

ENVELHECIMENTO ATIVO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÃO PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS

Aging Actively and Health promotion: a reflection on educational activities with the elderly

Mônica de Assis *

Resumo

O artigo aborda duas temáticas emergentes e estratégicas da política de saúde em nível mundial: o envelhecimento saudável ou ativo e sua interface com o referencial conceitual contemporâneo da promoção da saúde. Com base nesse debate, suscitado no processo de avaliação de uma experiência desenvolvida em um serviço ambulatorial de saúde, apresenta uma reflexão para as ações educativas com idosos, à luz de princípios da Educação Popular em Saúde. A argumentação proposta é que a abordagem do autocuidado pode potencializar a participação política, na medida em que busque integrar dimensões objetivas e subjetivas da saúde, politizando seus determinantes sociais e partilhando com os idosos suas formas de compreensão e resistência, suas dificuldades e potencialidades no lidar com a saúde e cidadania no processo de envelhecimento.

Palavras-chave:

Envelhecimento da População; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Autocuidado; Qualidade de Vida.

Abstract

This article deals with two emerging strategic themes of health policies on a worldwide bases: health or active aging and its interface with the contemporary conceptual reference of health promotion. Based on this debate, raised during the evaluation of an ambulatory health service experience, the article reflects on educational activities with the elderly in light of the principles of Popular Health Education. The argumentation herein proposed is that the question of self-care can potentialize political participation, insofar as it seeks to integrate objective and subjective dimensions of health, politicizing the social determinants and sharing with the elderly forms of comprehension and resistance, their difficulties and potential for dealing with health and citizenship during the aging process.

Key words:

Demographic Aging; Health Promotion; Health Education; Self Care; Quality of Life.

Introdução

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude do aumento da longevidade da população mundial, sem precedente na história. Em todo mundo, e especialmente nos países periféricos marcados por acentuada pobreza e desigualdades, a busca de qualidade de vida dos idosos emerge como desafio por ser o horizonte

Assistente social e sanitarista, doutora em Saúde Pública. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Endereço: Rua Camarista Méier 636 bloco 2 / ap.106 Engenho de Dentro, Rio de Janeiro / RJ
Cep. 20730-230. Tels: (21) 38999524 E.mail: monassis@terra.com.br

a partir do qual se poderá considerar os ganhos na expectativa de vida como valiosa conquista humana e social.

A longevidade com qualidade de vida é um ideal convergente com premissas da promoção da saúde, uma idéia antiga na saúde pública que, nas últimas duas décadas, tem sido apontada como estratégia mais ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo (TERRIS, 1996). O conceito emerge como paradigma para as políticas públicas no sentido de ampliar o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além do controle de doenças.

A reflexão proposta neste artigo articula o debate conceitual sobre promoção da saúde do envelhecimento a uma perspectiva para as ações educativas com idosos, tendo por referência a experiência da autora no desenvolvimento e na avaliação do projeto de promoção da saúde, realizado há nove anos pela equipe interdisciplinar do ambulatório Núcleo de Atenção ao Idoso, unidade docente-assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculada à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da UERJ. O projeto consiste de duas linhas de ação integradas: o grupo *Encontros com a Saúde*, que reúne idosos ao longo de três meses para a discussão de temas relacionados à saúde no envelhecimento; e a *Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida*, instrumento de pesquisa e de ação educativa em nível individual, aplicada paralelamente ao grupos. A estratégia é desenvolver modelos que possam ser implantados nos serviços de saúde e em outros espaços da sociedade, em resposta às demandas sociais geradas pelo envelhecimento populacional brasileiro.

A ação educativa no projeto orienta-se por princípios da Educação Popular em Saúde e seu horizonte é ampliar espaços de debate que estimulem os idosos a pensar a relação corpo/vida e a atuar na direção de integrar o fazer individual e coletivo que envolve a saúde. Acredita-se que tal ótica possibilita operar com uma visão integradora da promoção da saúde, que articule a abordagem do auto-cuidado às necessidades sociais e ao fomento da participação popular na viabilização dos direitos de cidadania (ASSIS, 2004). Assumindo este pressuposto, o texto pretende oferecer uma contribuição acerca do sentido ético-político das ações educativas com idosos, cada vez mais oportunas no cenário nacional, especialmente no nível da atenção primária à saúde.

1. Saúde do idoso e envelhecimento ativo

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os

ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições sociais (FERRARI, 1999).

Considerando velhice e envelhecimento como realidades heterogêneas, Néri e Cachioni (1999) afirmam as possíveis variações em sua concepção e vivência conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros. Ressaltam a importância de compreender tais processos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação com múltiplas dimensões do viver.

A observação de padrões diferenciados de envelhecimento e a busca por compreender os determinantes da longevidade com qualidade de vida têm motivado estudos na linha de compreensão do que constituiria o *bom envelhecer*. Na revisão de Néri e Cachioni (1999) são apresentadas possíveis classificações acerca de padrões de velhice e admite-se que nenhuma é isenta de limitações e confusões. A primeira delas considera *velhice normal* como aquela caracterizada por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais próprias à velhice, mas sem patologias; *velhice ótima* seria a possibilidade de sustentar um padrão comparável ao de indivíduos mais jovens; e *velhice patológica* corresponderia à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes (BALTES; BALTES, 1990, *apud* NÉRI; CACHIONI, 1999).

Em outra ordenação, *envelhecimento primário ou normal* é identificado com as mudanças irreversíveis, progressivas e universais, porém não patológicas; *envelhecimento secundário* corresponderia às mudanças causadas por doenças relacionadas à idade por fatores intrínsecos e extrínsecos; e *envelhecimento terciário* equivaleria ao declínio terminal na velhice avançada.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento balizador pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida, constituindo-se como uma das principais fontes de estigmas e preconceitos em relação à velhice. A representação negativa, normalmente associada ao envelhecimento, tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Conforme Scrutton (1992), no imaginário popular de saúde na idade avançada, reforçado pela própria medicina, velhice é associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.

Em que pese o desgaste dos anos, o declínio fisiológico na velhice não determina inevitavelmente doença e incapacidade, pois o organismo trabalha com níveis de reserva e superávit (LAZAETA, 1994). Além disso, como afirma a autora, é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada, possibilitando ao idoso conviver com eventuais limitações ou doenças, preservando uma perspectiva de vida pessoal e social. A distinção entre velhice e patologia e a possibilidade de reduzir incapacidades em idosos, através

da provisão de serviços de saúde e de bens essenciais à vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento:

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. (BRASIL, 1996, p.1)

A prevenção e controle de processos patológicos são eixos fundamentais na velhice, mas relacionam-se organicamente a outras dimensões do viver que potencializem condições de satisfação das necessidades básicas e sentimento de realização. Nessa linha emergem as reflexões sobre o “bom envelhecimento”, como forma de reação à associação entre velhice e inatividade. Conforme Rowe e Kahn (1997), nos anos 90, o termo envelhecimento bem-sucedido se populariza, no campo gerontológico, no sentido de identificar estratégias que incrementem a proporção da população idosa que envelhece bem. Os autores propõem que envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes principais: baixa probabilidade de doença e incapacidade, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo com a vida.

Nesta definição, envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambas são importantes, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que melhor representaria o conceito. Como exemplificam os autores, capacidades cognitivas e físicas são *potenciais* para atividade, pois dizem o que uma pessoa pode fazer e não o que ela faz. A concepção proposta vai além do potencial e envolve atividade, seja no plano das relações interpessoais, que “*envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta*”, seja no âmbito de uma atividade produtiva, considerada de modo abrangente como aquela que cria valor societal, mesmo não reembolsada em termos econômicos (ROWE; KAHN, 1997, p.433).

No lastro desta discussão emerge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, nos anos 90. Envelhecimento ativo é definido como “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem*” (WHO, 2002). O conceito pretende transmitir uma mensagem mais inclusiva do que o termo “envelhecimento saudável”, já que considera participação como engajamento continuado na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum nível de incapacidade. Não se restringe, portanto, à habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho. É reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e

aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. As políticas devem articular ações intersetoriais voltadas a esses determinantes.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É também a perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

Em anos recentes, a promoção do envelhecimento saudável foi assumida como propósito basilar da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil (GORDILHO et al., 2000). O sentido da promoção da saúde neste documento é, contudo, principalmente comportamental e compreende:

[...] o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. (GORDILHO et al. 2000, p.27).

Os hábitos saudáveis incluem: alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse. Tabagismo, alcoolismo, auto-medicação são os hábitos nocivos a serem desestimulados. É ressaltada a importância de processos informativos e educativos continuados no SUS e campanhas para estimular comportamentos saudáveis.

O enfoque comportamental é um ponto de inflexão que carrega boa parte das ambigüidades e polêmicas sobre o que é ou deve ser a promoção da saúde. Intenso debate tem internacionalmente caracterizado este campo que, segundo Rootman et al. (2001), está longe de ser monolítico e é cheio de tensões mal resolvidas. Delinear uma posição neste contexto é ponto de partida necessário ao desenvolvimento de ações educativas em saúde com idosos.

2 Pontuações históricas e conceituais da promoção da saúde

O desenvolvimento conceitual contemporâneo da Promoção da Saúde tem como marco o Informe Lalonde, documento de reorientação da política de saúde do Canadá, lançado em 1974. Com base no conceito de *campo da saúde* (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária), o documento estabeleceu a discussão sobre os limites do investimento crescente com assistência médica para melhorar a saúde da população (TERRIS,1996).

Nos anos 80, a OMS definiu a promoção da saúde “[...] *como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa*

salud.”, definição posteriormente consagrada na Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986 (KICKBUSCH, 1996a, p.16).

Na mesma linha de precursores do conceito, a Carta de Ottawa consagra o sentido de saúde como bem-estar amplamente definido, para o qual são pré-requisitos: alimento, abrigo, paz, renda, ecossistema estável, uso ininterrupto de recursos, justiça social e equidade. A visão ampliada dos recursos fundamentais à saúde e sua aproximação à temática da qualidade de vida fomentou uma concepção mais abrangente de intervenção em saúde, para além das clássicas ações assistenciais e preventivas de cunho individual. Os campos da Promoção da Saúde são assim definidos como estratégias que englobariam todos os seus determinantes. Segundo Buss (2003, p.26), podem ser assim sintetizados:

- 1- *Políticas públicas saudáveis*: reconhecimento que decisões políticas têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde e que esta deve ser priorizada como critério de governo; importância das ações intersetoriais que apontem para maior equidade.
- 2- *Criação de ambientes favoráveis à saúde*: reconhecimento da complexidade de nossas sociedades e da interdependência entre diversos setores. Proteção do meio ambiente e acompanhamento dos impactos das mudanças sobre a saúde. Conquista de ambientes favoráveis à saúde (trabalho, lazer, escola, cidade, etc.).
- 3- *Reforço da ação comunitária* (incremento do poder técnico e político das comunidades): *empowerment* como resultado do acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população; possibilidade de atuação na definição de prioridades, tomada de decisões e implementação de estratégias para alcançar melhor nível de saúde.
- 4- *Desenvolvimento de habilidades pessoais* favoráveis à saúde em todas as fases da vida: resgate da Educação em Saúde como responsabilidade das diversas organizações. É também relacionado ao *empowerment*, no plano individual, como processo de capacitação e consciência política.
- 5- *Reorientação dos serviços de saúde*: avanço além da assistência; impõe a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médico-curativa como foco essencial da intervenção. Implica transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas, assim como nas práticas e na formação dos profissionais.

O ponto sobre as políticas públicas saudáveis é considerado um diferencial em relação ao entendimento prévio de Promoção da Saúde, mais associado à correção de comportamentos. A categorização de Sutherland e Fulton, apresentada por Buss (2003), divide as conceituações de promoção da saúde entre aquelas mais voltadas ao comportamento individual (promoção de

hábitos saudáveis), e outras mais voltadas ao coletivo (políticas públicas e fortalecimento do poder político da população). No debate sobre que ações devem ser consideradas promoção da saúde, haveria certa hierarquização das iniciativas: as mais abrangentes corresponderiam à “promoção da saúde moderna” (ou “nova saúde pública”), em contraste com o enfoque da prevenção, orientado para mudanças comportamentais ou relativas ao estilo de vida.

A tensão entre o acento na dimensão individual ou coletiva da intervenção em saúde tem relação com aspectos históricos na constituição do campo, o qual tem como uma de suas fontes impulsionadoras os limites do enfoque tradicional da Educação em Saúde. Para Kickbusch (1996a), a promoção da saúde surgiu da Educação para a Saúde, em um processo que evoluiu de acordo com a ênfase dada às ações ao longo da história da saúde pública. Segundo a autora, atualmente, a perspectiva baseia-se numa visão integrada e ecológica da saúde pública, na qual não há separação entre o indivíduo e o meio, considerados como um todo. Reforça-se a responsabilidade social da saúde e a necessidade de “*marcar metas para la acción política y no solo para el comportamiento individual.*” O objetivo seria a criação de um “*clima favorável à saúde*”, viabilizado através do restabelecimento dos laços existentes entre saúde e bem-estar social, entre a qualidade de vida coletiva e individual (KICHBUSCH, 1996a, p. 24).

Em sentido semelhante, Terris (1986, p.43) sustenta que a Carta de Otawa se destaca por ser uma síntese dos enfoques em Promoção da Saúde. A visão de integração entre a responsabilidade coletiva e individual é presente ao afirmar que a promoção da saúde “*transcende a idéia de formas de vida sãs*” para incluir as condições e requisitos para a saúde, anteriormente citados. O autor destaca também a recusa do enfoque educativo tradicional, no qual a população é receptora passiva das mensagens, em contraposição à busca de sua participação ativa e do fortalecimento da ação comunitária.

Além da limitada efetividade das estratégias educativas em saúde, Rootman et al. (2000 e 2001) apontam outras fontes do interesse pela Promoção da Saúde, tais como: reconhecimento da natureza holística da saúde (qualidade de vida social, mental e espiritual); influência dos movimentos de autocuidado e de mulheres, os quais requerem uma mudança na distribuição de poder para indivíduos e comunidades; emergência do conceito de consumidor de cuidados de saúde e políticas; iniciativas comunitárias de participação; reconhecimento de que diversos problemas de saúde são interrelacionados com estilos de vida e que “*estes estilos de vida não ocorrem em um vácuo, mas têm, eles próprios, potentes determinantes sócio-econômicos e culturais.*” (ROOTMAN et al., 2000, p.6); pressão para diminuir custos de programas sociais e de cuidados; evidência crescente da fraca relação entre cuidado de saúde e *status* de saúde, especialmente o pobre retorno dos crescentes custos investidos em assistência médica; pesquisa

social, educacional e comportamental sobre questões de saúde e evidência da influência de fatores sociais na pesquisa epidemiológica.

A confluência de forças distintas e as contradições aí implicadas vem dando margem a um significativo debate sobre questões relativas às práticas e aos próprios fundamentos da Promoção da Saúde (BUNTON et al.,1999). Uma das críticas refere-se aos interesses econômicos subjacentes, seja pela redução de custos com o sistema de saúde, alinhada ao ideário neoliberal contemporâneo, seja pela expansiva apropriação mercadológica do produto “saúde”, muitas vezes produzindo novas dependências de serviços e reafirmando apreensões reducionistas da saúde, centradas no desempenho corporal. Dentre outros aspectos apontados destacam-se os limites do conhecimento científico que informa a Promoção da Saúde (problematização sobre o “risco”), a distância entre retórica e realidade (discurso global e ações pontuais), a imposição de valores culturais, a utopia da saúde perfeita e o neohigienismo (CASTIEL, 1999; NOGUEIRA, 2001; CARVALHO, 2004).

Diante da densidade do debate, cuja apreciação mais profunda extrapola os limites deste trabalho, pode-se demarcar que a saúde não deve ser vista como um objetivo em si mesmo, mas base da vida cotidiana, instrumento para realização de aspirações e sentimento de satisfação no curso de vida. A utopia, longe de ser a “saúde perfeita” e o culto ao corpo encerrado em propósitos estéticos, individualistas e mercadológicos, é preservar a capacidade de lidar bem com a vida, mesmo na velhice e na presença de doenças e limitações.

A possibilidade de imprimir, de fato, uma direção inovadora ao campo passa pelo compromisso dos agentes com uma prática libertadora, o que toca especialmente a forma como se apreende e se conduz as ações educativas em saúde. Na visão de Mello (2000, p.114): “*A prática com promoção da saúde deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia Freiriana.*” É esta a perspectiva a seguir apontada.

3 Ações educativas em saúde com idosos na perspectiva da Educação Popular

A idéia de uma ação mais ampla e crítica na abordagem da Educação em Saúde comprometida com equidade e justiça social tem sido a linha adotada no Brasil por profissionais que se identificam com a Educação Popular em Saúde.

Os princípios teórico-metodológicos da área têm raízes nas concepções pedagógicas de Paulo Freire e podem ser elencados sinteticamente como: concepção de saúde como qualidade de vida; valorização da cultura popular e de sua interação com o saber técnico-científico; estímulo ao diálogo e a processos reflexivos; priorização de metodologias participativas; opção filosófico-política pela não-opressão; compromisso com justiça social e o fortalecimento dos movimentos

sociais; humanização, afetividade e prática voltada à afirmação dos sujeitos. Tais princípios questionam a Educação em Saúde tradicional, limitada ao repasse de informações técnicas, de maneira verticalizada e desvinculada das condições de vida da população (VASCONCELOS, 2001).

Na linha expressa em trabalho anterior as ações educativas em promoção da saúde com idosos devem favorecer a reflexão sobre o envelhecimento em suas múltiplas determinações e estimular o investimento desejante e participativo na vida (ASSIS et al., 2002). A partir da construção de *encontros*, espaços que vinculem afetivamente as pessoas e valorizem suas trajetórias de vida e seus saberes, busca-se garantir o direito à informação e ao debate sobre temas que articulem saúde e cidadania. São eixos temáticos: a dimensão positiva da saúde, a prevenção e o controle de doenças e agravos comuns, os direitos sociais dos idosos. A pretensão é que tais eixos possam ser estratégicos na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos para neles potencializar a condição de sujeito político na luta pela dignidade do envelhecer.

Considerando que a dimensão educativa é transversal às relações assistenciais na saúde, a referência de atuação assumida pela Educação Popular volta-se não apenas para ações propriamente educativas ou coletivas, mas sugere uma redefinição da postura dos profissionais na relação com a população usuária. Seja na rotina de atendimentos ou de grupos com idosos, o sentido educativo sugerido como consonante ao ideário da promoção da saúde requer que as práticas possam lidar de forma problematizadora e cuidadosa com as informações e o autocuidado em saúde, buscando articulá-los ao coletivo e à participação. Em certa medida, isto pode ser o diferencial para que as práticas não se encerrem no que Carvalho (2004) apontou como *empowerment* psicológico, ou senso de controle sobre a própria vida encerrado na auto-estima e em estratégias de solidariedade, mas que, incorporando esta experiência, avancem ao *empowerment* comunitário, ou qualificação da ação política dos indivíduos e coletivos para intervenção sobre a realidade, também em nível macroestrutural. Nessa vertente, cabem algumas reflexões sobre autocuidado e participação.

a) Autocuidado em saúde: o sujeito além do risco

No marco da promoção da saúde, autocuidado tem sido compreendido como dimensão individual não dissociada do contexto social e como medida de autonomia e menor dependência do sistema médico e de cuidados (DOWNIE et al., 1997).

No trabalho de Kickbusch (1996b, p.238), autocuidado é entendido como “*o conjunto de medidas que tomam as pessoas para melhorar sua própria saúde e bem-estar no seio de suas atividades cotidianas.*” Para a autora, autocuidado deve ser visto como comportamento social ativo dentro de uma nova perspectiva de saúde pública. Refere-se à adição de competência e

habilidade do ser humano, como parte de um “*projeto social*” que tem como marco a investigação sobre estilos de vida baseada no contexto e no significado e não na responsabilização individual.

Segundo Derntl (1996), o autocuidado é uma estratégia fundamental da promoção da saúde e deve ser visto como uma das formas de expressão da autonomia. A autora retoma o sentido ético de autonomia como capacidade de autogoverno do indivíduo e alerta para sua apropriação restrita na área gerontológica, como equivalente à manutenção da capacidade funcional. Na concepção da promoção da saúde, “[...] *o idoso deve decidir livremente seu estilo de vida e este padrão não é, necessariamente, aquele concebido pelos profissionais de saúde*” (DERNTL, 1996, p.198). O papel da equipe é informar, orientar, apresentar alternativas e assistir.

No que tange à informação, cabe pontuar seu valor como princípio ético habitualmente negligenciado na cultura hegemônica dos serviços de saúde. Bem cuidada, a informação facilita o estabelecimento de vínculo de confiança a partir do qual as pessoas possam ampliar seus recursos para compreender e atuar nas questões de saúde. Isso é especialmente importante na velhice pelo maior requerimento do autocuidado na monitoração de doenças crônicas, tão necessária quanto comum nessa fase.

Por outro lado, o trato da informação deve se pautar numa visão contextualizada do conhecimento científico, consciente de seus limites e historicidade. A acentuada polaridade na saúde entre saber técnico e saber popular, como se a verdade estivesse sempre no primeiro pólo e os erros, mitos e tabus no segundo, deve ser relativizada na busca de uma interação dialógica entre os diferentes saberes, em seus méritos e limitações.

A experiência e os conhecimentos que informam a vida prática das pessoas são base para a abordagem educativa, cujo eixo metodológico deve ser criar contextos de intercomunicação favoráveis à expressão e à reflexão sobre como as pessoas lidam com a saúde/doença, as dificuldades que enfrentam e as estratégias correspondentes diante das adversidades do contexto social. Este reconhecimento do *outro* é ingrediente no processo de reforço da auto-estima das pessoas, dimensão desejada tanto para repercussões no nível individual (autocuidado em saúde), como coletivo (participação social e política). O cuidado de si depende, em alguma medida, da auto valorização de cada pessoa como ser singular e como cidadão. Aqui, igualmente, em se tratando de população idosa sobre a qual recaem estigmas e preconceitos socioculturais bem enraizados, o reforço da auto-estima configura-se como estratégia essencial do trabalho, potencialmente capaz de reagir a estes mesmos preconceitos e contribuir para alterar progressivamente o imaginário social de velhice.

Cabe destacar que o controle de patologias como um componente na promoção do envelhecimento ativo pode significar também, mas não se reduz, à adesão a tratamentos médicos e remédios. Autocuidado deve ser visto primordialmente em seu potencial de desmedicalização, de recriação das necessidades de saúde e de expansão das possibilidades de resposta a elas remetida à vida e não apenas aos serviços. Por essa razão, as temáticas abordadas nas ações educativas devem ir além das doenças e fatores de risco. Envelhecimento, sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos, assim como inúmeras outras que expressem necessidades e interesses da população com a qual se trabalha, são dimensões do viver que devem ser trazidas ao debate.

A concepção mais ampla da saúde impõe também a consideração sobre valores que influenciam a forma como os idosos encaram a vida, a morte e o envelhecimento, crucial na maneira como podem e desejam se relacionar com prevenção e autocuidado. Nas reflexões de Ayres (2000, p.5), depreende-se que a abordagem da prevenção deve se ampliar na direção do cuidado e do exercício dialógico sobre “*o que sonhamos para a vida, para o bem viver*”. De forma similar se encaminha a contundente crítica que Buchanan (2000, p.135) faz da forte marca positivista que orienta a promoção da saúde e as práticas educativas no contexto dos Estados Unidos. Para ele, resumidamente, ações e pesquisa nessas áreas devem abarcar mais amplamente a noção de bem-estar, o qual não é resultante direto da eliminação de fatores de risco, mas de viver uma vida de integridade, definida como “*processo de atualizar um modo integrado de perceber e agir*”. Nessa direção, o autor defende a utilização de estratégias metodológicas alternativas que promovam o exercício da razão prática na sociedade civil, ou seja, que incorporem a reflexão sobre o bem e os propósitos das ações e não somente a busca da verdade, central na razão científica. Dúvidas do tipo “*Por que viver mais se não há alguma coisa valorosa para viver? Por que deveria eu desistir dos meus pequenos prazeres agora?*” (BUCHANAN, 2000, p.108) são exemplos de disposições pessoais em que podem esbarrar uma abordagem restrita à informação sobre riscos.

Do exposto ressalta-se a oportunidade de se estabelecer bases mais fecundas à comunicação nas práticas de saúde e de se reconhecer nelas os sujeitos. Isto importa não apenas pela importância de valores e disposições internas no autocuidado em saúde, mas também para trazer ao debate questões sociais, políticas e econômicas que interpõem-se como barreiras ou dificuldades nesse processo. Este pode ser também um campo fértil para se chamar atenção para as necessidades sociais de saúde e a questão da participação.

b) Participação política: exercício e desafio

A participação popular como estratégia para interferência sobre determinantes da saúde que escapam ao comportamento individual tem centralidade no discurso da promoção da saúde e é apontada como caminho na construção de políticas públicas e ambientes favoráveis à saúde.

Tal como outros conceitos ambíguos em promoção da saúde, a participação popular pode ser apreendida sob diferentes perspectivas e significar somente aderência a programas institucionais e governamentais, sem assumir caráter transformador (VALLA, 1998). Na linha de uma ação política qualificada capaz de interferência concreta na realidade, constitui núcleo do conceito de “*empowerment* comunitário”, relacionado ao desenvolvimento crítico de indivíduos e grupos para maior controle sobre a vida em termos pessoais e coletivos (CARVALHO, 2004).

Como apontam vários autores, o aumento da proporção de idosos no mundo suscita a questão de sua inserção em processos coletivos de defesa dos direitos de cidadania (QUEIRÓZ, 1999; DONATO; CANOAS, 1997; SPOZATI, 1999). Os idosos representam uma força proeminente na sociedade e devem ser vistos como cidadãos de pleno direito e não, sobretudo, como vulneráveis.

Avanços nesta direção podem ser vislumbrados no nível do associativismo promovido nos espaços de sociabilidade destinados aos idosos. Na avaliação do projeto de promoção da saúde do NAI/UnATI, foi sugerido que ganhos em informação, autocuidado e apoio social, embora não tenham alcance imediato para interferir nas macro-estruturas, podem contribuir no fomento da participação popular e do controle social sobre as políticas públicas (ASSIS, 2004). O envolvimento dos idosos em grupos que estimulem a autoconfiança, os vínculos sociais e o investimento construtivo na vida é um passo necessário, ainda que não decisivo, na contramão do individualismo e descrença que marca o cenário político brasileiro.

Argumentação similar é sustentada por ROCHA et al. (2002) ao analisarem a participação crescente de mulheres idosas em grupos de convivência. Os autores constatarem que essa experiência ainda não se traduz como “*caixa de ressonância para a criação de questões públicas*”, capaz de produzir efeitos sobre a política, mas sustentam que: “[...] *a ocupação crescente de espaços públicos por mulheres, na chamada terceira idade, é uma forma de ampliar a sua subjetividade e que a dimensão política emancipatória desse processo tem início exatamente a partir dessa premissa*”.

A inserção de idosos em atividades sociais tem sido reconhecida como valiosa para a qualidade de vida deste segmento, com repercussões positivas na saúde. Mas como os idosos percebem a necessidade de se organizarem politicamente? Além do movimento dos aposentados que alcançou repercussão no país, e da mobilização na revisão constitucional de 1988, que outras questões os mobilizam a participar de processos coletivos pela efetivação dos direitos sociais?

Quais suas disponibilidades, possibilidades e limites quanto à participação? Se, por um lado, a avaliação da experiência citada sugere que os idosos expressam um particular desencanto com a política e a vida pública, de outro mostra igualmente a indignação deles por tudo aquilo que deveria, mas não se viabiliza como direito para o conjunto da população (ASSIS, 2004). Mesmo admitindo dificuldades neste campo, é possível ponderar que podem ser facilitadores na inserção dos idosos em processos organizativos não só o tempo, em geral mais livre, como os ganhos em termos de transcendência que o exercício da solidariedade e da luta por um bem comum pode representar na história de vida de cada um, resignificando positivamente a vivência da velhice.

Os desdobramentos nesta direção podem ser melhor conhecidos na medida em que experiências forem avaliadas. Independente dos resultados, vale destacar de antemão a relevância das ações educativas em saúde serem orientadas para promover o exercício da participação democrática, abrindo as instituições e o espaço assistencial ao debate público sobre saúde e qualidade de vida na ótica de uma visão problematizadora da realidade, comprometida com equidade e justiça social.

Considerações finais

O envelhecimento ativo é uma aspiração básica que potencializa o viver e depende, em grande parte, de condições sociais e políticas públicas que garantam direitos básicos de cidadania e possibilitem práticas tendencialmente saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física, uso prazeroso do corpo, inserção social e ocupacional dotadas de significado, lazer gratificante, além do acesso a serviços assistenciais e preventivos. Trata-se de metas complexas, em torno das quais são necessários movimentos individuais e coletivos que anunciem e apontem a construção de uma nova ordem societária.

O marco referencial da promoção da saúde converge com este horizonte, mas pode, dentre os seus riscos, significar discurso amplo e práticas estreitas pelos interesses contraditórios aglutinados neste campo. As ações educativas em saúde orientadas pela Educação Popular contribuem para uma visão integradora da promoção da saúde ao trazerem para debate a relação do Estado e das políticas públicas com as questões que envolvem a prevenção e o controle de doenças no contexto da vida cotidiana.

A promoção de práticas saudáveis, tradicionalmente objeto das ações educativas em saúde na linha de estímulo e capacitação para o autocuidado, podem ser mobilizadoras de participação na medida em que não se reduzam a um “dever ser” para o outro e sejam tomadas como provocações que mobilizem os idosos a pensar sobre a validade dessas proposições em suas vidas e agir sobre o que favorece ou não o seu exercício, em termos pessoais e sociais. A abordagem do autocuidado deve, portanto, basear-se no esforço de integrar dimensões objetivas

e subjetivas e abrir-se à expressão dos idosos, do seu universo de resistências, possibilitando aos profissionais reconhecer suas expressões culturais, seus ganhos e dificuldades no lidar com a saúde no processo de envelhecimento.

A dimensão comportamental é parte do espectro de determinantes da promoção da saúde no envelhecimento e deve ser contemplada criticamente na prática dos profissionais de saúde, ao concebê-la em sua historicidade e articulação ao contexto socioeconômico, cultural, político e ideológico. A abordagem sobre as condições de vida dos idosos, especialmente quanto ao acesso aos direitos sociais assegurados na política nacional para este segmento (BRASIL, 1996), implica ganho mútuo na medida em que os profissionais também lidam com seu próprio envelhecimento e enfrentam, em níveis variados, barreiras ao investimento em saúde no dia-a-dia. Ao privilegiar a interação entre as perspectiva técnica e popular, a relação educativa abre oportunidades ricas de aprendizado e crescimento de todos os envolvidos, permitindo aos profissionais reverem conceitos e valores arraigados na cultura profissional.

Na linha de argumentação proposta, a informação foi assumida em seu valor e limite, uma vez priorizadas a interação com outros saberes e a valorização dos sujeitos. Atualmente a mídia abarca a difusão de informações em saúde com recursos tecnológicos bem mais sofisticados do que aqueles disponíveis nos serviços, cabendo a estes diferenciarem-se na forma como tratam as informações em sua complexidade e, sobretudo, na maneira de dialogar com as pessoas à luz da realidade em que vivem. Esta esfera cognitiva não é, porém, o único eixo das ações educativas. Outros temas não priorizados neste artigo, como o envolvimento do corpo em dinâmicas de grupo, a criatividade, os vínculos e as redes sociais, e a percepção sobre a finitude de vida são extremamente relevantes no trabalho educativo com idosos e devem ser objeto de reflexões futuras.

As ações educativas em saúde não determinam diretamente a interferência nos determinantes sociais do envelhecimento ativo, produzindo ambientes e políticas públicas favoráveis à saúde, mas podem oferecer contribuição significativa ao expressarem vivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com os idosos os desafios nesta direção. Ao enfatizar a participação e oportunizar seu exercício, elas vislumbram um “abrir portas” ao pensamento criativo sobre a vida e ao desejo de atuar na construção de outras realidades possíveis, mais propícias à qualidade de vida no envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento:** avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 220f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

ASSIS, M. (Org.) **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 10 abr 2005.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e prevenção**: um ensaio filosófico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. São Paulo: ABRASCO, 2000.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1996.

DECLARAÇÃO de Brasília sobre envelhecimento. In: SEMINÁRIO MUNDIAL DO ENVELHECIMENTO: Uma Agenda para o Século XXI, 1 a 3 de julho de 1996, Brasília. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2005.

BUCHANAN, D.R. **An ethic for health promotion**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

BUNTON, R.; NETTLETON, S.; BURROWS, R. (Ed). **The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk**. London: Routledge, 1995.

BUSS, P. M.. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, C.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap.1, p.15-38.

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

CASTIEL, L. D. **A medida do possível**: saúde, risco e tecnociências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DERNTL, A. M. As muitas autonomias e o autocuidado. **Gerontologia**, São Paulo, v.6, n.4, p.197-199, 1998.

DONATO, A. F.; CANÔAS, C. S. Idoso e cidadania: a lógica da exclusão. In: NETTO, M. P. (Org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.452-457.

DOWNIE, R. S.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. **Health promotion**: models and values. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 217p.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.23, n.4, p.197-203, 1999.

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

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: OPS. **Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPS, 1996a. p.15-24. (Publicación científica, 557).

KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. In: OPS. **Promoción de la Salud**: una antología. Washington: OPS, 1996b. p. 235-245. (Publicación científica, 557)

LAZAETA, C. B. Aspectos sociales del envejecimiento. In: PÉREZ, E. A. et al (Ed). **La atención de los ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994. p.57-66.

- MELLO, D. A. Reflexões sobre a promoção da saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1149, 2000.
- NÉRI, A. L.; ACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A. L. ; DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999. p.113-140.
- NOGUEIRA, R. P. Higiomania: obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.63-72.
- QUEIRÓZ, Z. P. V. Participação Popular na Velhice: possibilidade real ou mera utopia? **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n.4, p.204-213, 1999.
- ROCHA, S. M.; GOMES, M. G. C. ; LIMA FILHO, J. B. O protagonismo social da pessoa idosa: emancipação e subjetividade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1030-1035.
- ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful ageing. **Gerontologist**, v.37, n.4, p.433-440, 1997.
- ROOTMAN, I.; POLAND, B. D.; GREEN, L. W. The settings approach to health promotion. In: ROOTMAN, I. et al (Ed) **Settings for health promotion: linking theory and practice**. London: Sage Publications, 2000.
- ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. et al. (Ed.) **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives**. Denmark: WHO 2001. p.7-38. (WHO Regional publications. European Series)
- SCRUTTON, S. **Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people**. London: Chapman and Hall, 1992.
- SPOSATI, A. Organização e mobilização política da terceira idade. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 10, n.17, p.17-21, 1999.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPS. 1996. p.37-44. (Publicación científica, 557)
- VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14 (supl 2), p.7-18. 1998.
- VASCONCELOS, E. M. Sobre Educação Popular em saúde. **Interface**, São Paulo, v.5, n.8, p.121-126, 2001.
- WHO/NMH/NPH. **Active ageing: a policy framework**. Geneve: World Health Organization, 2002. 58 p.

Submissão: jan. 2005 Aprovação: maio 2005
--