...) a gente vê o quadro depressivo de muito paciente que a gente atende (...) a situação de saúde dele é reflexo de tudo que ele vive no psicológico, na vida social dele. Então, a gente acaba tendo também essa análise (...) dá toda discussão que ele é obeso, que ele não consegue tá mudando, por conta dos problemas que ele tem (...) como se diz, todas essas pessoas gordinhas são felizes, mas a gente vê que no fundo, têm uma tristeza que é pela discriminação. (S7)

(...) não adianta a gente trabalhar só a questão do peso, a gente tem que trabalhar também a cabeça dessa pessoa (...) o obeso já tá com a auto-estima baixa, ele já não sente capaz de fazer muita coisa; ele já não sente capaz de olhar no espelho, se sentir bem, se sentir bonito, atraente. Acho que uma das coisas mais difíceis é tratar um obeso. Primeiro você tem que convencê-lo e diminuir o peso, não só por razões estéticas, mas acho que a razão estética pesa muito pra pessoa. (S14)

Em suas análises sobre os aspectos psicológicos da obesidade, Pinto (1999) considera ser esse um agravo que, além de provocar perturbações estéticas e doenças graves, acarreta inúmeros transtornos emocionais concomitantes, a exemplo da depressão, ansiedade, desajustamentos e quadros neuróticos diversos, que contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos obesos. O autor ainda acrescenta que esses indivíduos podem parecer despreocupados e alegres no convívio social, mas sofrem, geralmente, com sentimentos de inferioridade, carência afetiva e insatisfação, e tendem a revelar uma profunda necessidade de serem amados e aceitos.

Ao trazer, ainda, a discussão sobre os problemas emocionais relacionados à obesidade, uma das psicólogas relatou a grande capacidade das pessoas de seu grupo se sentirem vítimas, fato este que a tem levado a realizar um trabalho sobre a auto-responsabilidade, questão já analisada na categoria “educação em saúde”. A psicóloga também informou a existência de pacientes que ficam muito segregados, não saem mais de casa ou o fazem somente à noite, para não serem vistos. Nessa perspectiva, em uma das equipes do PSF houve o relato a respeito das dificuldades de participação dos pacientes obesos nas caminhadas. Essas situações podem ser associadas às percepções de uma outra

psicóloga quando afirma: “obesidade é o ser diferente”. Para ela, “é muito difícil você ser obeso numa cultura onde exige a perfeição, a magreza; é uma discriminação.”

Conseqüências de outra ordem também foram trazidas pelos profissionais, a exemplo de uma assistente social que, ao considerar a obesidade uma doença crônico-degenerativa, vincula a ela o diabetes e a hipertensão, alertando para a necessidade de tratamento:

A obesidade é uma doença crônico-degenerativa que, se não tratada, ela pode trazer uma série de transtornos para o paciente. Ele pode estar desenvolvendo a diabetes, pode estar trazendo a hipertensão (...) é possível ter artrite reumatóide que pode ser proveniente de problemas de articulação e com o peso, vai indo, o corpo não suporta aquele peso nas articulações e vai trazendo uma série de limitações. Então, é uma doença que necessita de ser tratada; ela não tem cura, mas ela tem tratamento e que necessita, igual à proposta da Secretaria, de todas as unidades estarem trabalhando essa questão da obesidade (...) (S13)

De acordo com Polanczyk et al. (1990), a obesidade está inter-relacionada com uma maior morbimortalidade, constituindo-se em fator de risco para doenças cardiovasculares, por afetar, adversamente, a pressão arterial, a glicemia e os lipídios séricos. Além disso, a mortalidade por diabetes mellitus, colecistite e alguns tipos de câncer (útero, ovário, vesícula, mama nas mulheres e cólon e próstata nos homens) é maior nos indivíduos obesos.

A relação entre excesso de peso (sobrepeso, obesidade, obesidade mórbida), diabetes e/ou hipertensão foi destacada em entrevistas de todas as unidades de saúde participantes deste estudo. De acordo com o médico que trabalha junto a pessoas obesas, a maioria daquelas que procura o emagrecimento precisa fazer um tratamento global, pois a obesidade é uma doença crônica que predispõe as comorbidades.

Entre outros agravos, os problemas cardíacos, circulatórios, ortopédicos, gota e osteoporose também foram citados como conseqüências do excesso de peso que, muitas vezes, dificulta a locomoção, comprometendo assim, a autonomia das pessoas.

Ao ser considerado um grave problema de saúde pública, em função das dimensões que vêm atingindo, mundialmente, torna-se importante trazer para a discussão os depoimentos daqueles profissionais que incluíram em suas percepções, preocupações relacionadas à ação dos serviços de saúde destinada à prevenção e controle da obesidade. As palavras abaixo são de uma enfermeira do PSF:

Obesidade pra mim é uma doença, um distúrbio que são várias as causas, mas é extremamente difícil de se trabalhar, mas é uma coisa que nos preocupa também bastante porque a gente também tem nossos limites para estar lidando com a questão (...) já é uma epidemia, vamos dizer assim, uma epidemia mundial, a questão da obesidade e a gente tem procurado assim, estar conversando com as pessoas, conversando com as famílias da necessidade de uma alimentação mais saudável (...) (S11)

Assim como S11, outros profissionais também se referiram às dificuldades encontradas no trabalho realizado com usuários em situação de obesidade. O preparo das equipes, assim como as questões relacionadas às limitações dos próprios pacientes foram destacados como motivos de insucessos nos tratamentos.

A esse respeito, Halpen e Mancini (2001a) recomendam a necessidade de redefinir e legitimar como sucesso em um tratamento para obesidade, a redução de sua gravidade, em vez da normalização do peso corporal, de maneira que, até mesmo, a estabilização sem perda de peso venha representar um modesto sucesso, comparado com a história natural de ganho de peso progressivo. Segundo os autores, devem-se encorajar objetivos “atingíveis” com expectativas realistas e não, criticar falhas que levam a pensamentos negativos, evitando, com isso, o desapontamento dos pacientes com o tratamento que, no seu entendimento, não está funcionando, quando na verdade está. Os objetivos não se aplicam somente ao peso em si, mas também a outros comportamentos desejáveis, como aumento de atividade física espontânea ou programada que podem relacionar-se, diretamente, à melhora das condições mórbidas associadas.

A experiência tem revelado a existência de uma grande expectativa, tanto dos usuários, quanto dos profissionais, em relação à evolução do emagrecimento, levando muitas vezes, à utilização precipitada de intervenções medicamentosas e, até mesmo, cirúrgicas.

As entrevistas e as observações realizadas no presente estudo trouxeram uma diversidade de procedimentos destinados aos usuários com obesidade, inclusive o uso de fórmulas fitoterápicas, experiência que, segundo a médica responsável, causou desânimo diante dos poucos resultados e, conseqüentemente, desarticulação do grupo envolvido.

Ainda que alguns profissionais dissessem acreditar na possibilidade de um grande emagrecimento sem a ação medicamentosa, outros admitiram seu uso, como foi o caso de um dos médicos do PSF, ao considerar a obesidade uma doença que deve ser tratada, e os pacientes, rebeldes quanto à prática de atividades físicas e uso de dieta. Assim como ele, o médico de uma unidade de maior porte, também revelou o mesmo procedimento, dizendo ser muito criterioso aos recomendar as fórmulas, tendo em vista as dosagens e as interações

medicamentosas, pois, segundo suas observações, a obesidade é uma doença crônica, multifatorial, predisponente a outros tipos de doenças como diabetes e hipertensão arterial.

As palavras de uma enfermeira demonstraram a visão de outra categoria profissional sobre as diferentes intervenções. Ela foi enfática ao considerar a obesidade uma doença que requer tratamento como qualquer outra:

Eu acho a obesidade uma doença como qualquer outra. Assim como, por exemplo, uma pessoa cardiopata, uma pessoa que tem diabete tem que ter controle, tem que ter um acompanhamento, tem que tomar remédio para aquilo, eu acho que obesidade é do mesmo jeito. Tem cirurgia de vesícula, não tem? Não tem cirurgia do coração? Tem que ter cirurgia da obesidade (...) (S4)

Em suas considerações sobre o controle da obesidade Anderson e Wadden (2000) ressaltam que o tratamento farmacoterápico não deve preceder a experiência de emagrecimento por meio de um programa estruturado de dieta, exercícios e modificação de comportamento. Para eles, a visão da obesidade como um distúrbio agudo, geralmente, é encorajada pela indústria da dieta, que promete resultados milagrosos com pouco ou nenhum esforço. Os autores ainda ressaltam que é preciso reconhecer a obesidade como distúrbio crônico que requer tratamento a longo prazo, pois só assim, os resultados poderão ser mais favoráveis.

No que diz respeito ao ato cirúrgico, apesar de reconhecer como candidatas a ele aqueles pacientes com IMC igual ou maior a 40 kg/m² e com IMC entre 35 e 40 kg/m², na existência de comorbidade, o Consenso Latino Americano sobre Obesidade (2004) adverte que a seleção de pessoas para a cirurgia bariátrica requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade, sem êxito no tratamento convencional por equipe qualificada.

De acordo com as declarações dos profissionais entrevistados, durante a realização deste estudo, as diretrizes do Programa de Obesidade passavam por uma reavaliação da Secretaria Municipal de Saúde, trazendo incertezas e preocupações, em especial, a respeito do acesso ao procedimento cirúrgico. Ainda assim, foi possível identificar entre as práticas terapêuticas preconizadas pelas unidades maiores, o encaminhamento para cirurgia bariátrica, apesar do discurso prévio de educação em saúde centrado na mudança do estilo de vida.

Frente à “obesidade como doença” e à necessidade de “medicar” para obter a “cura”, compreendemos que, ao ter em vista as intervenções medicamentosas e cirúrgicas como recursos principais no trabalho desenvolvido com usuários obesos, o profissional ou equipe de saúde, muitas vezes, utilizando-se do seu poder como detentor do conhecimento,

vem reafirmar suas convicções intervencionistas, levando as pessoas a submeterem seus corpos a experiências nem sempre satisfatórias e, muitas vezes, desnecessárias.

Ainda que os usuários cheguem aos serviços de saúde em busca de uma ação mais radical para a redução do peso, consideramos dever dos profissionais de saúde, trabalhar no sentido de permitir a compreensão dos prováveis danos e o acesso a outras possibilidades que, embora mais lentas, favoreçam o emagrecimento saudável. Acreditamos que, dessa forma, poderá se estabelecer um processo educativo com espaço de reflexão sobre os diversos aspectos que envolvem a obesidade.

5.3.2 Gênero e Obesidade

A discussão da subcategoria “gênero e obesidade” foi desenvolvida tendo em vista as idéias expressas pelos profissionais de saúde, ao serem questionados sobre as diferenças entre mulheres e homens em situação de obesidade.

De acordo com Anaruma (1995), pesquisas têm demonstrado variadas percepções do corpo entre homens e mulheres, passando não só pela vivência de cada um a partir das diferenças biológicas, como também por toda influência sócio-cultural que atua de formas diversas em cada sexo. Dessa forma, a exemplo da categoria “envelhecimento”, essa análise será realizada numa perspectiva de gênero, aqui compreendida como o meio de falar de sistema de relações sociais ou entre os sexos (SCOTT, 1991).

Ainda que, para alguns dos sujeitos desse estudo, mulheres e homens enfrentem as mesmas dificuldades relacionadas à obesidade, a maioria dos depoimentos trouxe diferenças não apenas de origem biológica, mas, em especial, referentes aos aspectos socioeconômico-culturais e psicológicos que envolvem essa questão.

Como se evidenciou na análise de “gênero e envelhecimento”, grande parte dos profissionais destacaram a maior preocupação das mulheres com a “estética”, gerando dificuldades e sofrimento diante do corpo obeso. As palavras de uma das enfermeiras trazem essa questão, ressaltando diferenças entre mulheres e homens:

(...) a mulher, ela é mais vaidosa. Eu acho que ela aceita menos a obesidade do que o homem, pelo fato da vaidade. Então, eu acho que é mais difícil pra ela. O homem não, ele acha que por ser homem, não precisa ser bonito, não precisa ser magro, não precisa ser esbelto. Isso é coisa de mulher. Eu acho que é por esse lado que o homem aceita melhor.(S5)

As palavras de outra enfermeira, do PSF, sobre a realidade com a qual convive, podem ilustrar o relato de S5:

(...) mulher tá muito ligada à estética (...) elas ficam mais, não é mais triste a palavra certa, não é triste. Ficam mais, ela sofre mais com a obesidade. Parece que ela cobra o tempo inteiro dela mesma a cinturinha. Homem não (...) a mulher não, e caso surja algum comentário, ela fica extremamente magoada (...) quando a gente tá atendendo, aí, se alguém passar, alguma colega “nossa fulana você engordou muito”, então ela já fica aqui na consulta comigo extremamente triste. Ela não consegue te responder alguma coisa. O homem não. O homem responde assim: “nossa fulano, você tá gordo”, “cerveja”. E pronto. Passa tranqüilamente, sorri, brinca e ainda convida pro churrasco no fim de semana. Mulher não, sai daqui chorando (...) (S15)

Tais percepções também são consideradas por Pinto (1999) quando este afirma serem as mulheres as que mais experimentam conflitos relacionados ao peso e forma corporal. Para o autor, as pressões para se manterem magras estão presentes desde o início da adolescência, e as dietas e malhações precoces já denotam essa preocupação com a imagem corporal.

Para Rios e Gómez (1991), a notável prevalência maior entre as mulheres, de distúrbios alimentares associados a ideais culturais de peso e imagem corporal, assim como ao papel central desempenhado pela beleza física na valorização da mulher, representa um efeito diferenciador dos fatores de gênero sobre a saúde dos indivíduos.

A influência dos aspectos sócio-culturais no comportamento das pessoas em situação de obesidade, em particular, as mulheres, foi reconhecida por muitos dos entrevistados, ao relatarem experiências tanto pessoais, quanto profissionais.

“Obsessão” foi o termo utilizado por uma enfermeira do PSF ao se referir à excessiva preocupação da mulher com a aparência física, incluindo-se entre elas, apesar de não apresentar excesso de peso. Para ela, a mulher se preocupa muito com as cobranças do marido, enquanto o homem, quando se importa, é em função de problemas de saúde. Pode ser observado um aprofundamento dessa discussão nos seguintes relatos:

(...) o homem ele pode ser obeso que quase ninguém fala nada. Mas, a mulher tá um pouquinho fora do peso e já vem todas as críticas. E fisicamente, a mulher tem um acúmulo maior de tecido adiposo. Então, a mulher ela engorda mais fácil. Acho que é bem diferente, é bem mais complicado pra mulher obesa do que pro homem. E isso a gente vê na nossa vida. Meu noivo é obeso, enorme, está com cento e tantos quilos, todo mundo acha lindo. (...) se eu engordo um pouquinho, já não é lindo mais. Então, pra mulher é muito pesado esta questão da estética, de obesidade

(...) é uma imposição cultural, numa sociedade bem machista (...) eu acho que a sociedade como um todo é machista e nós também somos. A obesidade na mulher ela é mais comum por causa do organismo; excesso de tecido adiposo, acúmulo, questão hormonal. A gente engorda mais e é mais cobrado da gente também isso (...) (S14)

(...) eu acho que para o homem é mais fácil. Pra mulher é mais difícil. A mulher aceita o homem gordo muito mais fácil do que o homem aceita uma mulher gorda, na nossa sociedade. Acho que é mais difícil pra mulher (...) a mulher ela se casa, ela se apaixona por um homem gordo. Claro que tem certos preconceitos também né? Não é tão fácil assim não, mas é mais fácil uma mulher gostar de um homem gordo do que um homem. Ele gosta da mulher é com o corpinho perfeito, jovem (...) (S9)

(...) para a mulher é mais difícil ser obesa do que para o homem. Apesar de que para o homem é muito difícil também, mas eu acho que para a mulher é bem pior, justamente pela sociedade que a gente tem (...) hoje em dia a mulher está ganhando espaço no mercado de trabalho, está ganhando espaço na sociedade, ela está se equiparando ao homem, mas ainda não chegou lá, eu acho que não. Então, na obesidade também acontece a mesma coisa, ela é mais discriminada. Eu vejo isso muito, acho que é mais nítido. Resumindo, eu acho que a mulher em tudo, infelizmente ela ainda é mais discriminada. A mulher gorda, a mulher negra, a mulher mais velha, eu acho que ela é mais discriminada que o homem (...) (S4)

Segundo as considerações de Lazzetto e Sanford (2000), historicamente, todas as sociedades têm definido seus parâmetros de beleza, e a dignidade pessoal depende de manter uma aparência que satisfaça esses valores culturais. Assim, as mulheres gordas têm enfrentado a hostilidade e a discriminação cotidiana, sendo esse um dos motivos da preocupação excessiva com o peso. Para as autoras, o medo da obesidade faz com que as mulheres se mantenham preocupadas, roubando delas o orgulho, a energia, tornando-as incapazes de lutar por seu lugar no mundo.

A visão da complexidade das questões que envolvem a discussão da obesidade, trazida pelos profissionais entrevistados e, respaldadas por Lazzetto e Sanford, vem demonstrar amadurecimento nas reflexões, possibilitando acreditar em contribuições para as práticas educativas realizadas junto a usuários e usuárias dos serviços de saúde. O fato de se colocarem também, como sujeitos nesse contexto, analisando suas condições de mulheres e homens, frente às exigências sociais, permite acreditar na possibilidade de uma maior aproximação e identificação com as pessoas com as quais trabalham, ainda que outras diferenças imperem entre eles.

Embora, em princípio, tenha considerado a “ vaidade feminina ” como algo natural, um médico que havia se declarado “ gordo ”, desenvolveu seu discurso, enfatizando os

aspectos culturais relacionados à obesidade e destacando inclusive, a violência a que as mulheres são submetidas. Ressaltou ainda, o papel da mídia nesse processo:

(...) obesidade pra mulher é diferente do que para o homem (...) no nosso país impera a estética. Hoje está imperando muito a estética feminina. Passa o tempo todinho na televisão, bunda e peito, bunda, peito e barriga sarada (...) tem a psicose com a magreza também. Tem que ser magra até ser doente (...) a menina gordinha, ela tem uma série de complexos que o cara gordinho geralmente, não tem (...) Porque pro homem não se cobra tanto da obesidade, agora pra mulher cobra (...) o camarada tem a capacidade de chegar, o cara tá com maior barrigão, ele chega na mulher e fala assim ‘cê tem que fazer regime’ (...) isso agride a pessoa, isso agride muito (...) principalmente, a mulher porque a mulher é naturalmente mais vaidosa que o homem (...) querendo ou não, pode estar velha, pode estar na idade que for, que a mulher é mais vaidosa que o homem (...) a gente é criado pra mulher ser mais vaidosa que o homem. Então, esteticamente, a mulher não suporta a idéia de tá gorda enquanto que o cara não tá nem aí (...) (S18)

Uma técnica de enfermagem traz também o papel da mídia na construção social do corpo da mulher. Para ela, diante dos modelos de beleza e com o avançar da idade, a mulher, mais que o homem, tem necessidade de se cuidar:

(...) eu acho que predomina muito, a vaidade da mulher. Então ela procura se cuidar mais. Tanto que nós temos muitos pacientes jovens. Jovens que eu tô falando é assim, em torno de 20 anos e da idade adulta. E quando chega na idade dos seus 35, 40 anos, principalmente quando ela é casada, aí ela procura mais. Não sei se é insegurança, bate a insegurança. Porque a mídia mostra um biotipo de mulher magérrima; aquela é a mulher ideal, aquela é a bonita, e isso faz com que a mulher sinta mais do que o homem, essa necessidade de se cuidar (...) (S12)

Na análise de Paiewonsky (2000), as imagens corporais, saturadamente, exibidas pelos meios de comunicação, não correspondem à realidade social e nem à biologia do corpo da mulher, com suas formas reais e proporções naturais; o modelo “ideal” ignora a diversidade natural dos corpos, as raças, formas e idades. A autora continua em suas considerações, advertindo para o fato de mulheres de diversas idades estarem se submetendo a diferentes e inconseqüentes procedimentos, a fim de atender aos padrões de beleza socialmente estabelecidos e ressalta que, ao se sentirem “inadequadas”, podem ter a autoestima comprometida, provocando complicações físicas e emocionais, como distúrbios nutricionais e depressão.

A bulimia e a anorexia nervosa são distúrbios nutricionais associados à insatisfação com o corpo, alimentada no último século pela exposição contínua aos modelos

de beleza estampados nos jornais, revistas, programas de televisão e, até mesmo, em anúncios de medicamentos e cosméticos. Estudos brasileiros mostram que 2,4% das mulheres adultas e uma parcela oito vezes menor de homens desenvolvem bulimia ao longo da vida (RIBEIRO & ZORZETTO, 2004).

Essa discussão possibilita acreditar que a maior presença das mulheres nos grupos de educação em saúde, questão já referida pelos profissionais e, reafirmada na discussão da categoria “Obesidade”, talvez seja motivada não apenas pela preocupação com a saúde, mas, sobretudo, pela necessidade de obedecer às exigências sociais de beleza, como foi considerado por S12. Outros profissionais também opinaram a esse respeito, trazendo elementos que permitem identificar a busca das mulheres por soluções para o excesso de peso, muitas vezes, originado e/ou agravado por episódios de compulsão alimentar, também caracterizados como um transtorno ou distúrbio nutricional.

São nesse sentido as palavras de uma médica do PSF, ao declarar que, em função da cobrança social, as mulheres, quando se sentem gordas, tornam-se mais tristes, julgando-se mais feias e, muitas vezes, em função de questões psicológicas, somatizam ou agravam os possíveis problemas decorrentes do excesso de peso.

Em uma pesquisa realizada com pacientes em situação de obesidade grave, Matos e Zanella (2005) identificaram uma alta prevalência de transtorno da compulsão alimentar periódica e de episódios isolados de compulsão alimentar, bem como de sintomas de ansiedade, depressão e de grau elevado de preocupação com a imagem corporal.

Ao falar das dificuldades das mulheres no enfrentamento da obesidade, vários profissionais confirmaram a utilização de diferentes recursos para emagrecer e a procura dessas mulheres pelos serviços, até mesmo, antes de atingir um grande excesso de peso. Quanto aos homens, estes, geralmente procuram, quando a situação de saúde já se encontra grave. Segundo os entrevistados, são muitos os que buscam tratamento, mas é grande o índice de abandono.

A experiência profissional de longas datas tem nos mostrado uma realidade semelhante à apresentada pelos sujeitos deste estudo, destacando o atendimento a mulheres que são vítimas do efeito sanfona por uma vida toda, e apresentam dislipidemia, diabetes, hipertensão, problemas articulares, entre outros; são mulheres que não se conformam com as transformações no corpo, ao longo do tempo, e entram em depressão porque são rejeitadas dentro e fora de casa; são mulheres adolescentes que já se acham inadequadas diante das jovens modelos veiculadas pela mídia; são, até mesmo, mulheres crianças, cujas mães buscam, sobretudo, alternativas para que cresçam, atendendo aos padrões de beleza

socialmente estabelecidos. Em relação aos homens, também observamos a busca dos serviços, em geral, quando já acometidos de comorbidades.

Diante da realidade que se apresenta, seria possível afirmar que o fato das mulheres serem as mais cobradas desobrigaria os homens de cuidarem da aparência e da saúde, já que a sociedade e as mulheres aceitam-nos como são?

Buscando uma justificativa para as diferenças entre homens e mulheres relativas à procura pelos serviços, uma nutricionista falou dos horários de realização dos grupos, que favorecem as mulheres, pois a maioria não trabalha fora. Ao mesmo tempo, reconheceu que, até mesmo no atendimento ambulatorial, o qual possibilita mais opções de horário, a presença dos homens é menor.

Para uma enfermeira, coordenadora de um grupo de hipertensão, trabalhar fora traz dificuldades para o homem seguir as dietas, o que não ocorre com a maioria das mulheres de sua unidade.

Apesar de concordar com o fato das mulheres serem mais preocupadas com a estética e com a saúde e, por isso, procurar mais os serviços, outra enfermeira, de uma das unidades de maior porte, disse acreditar que a obesidade, em especial a mais grave, abala física e psicologicamente, da mesma forma, ambos os sexos, pois os homens não procuram o serviço só por conta dos problemas de saúde, mas também pela questão estética. “Eles também ficam com a auto-estima bem abalada”.

Estudos realizados na Universidade de São Paulo (USP), publicados em 2003, comprovaram que, embora a insatisfação com o corpo seja mais elevada entre os adolescentes e os jovens adultos, também é comum entre as pessoas mais maduras. Dos participantes, de 18 a 74 anos, entre homens e mulheres na mesma proporção, 80% se incomodavam com alguma parte do corpo, queixa esta, compartilhada por 57% dos homens (RIBEIRO & ZORZETTO, 2004).

Os dados da POF (IBGE, 2005), já comentados durante a discussão do “perfil dos usuários na percepção dos profissionais de saúde”, ao revelarem o significativo aumento da prevalência de excesso de peso na população masculina, possibilitam entender a importância dos serviços de saúde buscarem novas estratégias, que contemplem a perspectiva de gênero, no sentido de viabilizar a maior compreensão e participação dessa população nas ações educativas relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento.

Uma das nutricionistas trouxe informações importantes sobre a tendência da obesidade em mulheres e homens, muitas delas coincidentes com os dados mais recentes da POF/IBGE (2005). Referiu-se ainda, à influência das diferenças hormonais:

(...) a obesidade, ela é mais acentuada no sexo feminino, principalmente pra mulher que tem acima dos 40 anos, com nível de escolaridade baixa e um grau de cultura baixo (...) e as que não têm uma profissão, essas são mais obesas do que aquela mulher que trabalha fora, que tem a sua profissão e que têm um grau de escolaridade melhor. Agora o homem, é claro que o homem que tem esses níveis, eles são, eles estão melhor, mas é o homem, o sexo masculino que não tem estudo que tem menos, eles não estão tão obesos igual às mulheres. Eu acho que mais é porque também tem a influência hormonal. A testosterona masculina protege eles contra a obesidade, enquanto o estrógeno, ele também já acentua mais essas gorduras (...) (S2)

Uma médica do PSF, ao considerar “difíceis”, tanto a abordagem, quanto o tratamento e os resultados obtidos junto a qualquer paciente obeso, de ambos os sexos, revelou ter evidenciado sobrepeso na maioria das mulheres após os 40 anos:

(...) não tem nenhum estudo estatístico, mas, depois dos 40 anos a gente tem evidenciado que a maioria das mulheres, em relação à mesma quantidade de homem, ela adquire um sobrepeso. O sobrepeso aparece com mais facilidade depois dos 40, 50 anos. Então, normalmente as pessoas são mais gordinhas, as mulheres. Aqui da nossa unidade. (S19)

Tendo em vista os estudos realizados em 1974-1975, 1989 e 2002-2003, o IBGE (2005) avalia que a prevalência do excesso de peso em mulheres continua aumentando apenas na Região Nordeste e, de um modo geral, entre as famílias com rendimento mensal de até meio salário mínimo per capita, sendo que nas demais regiões e nas classes de maior renda, ocorre a estabilização ou declínio dessa prevalência. Quanto aos homens, prevalências acima de 50% foram encontradas nas famílias em que a renda mensal era superior a cinco salários mínimos per capita. Os dados também mostraram uma tendência da prevalência do excesso de peso aumentar com a idade, em ambos os sexos, como já foi comentado na análise do perfil dos usuários, revelando um excesso de peso mais freqüente nas mulheres, a partir dos 45 anos.

Ao compreender que a maior renda per capita pressupõe melhores oportunidades de estudo e formação, é possível acreditar que pessoas mais informadas tenham maiores condições de evitar o excesso de peso e a obesidade, o que pode ser observado nos dados do IBGE, relacionados à prevalência do excesso de peso nas mulheres. No entanto, o mesmo não foi observado na população masculina, o que talvez possa ser explicado através das discussões que prevaleceram nessa análise, reafirmando as pressões sociais a que são submetidas as mulheres, a fim de atender aos padrões de beleza estabelecidos.

5.4 INTERFACES

A categoria “interfaces” foi analisada a partir das idéias centrais que emergiram das percepções dos profissionais de saúde sobre a relação entre envelhecimento e obesidade.

A maioria dos entrevistados admitiu existir relação entre os dois fenômenos, e ressaltou a observação de um freqüente ganho ponderal no processo de envelhecimento, assim como seus fatores causais, complicações e intervenções necessárias.

Vários depoimentos atribuíram o aumento de peso a hábitos alimentares que predis põem uma dieta desequilibrada, tendo em vista mudanças naturais no metabolismo. Um médico do PSF faz essa analogia:

(...) à medida que você envelhece, cê diminui as suas necessidades de energia; diminui muito a necessidade de energia. Só que o seu hábito não muda; cê continua comendo do mesmo tanto. Se o camarada tem vinte anos e come uma serra de arroz, quando chega nos quarenta anos, ele come uma serra de arroz. E, à medida que não tem pra onde gastar, vai juntando, vai juntando (...) (S18)

Ao reafirmar uma menor necessidade calórica com o avançar da idade, uma nutricionista aponta também para os erros alimentares como um dos motivos de ganho de peso, associados ao sedentarismo:

(...) a medida em que nós vamos envelhecendo a tendência nossa é ficar obesa. É tanto que até para calcular uma dieta, a caloria é bem menor e a gente diminui ainda de dez a quinze por cento daquele valor calórico. Então a medida que vamos envelhecendo a tendência é engordar mesmo (...) a maioria dos idosos são obesos (...) a maioria fica sedentário, eles têm preguiça, acomodam porque estão idosos, aposentados (...) eles gastam menos caloria e ingere mais porque toda hora estão em casa, belisca uma coisa, belisca outra, enquanto se eles fossem pra rua e fizessem caminhada (...) (S2)

A respeito das necessidades energéticas em faixas etárias mais avançadas, Moriguti et al. (1998) salientam sua diminuição, especialmente, pela queda do metabolismo basal e da atividade física. Segundo eles, isso se dá, em função de alterações na composição corporal, com a diminuição da massa magra, em torno de 10% até os 60 anos, e aumentando com o avançar da idade.

Uma médica do PSF, apesar de concordar com as palavras de S18 e S2, respaldadas por Moriguti et al. (1998) afirmou não ver tanta relação entre a obesidade e o envelhecimento, ressaltando uma influência maior do fator emocional no excesso de peso:

(...) eu vejo mais fator emocional relacionado à obesidade do que o envelhecimento. Eu acho que não tem essa relação assim tão gritante não (...) claro, tem, fisicamente o metabolismo diminui, com menos caloria você ganha mais peso depois dos 30 anos e com o passar da idade você tem que se movimentar mais, comer menos para não engordar tanto, mas dizer que o envelhecimento causa obesidade, não acredito não (...) (S9)

Ainda que a obesidade esteja relacionada a aspectos emocionais, não se exclui a possibilidade de uma relação, não necessariamente causal, com o envelhecimento, tornando assim, oportuno trazer as percepções de profissionais que apontaram para a íntima associação entre essas três questões.

Na visão de uma das enfermeiras do PSF, mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, entre elas as de ordem emocional e hormonal, podem contribuir com o ganho de peso, em especial nas mulheres, em função de uma ingesta alimentar errada e exagerada.

Comentando também, sobre as transformações próprias do envelhecimento que predis põem ao ganho ponderal, uma psicóloga chamou atenção para a possibilidade das pessoas sofrerem depressão, por não estarem preparadas para envelhecer, destacando a situação da “dona de casa”:

(...) com o passar dos anos, no envelhecimento, a gente adquire uns quilos a mais em função do envelhecimento mesmo (...) a dona de casa viveu a vida toda em função dos filhos, de repente saíram de casa, o que ela tem mais pra fazer? Então, entra aquela questão aí, dela ficar parada, de não ter o que fazer, de entrar em depressão, e aí começa, às vezes até comer a mais (...) (S6)

Ao admitir uma diminuição da massa magra na mulher, e um aumento proporcional da gordura com o passar dos anos, Ribeiro (1996) alerta para uma situação em que esta se acha feia, desinteressante e se fecha em casa, ficando entregue a pensamentos depreciativos, adotando, muitas vezes, uma postura curva, cabisbaixa, respirando mal, impedindo que a vida flua. Na opinião da autora, a pessoa nessa circunstância compensa, muitas vezes, sua angústia, sua tristeza, alimentando-se excessivamente.

Ao trazer o ganho de peso como uma das dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de envelhecer, muitos dos sujeitos entrevistados resgataram, mais uma vez, a

discussão sobre a menopausa e sua relação com o envelhecimento e a obesidade, questões já analisadas no decorrer deste estudo. Essa persistente referência possibilita acreditar em uma grande presença nos serviços de saúde de mulheres nessa etapa da vida, demandando por uma atenção integral à saúde que contemple uma maior compreensão das subjetividades envolvidas.

O depoimento a seguir, traz a visão de uma médica sobre a realidade das mulheres que chegam à menopausa, na comunidade onde atua. Para ela, com o envelhecimento, o sobrepeso ocorre em ambos os sexos, mas o mais comum é a mulher ser mais gorda e se acomodar diante dessa situação:

(...) a maioria, principalmente mulheres, acham que aquele sobrepeso, aquela obesidade é normal pra idade dela (...) elas não se preocupam. Por exemplo, 'ah, eu cheguei aos 40 anos, criei meus filhos, tô na menopausa. É assim mesmo que vai ser, eu vou ser gordinha mesmo'. Então, não se preocupa. Continua alimentando da mesma maneira que alimentava aos 30 anos e vai. Obesidade, né? Diminuição da carga de exercícios. Então, eu acho que está relacionada com o envelhecimento (...) (S19)

Na opinião de uma enfermeira, o descuido com a dieta e com as atividades físicas, responsáveis pelo excesso de peso, acontece porque, com o envelhecimento, “passa a fase de vaidade”.

Greer (1994) acredita que as mulheres mais maduras devem rejeitar a banalização, por parte de outros, daquilo que são e fazem. Para a autora, sempre houve aquelas que se recusaram a permanecer, eternamente, jovens e concordaram em amadurecer, atravessando o climatério com relativa independência e dignidade.

Tendo em vista as informações já trazidas para análise, sobre a situação das mulheres frente às modificações físicas (e emocionais) ao longo de suas vidas, torna-se difícil acreditar que a realidade apresentada pela médica vai ao encontro das reflexões de Greer. Apesar da idéia de conformismo, também levantada, a percepção que se tem é de uma grande preocupação, sofrimento e limitações, em torno dessa questão, com a qual foi possível uma maior aproximação, pelas observações de consultas e reuniões educativas durante o trabalho de campo deste estudo.

Ainda que houvesse quem considerasse a possibilidade das pessoas obesas serem felizes e, não necessariamente envelhecerem pelas questões psicológicas da obesidade, grande parte dos depoimentos apontou para complicações decorrentes do envelhecimento, quando

associado ao excesso de peso, como pode ser observado nas palavras de uma nutricionista e uma psicóloga de unidades distintas:

(...) as pessoas acabam vivendo menos. Elas envelhecem, e com a obesidade, nesse envelhecimento, as pessoas acabam aproveitando muito menos, em relação à qualidade de vida (...) porque a obesidade vem associada a várias doenças. Acho que isso limita a qualidade de vida das pessoas (...) todo mundo, sendo obeso ou não, todo mundo envelhece, porém, é pior esse processo de envelhecimento; a obesidade piora o processo de envelhecimento porque ele acaba limitando as pessoas, então, nesse sentido, acho que tá totalmente relacionado (...) (S7)

(...) se eu pegar uma pessoa de 60 anos que não é obesa, ela tem uma saúde, assim, com as dificuldades que pode ter com 60 anos, mas uma saúde mais ou menos legal. Se eu pegar uma pessoa de 60 anos obesa ou que teve uma história de obesidade, a saúde dela é muito mais complicada. Isso é claro nas observações que eu faço, porque as pacientes que eu tenho no programa com 60, 65, se você vê o estado de saúde delas, é muito complicado (...) (S1)

Estudos demonstram que a obesidade tem valor preditivo para a ocorrência das doenças cardiovasculares, a longo prazo, principalmente nos indivíduos com idade inferior a 50 anos. Além disso, o ganho de peso na vida adulta aumenta o risco destas doenças em ambos os sexos, independente do peso inicial ou da presença de outros fatores de risco que possam ter surgido em decorrência deste ganho de peso (FARIA & ZANELLA, 2000).

Pode-se considerar que as declarações das referidas profissionais, reconhecendo o efeito comprometedor do excesso de peso em idades mais avançadas, vêm reafirmar a importância da ação educativa dos serviços de saúde junto às comunidades, antes da velhice já instalada, no sentido de investir em qualidade aos anos vividos.

Uma enfermeira ressalta as diversas dificuldades enfrentadas por pessoas que envelhecem obesas, ao se verem dependentes em função do peso e de patologias associadas. Ao mesmo tempo, fala da situação enfrentada pelos cuidadores:

Vou te falar a relação das dificuldades, entre o envelhecer e a obesidade. Paciente que envelhece obeso (...) é mais complicado lidar (...) porque o paciente começa a se tornar dependente dos outros (...) é mais difícil pra gente ajudar a movimentar, ajudar a fazer, ter sua higiene. Porque tem paciente idoso que você tem que dar o banho. Você imagina, você pegar esse paciente da cama e colocar na cadeira, empurrando, empurrando. Tudo mais complicado, além das complicações que surgem, em termos de patologia. (S15)

Ao compreender que passar pelo envelhecimento e conservar independência e autonomia, ainda que na presença de patologias, representa uma das principais maneiras de garantir qualidade de vida aos anos vividos, uma técnica de enfermagem falou de sua experiência pessoal, comentando sobre a reação de familiares:

(...) a relação que eu vejo é que você envelhecer, já vai ter o fator de envelhecer, ainda obesa, aí é triste. E você tem os fatores todos que você vem a preocupar com a sua saúde. Eu sempre vejo isso porque meus filhos, eles brincam muito comigo, falam: “mãe, a senhora tem que emagrecer porque se for pra mim pegar a senhora, eu num dou conta” (...) a gente sabe que certas patologias vão acompanhar a gente mesmo, a gente vai ter as limitações, e a gente tá ainda obeso, eu acho que piora muito. Sua locomoção, seu divertimento, seu passear, seu caminhar, o seu levantar, isso tudo é fator de preocupar sim. Se a gente envelhecer mais magra e, assim com o corpo melhor, fazendo atividades físicas, alimentação mais adequada, a qualidade de vida da gente vai se bem. (S12)

A esse respeito, Paschoal (1996a) é enfático ao afirmar que se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, as dificuldades serão mínimas para eles, sua família e a sociedade. Isso se denomina “compressão da morbidade”. Para ele, na velhice uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e independência consideradas bons indicadores de saúde, em particular, para a população mais velha.

Entendemos que investir na possibilidade de continuar exercendo as atividades sociais e da vida diária constitui-se em providência imprescindível no sentido de evitar a segregação, especialmente das pessoas mais velhas, com saúde comprometida, em função do excesso de peso e suas complicações no processo de envelhecimento. Sobre esse aspecto são as palavras da mesma psicóloga que já havia reconhecido a relação entre os dois fenômenos:

(...) como o estado de saúde deles fica mais precário porque tem uma história de obesidade, isso interfere na saúde, interfere na socialização, eles ficam mais segregados porque não têm condição de ir numa igreja, não dão conta de andar para ir numa igreja pra participar de alguma atividade comunitária. Então eles vão ficando muito segregados, muito dentro de casa (...) tem toda uma implicação aí, da qualidade de vida da pessoa obesa, que tem uma história de obesidade (...) quando a pessoa tá mais velhinha, com 60, 70 anos, mas são assim mais magras, eles têm uma saúde melhor, caminham, participam, vêm ao CAIS, participam dos programas, contam que vão às festas, aí cê percebe que a qualidade de vida é melhor(...) (S1)

Enfatizando a relação entre o peso excessivo e o envelhecimento, uma enfermeira do PSF traz, em sua experiência pessoal, uma situação real de isolamento. Para ela, essa é uma questão que faz “envelhecer mais”:

(...) meu pai já não quer ir a lugares muito públicos. Isso tá causando, quer dizer, a obesidade dele causou hérnia de disco e uma crise horrível no nervo ciático. Causou um problema circulatório muito sério devido a tamanha obesidade, do peso das pernas dele. Eu acho que isso tá fazendo ele envelhecer mais (...) se meu pai pegar osteoporose ele morre, com a obesidade dele (...) vai quebrar uma perna dele, aí é o começo do fim. Porque ele não anda, não cola (...) (S16)

Pellegrini e Junqueira (1996), alertando para a necessidade de se trabalhar no sentido de evitar a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo e a segregação social tão frequentes durante o processo de envelhecimento, consideram ser essa situação mais crítica, na presença de obesidade.

Ao compartilhar sentimentos a respeito da própria situação de obesidade, a referida técnica de enfermagem (S12) teve a oportunidade de refletir sobre sua realidade e expressar seus temores. A esse respeito, também tiveram espaço para reflexão, participantes de um grupo de obesidade com os quais nos foi possível trabalhar em recente estudo. Reconhecendo a relação entre o envelhecimento e a obesidade, esses participantes revelaram a busca incessante pelo emagrecimento, no intuito de garantir saúde, autonomia e independência no processo de envelhecer. Além do mais, apontaram para a estratégia de grupos como recurso importante no processo de educação em saúde rumo ao controle da obesidade e ao envelhecimento bem sucedido.

Por acreditar na possibilidade de passar pelo envelhecimento sem excesso de peso, uma das enfermeiras ressaltou a necessidade das pessoas buscarem alternativas para se manterem saudáveis ao longo da vida e na velhice quando já instalada. Cuidados com a alimentação e com as atividades físicas já foram aqui considerados como fundamentais. No entanto, importante se faz compreender o papel primordial dos serviços de saúde nesse processo, não somente pelas intervenções curativas, mas, sobretudo, a partir das ações educativas que devem permear todas as atividades desenvolvidas junto à população, em qualquer etapa da vida.

Tal questão foi ressaltada nas palavras dos entrevistados, ao reconhecerem as interfaces entre a obesidade e o envelhecimento e a responsabilidade do setor saúde nesse processo:

(...)eu acho que assim, que a obesidade assim, é questão de saúde pública, o envelhecimento, se o governo mesmo não começar a estar trabalhando isso, as pessoas vão viver, porém doentes. A pirâmide etária tá mudando, porém, as pessoas passam a viver mais tempo, porém mais doentes ainda. (S7)

(...)eu acho que tem a ver a obesidade com o processo de envelhecer sim, mas se você orientar as pessoas desde a infância pra bons hábitos, dificilmente a obesidade vai ter a ver com o envelhecimento. Aí, outras patologias vão ter a ver com o envelhecimento, mas não a obesidade (...) (S10)

A esse respeito, Buss (1999) adverte para a urgência dos serviços de saúde investirem, concretamente, em ações enfocadas no diagnóstico e na detecção precoce das doenças crônico-degenerativas, o que implica em maior qualificação dos serviços de atenção primária e das atividades de educação em saúde.

Na opinião de Veras (1996), uma abordagem preventiva pode se dar pela busca ativa e pela antecipação do surgimento de doenças. O autor continua em suas considerações afirmando que, embora os problemas das pessoas mais velhas nem sempre decorram do processo de envelhecimento, elas certamente têm o direito de recusar as medidas preventivas ou terapêuticas, se tiverem consciência dos objetivos da prevenção na velhice e se o pessoal da área de saúde for bem capacitado para atendê-las de modo a beneficiá-las.

Nesse sentido, reafirmamos a importância de se considerar sujeito das situações vivenciadas, as pessoas com as quais exercemos o papel de educadores e, muitas vezes, cuidadores, tendo em vista o respeito a seus direitos, valores e concepções como um elemento fundamental no processo educativo. Dessa forma, tratando-se, em particular, das ações relacionadas à obesidade e ao processo de envelhecimento, certamente, essas pessoas terão maior reconhecimento e melhores resultados, a partir, não apenas da estruturação dos serviços e capacitação das equipes, mas, sobretudo, da compreensão das interfaces entre esses dois fenômenos e do compromisso de cada profissional.

As palavras de duas enfermeiras trouxeram o impacto das reflexões aqui realizadas, revelando disponibilidade em rever concepções e práticas:

Acho que a sua pesquisa foi muito útil nesse ponto, pra mim. De estar, às vezes, abrindo uma porta nesse sentido, de descobrir essas correlações: obesidade e envelhecimento, hábitos masculinos e femininos de obesidade, impacto da obesidade em homens e mulheres no envelhecimento. São coisas que eu vou passar a observar mais e fazer correlação. Talvez daqui um ano quando a gente tiver oportunidade de conversar eu já tenha respostas pra essas questões, na minha observação diária. (S10)

(...) esse trabalho seu, fez foi mexer comigo, de ficar pensando assim. Eu nunca parei pra pensar tanto no envelhecimento da forma como você perguntou, até onde que eu trabalho com esse envelhecimento, e até onde a obesidade tá ligada a ele. Muito. Eu quero ler muito esse seu trabalho. (S16)

Concluídas a análise e a discussão dos resultados, serão apresentas a seguir, as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma mistura de sentimentos nos invade ao final deste trabalho: o contentamento pela concretização de um ideal e novas inquietações provocadas pelos resultados obtidos.

A vasta literatura pesquisada, assim como os dados coletados em campo, propiciaram não apenas aprofundar conhecimentos e uma grande aproximação com o objeto de estudo, mas também, ricas oportunidades de fazer profundas reflexões a respeito de nossas próprias concepções e práticas.

Ao direcionar os estudos da educação em saúde para as questões da obesidade e do processo de envelhecimento, a análise dos dados veio revelar uma realidade há muito encontrada em nossa trajetória como profissional de saúde pública, na qual as práticas educativas, apesar de consideradas importantes pelos sujeitos entrevistados, não se constituem em prioridade no contexto da assistência à saúde.

Entre os elementos que possibilitaram essa constatação destacam-se os diferentes graus de comprometimento com que as equipes multiprofissionais desenvolvem as ações educativas, seja em grupo ou individualmente, reafirmando um menor envolvimento da categoria médica, com algumas ressalvas para os que atuam no PSF.

Tornou-se evidente a predominante utilização de estratégias metodológicas que favorecem uma educação em saúde de caráter autoritário e disciplinador, apontando para o pouco preparo da maioria dos profissionais no desenvolvimento de ações educativas que visem, sobretudo, à promoção e ao fortalecimento dos sujeitos. Constatamos também que, independente das técnicas utilizadas, prevalece o enfoque preventivo, com ênfase na mudança de comportamento e estilo de vida.

Ainda que os atendimentos individuais fossem apontados como espaço de educação em saúde, percebemos uma grande demanda por consultas médicas que se resumem em procedimentos de caráter curativo, os quais, em sua maioria, seriam evitados na existência de uma prática educativa continuada. Esta realidade, encontrada também nas atividades do PSF, leva-nos a considerar imprescindível que as ações educativas sejam contempladas em todos os momentos junto à comunidade, no intuito de reduzir o “consultismo”, compreendido como a busca da população por medicamentos e exames, diante dos agravos já instalados. Dessa forma, acreditamos no fortalecimento dos atendimentos individuais e coletivos, ao constituírem-se em etapas do processo educativo, essenciais para a promoção da saúde.

Constatamos que dados de caracterização dos usuários, de provável importância no processo de educação em saúde, tais como raça/cor, escolaridade, situação conjugal e

familiar, entre outros são pouco valorizados pelos profissionais no desenvolvimento das práticas educativas.

No que tange às percepções e reações frente às questões do envelhecimento e da obesidade, foi possível uma maior aproximação não somente com expressões de dificuldades e temores, mas também, de interesse e preocupação, tendo em vista a presença marcante desses dois fenômenos nas vidas pessoais dos profissionais e no cotidiano das unidades de saúde.

Ao interpretarem o envelhecimento como um processo, várias pessoas admitiram a possibilidade de trabalhar suas questões com públicos diversos e não somente com usuários dos grupos de hipertensão, diabetes, obesidade e idosos. No entanto, evidenciamos na percepção de grande parte dos sujeitos entrevistados que o envelhecimento pressupõe a velhice propriamente dita e as atividades oferecidas pelos serviços, a ele relacionadas, limitam-se apenas às realizadas junto à população idosa.

Considerada uma doença multicausal e um fator de risco para as enfermidades crônico-degenerativas, a obesidade foi reafirmada como um grave problema de saúde pública, e as práticas educativas a ela relacionadas, compreendidas como um grande desafio para os profissionais e serviços.

Apesar de revelarem um maior cuidado das mulheres com a saúde, em comparação aos homens, os dados analisados confirmaram que, em se tratando da obesidade e do envelhecimento, a questão estética constitui-se no principal motivo de sua preocupação e busca pelos serviços. Ficou evidenciada, a partir dos discursos analisados, uma grande demanda, em especial, das mulheres em situações mais graves, por medicamentos e, muitas vezes, pela cirurgia bariátrica, considerada a forma mais contundente de combate à obesidade pelos riscos que oferece e pelas dificuldades do pós-operatório, que requer assistência interdisciplinar a longo prazo.

Com raras exceções, ainda que os profissionais não se posicionassem a favor de um emagrecimento rápido, foi constatada uma prática medicamentosa no tratamento da obesidade, assim como o encaminhamento para cirurgia bariátrica dos casos considerados mais graves e que não respondem somente a dietas, exercícios físicos e medicamentos, embora houvesse o discurso de um investimento prévio em educação em saúde centrado na mudança do estilo de vida. A ação medicamentosa no combate à obesidade apresentou-se, com frequência, associada à medicalização das comorbidades, como diabetes e hipertensão.

A relação entre a obesidade e o envelhecimento foi estabelecida pelos profissionais, frente à possibilidade de se adquirir excesso de peso e suas possíveis

conseqüências durante o processo de envelhecer, culminando, muitas vezes, com o sedentarismo e acomodação em relação à dieta. Percebida como uma etapa da vida que favorece o ganho ponderal considerado natural no processo de envelhecer, a menopausa foi destacada nos significados atribuídos à obesidade e ao envelhecimento, assim como nas percepções sobre as interfaces entre esses dois fenômenos.

Os dados relativos ao envelhecimento e à obesidade, analisados em uma perspectiva de gênero, possibilitaram o contato com importantes reflexões a respeito da construção social do corpo jovem e magro. No entanto, percebemos que essa questão, praticamente, foi desconsiderada no contexto das atividades educativas observadas, pressupondo uma prática que reforça a naturalização dos aspectos culturais que envolvem a obesidade e o envelhecimento.

Tendo em vista essas considerações, torna-se possível concluir que os objetivos do presente estudo foram alcançados e os nossos pressupostos confirmados, a partir da análise das informações fornecidas pelos profissionais entrevistados e pelas observações de campo, uma vez que trouxeram os significados de educação em saúde, envelhecimento e obesidade, a relação existente entre esses fenômenos e a perspectiva de gênero, além de particularidades sobre os participantes das atividades educativas e das estratégias utilizadas no seu desenvolvimento.

Diante dos resultados apresentados, permitimo-nos e entendemos ser de fundamental importância traçar algumas recomendações no sentido de contribuir para as iniciativas de avaliação e implementação das ações educativas na rede pública de saúde.

Por acreditar que as dificuldades enfrentadas pelas diferentes categorias profissionais na prática educativa podem revelar lacunas na formação acadêmica que a educação continuada ainda não conseguiu preencher, é fundamental que a abordagem da educação em saúde seja contemplada no currículo dos cursos da área de saúde, de maneira a proporcionar não somente conhecimentos teóricos, mas também metodológicos, considerando o indivíduo como sujeito e como um ser integral, em uma perspectiva de gênero.

No que diz respeito aos serviços, ainda que disponibilizem equipe multiprofissional, é possível afirmar não ser o bastante para se alcançar resultados positivos, sem que as diversas categorias comunguem dos mesmos objetivos, tenham compromisso com a comunidade e entendam a importância da interdisciplinaridade no processo educativo. A compreensão e valorização do papel de cada um são fatores imprescindíveis rumo à ação integrada, visando, em primeira instância, ao fortalecimento dos grupos com os quais se pretende trabalhar.

A prevenção dos agravos e a conquista de uma melhor qualidade de vida fazem parte de um processo que envolve diversos atores, além dos usuários dos serviços e os profissionais de saúde, e está vinculado à redução das desigualdades sociais e econômicas. Esse entendimento é essencial para que as práticas educativas não se baseiem em delegar responsabilidades à população, mas, sobretudo, em propiciar espaços de troca e reflexão, o que vem favorecer a participação das pessoas no processo de construção de conhecimentos sobre sua saúde e de sua comunidade, de forma que se sintam responsáveis e unam esforços para realizar as transformações desejadas.

Ao considerarmos que não basta a utilização de técnicas que preconizem a participação das pessoas como sujeitos, é fundamental promover a capacitação das equipes de saúde de maneira a propiciar a compreensão do significado da categoria gênero e da importância de sua incorporação nas práticas educativas que se dizem emancipatórias.

Tendo em vista a abordagem medicamentosa e, muitas vezes, cirúrgica, do paciente obeso, constatada na análise dos dados, consideramos uma necessidade premente que os gestores responsáveis invistam na capacitação dos profissionais e estabeleçam normas técnicas eficazes de avaliação, a fim de evitar uma medicalização abusiva, diante dos prejuízos de ordem física e emocional acarretados, especialmente em se tratando das mulheres. É, portanto, fundamental que as equipes de saúde não se utilizem de posturas e procedimentos iatrogênicos no tratamento do excesso de peso, e tenham uma visão crítica dessa prática, no intuito de não contribuir para que a obesidade se constitua cada vez mais em um sério problema de saúde pública.

Dessa forma, torna-se essencial que os serviços de saúde façam valer o princípio da integralidade na assistência à saúde, de maneira que a abordagem da obesidade e das questões do envelhecimento não aconteça isoladamente, mas sim, contemplando ações educativas que possibilitem não apenas a prevenção do excesso de peso e seus agravos, mas, sobretudo, o fortalecimento e autonomia, em particular, das mulheres, para as questões referentes a sua saúde e sua vida. Compreender a obesidade e o envelhecimento num contexto de assistência integral à saúde e nele reconhecer o papel fundamental das práticas educativas são passos importantes rumo ao redimensionamento da atuação profissional.

As questões aqui apresentadas são fruto do olhar que destinamos ao presente estudo e das inquietações que essa trajetória nos proporcionou, como mulher e profissional de saúde.

Se os temas estudados já eram, em princípio, por nós considerados essenciais na atenção integral à saúde, hoje, já não conseguimos imaginar um sistema de saúde que não os

contemple em suas prioridades. É nossa expectativa, portanto, que este trabalho venha não somente, contribuir para subsidiar processos avaliativos entre gestores e profissionais de saúde, mas, sobretudo, incentivar novas investigações, a partir de outros olhares.

Precisamos investir em novos momentos para as práticas educativas no contexto da obesidade e do envelhecimento na rede pública de saúde. A disponibilidade de reflexão demonstrada pelos sujeitos deste estudo leva-nos a acreditar que isso é possível.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Rubens de C. F. et al. Quesito de cor no sistema de informação em saúde. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.18, n.50, p. 119-123, 2004.
- ALBARRACÍN, Daniel Gonzalo Eslava. El dibujo como herramienta para la educación en salud. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.4, n.1, p. 3-11, 2002.
- ALFIERI, Roberto Guimarães. Reabilitação cardiorespiratória. In: PAPALETTO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 32.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho**. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>>. Acesso em: Out. 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE. **A fisiologia do envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/acsm8.htm>>. Acesso em: 9 abr. 2005.
- ANARUMA, Silvia Maria. **Encontro com o corpo: um programa de intervenção psicológica para o atendimento de pessoas com excesso de peso**. 1995. (Tese) - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1995.
- ANDALÓ, Carmen Silvia de Arruda. O papel de coordenador de grupo. **Rev. Psicologia USP**. São Paulo, v.12, n.1, 2001.
- ANDERSON, Drew A.; WADDEN, Thomas A. Tratando o paciente obeso: sugestões para a prática de atendimento primário. **JAMA-Brasil**, Rio de Janeiro, v.4, n.5, p.3172-3187, jun.2000.
- ARROYO, Miguel. **As bases da educação popular em saúde**. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/Arroyo.html>>. Acesso em: 17 jul. 2004.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Pesquisa revela estatísticas da cirurgia plástica brasileira**. Disponível em: <http://www.amb.org.br/inst_noticias_amb_template.php>. Acesso em: mar. 2005.
- ÁVILA, Adriana Lúcia Van-Erven. Atuação ambulatorial do nutricionista no Grupo Informativo sobre obesidade. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo, v.4, n.3, p. 1-5, maio/jun.1994. Suplemento A.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.181-191, 2003. Suplemento 1.
- BATISTA, Luis Eduardo. et al. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.5, p.630-636, 2004.

BEAVOIR, Simone de. **A Velhice**: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ, Elza. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: uma agenda para o final do século, 1, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília, 1996. p. 16-34.

BÓGUS, Cláudia Maria; IANNI, Áurea Maria Zöllner. Boneca Gertrudes: identidade feminina e práticas educativas em saúde. **Interface**, v. 4, p. 93-132, fev. 1999.

BOOG, Maria Cristina Faber. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, 1999. Suplemento 2.

_____. et al. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: “comer... o fruto ou o produto”. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.16, n.3, p.281-293, jul./set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do multiplicador**: adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Técnicas de ensino-aprendizagem aplicadas à educação em saúde**. Goiânia: Kelps, 1999.

BRASIL. Sistema Nações Unidas. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Brasília, dez.2001. 11p.

BRITO, Francisco Carlos de; RAMOS, Luiz Roberto. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPELÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.35.

BURINI, Roberto Carlos. Estilo de vida saudável: a fórmula para a longevidade sem morbidade. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo, v.8, n.44, p.20-23, set./out. 2000.

BURTON, Benjamin. Nutrição geriátrica. In: _____. **Nutrição Humana**. São Paulo: Macgraw-Hill, 1979. cap. 19.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, p.177-185, 1999. Suplemento 2.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1.

CABREIRA, Marcos. Abordagem da obesidade em pacientes idosos. In: FILHO, Jacob. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p.83-92.

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

CARELLI, Gabriela. Como ser jovem por mais tempo. **Veja**. São Paulo, 1708. ed., v.34, n.27, jul.2001.

CARNEIRO, João Régis Ivar. **O vírus da obesidade**. Disponível em: <<http://www.ufba.br/~neim/linha2.html-6k>>. Acesso em: out. 2001.

CARNELOSSO, Maria Lúcia, et al. Enfermidades não transmissíveis na atenção básica: novo desafio para o PSF. In: FERNANDES, Afra Suassuma; PALCIN, Juan A.Seclen (Orgs.). **Experiências e Desafios na Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2004. cap. 6.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 5.

CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de et al. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.719-726, maio/jun. 2004.

CARVALHO, Fátima. No Brasil, a insegurança alimentar tem duas faces: uma é a desnutrição, a outra é a obesidade. **Em Questão**. Brasília, n. 12, 18 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/emquestao/ent12.htm>>. Acesso em: 9 abr. 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n. 4, jul./ago. 2004.

CASTRO, José Manoel. Alternativas para a formação de jovens e adultos. **Rev. Um Dia Um Tema**. Disponível em: <http://www.deb.min-edu.pt/fichdown/recorrente/cadernos-formação/Um_dia_um_tema.1995b.pdf>. Acesso em: jul. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.7, n.2, 2002.

CEZAR, Cláudia. **O tratamento da obesidade estruturado em terapêutica multiprofissional**. Disponível em: <<http://www.moreirajr.com.br/pediatriamoderna/ped500/pediatria.html>>. Acesso em: 30 set.2000.

CHOR, Dóra. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v. 71, n. 5, p. 653-660, 1998.

CONSENSO LATINO AMERICANO SOBRE OBESIDADE. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/downloads.htm>>. Acesso em: out. 2004.

CORRÊA, Sonia. **Gênero**: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas. Recife: SOS Corpo, 1994. p. 5-18.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: _____. et al. **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: UnB, 2000.

COSTA, Kemle Semerene; MORAIS, Regina Rodrigues de (coord). **Atenção integral à saúde da mulher – quo vadis?** Goiânia: Grupo Transas do Corpo/NESP/UnB, 2001. (estudo de caso- Goiânia).

COSTA, Kemle Semerene. **Envelhecimento e Obesidade**: o grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. 2002. 80f. Monografia (especialização) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

COSTA, Nilce da Silva Campos. **A formação do nutricionista**: educação e contradição. Goiânia: Ed. UFG, 2000. 151p.

COSTA, Valeska de; FAGUNDES, Regina Lúcia Martins. Perfil antropométrico em usuários de restaurantes de refeições coletivas. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.8, n.44, p.31-34, set./out. 2000.

COUTINHO, Walmir. Obesidade: conceito e classificação. In: NUNES, Maria Angélica Antunes, et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. cap. 20.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pequisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 3.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.780-788, mai./jun. 2004.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____.; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2.

DEBERT, Guita Grin. Apresentação. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.13, 1999. p.7-10.

_____. Pressupostos da reflexão antropológica da velhice. In: _____. (Org.). **Antropologia e velhice**. 2. ed. Campinas, n.13, p.7-27, jan. 1998. (Textos Didáticos).

DI PIERRO, Maria Clara. et al. Visões da educação de jovens e adultos no Brasil. **Cadernos CEDES**, v.21, n.55, p. 58-76, nov. 2001.

DIAZ, Rosana Burguez. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 21.

DOBROW, Llyse J. et al. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, n.24, p.63-67, 2002. suplemento 3.

DOMITH, José Mauro; MACIEL, Leandro Goulart. Abordagem da obesidade na atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v.2, n.6, jul./nov. 2000. p. 48-52.

DUARTE, Ana Lúcia Neves; NASCIMENTO, Maria de Lourdes. Condutas médicas. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 24.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 20.

ENVEJECIMIENTO y salud: un cambio de paradigma. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Santiago, v.7, n.1, p.60-67, 2000.

FANDINO, Julia. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 26, n. 1, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 18 out. 2004.

FARIA, Alessandra Nunes; ZANELA, Maria Teresa. Obesidade: condição prejudicial à saúde. **Rev. Bras. Nut. Clín.** n.15, p.276-281, 2000.

FARIA, Nalu; NOBRE, Miriam. **Gênero e desigualdade**. São Paulo: SOF, 1997. 52p. (Cadernos Sempreviva).

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.6, n.2, p.405-416, 2001.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: DEBERT, Guita Grin (Org.). **Antropologia e velhice**. 2. ed. Campinas, n.13, p.45-64, jan. 1998. (Textos Didáticos).

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. O envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.23, n.4, p. 197-203, jul./ago. 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FISCMANN, Janice B. Como agem os grupos operativos?. In: ZIMERMAN, David; OSÓRIO, Luiz Carlos (Org.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.95-100.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980. 102p.

_____. **Educação e mudança**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. (O Mundo Hoje, 21).

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-168, jan./jun. 1997.

_____. **Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro**. Disponível em: <<http://www.anesm.net/smental/gastaldo.html>>. Acesso em: jun. 2004. .

GATTO, Izilda de Barros. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 11.

GIFFIN, Karen. Estudos de gênero e saúde coletiva. **Saúde em debate**, n.46, p. 29-33, mar.1995.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, p.103-112, 2002. Suplemento.

GOIÂNIA. Prefeitura de Goiânia. **Implementação da rede de atenção a saúde dos idosos e idosas residentes no município de Goiânia**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

GOIÂNIA. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde - gestão 2001-2004**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.8, n.3, p.825-829, 2003.

_____. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002. cap.4

GÓMEZ, Adriana. Menopausia: celebremos el cambio! **Revista de la red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe**. Santiago, v.1, jan./mar. 1993.

GONZÁLEZ, E.; TOVAR, L. “Educación continua y a distancia para el area de la salud”. Propuesta para la Universidad Central de Venezuela. **Revista de la Facultad de Medicina**. Caracas, v.24, n.1, mar. 2001.

GORE, Jennifer M. Foucault e educação: fascinantes desafios. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1999. cap. 1.

- GREER, Germaine. **Mulher**: maternidade e mudança. São Paulo: Augustus, 1994.
- GUZMÁN, Carmen. Cirurgías estéticas em Puerto Rico. **Revista Mujer Salud**, p. 50-54, abr./jun. 2000.
- HALPERN, Alfredo; MANCINI, Márcio C. Obesidade na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 58, p. 205-213, dez. 2001. Edição especial.
- HAMILTON, David. O revivescimento da aprendizagem? **Educação & Sociedade**. Campinas, ano 23, n.78, p. 187-198, abr. 2002.
- HECK, Rita Maria; LANGDON, Esther Jean Matteson. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 129-151.
- HELMAN, Cecil G. Relação médico-paciente. In: _____. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap. 5.
- IBGE. **Pesquisa de orçamento familiar 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jan. 2005.
- INFANTE, Isabel. Educação e capacitação permanente. In: RIBEIRO, Vera Masagão (Org.). **Letramento no Brasil**: reflexões a partir do INAF 2000. São Paulo: Global, 2003. p. 115-121.
- JORDÃO NETTO, Antônio. Universidade aberta para a maturidade: avaliação crítica de uma avançada proposta educacional e social. In: KACHAR, Vitória (Org.). **Longevidade**: um novo desafio para a educação. São Paulo: Cortez, 2001. p. 45-61
- KAC, Gilberto, et al. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.screrosp.org>>. Acesso em: 11 jul. 2001.
- KILSZTAJN, Samuel, et. al. **Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população**. Disponível em: <<http://www.adep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: jul. 2004.
- L'ABBATE, Solange. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, p.15-27, 1999. Suplemento 2. .
- LAZZETTO, Demetria; SANFORD, Wendy. Imagen corporal. In: _____. **Nuestros corpos, nuestras vidas**: la guía definitiva para la salud de la mujer latina. Nova York: The Boston Women's Health Book Collective, 2000. p.107-131.
- LEVY, Flávia Mauad. et al. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan./fev. 2004.

LEVY, Sylvain Nahum. et. al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.html>>. Acesso em: 20 nov. 2000.

LIMA, Mariúza Pellosso. Reformas paradigmáticas na velhice do século XXI. In: KACHAR, Vitória (Org.). **Longevidade: um desafio para a educação.** São Paulo: Cortez, 2001. p. 15-26.

LIMA, Roberto Teixeira. et al. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.13, n. 1, p. 29-36, jan./abr. 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

LOPES, Maria Júlia Marques; SILVA, João Luís Almeida da. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 1-9, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 12 out. 2004.

LOURO, Guacira Lopes. A emergência do gênero. In:_____. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MABILDE, Luiz Carlos. Velhice normal. **Rev. AMRIGS.** Porto Alegre, v.29, n.2, p.130-135, abr./jun. 1985.

MANCINI, Márcio. Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista ABESO.** Ano III, n. 11, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 15 abr.2005.

MARTINS, Cristina; ABREU, Simone Sacki. **Pirâmide de alimentos: manual do educador.** Curitiba: Nutroclínica, 1997.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Aulas vivas: tese (e prática) de livre docência.** 2. ed. São Paulo: Summus, 1992.

MATOS, Maria Isabel R.; ZANELLA, Maria Teresa. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista ABESO.** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/revista/revista9/alteracoes.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2005.

MAUÈS, Antonio G. Moreira; SIMÕES, Sandro A. de Souza. Direito público sanitário constitucional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de extensão em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MEDEIROS JR, Antônio, et. al. Contribuições de uma disciplina inovadora na formação de profissionais de saúde: um estudo de representações sociais. In: JORNADA INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS e CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 3, set. 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003.

MEDEIROS, Marcelo. **Olhando a rua pelo mundo da lua:** representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-25022003-082739/publico/00-Pre-Textual.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2005.

MENDONÇA, Eliana Azeredo Pereira de. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.9, n.1, p.155-165, 2004.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar; COSTA, Ana Maria. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. In: COSTA, Ana Maria. et. al. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: UnB, 2000. p.19-34.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, p.85-92, 1999. Suplemento 2.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: _____. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Coleção Antropologia & Saúde). p.11-24.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 653-656, dez. 1999.

MONTEIRO, Carlos Augusto, et. al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: _____. **Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. cap. 14.

MORIGUTI, Júlio César. et al. Nutrição no idoso. In: OLIVEIRA, J. E. Dutra de; MARCHINI, J. Sérgio (Orgs.). **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998. cap. 14.

MOTTA, Alda Brito da. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 13, p. 191-221, 1999.

MOTTA, Alda Brito da. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. (Coleção Antropologia e Saúde). p.37-49.

MOTTA, José Inácio Jardim. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Rev. Olho Mágico**, v. 8, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico>>. Acesso em: maio 2004.

MUNARI, Denize Bouttelet; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

NAJAS, Myrian Spinola; SACHS, Anita. Avaliação nutricional do idoso. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 22.

NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. Disponível em: <http://www.unicamp.br/anuario/2001/FE/DEPE/DEPE_0013.html>. Acesso em: 10 abr. 2005.

_____. O desenvolvimento integral do homem. **A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, v.6, n.10, P.5-15, jul. 1995.

NICOLA, Ivalina Porto. Formação de recursos humanos para uma ação educativa gerontológica. **Rev. Gerontologia**, v.7, n.4, p.178-191, 1999.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 175-182.

_____. **Atenção integral ou saúde reprodutiva: interpretando as políticas de saúde da mulher**. [2000?]. (recebido por e-mail).

NORONHA, Ana Beatriz de. et al. Formação profissional em saúde. **Radis: Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 3, p. 11-16, out. 2002.

NUTRIÇÃO e envelhecimento: como garantir qualidade de vida daqueles que envelhecem? **Nutrição em Pauta**. São Paulo, v.8, n.44, p.13-18, set./out. 2000.

NUTRIÇÃO EM PAUTA. São Paulo: Núcleo Consultoria, v.7, n.37, jul/ago. 1999.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Concepções e modalidades de educação continuada. In: _____. **Educação continuada e a prática pedagógica da enfermagem: o caso do HBDF**. Brasília: UnB, 1995. (dissertação de mestrado). p.49-63.

OLIVEIRA, Mônica Maria Montenegro; TROCCOLI, Bartholomeu Torres. Saber envelhecer. **Principia**. Paraíba, v.4, n.8, set. 2000. p. 1-7.

PAIEWONSKY, Denise. La industria de la belleza y la salud de la mujer. **Revista Mujer Salud**. Santiago, p. 42-49, abr./jun.2000.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-174.

PAIVA, Vilma Maria Barreto. Fundamentos psicopedagógicos para uma ação educativa em gerontologia social. **A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, v.10, n.18, p. 39-44, dez. 1999.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Metodologia científica em gerontologia. In: _____. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 46.

PAPALÉO NETTO, Matheus; BORGONOV, Nelson. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap.4.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 1

PARRA-CABRERA, et. al. **Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/cgi-bin/fbt>>. Acesso em: 17 set. 2000.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 28. .

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 3

PEIXOTO, Maria do Rosário Gondim. **Estudo de índices antropométricos na população adulta de Goiânia**. São Paulo, 2004. (Tese- Faculdade de Saúde Pública/USP).

PELLEGRINI, Virgínia Maria Cristina; JUNQUEIRA, Virginia. Trajetórias das políticas de saúde: a saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 33.

PEREIRA, Adriana L. de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.5, set./out. p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, Frances A. Ieles; CERVATO, Ana Maria. Recomendações nutricionais In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 23.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. et al. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.24, n.1, p.39-44. jan./fev. 2000.

PEREIRA, João Santos; PEREIRA, Adriana L. Figueiredo. Envelhecimento: um desafio multidisciplinar. **Neurobol**. Recife, v.61, n.1, p.9-16, jan./mar.1998.

PINTO, Luiz Fernando. Aspectos Psicológicos da obesidade. **Boletim da SBEM REG.** Bahia/Sergipe, jan./mar.1999. p. 49-55.

POLANCZYK, et. al. Obesidade: prevalência, correlação com doenças crônicas e grau de conscientização do problema. **Rev. AMRIGS**. Porto Alegre, v.2, p.87-91, abr./jun. 1990.

PONTE, José Ribeiro. Aspectos psicanalíticos do envelhecimento normal. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 12.

PONTES, Lourdes Maria Barbalho. Porque reeducar em grupo? **Jornal Conselho Federal Nutricionistas**. Brasília, v.2, n.6, p.7, abr. 2000.

PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana. **Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero**. 2. ed. Recife: SOS Corpo, 1999.

RADIS: Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 6, jan./fev. 2003.

REVISTA MUJER SALUD. Santiago: RSMLAC, n.2, 2000. 92p.

RIBEIRO, Alda. Sexualidade na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 13.

RIBEIRO, Edilza Maria et al. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, Eliana C. de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. **Saúde para Debate**. Londrina, n.12, jul.1996. p. 39-44.

RIBEIRO, Marili; ZORZETTO, Ricardo. O avesso de Narciso. **Ciência e Tecnologia no Brasil**. São Paulo, n.103, p.34-39, set. 2004.

RIBEIRO, Vera Masagão. A formação de educadores e a constituição da educação de jovens e adultos como campo pedagógico. **Educação & Sociedade**. Campinas, v.20, n.68, p. 184-201, dez. 1999.

RIOS, Rebecca de los; GÓMEZ, Elza. **A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo**. Havana: OPAS, 1991.

RIZZO, Raquel. **Aprendizes adultos, sujeitos multireferenciais nos serviços de saúde**. Curitiba: UFRGS, 2002.

RODRIGUES, Nara Costa. A educação na terceira idade. In: SCHONS, Carmen Regina; PALMA, Lucia Terezinha Saccomori (Orgs.). **Conversando com Nara Rodrigues sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: Universidade Federal de Passo Fundo, 2000, p. 159-164.

_____. Situação social do velho em diferentes épocas e sociedades. In: SCHONS, Carmen Regina; PALMA, Lucia Terezinha Saccomori (Orgs.). **Conversando com Nara Rodrigues sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: Universidade Federal de Passo Fundo, 2000, p. 83-103.

ROLAND, Deborah A.. Nutrição na fase adulta e na velhice. In: KRAUSE, Marie V.; MAHAN, L. Kathleen. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 7. ed. São Paulo: Rocca, 1991. cap. 16.

ROSSO, Claci F. W.; COLLET, Neusa. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 1, n.1, out/dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 out. 2003.

RYFER, Valter. **Por que a obesidade pode acelerar o envelhecimento e piorar a qualidade de vida?** Disponível em: <<http://www.longevidade.com/texto10.html>>. Acesso em: jun. 2000.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Educação, trabalho e formação profissional em saúde**. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/temas/edc_trab_form_prof_em_saude.2.html>. Acesso em: jul. 2004.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Míriam. Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D., et al. (Orgs.). **AIDS Pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 90-97.

_____. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, 1999. Suplemento 2.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1991.

SILVA, Denise Oliveira. **O fiel da balança na história do corpo obeso em mulheres de baixa renda**. Rio de Janeiro, dez. 1997. (Dissertação).

SOUZA, Alicia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.6, n.1, p.87-96, 2001.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3, p.515-523, set./dez. 2003.

SPINK, Mary Jane P. A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In: _____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. p. 132-140.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.15-26.

TANAKA, Oswaldo Y., et. al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.3, p.219-229, 1999.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface**, v. 7, n.13, p. 163-166, ago. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. Tipos de estudo. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 109-115.

TURANO, Wilma; ALMEIDA, Célia Cunha Cordeiro de. Educação nutricional. In: GOUVEIA, Enilda L. Cruz. **Nutrição, saúde e comunidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. cap. 3.

TURANO, Wilma; ALMEIDA, Célia Cunha Cordeiro de. A didática na educação nutricional. In: GOUVEIA, Enilda L. Cruz. **Nutrição, saúde e comunidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. cap. 4.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Economia e Administração. Departamento de Administração. **Andragogia: uma nova abordagem para a educação de adultos**. São Paulo: USP, [198-].

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 7-14, 1999. Suplemento 2.

VALENTE, José Aramando. Aprendizagem continuada ao longo da vida: o exemplo da terceira idade. In: KACHAR, Vitória (Org.) **Longevidade: um novo desafio para a educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p.27-44.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface**, p. 121-126, fev. 2001.

VERAS, Renato P. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALEO NETTO, Matheus (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.34.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, maio/jun. 2003.

ZACHÉ, Juliane. et al. Medidas Extremas. **Isto É**, n.1621, p.116-121, 25 out. 2000.

ZIMERMAN, David E. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 7.

_____. Fundamentos técnicos. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 2.

ZIMERMAN, Guite I. Grupos com idosos. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 30.

ZIMMER, Lauro Ribas. O ensino da nutrição no Brasil. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 11, n.60, p. 6-16, maio/ jun. 2003.

ZUKERFELD, Rubén. Grupos com portadores de transtornos alimentares. In: ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap.19.

ANEXOS

I Instrumento de Coleta de Dados (Roteiro de Entrevista)

II Parecer Consubstanciado – CoEP/UFG

III Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

IV Termo de Consentimento Livre e Esclarecido