

Importância da Educação em Saúde na Terceira Idade

Importance of Health Education for the Elderly

Amanda de Fáveri Pitz^{a*}; Hugo Leonardo Pereira Matsuchita^{bc}

^aUniversidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Patologia Experimental, PR, Brasil

^bNorthwestern Theological Seminary, Pós-Doutorado, Estados Unidos

^cUniversidade Estadual de Londrina, PR, Brasil

*E-mail: amandapitz@hotmail.com

Resumo

O envelhecimento é um processo gradativo e progressivo inerente a todos os indivíduos. Atualmente, vários países vêm passando por uma fase de transição no quesito etário. É possível observar que a população desses países está envelhecendo, e alguns fatores culminam para este quadro, bem como a melhora da qualidade de vida e consequente aumento da expectativa média de vida; baixa taxa de natalidade; entre outros aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de cada região. O Brasil tem passado por esta transição também, logo, faz-se necessário uma adaptação das políticas públicas de saúde para este novo perfil de indivíduos. Em vista disso, este trabalho teve como objetivo geral elucidar sobre a influência da Educação em Saúde na Saúde do Idoso. Pode-se verificar que a Educação em Saúde é uma ferramenta valiosa para que se possa melhorar a qualidade de vida dos idosos, pois quando há uma troca de conhecimento entre o profissional da saúde e o paciente, este tende a estar mais incentivado e instigado a se responsabilizar pela melhor qualidade de vida individual e coletiva. Conclui-se, portanto, que a Educação em Saúde na Saúde do Idoso está intimamente relacionada com o autocuidado, que é fundamental para manter o processo do envelhecimento mais natural e saudável.

Palavras-chave: Idosos. Saúde Pública. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Aging is a gradual and progressive process inherent in all individuals. Many countries have undergone a transitional phase in the age aspect. Population is aging, and some factors culminate to this framework, as well as improving quality of life and increase in average life expectancy; low birth rate; among other social, economic, political and cultural aspects of each region. Brazil has also gone through this transition, so an adaptation of public health politics is required for this new profile of individuals. The main objective of this study was to elucidate the influence of Health Education in the Elderly. Health education is a valuable tool to improve the quality of elderly life, because when the health professional and the patient changes knowledge, the patient is more encouraged and instigated be responsible for better the quality of life. Therefore, it is concluded that health education in the Elderly is closely related to self-care, which is crucial to keep the aging process more natural and healthy.

Keywords: Health education. Aging. Family Health Strategy.

1 Introdução

A Promoção da Saúde é uma abordagem amplamente discutida atualmente, e a promoção da melhora das condições de vida é papel de todas as esferas governamentais, porém para que ela seja cumprida, deve-se haver harmonia entre todas as partes envolvidas no processo. Trata-se, portanto, de uma estratégia para reduzir parte dos vários problemas de saúde que atingem as populações, pois preconiza a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Inúmeros fatores estão relacionados à promoção de saúde, bem como nutrição adequada, condições mínimas de habitação, saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida equilibrado, conscientização da solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, enfim, características ético-morais em geral.

A Promoção da Saúde é uma meta estratégica para todos

os países interessados em diminuir custos com internações, fármacos para doenças crônicas, tratamentos especializados, entre outros interesses. A sua otimização proporciona a prevenção de doenças e a melhoria na qualidade de vida das pessoas, diminuindo a incidência de determinadas doenças que atingem diretamente a economia pública.

Segundo Carvalho (2004), a proposta da promoção da saúde aparece como resultado frente aos inúmeros contrapontos sanitários atuais, para mudanças sociais, políticas e culturais, e também para a superação do modelo biomédico e mudanças no perfil epidemiológico das populações.

Desde a Carta de Ottawa, interpreta-se que a promoção da saúde é uma estratégia de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação social significativa no controle deste processo (BRASIL, 1996). Logo, para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas iniquidades, satisfazer

suas necessidades básicas e transformar favoravelmente o meio ambiente em que vivem.

Assim, a educação em saúde tem sido uma excelente aliada, porque possibilita a efetivação de ações que conduzem os sujeitos ao desenvolvimento de uma consciência reflexiva e crítica sobre as questões atuais de saúde.

Considera-se esta ação como uma alternativa altamente eficaz para superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, ainda desenvolvida nos estabelecimentos médico assistenciais como foco primordial em intervenção.

Ações estratégicas e programas de educação em saúde que visem informação, educação e comunicação de qualidade confiável devem ser desenvolvidos com o objetivo de atingir a população de forma holística, considerando os componentes e atributos sociais, políticos, econômicos e culturais da sociedade. Logo, a divulgação de informações e a promoção do conhecimento consistem em instrumentos valiosos para a participação e mudança nos moldes de vida das populações (BRASIL, 1996).

Portanto, é de suma importância entender a influência da educação em saúde na saúde do idoso, uma vez que esta parcela da população está crescendo de forma exponencial (ARAÚJO, 2008).

Assim sendo, a intensificação da participação dos idosos e a formação de estratégias e grupos específicos são fundamentais para ações educativas, não admitindo nenhuma forma de exclusão, mas sim um tratamento igualitário, sem qualquer tipo de discriminação (ARAÚJO, 2008).

As ações de educação em saúde voltadas aos idosos tornam-se ferramentas eficazes para que essas pessoas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência. Essas ações educativas devem ser ampliadas e desenvolvidas em todas as parcelas da população necessitada de suporte, mediante suas características e necessidades, principalmente com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde.

Considera-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como local específico de atuação dos profissionais de saúde para a realização concreta de educação em saúde, realizada por uma equipe multidisciplinar capacitada, na qual todos os integrantes sejam protagonistas desta história, pois são participantes efetivos da equipe de saúde e incorporam muito bem o papel de educadores, dando sua parcela de contribuição.

Entretanto, para que essas ações educativas tenham resultados positivos à população, estas devem ser interpretadas como um dos componentes das ações básicas de saúde e proposta viável de trabalho em equipe, devendo ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram as equipes de saúde. Devem ser entendidas como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde da população idosa, tornando-as um compromisso de honestidade, responsabilidade e humanização na atenção.

Logo, esta pesquisa teve como objetivo geral elucidar a importância da educação em saúde para promoção da saúde do idoso.

2 Desenvolvimento

2.1 Sistema Único de Saúde e a saúde do idoso

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois atua em todos os níveis de complexidade, desde o simples atendimento ambulatorial até o mais complexo transplante de órgãos. Foi criado em 1988, a partir da Constituição Federal Brasileira, trazendo avanços e inovações significativas ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial, garantindo o acesso universal, igualitário e gratuito as ações e aos serviços de saúde (MENICUCCI, 2007).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde estabelece determinados princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde integral, que prioriza a descentralização, a universalidade, a integralidade, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso popular aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde deve atender a todos os cidadãos, de acordo com as suas necessidades; deve atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento; deve ser descentralizado, com o poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações; deve ser racional, de maneira a oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser planejado para suas populações; deve ser eficiente e eficaz, produzindo resultados de qualidade; ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas, sendo assim, respeitar o princípio da equidade é imprescindível já que preconiza que o sistema deve estar atento as desigualdades (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Portanto, o Sistema Único de Saúde, legalmente, é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público segundo a Lei nº 8080/90, art. 4º, definida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde no ano de 1990 (COHN; ELIAS, 1999).

Neste contexto, existe a Estratégia Saúde da Família, que foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, recebendo o nome inicial de Programa Saúde da Família, e surgiu na qualidade de estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde como eixo estruturante para reorganização da

prática assistencial, no sentido de revelar uma nova dinâmica aos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade (BRASIL, 1994).

Trata-se de importante estratégia que representa uma inovação do modelo de atenção a saúde nos municípios, pois cria subsídios de acesso às comunidades mais vulneráveis, ou seja, aquelas comunidades que possuem maior risco de adoecer. Estabelece uma metodologia de organização de trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, na família e no ambiente em que está inserido, estreitando vínculos e conhecendo de perto a realidade da sua comunidade, traçando um elo de confiança e traduzindo o conceito de responsabilidade sanitária e montando espaços de construção de cidadania (BRASIL, 1994).

A Estratégia Saúde da Família surge no cenário brasileiro como uma alternativa viável de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência a saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo diferente e alternativo, sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde, tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL, 2001).

No que tange a atenção básica e proposta da Estratégia da Saúde da Família, o atendimento aos usuários é prestado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e auxiliares de consultório dentário, além de outros profissionais que podem fazer parte do programa, como fisioterapeutas e assistentes sociais, tanto na unidade de saúde ou nos domicílios. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número previamente definido de famílias, inseridas em um território e que são trabalhadas a partir de uma série de ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos, além da promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Desde sua implementação, a Estratégia saúde da Família tem contribuído grandemente com a diminuição das iniquidades, principalmente depois da ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e da vinculação das equipes junto aos indivíduos, facilitando sua aproximação com as famílias e com a comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009), produzindo também um impacto direto sobre os níveis de saúde das populações, reduzindo significativamente as taxas de mortalidade infantil. Logo, a ESF atua desde o nascimento da criança até sua velhice (BARRETO; CARMO, 2006).

Com base nos princípios do SUS e nos conceitos da atenção primária à saúde, a ESF incorpora as ações de integralidade e universalidade, da assistência, equidade, resolutividade e humanização do atendimento e estímulo a participação comunitária, com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de saúde apresentaram no decorrer dos anos (CORBO; MOROSINI, 2005).

Entende-se, portanto, que, mediante a educação em saúde, existam recursos adequados para os profissionais de

saúde das unidades atuarem de forma direta e responsável em conjunto à população, visando uma nova postura relacionada ao autocuidado, promovendo melhoras significativas na qualidade de vida das pessoas individualmente e em sua coletividade, realizando ações de prevenção e promoção da saúde. Logo, a Estratégia Saúde da Família é uma porta de entrada para o SUS, pois atinge os indivíduos transformando as relações entre os profissionais de saúde e a população, incentivando sempre a participação da comunidade nos processos de definição, tratamento das enfermidades, além de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde de maneira integral.

Nas diversas políticas públicas de saúde do SUS, encontra-se a Política Nacional do Idoso, constitucionalizada no Brasil, em dezembro de 1999, cuja principal foco foi à criação de uma política estritamente relacionada à saúde do idoso. De acordo com esta Política, o principal problema que pode afetar a saúde do idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas do cotidiano (BRASIL, 2006).

Sabe-se que o processo de envelhecimento da população pode acarretar em diversos problemas de saúde, podendo haver implicações médicas, sociais, econômicas e políticas. Assim, houve-se a necessidade de uma política direcionada aos idosos, uma vez que os custos orçamentários atuais com atendimento a saúde do idoso e, também devido às projeções dos mesmos para o início do século XXI demonstraram a necessidade de inúmeros investimentos de recursos humanos e materiais para suprir tais necessidades e atender a demanda crescente da população idosa (YUASO, 2000).

Em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, aprovado pelo Congresso Nacional, onde o principal objetivo é o de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, porém em sua estrutura não é discutido processos administrativos e econômicos para tais realizações. Entretanto, pode-se observar que o Capítulo IV do Estatuto trás de forma específica o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006). Ainda no Capítulo IV é assegurada a atenção à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2006).

O aumento da população idosa a nível mundial tem exposto aos órgãos governamentais e a sociedade os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento. Há algumas décadas, o aumento da população idosa tem sido observado particularmente nos países em desenvolvimento. Um dos exemplos mais típicos é o que vem acontecendo no Brasil, onde o envelhecimento populacional tem revelado crescimento exponencial (PAPALÉO NETO; PONTE, 2007).

Na sociedade contemporânea cheia de conceitos consumistas e imediatistas, os idosos são taxados como um peso na sociedade, eles são vistos como indivíduos que sempre recebem benefícios e não oferecem nada em troca. A idade avançada é caracterizada como desprovida de força, incapaz de prazer, solitária e amargurada (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso são ferramentas legais os quais direcionam ações, sociais e de saúde que garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado a proteger esta população. Porém, sabe-se que a efetivação de uma política pública requer a atitude ética e consciente dos envolvidos e interessados em envelhecer de forma saudável (MARTINS *et al.*, 2007).

Segundo Papaléo Neto e Ponte (2007), o Estatuto do Idoso é uma estratégia em benefício da população idosa, conquistada de forma ascendente, além de ter sido amplamente discutido com organizações governamentais e não governamentais. A lei, entretanto, só terá efetividade se os idosos, como atores, a sociedade e o Estado, juntos, lutarem pela sua implementação e cumprimento. Logo, a aprovação do Estatuto do Idoso não significa resolutividade de todos os problemas: a organização dos idosos nesse processo é de fundamental importância para a conquista de seus direitos (PAPALÉO NETO; PONTE, 2007). O preconceito e a negação da sociedade em relação à terceira idade contribuem significativamente para a dificuldade de pensar em políticas específicas para esse grupo.

O Brasil apresenta um dos mais significativos processos de envelhecimento populacional em todo mundo, o país envelhece ativamente, o que tenderá a provocar transformações radicais na sociedade com repercussões em um vasto número de setores, inclusive no mercado profissional e no perfil de demandas por políticas públicas, uma vez que o Brasil vive um processo gradual e exponencial de transição demográfica devido ao aumento da longevidade. Esta mudança rápida na estrutura etária do Brasil revela a importância enfrentamento dessa situação e coloca novos desafios, entre eles o de garantir condições satisfatórias de saúde dos idosos e o de preservar a sua autonomia física e mental para que possam manter boas perspectivas de vida (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

2.2 Educação em saúde e envelhecimento

Por volta do início do século XX, devido as grandes pestes que acometeram a população brasileira como as epidemias de varíola, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, que acarretou grande impacto negativo no comércio agroexportador, observou-se a necessidade de se desenvolver as primeiras práticas organizadas de educação em saúde, enfatizando principalmente as classes sociais menos favorecidas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Em 1924, Carlos Sá e César Leal Ferreira, criaram o primeiro pelotão de Saúde em uma escola estadual, no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro. Em 1925, Antonio Carneiro Leão, diretor de Instrução Pública, estabeleceu o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo

Distrito Federal (LEVY *et al.*, 2004).

Neste período ainda existia uma divisão relacionando aos problemas de saúde e seus agravamentos, acompanhados do processo acelerado de reurbanização das cidades, fazendo surgir, a partir disso, a educação sanitária. Para Vasconcelos (1999) a partir década de 1930, houve-se a construção de um sistema previdenciário mais efetivo, no qual se evidenciou um esvaziamento das ações de cunho coletivo, em detrimento das ações de assistência médica em caráter individualizado.

Na década de 1940 observou-se uma priorização para a educação rural, visando educar o homem do campo para garantir o aumento da produção pelas novas técnicas e máquinas agrícolas (MOHR; SCHALL, 1992).

Entre as décadas de 1950 e 1960, os temas saúde e educação estavam interligados nas propostas das políticas oficiais, proporcionando a valorização da higiene, saúde mental, implantação das escolas maternas, creches, entre outros recursos (MOHR; SCHALL, 1992).

Neste contexto, novas propostas foram construídas embasadas do diálogo entre o conhecimento empírico e o conhecimento científico, perante o descaso do governo frente os problemas populares, sendo apoiadas por estudiosos de várias áreas, em parceria com a Igreja Católica e outros grandes colaboradores, observa-se também que durante este período a educação em saúde mostrou-se intimamente relacionada com a prática do controle sobre a população (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Tem-se, ainda, o surgimento dos primeiros movimentos sociais e as primeiras experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do governo, nos quais os profissionais de saúde tiveram uma aproximação com grupos, influenciados pelos métodos de educação popularizada de acordo com os estudos e teorias geradas por Paulo Freire, iniciando assim, uma noção dialógica nos processos educativos desenvolvidos (VASCONCELOS, 1999).

Em 1989, iniciou-se o Projeto Nordeste II, que visava ações de informação, educação e comunicação. Outro marco importante do Ministério da Saúde foi a definição, em 1998, de uma diretoria de programa para a área da educação em saúde (LEVY *et al.*, 2004).

Todos esses programas e movimentos, firmados com as necessidades e possibilidades das classes populares, direcionaram uma nova articulação entre a educação e a saúde, em paralelo à casualidade biológica, sendo consideradas as condições de vida e trabalho como fatores predisponentes essenciais (MOHR; SCHALL, 1992).

Sabe-se que o campo da educação em saúde tem sido profundamente remodelado desde a década de 1970, observando um determinado distanciamento das ações impositivas, marcas do discurso higienista, e uma ampliação significativa da compreensão sobre o processo saúde-doença, o qual passa a ser considerado como resultado da inter-relação causal entre fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. Perante este contexto, surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, com a

constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar e elaborar seus próprios interesses (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A educação em saúde consiste de uma base sólida para proporcionar o bem estar individual e da coletividade. O ensino é uma ferramenta que todos os profissionais de saúde devem utilizar para cuidar dos seus pacientes, objetivando promover a saúde e prevenir enfermidades, incluindo, nesse contexto, a família e os cuidadores. A educação em saúde tem como objetivo permitir que os indivíduos de determinado território interajam ativamente com o sistema de saúde e desempenhem o seu papel de forma individual e coletiva, na promoção, manutenção e restauração da saúde. A educação deve inserir nos cidadãos um senso crítico e reflexivo em um sentido de responsabilidade.

Se tratando da educação em saúde atual, observam-se várias experiências em que essa realidade ultrapassa as ações dos profissionais, ao adquirirem posturas diferenciadas diante da necessidade de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde, onde se encontra uma colaboração recíproca entre o conhecimento técnico e o conhecimento popular (VASCONCELOS, 1999).

Em vista disso, observa-se a importância da integralização entre a educação e saúde, pois como áreas do conhecimento humano, trabalham para reforçar o exercício da cidadania, já que a busca pelo saber é essencial para se alcançar o direito social à saúde e conseqüentemente à melhoria da condição de vida humana. Assim, os profissionais da saúde, a partir de suas habilidades e formações, recebem a importante responsabilidade de serem facilitadores do processo educativo de maneira mais ampla e geral.

Ao definir o termo educação, é fundamental buscar base científica, pois este termo já pode gerar muitas discussões, logo, surgem várias definições permeadas por inúmeras construções científicas. Para Alves (2004), a educação engloba os atos de ensinar e aprender, além de algo menos tangível, porém mais profundo como a construção do conhecimento, bom julgamento e sabedoria. A educação apresenta entre seus objetivos fundamentais a passagem da cultura de geração para geração. Sendo assim, educar não é só transmitir conhecimentos, mas é reproduzir ou transformar códigos sociais para novas gerações (ALVES, 2004).

Segundo Levy e colaboradores (2004), a educação em saúde deve oferecer subsídios para que os indivíduos desenvolvam o senso crítico, ético e de responsabilidade, tanto por sua própria saúde como da saúde coletiva, pois as ações educativas em saúde são processos os quais objetivam capacitar indivíduos e/ou grupos, de modo que possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população.

Toda influência vivida pelo indivíduo, capaz de modificar seu comportamento ou ajudá-lo em qualquer âmbito, pode ser considerada como processo educativo. Assim, podem-se destacar dois tipos de educação: a heteroeducação e a autoeducação (LEVY *et al.*, 2004).

A heteroeducação caracteriza-se pelas influências que incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade, sem a participação ativa e intencional do próprio sujeito da educação, embora ele seja levado inconscientemente pelo processo. E a autoeducação, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de transformá-lo o comportamento (LEVY *et al.*, 2004). Entende-se, portanto que a educação em saúde lida diretamente com a autoeducação, pois envolve tomada de decisão e consciência por parte do indivíduo envolvido no processo em relação ao processo educativo para sua formação e desenvolvimento.

A Estratégia Saúde da Família foi concebida para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver uma atenção básica de forma integral e com alta resolutividade, proporcionando a extensão da cobertura e a ampliação do acesso, além da substituição das tradicionais práticas puramente curativas, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde do Brasil (BRASIL, 2006). Ela é regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pressupostos do SUS, exigindo dos profissionais uma dinâmica de atuação, que compreenda o planejamento das ações em concomitância com a realidade da população. As práticas educativas consistem em excelentes estratégias para alcançar tais princípios, podendo ser realizadas a partir de palestras, visitas domiciliares, campanhas educativas, reuniões em grupos, e também de forma individualizada através das consultas (CASTANHO *et al.*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a equipe mínima de atuação na Estratégia Saúde da Família seja composta por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um atendente de consultório dentário (ACD) e/ou técnico de higiene dental (THD) e agentes comunitários de saúde. Profissionais como assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas podem ser incorporados, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2001).

Cada equipe de Saúde da Família será responsável por no mínimo, 2400 pessoas e, no máximo, 4500 pessoas. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é considerado parte da Estratégia, vinculado ao governo federal. De acordo com o Decreto nº. 3.189, de 04/10/99, o ACS deve desenvolver, no âmbito do PACS, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de ações educativas individuais e coletivas (BRASIL, 2001). Destaca-se como objetivos específicos da ESF, a produção social da saúde, por meio da troca de informações e experiências entre as equipes de Saúde da Família e a comunidade, por meio da educação em saúde. Segundo Levy e colaboradores (2004), a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, seja para sua própria saúde seja pela saúde da comunidade.

Vale ressaltar que a educação em saúde é um dos mais importantes meios de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma qualidade de vida e saúde melhores

(LEVY *et al.*, 2004).

Segundo Freire (2001), a educação se fará tão mais verdadeira quanto mais estimule o desenvolvimento desta necessidade radical dos seres humanos de se expressarem. No âmbito da saúde não pode ser diferente: o conhecimento deve ser difundido em todas as possibilidades, transferindo-o para todas as classes sociais a fim de promover o bem estar das pessoas e promover saúde.

Os profissionais da saúde assumem o papel importante de facilitadores de um processo educativo muito amplo, que deve ser atraente e capaz de envolver os demais sujeitos participantes dos serviços de saúde, além dos usuários e a comunidade em geral. Logo, se todos os profissionais da saúde forem responsáveis por repassar parte do conhecimento apreendido, levando-as a população a refletir sobre comportamentos inadequados e influenciando-as a adquirir posturas mais interessantes diante de sua vida, pode acarretar em uma melhora significativa da qualidade de vida da população alvo, principalmente quando essa população é constituída de idosos.

O Ministério da Saúde adverte que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente no tocante a queda da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2006). Em 2002, cerca de 16 milhões de pessoas estarão com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, com uma estimativa para o ano de 2025 de 15% da população total, correspondendo aproximadamente a 30 milhões de idosos (SILVA, 2005).

Segundo a OMS, o envelhecimento, no sentido de senilidade, constitui um processo de redução ou perda progressiva da capacidade de adaptação que ocorre com o passar do tempo e resulta em alterações na estrutura e funcionamento do ser humano, como resultado da interação entre fatores intrínsecos e as influências extrínsecas. A variedade de padrões de envelhecimento refletida pelas causas extrínsecas pode ser encontrada em grupos de pessoas que vivem em diferentes ambientes (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. A população brasileira envelhece rapidamente, alterando assim a estrutura da população, num processo conhecido por transição demográfica. A redução das taxas de mortalidade gera maior expectativa de vida, e leva a nova configuração da população do país, fazendo surgir assim a transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição das doenças infecto-parasitárias e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências (RODRIGUES *et al.*, 2007).

O processo de envelhecimento pode desencadear o aumento de limitações de ordem biológica, em decorrência de fatores de natureza genética e ambiental. Porém, a acumulação

de experiências permite a alguns idosos alcançar elevado grau de especialização e domínio nos mais diversos campos de atividades humanas (NERI, 2001).

A velhice não pode ser caracterizada como fase de doenças, pois as doenças mais comuns da velhice são previsíveis, diagnosticáveis e tratáveis. Cada indivíduo quando chega a “terceira idade” apresentam-se de forma única as transformações biológicas trazidas pelo envelhecimento (MARTINS *et al.*, 2007).

Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos de idade e seja capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, será considerado indivíduo saudável, independentemente se este indivíduo é hipertenso, diabético ou cardiopata. O importante, como resultante de um tratamento bem-sucedido, é a manutenção da sua autonomia, a felicidade, a integração social e, para todos os efeitos, a vida saudável (RAMOS, 2003).

Os profissionais que atuam na atenção básica devem conceber modo claro a importância da reinserção e manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para o seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A partir disso, entende-se o quão é importante a atuação de todos os profissionais de saúde na atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família, principalmente quando ele incorpora o papel de educador. Por meio de ações efetivas de educação em saúde pode-se modificar o perfil de toda uma população, melhorando significativamente sua qualidade de vida.

2.3 Melhora na qualidade de vida da saúde do idoso por meio de ações em educação em saúde

O processo do envelhecimento é universal, de caráter gradual e progressivo. Assim, popularizou-se associar a Saúde do Idoso a sua qualidade de vida, numa realidade em que o envelhecimento saudável não é simplesmente sinônimo de ausência doença, mas sim, um estado de bem-estar integral, sendo aceitas todas as particularidades do indivíduo em suas características e necessidades.

O envelhecimento e a qualidade de vida são aspectos importantes, porém até a pouco tempo, mostravam-se muito distantes entre si, entretanto, atualmente tem se aproximado dia-a-dia, devido ao aumento significativo e gradual da expectativa de vida dos indivíduos no mundo.

O envelhecimento da população mundial é crescente, segundo Camarano (2001), o índice de idosos no Brasil ultrapassou de 6,2%, em 1960, para 13,9%, em 1991, e este índice tende a aumentar consideravelmente em 2050.

Devido a este desenvolvimento categórico da população idosa, surge o conceito de envelhecimento ativo, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma proposta de adaptação dos idosos a essa realidade (OMS, 2002).

De acordo com a OMS (2002), o envelhecimento

ativo pode ser definido como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança objetivando enfatizar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem. Encontrar alternativas que auxiliam a manter a saúde e a autonomia na velhice, como a boa qualidade de vida, é a direção necessária para manter o ápice dessa fase de vida, visando reduzir os aspectos relativos ao cuidado com o idoso e também os fatores de risco para morbimortalidade.

3 Conclusão

De acordo com os temas abordados neste estudo, observou-se que a educação em saúde é um processo representado por qualquer influência sofrida pelo indivíduo capaz de aprimorar e melhorar o comportamento humano, visando suas necessidades e ensinando-lhes o verdadeiro sentido da vida, que é viver bem consigo mesmo e com os outros. Pode-se entender a necessidade da Educação em Saúde tornar-se uma prática regular na atenção básica, principalmente quando aplicada aos idosos, uma parte da população que cresce de forma muito significativa, e a qual precisa de uma atenção diferenciada, devido às características inerentes do envelhecimento.

As funções educativas concretizam-se como ações estimuladoras, buscando incentivar o indivíduo a participar do processo educativo, requisito indispensável para a formação e para a mudança de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadoras, que enfocam aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didáticas, responsabilizando-se pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; e terapêuticas, as quais possibilitam retificar os eventuais desajustes dos processos educativos.

A integração entre a educação e saúde é de grande importância, pois auxilia os indivíduos na conscientização e no autocuidado, obtendo um controle mais eficiente sobre sua própria saúde e conseqüentemente sobre suas vidas, principalmente quando trata-se de idosos que necessitam de uma atenção especial, uma vez apresentam limitações, e em alguns casos, dependência.

Conclui-se, portanto, que a Educação em Saúde é caracterizada como uma estratégia promissora na conscientização e participação social, enquanto meio para atingir os fins de promoção da saúde numa visão geral e não apenas na prevenção ou cura das doenças, pois possui um papel muito mais amplo de formar opiniões e de mudá-las, num trabalho dispendioso e executado em longo prazo e não de maneira sistemática, mas de caráter construtivista, baseado na confiança entre o profissional de saúde que atende e o usuário que é atendido.

Referências

ALVES, V.S. *Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa saúde da família*. 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2004.

ARAÚJO, V.S. *A instrumentalização da educação preventiva em saúde, aplicada pelos profissionais das equipes de saúde da família, no bairro do Tambor na cidade de Campina Grande – PB*. 2008. 88f. Monografia. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Campina Grande. 2008.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARRETO, M.L., CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, p.1779-1790, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional do Idoso*. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília: MS. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Promoção da Saúde. *Carta de Otawwa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília: 1996.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da População Brasileira: problema para quem? *Rev. Bahia Anál. Dados*, v.10, n.4, p.36-48, 2001.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n.3, p.669-677, 2004.

CASTANHO, D.; ALMEIDA, M.H.; TAGLIARI, M.H. O SIAB como elemento para o planejamento das ações de saúde. *Rev. Téc. Cient. Enferm.*, v.4, n.14, p.10-17, 2006.

COHN, A., ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

CORBO, A.M.; MOROSINI, M.V.G. Saúde da família: historia recente da reorganização da atenção a saúde. In: EPSJV (Org.). *Texto de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade*. São Paulo: Paz e terra, 2001.

LEVY, S.N. *et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Brasília: MS, 2004.

MARTINS, J.J. *et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade*. *Rev. Eletr. Enferm.*, v.9, n.2, p.443-456, 2007.

MENICUCCI, T.M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: autores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. *Cad. Saúde Pública*. v.8, n.2, 1992.

NERI, A.L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus, 2001.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M.J. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, D.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.4, p.724-736, 2006.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, v.37, supl.2, p.74-105, 2002.

PAPALÉO NETO, M.; PONTE, J.R. *Envelhecimento: desafio na transição do século*. São Paulo: Atheneu; 2007.

RAFFONE, A.M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.4, 2005.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.19, 2003.

RODRIGUES, R.A.P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto-Enferm.*, v.16, n.3, 2007.

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhec.o*, v.8, n.1, 2005.

SILVESTRE, J.A.N.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso

em programas saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.839-47, 2003.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUSA M.F.; HARMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, n.5, p.1325-1335, 2009.

VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

YUASO, D. *Treinamento de Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência em Acompanhamento Domiciliário*. 2000. 123f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.