

Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório

Mônica de Assis¹
Zulmira Maria de Araújo Hartz²
Liliane Carvalho Pacheco³
Victor Vincent Valla⁴

ASSIS, M. et al. Evaluation of a health promotion project at the Elderly People's Care Center: an exploratory study. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.367-82, abr./jun. 2009.

Health promotion evaluation among elderly people is an emerging topic because of the expansion of programs driven by the aging of the population. Here, data from an exploratory assessment of a health promotion project at the Elderly People's Care Center of the Elderly People's Open University, Rio de Janeiro State University are presented. The study was guided by analysis on how the project was implemented and was based on documentary sources, reevaluation of the elderly people and participant observation. It was observed that the objectives of socialization and discussion of information, enhancement of self-esteem and expansion of social contacts were attained. In the reevaluation, small changes in self-care, health and subjective wellbeing indicators were seen, thus inferring that the participants' profile was positive and stable. It is concluded that the project contributed towards reorientation of health practices aimed at comprehensive care, grounded in humanization and strengthening of individuals' participation in issues that affect individual and collective health and wellbeing.

Key words: Health promotion. Health education. Elderly people. Program evaluation.

A avaliação em promoção da saúde do idoso é temática emergente com a expansão de programas impulsionados pelo envelhecimento populacional. Apresentam-se dados da avaliação exploratória do Projeto de Promoção da Saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, orientada pela análise de implantação e baseada em fontes documentais, reavaliação dos idosos e observação participante. Observou-se alcance dos objetivos de socialização e debate de informações, reforço da autoestima e ampliação dos contatos sociais. Na reavaliação foram constatadas pequenas mudanças em indicadores de autocuidado e de saúde e bem-estar subjetivo, inferindo-se estabilidade positiva pelo perfil dos participantes. Conclui-se que o projeto contribui com a reorientação das práticas de saúde em direção à atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos sobre questões que afetam a saúde e bem-estar, nos planos individual e coletivo.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Educação em Saúde. Idoso. Avaliação de programas.

¹ Assistente Social. Instituto Nacional de Câncer. Av. Melo Matos, 44 - apt. 101, Tijuca - Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.270-290 massis@inca.gov.br
² Médica. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
³ Nutricionista. Universidade Aberta da Terceira Idade/UERJ.
⁴ Historiador. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

Introdução

Eu mudei muito depois que eu entrei para esse grupo.
Eu não sou mais aquela pessoa que eu era.

Antes deste grupo eu estava morta, agora me sinto viva.
(Participantes do Grupo Encontros com a Saúde)

O debate sobre avaliação em promoção da saúde tem crescido no Brasil. Trata-se de campo em construção, confrontado com desafios conceituais, metodológicos e operacionais (Carvalho, Westphal, Lima, 2007). A pequena cultura institucional de avaliação, somada à necessidade de se recriarem métodos e instrumentos avaliativos que abarquem a amplitude dos princípios da promoção da saúde são questões a serem enfrentadas. Em geral, as práticas são pouco sistematizadas, as informações disponíveis não geram conhecimento e as condições de trabalho são insuficientes para efetivo planejamento.

Em relação às ações educativas em saúde, a avaliação requer articulação de métodos quantitativos e qualitativos, capazes de abarcar antigos e novos princípios do campo, “[...] em que a educação em saúde se traduz em práticas que objetivam a introjeção da vontade de mudar, de fazer algo, produzindo novos sentidos para as experiências vividas.” (Pedrosa, 2001, p.267).

Este caminho é pouco percorrido. Na área de envelhecimento, há evidências sobre o caráter promocional das Universidades Abertas da Terceira Idade (UnATIs) e dos Centros de Convivência (Néri, Cachioni, 1999), porém poucos são os estudos avaliativos sobre promoção da saúde no contexto assistencial (Assis, 2004). Além disso, é pequeno o diálogo com princípios contemporâneos da promoção da saúde, sobretudo quanto à operacionalização de indicadores para a avaliação.

Apesar da complexidade, a avaliação é estratégica para qualificação e aprimoramento das práticas, e está prevista entre as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a). O objetivo deste artigo é apresentar parte da avaliação, em caráter exploratório, do Projeto de Promoção da Saúde (PPS), desenvolvido no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), da UnATI da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A avaliação foi direcionada para apreender possíveis repercussões em aspectos da saúde e da vida dos idosos. Quais os ganhos com sua participação? Que mudanças podem ser aferidas em indicadores de saúde e qualidade de vida desta população, e como são influenciadas por variáveis do contexto?

O PPS integra ações educativas, preventivas e assistenciais. Consiste de pequenos grupos que reúnem idosos para discussão sobre saúde no envelhecimento. O grupo **Encontros com a Saúde** (GES) prevê 14 encontros, de duas horas. Paralelamente aos grupos, os idosos são avaliados e orientados individualmente, e há reuniões periódicas abertas para educação continuada. A prática educativa se baseia na Educação Popular em Saúde e objetiva estimular processos participativos de reflexão/ação sobre a relação corpo/saúde/vida, buscando integrar o fazer individual e coletivo na busca pelo bem-estar. A experiência alinha-se à promoção do envelhecimento saudável, temática relevante no contexto da política de saúde em nível mundial e nacional (Brasil, 2006b; WHO, 2005), indissociável da evolução no patamar de cidadania e condições de vida no país. De 1996 a 2007, foram realizados 63 grupos, com 662 participantes.

Apesar de sua marca singular, espera-se que esta avaliação possa contribuir com os recursos teórico-metodológicos da avaliação em promoção da saúde e oferecer parâmetros para outras experiências, aumentando a base de conhecimento que informa programas similares.

Avaliação em promoção da saúde

Avaliação em promoção da saúde foi tema do livro de Rootman et al. (2001), o qual traduz a complexidade e desafios da pesquisa e da produção de conhecimento nesta área. Os autores afirmam que as pressões são crescentes para saber se os esforços têm um efeito positivo (impacto) e as razões disso (processo). Questões conceituais, epistemológicas e metodológicas são discutidas e remetem à necessidade de construção de abordagens alternativas aos pressupostos tradicionais.

Segundo Goodstadt et al. (2001, p.519), iniciativas em promoção da saúde apontam elementos não facilmente captados pelo modelo positivista predominante na pesquisa. São estes: 1) ter metas que vão além da prevenção da morbidade, incluindo a melhoria da saúde e do bem-estar; 2) ter como foco a saúde positiva, saúde holística, justiça social, equidade e participação; 3) usar o empowerment como mecanismo central; 4) responder aos determinantes da (ou pré-requisitos para) saúde: fatores de nível macrossocial; e 5) ter ações nas áreas prioritárias da Carta de Ottawa: fortalecer a ação comunitária, construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes de suporte, desenvolver habilidades pessoais, e reorientar os serviços de saúde.

Para os autores, os modelos de avaliação devem se orientar por estes princípios e considerar: o uso de múltiplos métodos, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, a integração da avaliação de processos e resultados, e a valorização de abordagens participativas de avaliação.

Conforme Potvin, Haddad e Frohlich (2001), o foco tradicional sobre relações causais entre o programa e seus efeitos pode conduzir a questões estreitas. Programas de promoção da saúde são sistemas abertos e não podem ser dissociados do ambiente (atores sociais, recursos e sistemas de significado) em que são implementados. O foco pode transcender o enfrentamento de determinado problema quando incorpora questões societárias mais amplas. Pressupostos tradicionais da avaliação (distinção entre processo e resultados/monitoramento administrativo) e a hegemonia do desenho quase-experimental podem limitar, ou mesmo impedir, a produção de conhecimento útil em promoção da saúde.

Metodologia

A pesquisa avaliativa se baseou no referencial da **análise de implantação**, utilizado para identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção (Hartz, 1997). Um programa não pode ser dissociado do seu ambiente, pois os fatores aí presentes coatuam positiva ou negativamente nos efeitos pretendidos, devendo ser reconhecidos e integrados aos modelos de análise (Potvin, Haddad, Frohlich, 2001).

Tal perspectiva afasta-se de um ideal positivista de avaliação como procedimento exclusivamente técnico, e reconhece a subjetividade e a dimensão política inerente ao processo de pesquisa (Deslandes, 1997). Tais aspectos são também contemplados, na visão de **complexidade**, como forma de pensar e de investigar que reconhece a interdependência das variáveis em sua inserção contextual e assume as incertezas, concebendo a pesquisa como processo de aprendizagem contínua sujeito/objeto (Hartz, 1997).

O modelo de análise de implantação empregado (Figura 1) mostra a relação entre o grau de implantação das ações (dimensões de estrutura e processo) e os resultados (repercussões) em suas interações com o contexto político-social e organizacional. A influência do contexto foi apreendida nos limites da pesquisa, pois a opção metodológica foi aproveitar a dinâmica do projeto e explorar as possibilidades de avaliação com base no fluxo de informações previamente existente. O diálogo com variáveis do contexto procurou perceber a influência das contradições presentes nas políticas públicas em aspectos da saúde e qualidade de vida dos idosos.

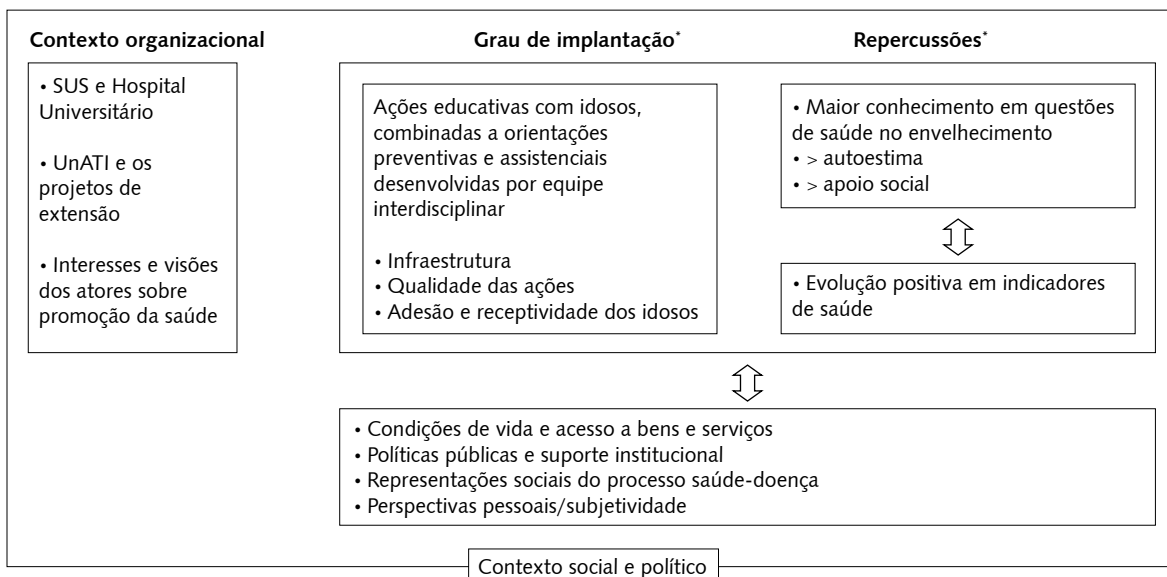


Figura 1. Modelo de análise da implantação do PPS do NAI/UnATI.

A pesquisa realizada em 2003 combinou métodos quantitativos e qualitativos. A percepção dos idosos foi captada por meio de: avaliação dos encontros, relatórios das coordenações, observação participante (OP) e produção nas dinâmicas grupais (PG), no período de 2001 a 2003. A análise de conteúdo foi utilizada na análise desses dados (Bardin, 1977).

A reavaliação bianual foi feita por intermédio da reaplicação da **Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida (AMSQV)**, versão adaptada do questionário BOAS (Brazilian Old Age Schedule)⁵, com 41 participantes que ingressaram em 2001 (69% do total). Os dados foram analisados no programa epi-info 6,0, e as considerações qualitativas foram registradas em diário de campo.

A análise comparativa envolveu variáveis passíveis de influência pelo projeto e/ou que expressavam necessidades em termos de saúde e qualidade de vida do idoso, conforme modelo teórico-lógico do projeto (Figura 2). Neste artigo serão apresentados os dados relativos ao autocuidado (atividade física e alimentação) e à saúde e bem-estar subjetivos (autopercepção de saúde, satisfação com a vida e expectativa em relação ao futuro).

⁵ Instrumento disponível na homepage da UnATI/UERJ (<http://www.unati.uerj.br>).

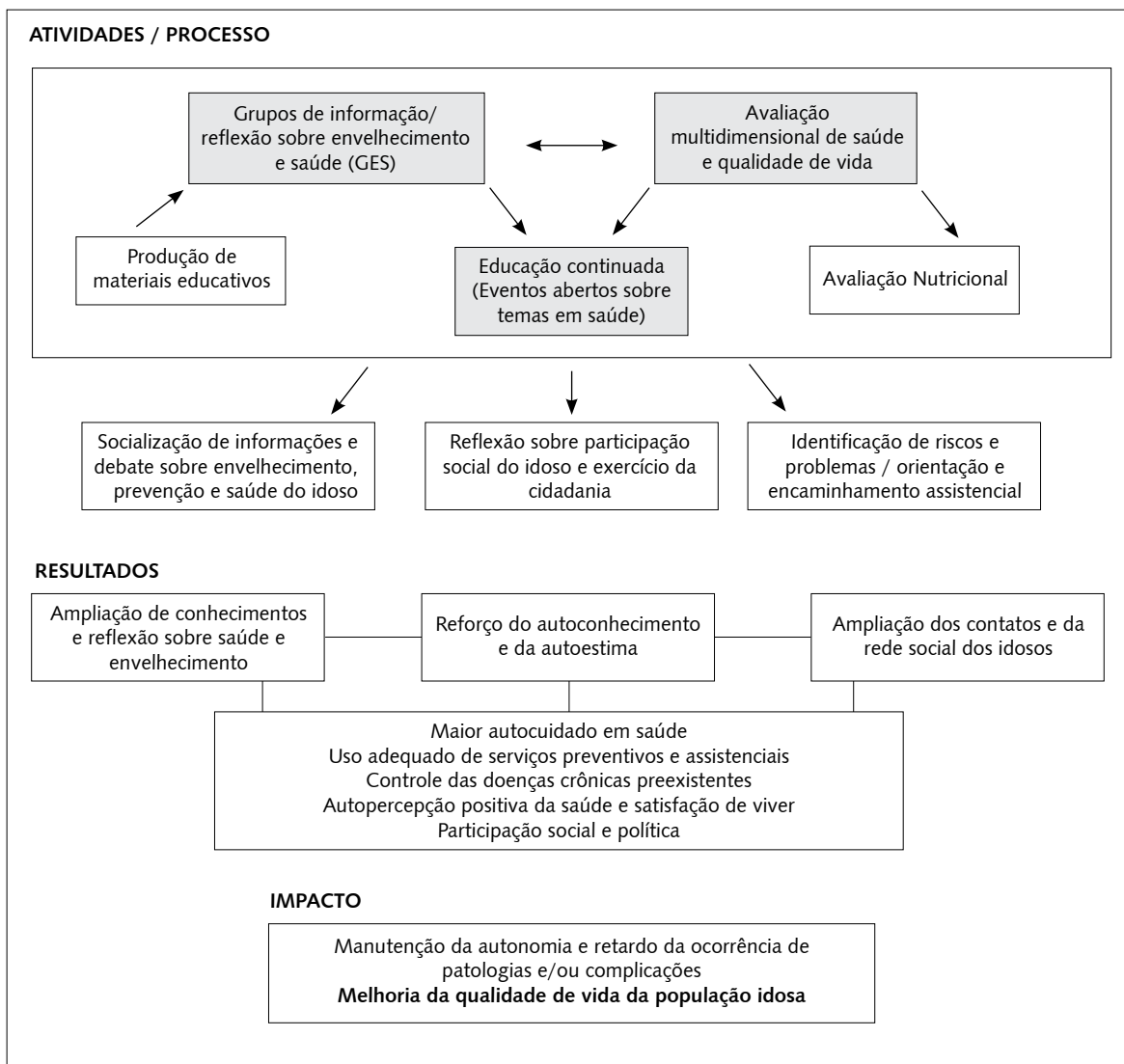


Figura 2. Modelo de teórico-lógico do PPS do NAI/UnATI.

O grupo reavaliado foi, predominantemente, de mulheres (92,7%), brancas (73,2%), aposentadas (65,9%), com idade até 79 anos, status conjugal e escolaridade variadas (concentração no primário completo e no ginásio completo). A maioria referiu moradia própria (68,3%) e apenas cinco idosos não exerceram atividade remunerada. As principais ocupações foram: em funções administrativas, costura, profissões de saúde de nível médio, telefonia, e ensino de nível primário e secundário. A faixa de renda pessoal foi bastante variável, com maior percentual na faixa de cinco a dez salários-mínimos (41,5%). Cerca de 54% possuíam planos privados de saúde.

O limite da comparação longitudinal foi o fato de a primeira avaliação ter ocorrido na fase inicial dos grupos, como ocorre na rotina. Isto pode ter sobrestimado, no primeiro momento, alguns dados passíveis de influência do projeto.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Informações metodológicas mais específicas serão fornecidas nos resultados para melhor compreensão dos procedimentos adotados.

Resultados e discussão

Visão dos idosos

A visão dos idosos foi sistematizada por meio da ficha de avaliação final do GES, sobretudo da questão sobre se este oportunizou **novas formas de vivência do envelhecimento e por quê**. Em resposta a esta questão, 93% dos idosos dizem sim e apontam diversas dimensões inter-relacionadas.

Tabela 1. Novas formas de vivência do processo de envelhecimento a partir do Grupo Encontros com a Saúde, PPS do NAI/UnATI, 2001-2002.

Aspectos apontados nos depoimentos	Nº	%
Mudança positiva na maneira de perceber e lidar com a velhice	14	24,6
Novas maneiras de agir e conscientização quanto ao autocuidado	10	17,5
Melhora da autoestima / postura diante da vida	09	15,8
Incentivo e oportunidade de ingresso em novas atividades	08	14,0
Crescimento pessoal por partilhar problemas e experiências de outros	05	8,8
Reforço da postura positiva já adotada quanto ao envelhecimento	05	8,8

Na análise das justificativas, foram excluídas as respostas em branco (13) ou que mencionaram, genericamente, a ampliação de conhecimentos (23). A análise baseada em cinquenta registros revelou que o sentido mais frequente é o de que houve mudança positiva na maneira de perceber e/ou lidar com o próprio envelhecimento:

Abriu meu leque de otimismo a encarar o passar dos anos.

Aprendi a aceitar melhor a minha velhice.

Me deu mais oportunidade, vivência, paz, conhecimento futuro e bem-estar para vencer mais uma etapa.

Aprendi a me cuidar melhor e a ver a minha idade como uma bênção.

Os preconceitos quanto à velhice no imaginário social levam à idéia de que esta é uma fase de declínio progressivo e inexorável da saúde. As doenças dos idosos são vistas como próprias da idade, obscurecendo-se suas determinações sociais e as possibilidades de prevenção e cuidados. A convivência no GES estimula a desconstrução do envelhecimento como decadência e inutilidade:

De mostrar que a velhice não é uma doença e nem é o fim, que temos que viver porque ainda temos alguma coisa pra fazer.

Na produção dos grupos (PG), há exemplos expressivos da percepção do preconceito relacionado à velhice:

Os idosos sentem o preconceito das pessoas que, muitas vezes, são tratados como loucos, bobos.

Velhice é pano de limpar o chão.

Quando despertei que estava na terceira idade senti que o meu mundo tinha acabado, foi aí que senti a discriminação de minha família, quando diziam você está velha.

Adoro flores. Velhice é a flor que vai murchando.

A melhora da autoestima é dimensão semelhante à primeira, mas referida à postura geral diante da vida. As falas revelam a percepção de que algo se modificou em diferentes aspectos:

Eu era um pouco pacata, agora eu fiquei muito melhor.
Para uma pessoa muito inibida fiquei mais solta.
Maior abertura para falar, inclusive na sexualidade.

Estou fazendo valer meus direitos.

Referência a mudanças cotidianas na forma de pensar e agir quanto ao autocuidado foi outra razão apontada. Alguns afirmam a aplicabilidade do que aprenderam sem especificar a área, e outros mencionam alimentação, atividade física e, inclusive, a sexualidade.

A oportunidade de conhecer outros cursos e ingressar em novas atividades, ou motivar-se para tal, é algo comum nos grupos, particularmente para os que passam a conhecer a UnATI por meio do projeto:

Tive oportunidade de ingressar em novas atividades.

Deu conhecimento da existência de outros cursos.

Por fim, alguns depoimentos expressam, como ganho, o reforço de práticas e posturas já adotadas, e outros ressaltam o crescimento gerado pela partilha de experiências de vida e a oportunidade de novas amizades:

Porque veio ratificar a maneira como encaro o envelhecimento; envelhecimento não é doença, é experiência, vivência.

Conheci novas pessoas, diferentes, cada qual com experiências de vida que enriqueceram e fortaleceram o meu espírito.

Os três depoimentos que negam novas vivências justificam-se de formas distintas. Uma pessoa diz que espera mais informações; outra argumenta que “não sente que está ficando velha”; e outra afirma não poder “mudar a própria rotina”.

Apesar de singular, esta última fala destaca-se por suscitar a questão das barreiras para o autocuidado. Esta realidade provavelmente é mais comum do que foi evidenciado. Embora o projeto se baseie em relações mais horizontais e participativas, pode ter havido a tendência de expressar o que os técnicos gostariam de ouvir, mais do que problematizar a aplicabilidade das informações, do ponto de vista econômico, subjetivo e outros.

Nos **pontos positivos** sobre a experiência do GES, as referências reforçam os efeitos das ações educativas na direção da sociabilidade e aprendizado. Secundariamente à referência a todos (36,2%), destacam-se: união do grupo (sentimento de amizade, boa convivência, alegria, participação, envolvimento afetivo e integração dos coordenadores), com 32%; e aprendizado e informações, com 24,5% de referências. Há oito respostas em branco e seis que apontam outros e variados aspectos.

Pontos negativos foram apontados em 11 depoimentos e a maioria referiu-se a aspectos operacionais em alguns grupos. Um único depoimento, porém, destacou um fato que merece atenção, por sugerir efeitos indesejados dos próprios benefícios do trabalho ao reforçar a autoestima e a disposição para a vida:

Criamos uma espécie de ‘prevenção’ contra as pessoas que não são capazes de ‘viver a vida’.

Este aspecto remete à reflexão de Debert (1998) sobre os riscos de que se faz acompanhar a construção da categoria terceira idade, por meio das novas práticas e experiências que se abrem aos idosos. A autora alerta para a produção de sentidos que reforcem a individualização da velhice – ou visão de que a qualidade desta resulta integralmente das escolhas pessoais – e preocupa-se com a menor atenção que, em contrapartida, podem sofrer idosos em situação de doença e/ou dependência. A responsabilização exclusivamente individual pela saúde ou bem-estar é o que a promoção da saúde busca superar, e deve ser evitada em processos educativos orientados por valores de justiça e solidariedade.

O que muda com o tempo?

a) Autocuidado em saúde: atividade física e alimentação

A importância da atividade física e da alimentação para o envelhecimento saudável é hoje amplamente difundida e traduzida em ações de políticas públicas (Brasil, 2006). Ainda que ligadas ao comportamento individual, ambas possuem saturadas conexões com aspectos sociais, culturais e econômicos, representando bons exemplos para a reflexão sobre o autocuidado na vida cotidiana.

A prática de atividade física (AF) e o índice de massa corporal (IMC) foram as medidas avaliadas. O IMC, apesar de limitado, foi considerado útil pela simplicidade e uso aproximativo de adequação alimentar. No momento da pesquisa, dados mais completos sobre o estado nutricional dos participantes não eram ainda disponíveis. A AF regular foi aferida como a realizada, pelo menos, por trinta minutos, três vezes por semana. A análise do IMC seguiu a classificação da Organização Mundial de Saúde para indivíduos com 18 anos ou mais (WHO, 1998).

Atividade física

Cerca de 60% dos participantes referiram **atividade física regular** (Gráfico 1). Estes níveis são altos quando comparados aos da população idosa em geral. Em estudos citados por Van der Bji et al. (2002), estimava-se que mais de 60% dos idosos nos Estados Unidos não se envolviam regularmente em atividade física. No inquérito realizado pelo projeto SABE na cidade de São Paulo, apenas 26,6% dos idosos referiram atividade física regular (Lebrão, Laurenti, 2003).

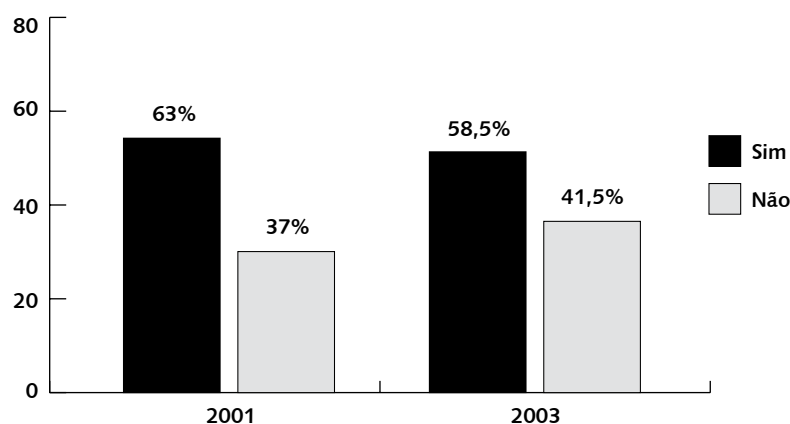


Gráfico 1. Atividade física regular de idosos do PPS do NAI/UnATI. 2001 e 2003.

A comparação temporal do padrão de atividade física mostrou pequena redução, de 63% para 58,5% no grupo praticante. O tipo de prática não variou com o tempo. Em 2003, as mais comuns continuaram sendo: caminhada (39,5%), seguida de ginástica (15,8%) e biodança (10,5%). Muitos combinam a caminhada com alguma prática formal de exercício. Quase 30% das práticas são realizadas três vezes por semana e, com igual valor, duas vezes por semana. A duração da atividade foi, predominantemente, de sessenta minutos (60,5%).

Os motivos para a não realização de AF foram semelhantes nos dois momentos. Dentre as 17 justificativas analisadas em 2003, a mais frequente foi a falta de tempo associada à de ânimo por ter que **fazer tudo em casa** (5). A atividade doméstica aparece também em duas falas associadas à percepção de que isto já é uma boa dose de atividade física. Outros aspectos foram:

- Falta de ânimo desvinculada da questão tempo (2): identificada como preguiça e justificada por um entrevistado pela influência do inverno como fator desmotivador;
- Falta de companhia (2): como motivo isolado e sobreposto a outro;
- Percepção desprazerosa quanto à “ginástica” e “certas atividades” (2);
- Limite do corpo (3): desconforto e dores por osteoartrose, sobretudo de joelho;
- Insegurança do bairro para caminhadas e/ou inconveniência do acesso à moradia (subidas) (3);
- Motivo conjuntural (1): idosa em recuperação de fratura no pé. A mesma fazia caminhada e pretende retomá-la.

Em análise sobre a tendência ao sedentarismo, Lemos (2001) afirma que o envolvimento em um nível adequado de atividade física não depende apenas da vontade individual e deve ser pensado em relação às condições societárias que influenciam positiva ou negativamente este hábito:

Nos grandes centros, onde o indivíduo passa mais de uma hora preso em engarrafamentos de trânsito, onde a escalada de violência leva as pessoas a evitarem espaços públicos, é importante a criação de ambientes favoráveis à atividade física – seguros e acessíveis a todos, especialmente a portadores de deficiências. (Lemos, 2001, p.9)

Como observado, por trás de alguns aspectos apontados há a questão do acesso a programas de atividades físicas, embora ações públicas e privadas nesta área tenham hoje se ampliado. Isso é particularmente sensível em locais onde caminhar não representa uma prática segura ou agradável, especialmente se desprovida de companhia.

O motivo “ter que fazer tudo em casa” suscita reflexão em duas direções. A primeira é a implicação de aspectos econômicos na promoção da atividade física. O cansaço e a sobrecarga provocados por não poder contar com ajuda impõem questionamento sobre a simplificação de mensagens que desconsideram a condição dos sujeitos numa sociedade de oportunidades desiguais.

No sentido de minimização das barreiras, Fletcher, Breeze e Walters (1999) exemplificam o papel das políticas públicas no caso da população idosa. A autora destaca a política de transporte (facilitar acesso aos programas), de planejamento urbano (incrementar a disponibilidade e segurança dos locais de caminhada e de trânsito de pedestres) e o treinamento das equipes de saúde para ações educativas e minimização de prejuízos do exercício impróprio.

Outra reflexão diz respeito ao nível de AF na rotina doméstica. O padrão adotado pelo PPS para considerar AF regular é possivelmente limitado para captar o sentido de vida fisicamente ativa, aspecto fundamental na recuperação do movimento como capacidade e habilidade inatas ao ser humano. Parte dos idosos que entraram aqui como não praticantes tem alto nível de atividade física por assumirem integralmente a gestão de suas casas. Conforme Araújo e Araújo (2000), podemos ser fisicamente ativos, sem necessidade de supervisão ou treinamento, desde que as nossas atividades diárias demandem níveis razoáveis de atividade física e de gasto energético. É preciso, porém, que o condicionamento não seja desacompanhado de sensação de bem-estar, razão por que a atividade física intensa, em condições de trabalho desumanizantes, não é considerada promotora de saúde.

Por outro lado, constatada a altíssima prevalência de problemas musculoesqueléticos em idosos, em torno de 57% no grupo aqui estudado, é central refletir sobre as condições posturais e ergonômicas do uso do corpo na rotina doméstica. Como constatado na dinâmica assistencial, as dores crônicas

tendem a se agudizar mais do que se beneficiar com atividades físicas obrigatórias nos serviços de casa. Entretanto, ter presente um conceito de atividade física que incorpore os afazeres cotidianos é fundamental, e, como lembra Andrews (2001), útil para dissociar a atividade física do fitness vendido massivamente na sociedade contemporânea.

Cabe destacar, neste ponto, a relevância da reflexão sobre bem-estar corporal na ótica do indivíduo em suas rotinas. O que realmente as pessoas percebem de bom ao se exercitarem? Como traduzem a "verdade da ciência" no próprio corpo? Que prazer a atividade física agrega à vida?

Nas ações educativas, é oportuno ir além da socialização de conhecimentos sobre a relação entre atividade física e saúde, tendo em vista a popularização atual deste tema na mídia. Como se deduz da crítica à promoção da saúde empreendida por Buchanan (2000), um aspecto central, não desconsiderando o compromisso ético de garantir a informação, é a reflexão sobre os valores que orientam as ações das pessoas. Isto é algo sutil e possivelmente está além das práticas de aconselhamento. Daí a relevância de se ouvir o outro e saber em que medida o que está sendo proposto converge ou interfere com o que as pessoas julgam mais importante: "Deveriam as pessoas se exercitar mais? A prerrogativa é verdadeira na medida em que as pessoas concordem, na medida em que tornem-se convencidas de que é algo conveniente na direção do que elas querem dedicar seu tempo e energias" (Buchanan, 2000, p.101).

Índice de massa corporal

Conforme o Gráfico 2, não foi identificado baixo-peso. Ao contrário, quase 50% dos idosos apresentavam sobrepeso, notando-se pequena diminuição na comparação bianual, acompanhada de discreto aumento da faixa considerada normal e da obesidade moderada.

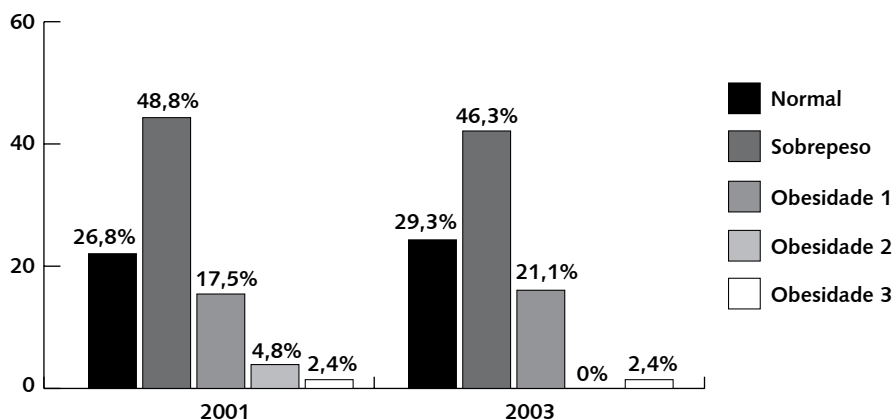


Gráfico 2. Índice de massa corporal de idosos do PPS do NAI/UnATI, 2001 e 2003.

A prevalência de sobrepeso foi um pouco maior que a encontrada em estudos de maior porte, como os de Lima-Costa et al. (2001), com 1.606 idosos de Bambuí (35,4%), e em Tavares e Anjos (1999), com a população brasileira (30,2% em mulheres, e 24,7% em homens). O quadro encontrado parece confirmar a ocorrência de padrões alimentares cuja ingestão calórica supera as necessidades orgânicas.

Nas dinâmicas de grupo do PPS, observa-se que a compreensão genérica do que seja "alimentação equilibrada" é bem estabelecida e lembrada como necessária à saúde. Entretanto, ao se propor a reflexão sobre as práticas alimentares cotidianas, observa-se uma boa dose de dilemas na administração dos prazeres ligados à alimentação:

Eu gosto muito de doce como poderei deixar de comer doces? (PG)

Gulosa em salgadinhos, doces, comidas em geral, enfim sou uma comilona. Tal o resultado. (PG)

Como muito, estou sempre com vontade de comer. (PG)

Não tenho dificuldade de fazer e de comer, o difícil é não comer doce, frituras, salgadinhos... (PG)

O aspecto do preparo também influencia o padrão alimentar, seja porque é preciso atender ao interesse nem sempre convergente das preferências dos outros familiares, seja porque o fato de morar só, que chega a 31,7% neste grupo, é desestimulador do investimento em preparos:

A minha dificuldade é que não cozinho somente pra mim. (PG)

Eu como tudo bem balanceado, sendo que às vezes abuso um pouco para não ter que fazer comida separada, pois tenho meu filho e ele é meio chato na alimentação. (PG)

[...] passo o dia todo beliscando, seja biscoito, pão, suco, café. (PG)

Talvez seja porque eu mesmo faço. (PG)

Neusa mora só, mantém sobrepeso moderado mas melhorou os níveis altos de colesterol e glicose. Diz que agora tem optado por fazer refeições a quilo e isso tem sido melhor do que almoçar pastéis, como fazia sistematicamente por maior comodidade e por adorar pastéis. Conseguiu inscrição no programa de controle de hipertensão no centro de saúde do seu bairro após encaminhamento do projeto. (OP)

O lugar do desejo em aspectos como gosto e paladar, não coincidente muitas vezes com equilíbrio alimentar, é uma aguda questão. A alimentação é fonte de prazer e torna-se também escape fácil e imediato para dores da alma:

Dora manteve obesidade considerada severa. Cuida da casa e dos filhos, tem poucas atividades sociais no momento e queixa da solidão que a acompanha de longa data. Demonstra desânimo e tristeza e não faz atividade por "preguiça". Refere interesse em emagrecer mas, não sabe por que, descontinuou o acompanhamento nutricional. (OP)

Ao se levar em conta o "estar no mundo" dos sujeitos, cabe interrogar também a possibilidade econômica do acesso aos alimentos. Uma alimentação balanceada tem certa ambiguidade quanto ao custo. Comer menos carne vermelha e produtos industrializados implica menor gasto, mas o mesmo não é verdadeiro quanto a consumir frutas variadas, pães integrais, carnes magras e produtos light. Os farináceos, doces e carnes gordas são formas mais baratas e prazerosas de saciedade. Apesar de o grupo estudado ter um perfil socioeconômico mais favorável que o da população idosa em geral, o grupo é heterogêneo e 58,5% referem problema econômico.

Na abordagem de políticas públicas favorecedoras da alimentação saudável dos idosos, Fletcher, Breeze e Walters (1999) afirmam a relevância de se proverem informações e possibilitar o acesso, e exemplificam ações governamentais junto às indústrias para reduzir barreiras e aumentar oportunidades. São elas: melhora das embalagens e dos rótulos informativos dos produtos, redução do sal, porção pequena de alimentos, e desenvolvimento e promoção de produtos com gordura reduzida.

Na experiência com idosos moradores de hotéis-residência, narrada por Minkler (1992), a subnutrição e a falta de acesso a frutas frescas e vegetais foram trabalhadas nos grupos educativos. A ação proposta em três hotéis foi a contratação de um serviço semanal (minimercado), enquanto em quatro outros optou-se por um programa de café da manhã semanal, cooperativo. Os idosos e a equipe produziram um livro de receitas baratas e nutritivas, distribuído entre os residentes e

vendido com renda revertida para o projeto. Com isso ampliaram o acesso a alimentos e, sobretudo, aumentaram o senso de controle e competência dos idosos em matéria de interesse para sua saúde e qualidade de vida.

Diante dos fatores sociais e pessoais que interagem na questão alimentar, ressalta-se aqui o valor de uma abordagem compreensiva, orientada para estabelecer a melhor comunicação possível com os idosos e pactos assistenciais mais profícuos. A informação é subsídio para as escolhas, porém é igualmente importante a motivação e o interesse em cuidar do que se come, enquanto dimensão fundamental ao bom equilíbrio orgânico. As práticas devem ser pensadas não como instrumentos de controle e proibição, mas como recursos que suportam e possibilitam o exercício da autonomia e a administração pessoal dos riscos:

Tenho uma alimentação certa até o fim da semana. Domingo saio da dieta. Tomo minha cerveja, como salgadinho etc. (PG)

b) Saúde e bem-estar subjetivos

A **autopercepção da saúde** foi positiva nos dois momentos, com pouca alteração. A categoria boa foi predominante, diminuindo de 76% para 66%, seguida de ótima, que subiu de 15% para 17%, aproximadamente. A resposta ruim, em contrapartida, se ampliou discretamente, pois dois idosos passaram a reportar a saúde como péssima.

Os quatro idosos que reportaram sua saúde como ruim em 2001, mantiveram resposta negativa. Em dois casos isso ocorreu porque o quadro depressivo e as doenças associadas pouco se alteraram apesar do suporte assistencial; outro caso ocorreu em função do diagnóstico recente de câncer; e outro porque um único problema (gonartrose bilateral) prejudicava intensamente a vida da idosa.

Do grupo que considerava a saúde positivamente, a maioria manteve resposta positiva (82,9%), com exceção de dois idosos, enquanto um outro sentiu dificuldade de se enquadrar na classificação proposta. Em inquérito comunitário em municípios de Cuba, Larrea et al. (2000) encontraram somente 39,6% dos idosos com percepção positiva da saúde, ao que relacionaram com a prevalência de doença crônica. Isto não parece ocorrer no grupo estudado, já que também é alta esta incidência. A ausência da opção "regular" na AMSQV pode ser parcialmente responsável pela diferença no patamar de respostas positivas, pois ela é presente no instrumento do estudo cubano, assim como no inquérito do SABE em São Paulo, cujo percentual de respostas positivas foi de 46% (Lebrão, Laurenti, 2005).

A **satisfação com as atividades no tempo livre** manteve-se elevada, porém diminuiu de 90,2% para 82,9%. O motivo mais comum de insatisfação foi a falta de companhia, seguida de: falta de motivação, custo, vontade de mudar a rotina, e "falta de um serviço social" – atividade voluntária entendida como possibilidade de sentir-se bem por ser útil a outra pessoa. Em 2001, os motivos foram semelhantes, acrescidos da falta de tempo.

A falta de companhia referida por frequentadores ou egressos da UnATI chama a atenção para limites da sociabilidade gerada intramuros na rede de suporte social de alguns idosos. Observou-se, também, a pequena presença e/ou dificuldades das famílias de serem mais próximas de seus idosos em atividades de lazer, percebidas, talvez, como menos importantes do que acompanhá-los a médicos e a exames. Como o avançar da idade traz maior insegurança de "sair sozinho", condição que atinge também os familiares, a pessoa idosa passa a ter limites quanto a oportunidades de lazer:

D. tem 82 anos e grande vitalidade apesar da aparência frágil. Seu histórico recente inclui três quedas e várias intercorrências de saúde, das quais se orgulha de estar enfrentando. Não mora sozinha mas a filha com quem mora trabalha em tempo integral e por isso se sente só. Faz tudo em casa e diz que o que mais gosta é passear no shopping. Vai pouco pois no fim de semana a filha quer descansar e ela fica sem companhia. Os filhos se preocupam com ela e a inibem de sair sozinha para que não lhe aconteça algo ruim. (OP)

O **sentimento em relação à vida** apresentou uma pequena variação positiva. A grande maioria (94,3%) que se dizia satisfeita na primeira avaliação mantém a resposta, enquanto, dentre os insatisfeitos, metade passa a responder positivamente a esta questão.

Este dado parece reforçar a relação entre a autopercepção positiva da saúde e a satisfação com a vida entre idosos (Larrea et al., 2000). Conforme Doll (1998), a relação entre estes conceitos é especialmente relevante entre idosos pelo impacto maior das doenças e da comorbidade na velhice. Algumas expressões ilustram isso:

Eu tô andando, faço tudo... (OP)

A pessoa com 71 anos, andar, raciocinar,... é muito gostoso. (OP)

Por outro lado, cabe ponderar sobre o limite da inferência sobre bem-estar por meio da satisfação com a vida. Em alguns casos, a resposta positiva pode não traduzir satisfação genuína, e sim o sentimento de que o vivido hoje é melhor do que situações anteriores de sofrimento. Também pode ser cogitada a influência religiosa que afirma a primazia do valor da vida.

A **expectativa em relação ao futuro**, expressa como desejo de realização no plano material ou espiritual, passou de 58,5 para 62,5% (Gráfico 3), mas aumentaram as respostas em que o futuro é associado a sentimentos negativos. Três idosos assim se posicionam em 2003 em função da insegurança gerada pelo avançar da idade e dos problemas de saúde em contexto de insuficiente suporte familiar. A única resposta negativa em 2001 passou a positiva em virtude do reingresso ao mercado de trabalho, questão tomada, pela idosa, como principal geradora de seu quadro de ansiedade e depressão.

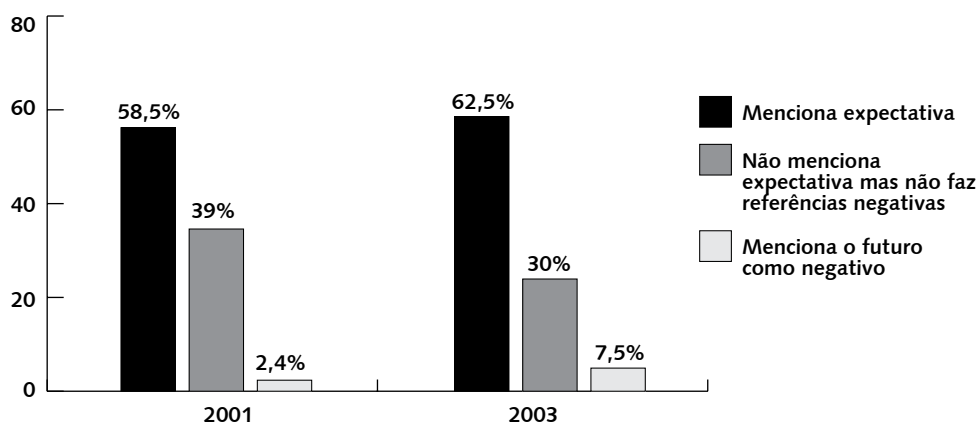


Gráfico 3. Expectativa em relação ao futuro de idosos do PPS do NAI/UnATI, 2001 e 2003.

A categoria não menciona expectativas sobre o futuro, mas sem associar a este valores explicitamente negativos foi predominante. O esvaziamento de expectativas parece associar-se à percepção de alcance de um patamar de vida com pouca margem de mudança. A isso se alinha a consciência de temporalidade e finitude, a qual, de modo aparentemente natural, indicaria um limite para maiores projeções:

Aos 82 anos é difícil ter grandes ideais, porém se a família continuar amiga como são fico muito agradecida. Porque um feixe de lenha é difícil de partir, porém uma vara quebra-se com facilidade. (PG)

Considerações finais

Os caminhos aqui percorridos em busca de revelar repercussões do projeto mostram que se trata de uma experiência positiva para os idosos e que contribui para reforçar suas capacidades para lidar melhor com a saúde no envelhecimento.

A influência do projeto, no curto prazo, sugere alcance de objetivos intermediários, como: socialização e debate de informações, reforço da autoestima, e ampliação dos contatos sociais. Isto ocorre pela proposta participativa e pela interação nos grupos, que gera o sentimento de pertencimento, de "ter uma turma", algo valioso entre idosos, dado o ocasional afrouxamento dos vínculos sociais. O grupo representa instância de apoio social formal, capaz de: mobilizar o sentido de valorização da vida e do envelhecimento; despertar o interesse em desfrutar de novas interações; exercitar a solidariedade, e realizar projetos futuros. Isto é coerente com estudos qualitativos que avaliam grupos de promoção da saúde com idosos (Teixeira, 2001; Ruffing-Rahal, 1994).

A evolução dos indicadores após dois anos, aqui ilustrados pelos dados referentes aos eixos autocuidado e bem-estar subjetivo, sugere certa estabilização positiva, pelo perfil favorável desta coorte e pela vulnerabilidade com o avançar dos anos. A aproximação com a situação encontrada na segunda avaliação mostra que o grupo permanece bem, de modo geral, mas que há questões relacionadas ao contexto social e à subjetividade que influenciam a saúde e seus cuidados. Tais questões devem ser melhor conhecidas e oferecidas ao debate com a população e os profissionais, a fim de promover e aprofundar o diálogo entre o saber técnico-científico e a vida cotidiana.

Um limite a se ponderar, além do pequeno n da pesquisa, é a possível superestimação de certos dados na avaliação inicial, uma vez que a AMSQV é aplicada após início dos grupos, suscetível assim à sua influência. Alguns aspectos positivos, em 2001, como se observa na prática, já podem ser resultantes do próprio ingresso no projeto.

A proposta de avaliação desenvolvida é um modelo aberto, e seu desenho foi um exercício de avaliar a própria dinâmica do trabalho educativo e assistencial em seu potencial de produção de conhecimento, tendo em vista as dificuldades para sistematização e avaliação nos serviços de saúde. A utilização de múltiplos métodos e a incorporação de uma amplitude temática, coerentes com pressupostos da promoção da saúde, são empreitadas complexas, com seus riscos, mas que devem ser trilhadas para o avanço da promoção da saúde na dinâmica assistencial e o aprofundamento do debate sobre avaliação no país.

Conclui-se que o projeto apresenta elementos que potencializam a reorientação das práticas de saúde em direção a uma atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos sobre questões que afetam a saúde e o bem-estar, nos planos individual e coletivo.

Colaboradores

Mônica de Assis desenvolveu a pesquisa avaliativa em parceria com Liliâne Carvalho Pacheco e atuou na redação. Zulmira Hartz e Victor Vincent Valla orientaram o desenvolvimento da avaliação e revisaram o texto.

Referências

ANDREWS, G.R. Promoting health and function in ageing population. *BMJ*, v.322, n.21, p.728-9, 2001.

ARAÚJO, D.S.M.S.; ARAÚJO, C.G..S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev. Bras. Med. Esp.*, v.6, n.5, p.194-203, 2000.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Portaria 2.528, de 19 outubro de 2006**. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/>> Acesso em: 12 jun. 2008.

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

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F; LIMA, V.L.G.P. Health promotion in Brazil. **Promot. Educ.**, v.14, n.4, p.209-13, 2007.

DEBERT, G.G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, 1., Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS/SAS, 1996. p.35-45.

DESLANDES, S. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.13, n.1, p.103-7, 1997.

DOLL, J. Saúde subjetiva e satisfação de vida – um estudo comparativo com pessoas idosas no Brasil e na Alemanha. **Gerontologia**, v.6, n.3, p.99-110, 1998.

FLETCHER, A.; BREEZE, E.; WALTERS, R. Health promotion for the older people: what are the opportunities? **Promot. Educ.**, v.6, n.4, p.4-7, 1999.

GOODSTADT, M.S. et al. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In: ROOTMAN, I. et al (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Denmark: WHO, 2001. p.517-33.

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

LARREA, N.F. et al. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v.16, n.1, p.6-12, 2000.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.2, p.127-41, 2005.

_____. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Orgs.). **Saúde, bem-estar e envelhecimento - projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003. p.73-92.

LEMOS, M.S.A. Reduzindo o sedentarismo nos centros urbanos. **Promoção Saude**, v.2, n.5, p.9-10, 2001.

LIMA-COSTA, M.F. et al. The Bambuí health and aging study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v.9, n.4, p.219-26, 2001.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. **Int. J. Health Serv.**, v.22, n.2, p.303-16, 1992.

NÉRI, A.L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G.. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papirus, 1999. p.113-40.

- PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. 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.261-81.
- POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, K.L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. et al. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Denmark: WHO, 2001. p.45-62.
- ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. et al. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Denmark: WHO, 2001. p.7-38.
- RUFFING-RAHAL, M.A. Evaluation of group health promotion with community-dwelling older women. **Public Health Nurs.**, v.11, n.1, p.38-48, 1994.
- TAVARES, E.L.; ANJOS, L.A. Anthropometric profile of the elderly Brazilian population: results of the National Health and Nutrition Survey, 1989. **Cad. Saude Publica**, v.15, n.4, p.759-68, 1999.
- TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupo voltado à promoção da saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.
- VAN DER BJI, A.K.; LAURANT, M.G.H.; WENSING, M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. **Am. J. Prev. Med.**, v.22, n.2, p.120-32, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2004.
- WHO. WHO/NMH/NPH, 1998. **Population ageing: a public health challenge**. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 10 maio 2009.

ASSIS, M. et al. Evaluación del proyecto de promoción de la salud del Núcleo de Atención al Anciano: un estudio exploratorio. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.367-82, abr./jun. 2009.

La evaluación en promoción de la salud del anciano es temática emergente con la expansión de programas impulsados por el envejecimiento de la población. Se presentan datos de la evaluación exploratoria del Proyecto de Promoción de la Salud del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad de la Tercer Edad, Universidad Estatal de Rio de Janeiro orientada por el análisis de implantación y basada en fuentes documentales, re-evaluación de los ancianos y observación participante. Se observa el avance de los objetivos de socialización y debate de informaciones, refuerzo de la autoestima y ampliación de los contactos sociales. En la re-evaluación se han constatado pequeños cambios en indicadores de auto-cuidado y de salud y bienestar subjetivo, deduciéndose estabilidad positiva por el perfil de los participantes. Se concluye que el proyecto contribuye con la re-orientación de las prácticas de salud en dirección a la atención integral, pautada en la humanización y en el fortalecimiento de la participación de los sujetos sobre cuestiones que afectan a la salud y al bienestar en los planos individual y colectivo.

Palabras clave: Promoción de la salud. Educación en salud. Anciano. Evaluación de programa.

Recebido em 12/06/2008. Aprovado em 11/09/2008.