



## EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PERSPECTIVA DE IDOSAS DE UM MUNICÍPIO DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO: ENTENDIMENTO SOBRE AUTOCUIDADO

Maria Rosane Clemente Pereira; Adriana Rosilda Barbosa Bezerra; Arleusson Ricarte de Oliveira; Lorena Farias Dantas de Souza.

*Faculdade de Ciências Médicas – FCM*

### INTRODUÇÃO:

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais possuindo tendências relativas a enfermidades que levam continuamente a necessidade de construção de políticas ou estratégias voltadas para o cuidado a pessoa idosa em diversos aspectos tanto no âmbito internacional como no âmbito nacional. O Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010). Diante dessa perspectiva do novo perfil epidemiológico brasileiro, observa-se a necessidade de mudanças e inovação nos novos paradigmas de atenção à saúde da população idosa (LOURENÇO *et al* 2005). Segundo dados do IBGE (2010) a Paraíba, estado em que acontece esse estudo, até o ano de 2010 cerca de 438 mil idosos residiam nesse território, dos quais 55% deles não são alfabetizados ou têm menos de um ano de estudo e 67,4% vivem somente com até um salário mínimo que corresponde atualmente a R\$ 622,00, assim este é o primeiro Estado do Nordeste e o quinto do País com maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais (11,6%) sendo em sua maioria mulheres o que corresponde a 6,23 % do total da população idosa. Diante do exposto surgiu o interesse de abordar a temática tendo em vista a importância do cuidado através da educação em saúde no município de Caturité como forma de promover qualidade de vida as mulheres idosas estimulando-as através de práticas educativas a buscarem cada vez mais o autocuidado. Assim, esse estudo foi guiado a partir da questão norteadora: Qual o impacto da educação em saúde em mulheres idosas?. Para contestar esse questionamento formulou-se o seguinte objetivo geral: comparar o conhecimento de mulheres idosas em um município do semiárido paraibano sobre sua saúde (autocuidado) antes e após atividades educativas e como objetivos específicos; apreender o conhecimento sobre saúde de mulheres idosas antes das atividades educativas; e realizar atividades educativas através de metodologia ativa. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, pois, segundo Gil (2010), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícitos ou a construir hipóteses. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. É descritiva, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis, levantar opiniões, atitudes e crenças de um grupo ou comunidade com

abordagem qualitativa, pois segundo Minayo (2006) responde a questões muito particulares preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada. A pesquisa foi realizada no município de Caturité, estando localizado na Região do Cariri Oriental do Estado da Paraíba, a 160 km da Capital. Tem uma população estimada em cerca de 5.015 habitantes, dos quais, 80% habitam a Zona Rural. A pesquisa foi realizada em duas UBSF, sendo uma situada na zona urbana e em outra na zona rural do município. A coleta dos dados foi realizada no mês de setembro de 2012. A população idosa do município de Caturité é de 673 indivíduos que corresponde a 13,4% da população total, sendo 326 do sexo masculino correspondendo a 6,5% e 347 do feminino o que corresponde a 6,9% (SIAB, 2012). A pesquisa foi feita com dois grupos de mulheres idosas, participaram da amostragem desse estudo que foi por conveniência e acessibilidade 15 idosas que aceitaram livremente. **Crterios de incluso:** Ser mulher a partir de 60 anos de idade; que tivesse participao assdua nas oficinas; que aceitaram a incluso no trabalho de pesquisa mediante assinatura do consentimento livre e esclarecido. **Crterios de excluso:** Mulheres com menos de 60 anos de idade, por no ser considerada idosa; que no participasse de todas as oficinas ou que desistisse de participar de alguma delas. Os dados foram coletados em trs momentos, quais sejam: O primeiro constou de um questionrio semi-estruturado com perguntas sobre o conhecimento das entrevistas sobre sua sade. Em um segundo momento, foram realizadas oficinas, a respeito de temas sobre sade. A terceira parte da coleta de dados foi lanada novamente um questionrio semi-estruturado sobre o conhecimento das entrevistas sobre sua sade aps a participao nas oficinas. Os dados da primeira e terceira parte foram coletados pelo prprio pesquisador atravs da tcnica de entrevista. Os dados da segunda parte da coleta (as oficinas) foram coletados atravs da tcnica de oficina, em um local tranquilo, previamente programado em um horrio acordado em comum acordo com os sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas na ntegra pela pesquisadora com consentimento das entrevistadas. Aps a coleta, os dados foram codificados e analisados de acordo com a anlise categorial temtica proposta por Bardin (2009), em que funciona por operaes de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analgicos. Sendo rpida e eficaz na condio de se aplicar a discursos diretos e simples. As entrevistadas foram identificadas atravs de cdigos contendo letras e nmeros. **Resultados:** A amostra foi composta por 15 mulheres idosas com idades entre 60 e 80 anos sendo a grande maioria do lar, no alfabetizadas, a maioria viúvas e a maioria com hipertenso arterial, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuio do perfil das entrevistadas**

Identidade	Idade	Ocupao	Escolaridade	Est. Civil	PATOLOGIA
E 01	60	Do Lar	Ensino mdio	Casada	Hipertenso e Diabetes
E 02	70	Do Lar	Alfabetizada	Casada	Hipertenso e Diabetes

E 03	64	Do Lar	Não Alfabetizada	Viúva	Hipertensa
E 04	81	Do Lar	Alfabetizada	Viúva	Osteoporose
E 05	61	Do Lar	Alfabetizada	Viúva	Ansiedade
E 06	64	Do Lar	Não Alfabetizada	Solteira	Hipertensa
E 07	79	Costureira	Alfabetizada	Viúva	Hipertensa
E08	72	Do Lar	Alfabetizada	Viúva	Hipertensa e Diabética
E09	63	Do Lar	Não Alfabetizada	Casada	Hipertensa
E10	68	Do Lar	Não Alfabetizada	Viúva	Hipertensa
E11	73	Do Lar	Alfabetizada	Viúva	Hipertensa
E12	80	Do Lar	Não Alfabetizada	Viúva	Hipertensa
E13	66	Do Lar	Alfabetizada	Casada	Hipertensa
E14	65	Do Lar	Não Alfabetizada	Casada	Hipertensão Artrite Reumatóide
E15	71	Do Lar	Não Alfabetizada	Viúva	Hipertensa e Diabética

Fonte: Dados da pesquisa, setembro/2012.

É possível observar no perfil das entrevistadas que a maioria não é alfabetizada e não teve ao longo de sua vida a oportunidade de frequentar uma escola para ampliar seus conhecimentos e dedicaram-se a atividade doméstica ou não tiveram a oportunidade de trabalho remunerado. Observa-se ainda, que essas mulheres em sua maioria são viúvas e mais propensas ao isolamento, conforme mostram um estudo realizado pelo Hospital Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro em outubro de 2012 sobre a qualidade na atenção à saúde da mulher idosa e seu perfil com relação ao grau de instrução das mulheres idosas (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2012). **Entendimento sobre Autocuidado:** Essa categoria demonstra que a concepção das participantes da pesquisa sobre o autocuidado está voltada para terapia medicamentosa e a dependência do profissional médico como parte importante. Esta concepção vai de encontro a adoção de práticas que promovam saúde e qualidade de vida na terceira idade. Isso é reflexo do modelo médico assistencial privatista ainda hoje presente no cotidiano dos serviços de saúde. **Coloca a responsabilidade de auto cuidar-se na medicina:** Ainda vestidos de uma cultura curativista onde o médico é o único profissional apto em cuidar de sua saúde, as idosas relacionam a pergunta sobre o auto cuidado a consulta médica e eximem-se de sua responsabilidade sobre sua própria saúde. Observemos nos discursos abaixo: “É sobre as medicações e tomar os remédios né, que primeiro Deus segundo os médicos e ter o controle de se cuidar né”. (E02). “Autocuidado é a gente ir ao médico ter cuidado nos recomendamentos que ele passa pra nós né de comer muito sal nem muita gordura e doces”. (E08). “É ter cuidado nas horas de tomar os remédios e num prejudicar a saúde”. (E15). “Entendo que a saúde é muito bom, a saúde é muito e eu graças a Deus me sinto bem só a pressão mais ta controlada, e... é isso que eu quero ter mais saúde ainda, e to muito bem nesse grupo de idosas”. (E05). A partir das falas supracitadas, as idosas possuem déficit de referência relacionado ao autocuidado, a visão clínica do profissional médico ainda se faz fortemente presente no discurso das mais velhas. Em outra vertente Morais (2009), desenvolveu um trabalho com idosos, com objetivo de induzir a pessoa idosa à descoberta de práticas e hábitos de vida e corporais saudáveis, voltados para promoção da saúde e prevenção de agravos, esclarecendo também os aspectos fisiológicos do envelhecimento, bem como a necessidade do autocuidado nesta fase da vida. Neste trabalho foi exposto as idosas a necessidade de buscar a qualidade de vida,

incentivando a prática de exercícios físicos como forma de melhorar os sistemas respiratório e cardiovascular dos idosos para manutenção de saúde, distanciando-os da ideia curativista. Acredita-se então, que o desenvolvimento de atividades grupais que estimulem o pensamento reflexivo do idoso para prática do autocuidado apresenta grande valia no dia a dia de pacientes e profissionais componentes da equipe interdisciplinar com intuito de influenciar o idoso na busca de estratégias que favoreçam o envelhecimento saudável. **É ter responsabilidade sobre si** Embora a grande maioria ainda refira que o autocuidado está relacionado com a tomada de medicamentos, essas já associam também a caminhadas, alimentação correta e o contato com a família, como podemos observar nas falas abaixo, no entanto, fatores como lazer, cultura, moradia, renda e uma alimentação balanceada como são referidas no conceito ampliado se saúde não foram aqui citados. Dentre os desafios do SUS encontra-se a educação permanente dos cidadãos, para que eles conheçam sobre a saúde e participem do Sistema. Deste modo, profissionais de saúde e gestores públicos têm buscado diariamente propostas que favoreçam a condição de envelhecimento saudável (SILVA; SANTOS, 2010). Nesta perspectiva, os serviços de saúde são considerados locais apropriados para prática do ensino-aprendizagem, de modo que devem oferecer atividades e práticas educativas com capacidade de interferir no processo saúde-doença da população, bem como momentos de descontração e lazer, principalmente para idosos. Em outra perspectiva, podemos destacar a prática de momentos de lazer associadas a prática de esporte a medida que proporcionar benefícios acerca do convívio social, além da melhora nos níveis de atividade motora principalmente em pessoas idosas (ALENCAR et al., 2011). “Sempre tomar os remédios controlado né nas horas certa, fazer caminhada se esticar de manhã cedo e ter uma atenção da família eu acho que é isso”. (E03). “Autocuidado é se cuidar né, não comer muito sal, caminhar, e tomar os remédios da pressão direito é isso minha fia”. (E04). “Autocuidado é cuidar da saúde, fazer caminhada, evitar de comer comida com muita gordura eu tenho vontade comer açúcar mas num posso tem pobrema de diabete é só isso”. (E05). “Eu entendo bem sobre os entendo bem eu num como toda comida né procuro ler a bíblia, apesar que já to numa idade muito avançada né mais eu me cuido”. (E06). “Eu num como gordura num muito sal agora eu gosto de comer doce, mas faço caminhada é isso que entendo por autocuidado”. (E07). “Autocuidado é agente se cuidar que nós vamo ficando mais vea e os pobrema de saúde aumenta né minha fia sempre ter controle nos remédios e assim vamo levando né é”. (E09). “É Cuma diz a historia né é se cuidar tomar os remédios direitinho né fia num comer sal demais e sempre procurar os médicos é isso”. (E10). “Autocuidado é num exagerar em comida em num se estressar né ter uma vida tranqüila e se cuidar fazer caminhada”. (E11). “Éter cuidado na pressão alta e na diabete que eu sou e tem que se cuidar num posso comer doce nem sal e tomar os remédios do jeito certo é isso aí”. (E12). “Que agente tem que se cuidar num fazer tudo que agente pensa e comer tudo que ver fazer caminhada conversar com os amigos eu me sinto muito bem aqui minha cabeça fica leve quando saio daqui dessas palestras”. (E13). “Autocuidado é açúcar é cuidar da alimentação, comer mais frutas que é muito bom né não comer comida salgada demais e fazer caminhada é muito importante se cuidar”. (E14). **Resultados positivos quando se planeja, organiza e executa a**

**atividade educativa** A educação é dinâmica e deve ser sistematizada. Ela é a força propulsora capaz de promover alterações no contexto social a partir de mudanças na medida em que considera a diversidade e complexidade dos sujeitos que interagem entre si e com o meio (SILVA; KEIM; BERTONCINI, 2003, p. 424). “... porque tudo é muito importante me trouxe os conhecimento né porque a gente só dentro de casa a gente num sabe nada eu gostei muito foi muito bem”. (E01). “Todas elas foi muito importante porque eu vou fazer aquilo que aprendi sabe que é me cuidar mais, me sinto outra mulé hoje, mais feliz e entendida das coisas apesar de ta nessa idade”. (E02). “Melhorou muitas coisas minha fia, foi muito bom eu não fazia caminhada e hoje faço e to me sentindo muito bem, antes eu num lembrava que era diabética esquecia de tomar minha sulina meus remédios e hoje não eu tenho o maior cuidado minha mente tá boa e foi uma coisa muito boa eu ter vindo pra esse grupo”. (E03). “Achei importante né falou sobre meus problema de saúde que tenho pressão alta e diabetes eu entendi melhor e pra me cuidar mais né isso me ajudou muito minha mente também melhorou gostei muito foi muito bom”. (E04). “Todas foram muito importante pra mim porque aprender é sempre muito importante né ainda mais nessa idade”. (E05). “Foi maravilhosa minha fia tudo que foi dito sobre a saúde foi muito maravilhoso ensinou muitas coisas boas que apesar de ser uma pessoa que não tive condição de estudar hoje eu sinto como se tivesse na escola é muito bom”. (E06). “...pra mim foi bom demais já ta explicado muita coisa sobre a minha saúde e além de tudo isso eu me diverti bastante dei muitas risadas que faz bem a saúde, risos”. (E07). “pra mim foi ótimo bom até demais meus dias agora é melhor sabe eu num tem mais aqueles presepe de ficar guardando tristeza nem mágoa quando venho aqui eu saio mais feliz perdi meu esposo mas também ele bebia muito me fez muita raiva e mesmo assim to bem seguindo a vida né”. (E08). “Muito bom muito interessante porque o evento foi muito bem preparado e nós pode até ensinar pra outras pessoa o que nós aprendemo aqui eu gostei demais”. (E09). “Foi muito boa todas que aconteceram foi boa um a coisa que me orientou foi sobre o sal e a caminhada que é muito importante agente praticar exercício físico e ter uma dieta correta né”. (E10). “Pra mim foi muito importante né agente vai pro médico mas as vezes num da nem tempo de perguntar nada ele já passa logo a receita e num explica direito pra agente entender e aqui foi muito bom né eu entendi muito sobre pressão alta que eu tenho e vou me cuidar mais”. (E11). “Para mim foi a coisa mais bacana que eu já participei nós tivemos um lazer se divertimo né e aprendemos muita coisa pra cuidar melhor da saúde e viver mais feliz”. (E12). Observamos que diante de todo discurso, temos um sentimento de gratidão pelas informações adquiridas, no entanto, devemos entender que o processo de educação em saúde não se configura apenas como informação, isto só é possível através do diálogo. Nessa perspectiva a educação em saúde pode ser entendida como comunicação e diálogo, deve existir um processo de multiplicação de saberes, cuidadores de cuidadores, que pensa, ouve, sente que aprende na palavra e não no silêncio (MIRANDA; BARROSO, 2004). “Hoje eu entendo que a saúde num é só viver tomando remédio é agente aprender a se cuidar fazer caminhada, dançar ter alegria e tudo isso eu aprendi aqui”. (E13). “Isso aqui pra mim foi uma escola muito maravilhosa eu compreendi que saúde é ter uma vida tranqüila, alegre é se divertir que num é proque fiquei velha que deixei de ser gente né”. (E14). “Hoje

*graças a Deus minha fia eu to tendo uma vida que nunca tive sair para aprender a cuidar da minha saúde que eu pensava que era só viver nos médicos e tomar os remédios e hoje eu aprendi que eu tenho de cuidar de minha saúde fazendo dieta de sal açúcar e fazer esporte né foi muito bom etem que continuar viu". (E15).* **Conclusões:** Através das oficinas educativas em saúde realizadas, observou-se no discurso das participantes, o quanto a Educação em Saúde pode contribuir positivamente para a autoestima, o autocuidado, sentimento de utilidade e desenvolvimento de habilidades que outrora haviam perdido. Diante do exposto, pude perceber que é no espaço de grupal que as mulheres expressam as vivências próprias do seu viver/ envelhecer trazendo à luz a problemática de ser mulher e idosa. De certa forma, a qualidade da assistência à saúde desse grupo é intermediada pela troca de saberes no espaço grupal dialógico, favorecendo as alianças que dão forma a difusão de práticas de autocuidado e fortalecimento dos vínculos sociais. Porém, é necessário novos paradigmas e novas estratégias de cuidados voltados a saúde da mulher idosa de forma a reduzir os problemas incapacitantes em busca de melhor qualidade de vida na terceira idade.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALENCAR, M. A. et al. **Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/17.pdf> . Acesso em 26 de Junho de 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009. BRASIL.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo 2010a. (Online). Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php/](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php/) . Acesso em: 15/12/2011.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/cento2010/default.shtm>>. Acesso em: 09 maio 2012.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda.** Rev. Saúde Pública 39(2): 311-8, São Paulo, 2005.

MOURA, M.A.V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M.E.C. **A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência.** Rio de Janeiro: 2012.

MORAIS, O. N. P. **Grupos de Idosos: Atuação da Psicogerontologia no Enfoque Preventivo.** Rev. Ciência e Profissão, 29(4), 846-855, Pará: 2009.



MINAYO. M.C.S.O **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 9ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. **A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, jul./ago, 2004.

SILVA. C. R. L. D.; KEIM. E. J.; BERTONCINI. J. H. **TRANSDISCIPLINARIDADE NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: um planejamento para a graduação do enfermeiro.** Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF), 2003, jul/ago; 56(4):424-428.

SILVA. A. C.; SANTOS. I. **PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS PARA O ENVELHECER SAUDÁVEL: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 745-53.