

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Natália Aparecida de Meira Franco

**A sociabilidade como estratégia de saúde
O caso do grupo Melhor Idade**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NATÁLIA APARECIDA DE MEIRA FRANCO

**A sociabilidade como estratégia de saúde
O caso do grupo Melhor Idade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para Obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação da Profa. Dra. Beltrina Côrte.

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria Das Dores de Meira

À meus filhos Raphael e Robson que me apoiaram nesta jornada

À meu esposo Maurício

À todos os professores do Programa de Gerontologia. Em especial à minha orientadora Beltrina Côrte que com paciência me orientou, e acreditou em mim

À Obra Social Dom Bosco que, sem me conhecer, abriu-me suas portas

*Ao grupo Melhor Idade que me acolheu e me motivou ir adiante com esta pesquisa,
sem eles este trabalho não seria possível*

À gerência do projeto que me apresentou o que é sociabilidade

RESUMO

FRANCO, N. A. M. (2010). **A sociabilidade como estratégia de saúde. O caso do grupo Melhor Idade.** Dissertação de mestrado em Gerontologia – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

O presente estudo teve como objetivo principal analisar os benefícios das atividades culturais na melhoria da saúde de idosos participantes do grupo Melhor Idade da Obra Social Dom Bosco, situado no bairro de Itaquera/ São Paulo. Entre os objetivos específicos estão o levantamento do perfil sócio demográfico dos sujeitos, os níveis de pressão arterial dos mesmos e as atividades culturais realizadas. A abordagem metodológica da pesquisa foi quanti-qualitativa, e entre os procedimentos usados estão destacamos a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita pela pesquisadora, a mensuração da pressão arterial e o diário de campo. Foram selecionados nove sujeitos, dos quais sete mulheres, entre 70 e 76 anos, e dois homens, entre 70 e 71 anos, caracterizando a “feminização da velhice”. Os critérios de escolha foram: ter acima de 60 anos e apresentar antecedentes de hipertensão arterial. Em relação ao estado civil, uma mulher era solteira, três viúvas, uma casada e duas separadas; dos homens, um viúvo e um casado. Todos aposentados e católicos. Constatamos que a maioria foi alfabetizada no grupo Melhor Idade. Em relação aos níveis pressóricos, verificamos que na primeira semana, antes de iniciarem as atividades após as férias, um homem e uma mulher estavam com a pressão arterial de 150x90, e duas mulheres com 140x90, valores considerados como hipertensão arterial pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Na segunda semana, cerca de um mês após o início das atividades, todos os participantes apresentaram níveis normais: 130x80 em um homem e uma mulher; 130x70 em duas mulheres; 120x80 em um homem e três mulheres; e 120x70 em uma mulher. Dos resultados obtidos nenhum sujeito apresentou pressão arterial acima de 130x90, o que realmente comprova que a saúde melhorou após participar das atividades culturais. No decorrer da pesquisa de campo observamos que para compararmos a saúde percebida e a real, como também para ter dados da saúde dos sujeitos da pesquisa antes de entrarem no programa, pelo histórico de enfermagem, sentimos necessidade da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Estes resultados indicam que a saúde das pessoas idosas desta pesquisa melhorou ao manterem o controle da pressão arterial; melhorando, conseqüentemente, a sociabilidade – o que se constatou nas respostas à pergunta sobre quais seriam os impactos das atividades culturais na melhoria da saúde e sociabilidade dos idosos do grupo Melhor Idade. Entender saúde como cultura é fundamental para a compreensão e vivência da extensão da vida humana, reconhecendo as pessoas idosas como sujeitos e, como tais, também como construtores culturais. As possibilidades de convivência e sociabilidade a partir das atividades culturais influem em seu novo modo de viver seu processo de envelhecimento.

Palavras-Chaves: Sociabilidade, Envelhecimento, Cultura, Saúde, Gerontologia

ABSTRACT

FRANCO, N. A. M. (2010). The sociability as a health strategy. The case of the Better Age group. Masters dissertation on Gerontology - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

The following study has as main objective to analyze the benefits of cultural activities in the improvement of elder's health that are a part of the Better Age group from the Dom Bosco Social work, located in the Itaquera neighborhood/São Paulo. Through the specific goals there is the survey of the social demographic profile of the subjects, levels of the arterial pressure and the realized social activities. The methodological approach of the research was quantitative and qualitative, and through the used procedures it's highlighted the semi-structured interview, taped and transcript by the researcher, the measurement of the arterial pressure and the field journal.

It was selected 9 subjects, from which 7 women, between the ages of 70 and 76, and two men, between the ages of 70 and 71, characterizing the "feminization of old age". The criteria of choice were: be over 60 years old and present history of arterial hypertension. Regarding their status, one woman was single, three were widowers, one married and two separated; regarding the men, one widower and one married. All of the subjects were retired and Catholics. It was found that the majority was alphabetized in the Better Age Group. Regarding the pressure levels, it was verified that in the first week, before initializing the activities after vacation, a man and a woman had the arterial pressure of 150X90, and two women with 140X90, values considered as hypertension by the Brazilian Cardiology Society. On the second week, about one month after the beginning of activities, all the participants presented normal levels: 130X80 in one man and one woman; 130X70 in two women; 120x80 in one man and in three women; and 120x70 in one woman. Of the obtained results none of the subjects presented arterial pressure above 130x90, which proves that their health improved after participating of the cultural activities. During the field-research we observed that to compare the perceived and the real health, as well as to get the health track of the subjects before they entered the program, through the nursing historic, we felt the need of the realization of the Nursing Assistance Systematization (SAE). These results indicated that the health of the elders who were part of this research improved or maintained in control of their arterial pressure; improving as a consequence the sociability – which was found on the answers of the question which are the impacts of cultural activities in the improvement of health and sociability of the elders of the Better Age group. Understanding health as a culture is fundamental for the comprehension and experience of the human life extension, recognizing elders as subjects and also as cultural constructors. The possibilities of experience and sociability starting from the cultural activities influence in your new state of living your aging process.

Key words: Sociability, aging, culture, health, Gerontology

*Um homem comum maravilha-se com
coisas incomuns.*

*O sábio maravilha-se
com coisas corriqueiras.*

Confúcio

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil sociodemografico dos participantes do grupo Melhor Idade, fevereiro de 2010	53
Quadro 2 – Níveis de Pressão Arterial dos participantes do grupo Melhor Idade, fevereiro e março de 2010.	56
Quadro 3 – Níveis de pressão arterial sistólica e diastólica	57
Quadro 4 - Atividades culturais realizadas no grupo Melhor Idade, no período de fevereiro e março de 2010	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPITULO I	
ENVELHECIMENTO, CULTURA E SAÚDE.....	16
CAPITULO II	
CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	34
Cenário de campo da pesquisa.....	34
Passo a passo.....	40
CAPITULO III	
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
Perfil sociodemográfico	52
Níveis pressóricos	56
Atividades culturais	58
CAPITULO IV	
A SOCIABILIDADE COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

Paulista, nascida em Angatuba em 1947, vivi no campo com minha família até os 15 anos. Nessa época tive a companhia de uma idosa muito importante na vida, minha bisavó, de bondade e ternura que nunca mais encontrei em outra pessoa. Viveu até os 106 anos e deixou como herança muitas virtudes. Foi com ela que entendi o significado da morte e da longevidade.

Em 1963 fui para um colégio de freiras para continuar os estudos. Trabalhava meio período e estudava no restante do tempo. Nessa instituição me intrigou o fato de freiras idosas trabalharem em serviços pesados como o plantio e a colheita de frutas e legumes. Essas freiras alemãs tinham imigrado para o Brasil fugindo da Segunda Guerra Mundial.

A condição social daquelas freiras ficou gravada em minha memória, e despertou, muito tempo depois, em 2004, quando trabalhei com grupos de idosos numa UBS (Unidade Básica de Saúde), na prefeitura de Ferraz de Vasconcelos - SP. Nessa época comecei a luta em favor dos idosos, esse segmento tão desfavorecido pela sociedade.

Formei-me em 1978 pela UNASP (Universidade Adventista de São Paulo), e posteriormente atuei em cardiologia na Beneficência Portuguesa durante cinco anos; onde realizei um bom trabalho com idosos na clínica cardiológica, principalmente no preparo psicológico para cirurgia cardíaca e nos procedimentos de enfermagem junto à equipe.

Atuei como concursada no serviço público UBS de 1985 até 1996, quando me aposentei pela prefeitura de São Paulo. Minha atuação em saúde coletiva foi muito intensa na puericultura, imunização, prevenção de desidratação e desnutrição, recomendado pelo Ministério da Saúde. Política que ajudou a diminuir muito as

taxas de mortalidade infantil do Estado de São Paulo e em outros estados, após esse trabalho intenso dos grupos de saúde.

Lembro-me que os trabalhos voltados para atenção à saúde do idoso iniciaram-se em 1996, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. E se intensificaram a partir de 1999, quando o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional do Idoso. Mas falta muito para ser um trabalho como foi e é a atenção às crianças. Muitos projetos ficam apenas no papel.

A minha inquietação de realizar um estudo sobre promoções da saúde do idoso começou em 2005, quando supervisionei o estágio de Ensino Clínico em Saúde Coletiva dos alunos do sétimo semestre de graduação em Enfermagem da Uninove - SP. O problema foi detectado em um grupo de idosos atendidos na UBS na qual realizava o estágio. Esses idosos iam verificar a pressão arterial, com níveis elevados, em consequência de não tomarem a medicação necessária. Com os alunos foi feita uma investigação sobre a ocorrência, e comprovou-se que os idosos viviam em exclusão social e familiar.

Foi assim que pensei em um projeto sobre sociabilidade dos idosos, levando em conta nossas observações e experiência profissional. Mas faltavam-me as ferramentas e a literatura científicas.

A busca pelo mestrado iniciou-se em 2006. Entrei no grupo de pesquisa da USP – Saúde da Mulher – GEPETHIM (Grupo de Pesquisa em Enfermagem sobre transmissibilidade do HIV em mulheres) levando em conta a mulher idosa. Na ocasião as pesquisas apontam para altas taxas da doença em idosas. Mas não tive sucesso, porque entrei em depressão ao fazer contato com essas pessoas. Depois tentei na Unicamp, em Saúde dos Idosos na Enfermagem. Fiz uma disciplina como aluna especial, mas não consegui entrar no mestrado na primeira seleção; talvez

tivesse que investir mais, frequentar grupos de pesquisas, mas desisti por causa da distância, e minha falta de tempo na época.

Não sabia da existência do programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP, na própria cidade de São Paulo. Mas cheguei até o Programa, depois de passar por caminhos tortuosos e espinhosos. Hoje tenho outra visão sobre a pessoa idosa, aprendi e estou construindo saberes sobre a ciência do envelhecimento. Em 18 meses de estudos, cursei oito disciplinas com as quais desenvolvi o aprendizado e as reflexões para os caminhos desta pesquisa.

Conheci diversos autores os quais ampliaram minha visão sobre essa etapa da vida; entre eles Guita, Debert, Helman, Minayo, Myrian Barros, Simmel; e com eles obtive embasamento teórico para realizar a pesquisa. Tomei gosto pela docência, amadureci intelectualmente, e consegui melhorar as discussões em sala de aula, tornando-me uma pessoa e uma profissional mais qualificada. Isso porque o programa de Gerontologia da PUC tem capacidade de abordar temas socioculturais relevantes.

A minha inquietação em realizar uma pesquisa que abordasse o tema “Sociabilidade” surgiu a partir de problemas detectados em uma Unidade Básica de Saúde, como já citado. Na ocasião, ao supervisionar o estágio da graduação de Enfermagem em Saúde Coletiva, constatei que grupos de idosos isolados da família e da sociedade não tinham sociabilidade, e essa era uma das razões que os levavam a deixar de tomar a medicação anti-hipertensiva e, o que, em consequência, gerava o aumento da pressão sanguínea arterial. Esse fator de risco fez com que obtivessem atenção da equipe de saúde, e foi organizado um grupo de educação em saúde.

Ao final de dois meses, era visível a melhora da saúde e da autoestima desses mesmos idosos. A inquietação me levou a propor esta pesquisa no mestrado, buscando responder a seguinte pergunta: qual o impacto das atividades culturais para a saúde de um grupo de idosos hipertensos? Para a enfermagem, seguindo os critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS, saúde não é ausência de doença, mas sim o controle dessas enfermidades, pelo tratamento com medicamentos, terapias alternativas e dieta correta. Principalmente autoestima associada ao envelhecimento ativo.

Para analisar os efeitos da sociabilidade houve a proposta de comparar o antes e o depois, a partir das falas e mensuração da pressão arterial dos idosos participantes das atividades culturais no grupo Melhor Idade da Obra Social Dom Bosco. Essa obra se localiza em Itaquera, bairro da Zona Leste da cidade de São Paulo, tendo sido criada pelos salesianos em 1981, com a missão socioeducativa de atender crianças e jovens em vulnerabilidade social. Em 1995 criou-se o grupo Melhor Idade para contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso, por meio da sociabilidade, estabelecendo relações de respeito, afetividade e envelhecimento saudável através das atividades culturais.

Este estudo toma como fundamento o conceito de sociabilidade formulada por Simmel (1858 – 1919). Parti da concepção de um espaço público de direitos e deveres, em que os assuntos são discutidos pelos seus participantes, que também realizam as atividades culturais nas diversas oficinas oferecidas pelo grupo Melhor Idade da Obra Social Dom Bosco.

As pessoas que participam desse projeto tem 60 anos ou mais, e são na maioria portadores de doenças crônicas, sem serem limitados por elas. Os idosos participantes do grupo vivem um envelhecimento ativo: são autônomos, controlam o

curso de suas vidas e interação com o mundo; reconhecendo assim que são autores de sua história em contínuo processo de construção.

Com esta pesquisa pretende-se contribuir para formulação de políticas públicas de promoção à saúde, mas também ampliar o olhar do profissional da saúde em relação ao atendimento à pessoa idosa, fazendo interface com a gerontologia.

A exposição deste estudo compreende quatro capítulos.

O primeiro, “Envelhecimento, Cultura e Saúde”, reflete sobre o envelhecimento e como ele vem acontecendo de forma acelerada em todo o mundo e principalmente no Brasil, que precisa urgente de um modelo de saúde que seja eficaz para essa população. Não basta prolongar a vida, é preciso acrescentar qualidade a ela. Para isso, o modelo de saúde deve levar em conta a cultura de seu povo, suas crenças e atitudes. Cada grupo ou comunidade escolhe o tratamento de suas doenças de acordo com sua cultura.

O segundo capítulo trata da “Contextualização Metodológica” da pesquisa: a região situada na metrópole de São Paulo, o local, o Instituto Dom Bosco, a importância de sua obra no bairro, e o grupo melhor Idade, suas atividades culturais, seus membros, os critérios de escolha dos sujeitos, a mensuração da pressão arterial, o levantamento do perfil dos sujeitos participantes e a entrevista contendo as seguintes perguntas:

- Como era sua vida antes de participar do grupo?
- Por que você veio a participar deste grupo? Alguém indicou?
- Quais os benefícios que as atividades culturais trouxeram para a sua saúde?
- Seus familiares aprovaram sua participação? Quais atividades culturais que você gosta mais?
- Como você se relaciona com os demais?

- Convidaria outros idosos a participar?
- Sua relação em casa mudou sua participação? Você frequenta outros grupos?

O terceiro capítulo trata dos “Resultados e Discussão”. Nele apresentamos o perfil sociodemográfico dos sujeitos, os níveis de pressão arterial dos mesmos, descrevemos as atividades culturais realizadas, além de falarmos sobre os critérios com os quais interpretaremos as entrevistas individuais, as quais estão inseridas no capítulo seguinte.

O quarto capítulo apresenta a “A Sociabilidade como Estratégia de Saúde”, tomando como fundamento a teoria da Sociabilidade formulada por Simmel, ao se analisar o impacto das atividades culturais na melhora da sociabilidade e saúde dos participantes deste estudo. O encontro dos idosos a partir das atividades culturais desenvolveu a sociabilidade no grupo, além de possibilitar um sentido para suas vidas.

Por fim, nas “Considerações Finais”, retomo o problema central desta investigação, respondendo a pergunta: Sociabilidade do Grupo Melhor Idade: promoção à saúde dos idosos?

Gostaria de salientar desde já que este trabalho requer uma investigação mais aprofundada, pois se as atividades culturais possibilitam sociabilidade das interações de “um-com-os-outros” e “pelos outros”, em interesses e objetivos comuns, certamente um modelo de atenção à saúde da pessoa idosa deve levar em conta “as formas que as motivações assumem” quanto ao cuidado de si.

CAPITULO I

ENVELHECIMENTO, CULTURA E SAÚDE

O envelhecimento da população mundial é um fato constatável. A previsão é de que o número de pessoas acima de 60 anos passe de 600 milhões, em 2000, para dois bilhões em 2050. Aumento que será maior e mais veloz nos países em desenvolvimento, onde se calcula que se triplique nas quatro próximas décadas. O número de idosos acima de 80 anos também aumentará nos países desenvolvidos. Esses números atestam que a mudança na demografia é indiscutível e, com ela, novos desafios são inevitáveis: a organização social, os modos de vida, as questões culturais, políticas e o próprio sentido da vida. O aumento da população idosa é uma conquista e um desafio que exige ao mesmo tempo mudanças e inovações nos paradigmas de atenção a essa população, normalmente vista pela ênfase da doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) assinala que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil programarem políticas para melhorar a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos e cidadãs mais velhos. Os parâmetros estabelecidos pela ONU, a respeito da política de saúde pública denominada Envelhecimento Ativo, prioriza ações nos seguintes setores: direitos humanos, capacidade de independência, participação, auto-realização e assistência. Nessa abordagem a participação passa a ter uma conotação articulada com a saúde, sendo destacado o caráter preventivo, de promoção e de tratamento aos idosos que integram ações, grupos sociais ou ações comunitárias.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) serve de orientação para a Organização das Nações Unidas, e é o marco referencial para todas as políticas que vem sendo implantadas pelo mundo afora, afinal, homens e mulheres tem os mesmos direitos, independente da idade. É com essa compreensão que o envelhecimento - até então invisível no direito internacional - ganhou certa importância, como objeto de estudo, pesquisa e também de declaração de políticas sociais, envolvendo o Estado, a sociedade e a universidade, após mais de 60 anos da declaração.

Uma das primeiras políticas dirigidas à população idosa está evidenciada na I Assembléia Mundial sobre o envelhecimento (Viena/Áustria, 1982), na qual já se percebia a preocupação dos governos internacionais diante do aumento das demandas e das pressões do envelhecimento populacional. Nesse ano os governos adotaram um plano de ação internacional que, até hoje, se constitui na base das políticas públicas elaboradas para a população idosa. Um dos aspectos reconhecidos como essenciais desse plano é o papel da mídia na elaboração de imagens positivas do envelhecimento (Côrte, 2008).

Em 1991 ocorreu a Declaração Universal dos Direitos Humanos da População Idosa e nela foram aprovados os princípios relativos aos direitos humanos em favor das pessoas idosas: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. Em 1999 foi decretado o Ano Internacional da Pessoa Idosa e três anos depois foi realizada a II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento (Madri/Espanha, 2002).

Segundo Côrte (2008), nela foram definidas as diretrizes prioritárias que orientam as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI e reforça o conceito de envelhecimento ativo (bem estar físico, social e mental durante

toda a vida) para ampliar a expectativa de saudável, produtividade e qualidade de vida na velhice. Côrte comenta que foi nessa Assembléia que as primeiras diretrizes da criação de um ambiente propício para o envelhecimento foram criadas. Foi a partir daí que se começou a pensar na velhice não como sinônimo de doença, mas inserida em uma cultura e em um meio social. Cabe destacar que tais assembléias contribuíram apenas para impor obrigação moral para os governantes agirem.

A I Conferência Regional América Latina e Caribe sobre o Envelhecimento realizado em 2003, resultou em um documento intitulado “Estratégias Regionais de Implementação para América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento”. A promoção de uma legislação a favor da população idosa foi mais uma vez evidenciada em 2007, em Brasília, quando se deu a II Conferência Regional América Latina e Caribe sobre Envelhecimento. Ela resultou na Declaração de Brasília, tendo destaque a designação de um relator do Conselho de Direitos Humanos da ONU para velar pela promoção dos direitos da pessoa idosa e que cada país consulte seus governos sobre a criação de uma convenção da pessoa idosa como um documento jurídico em âmbito internacional (Côrte, 2008).

Sob o título “Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: a caminho de uma Convenção”, foi produzida pela sociedade civil - representada por diversas organizações não governamentais do mundo todo -, uma publicação para reforçar a compreensão e conscientização da necessidade de uma Convenção para os Direitos da Pessoa Idosa, e lançada em março de 2010. O objetivo da publicação é fornecer argumentos e instrumentos para mobilizar pessoas no mundo todo para o debate sobre os direitos das pessoas idosas e o papel de uma convenção. Um deles, expresso logo no início do documento, assinala que “apesar da existência da Declaração Universal de Direitos Humanos, pessoas idosas não são expressamente

reconhecidas nas normas de direitos humanos internacionais obrigatórios para a satisfação dos direitos humanos pelos Estados”.

Segundo o documento, “uma convenção dos direitos das pessoas idosas é necessária para assegurar que mulheres e homens idosos possam exercer os seus direitos. Com uma nova convenção nas Nações Unidas, e a assistência de um Relator Especial, governos podem ter um quadro legal explícito, orientação e apoio que lhes permitam assegurar que os direitos das pessoas idosas sejam satisfeitos em nossas sociedades cada vez mais envelhecidas.

No Brasil, a luta pelos direitos dos idosos está sendo travada há mais de 30 anos. Ela se iniciou na sociedade civil, que durante anos pressionou, e ainda o faz sobre o Estado, para o reconhecimento das necessidades e dos direitos dessa população. Foi assim que dentro do Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável”, surgiu uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam “modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida” (OMS, 2002). Este projeto de Política de Saúde, após várias nomenclaturas acabou sendo conhecido como Envelhecimento Ativo, termo adotado pela OMS para expressar o processo de conquista de uma vida mais longa, acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança (OMS, 2002).

O idoso brasileiro tornou-se um ator político cada vez mais visível na sociedade: ocupando espaço na mídia e ganhando a atenção da indústria de consumo, do lazer e do turismo, ele tem contribuído para desconstrução da idéia presente no imaginário popular de que, na velhice, os indivíduos estariam excluídos da vida pública. As demandas desse segmento populacional obrigaram à criação de políticas públicas e, conseqüentemente, de programas empreendidos atualmente em diversas regiões do país.

O Brasil teve que acompanhar as decisões da OMS no que diz respeito a atenção à saúde do idoso. Segundo Pereira (2005) desde a década de 90, o governo brasileiro passou a dedicar legislações e programas sociais à população idosa, mas com grande repercussão só em 1999, quando da aprovação da Política Nacional do Idoso, e, no final de 2003, o Estatuto do Idoso. Apesar da legislação, considerada com uma das melhores da América Latina, na prática as pessoas acima de 60 anos se encontram fora da maioria dos planos de ações governamentais.

Muitos programas foram implantados, mas não tiveram sequência por falta de recursos materiais e humanos e descaso do poder público. Em outras palavras: faltou vontade política. Além disso, “os aspectos sociais que constituem um campo extremamente importante no estudo da velhice, segundo Veras (1999:35) são negligenciados e relegados a um plano secundário”.

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Ele permite que as pessoas percebam o seu potencial para o seu bem estar físico e mental ao longo do curso da vida, e ainda permite que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, protegendo-as.

É preciso alertar que o envelhecimento ativo requer uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia da pessoa idosa. Segundo documento, a palavra “ativo’ refere-se a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Isso porque a sociedade, e até mesmo muitos profissionais da saúde, viam a velhice como um sinônimo de doença. Essa concepção sobre essa etapa da existência humana

precisava ser mudada, afinal, ela é mais uma etapa da vida. Ela faz parte do curso da vida.

Sobre essa questão, Stucchi (2006:9) afirma que “ser velho no mundo ocidental contemporâneo, é assim como ser criança, jovem, adulto, remete a configurações de valores distintas de outros momentos históricos de nossa sociedade e de outras culturas. As diferenças de gênero, classe social, de religião, de etnia, de inserção profissional, estão presentes nas construções das representações e das experiências do envelhecer”.

O que nos faz refletir sobre as representações sociais da velhice e as diferenças sociais econômicas no envelhecer, principalmente a inserção profissional e a posição social que cada pessoa ocupa e sua visão sobre o outro. Certamente, o envelhecer da maioria da população brasileira tem outros impactos sociais, que não aqueles apresentados diariamente por políticos, atores e atrizes considerados não idosos pela mídia, mesmo que já passaram dos 70 anos, embora grande parcela da população idosa do país seja considerada produtiva.

Para Neri (1997:121), que foca a fragilidade da vida, na velhice o ser humano fica mais sujeito a perdas evolutivas em vários domínios. Seja em virtude de sua programação genética, dos eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual ou dos eventos que ocorrem ao longo do curso de cada sociedade. Neri, adepta da corrente teórica do curso da vida, nos faz refletir que viver significa adaptar-se à possibilidade de constantes mudanças para autorregulação, tanto em termos biológicos quanto socioculturais. Nesse sentido, ela chama atenção para a subjetividade do ser humano em seu processo de envelhecer.

Relacionar a questão da vida e do envelhecimento em termos unicamente biológicos significa não só uma tendência reducionista, como também fonte de

exclusão e de sofrimento para os idosos, que não se reconhecem nesse discurso, simplesmente porque não se identificam com ele, segundo consta no Relatório Capes 2009 - Programa de Estudos Pós-Graduados Gerontologia da PUC/SP.

Esse relatório nos faz refletir sobre o fato de que o envelhecimento biológico não deixa de existir, mas é necessário perceber que o corpo biológico habita um sujeito. No entanto, quando esse sujeito é percebido, é visto de forma “negativa”. Acrescenta-se a tais considerações, a dificuldade de se viver numa sociedade que coloca a juventude não como uma etapa da vida, mas como um desejo permanente. Os valores culturais e as tradições determinam, na verdade, como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

Debert (2008:53), afirma que "os signos do envelhecimento foram invertidos e assumiram novas designações: “nova juventude”, “idade do lazer”. Da mesma forma, inventaram a aposentadoria, que deixou de ser um momento de descanso e recolhimento para se tornar um período de atividade, lazer, realização pessoal”. Segundo ela, “não se trata apenas de resolver os problemas econômicos dos idosos, mas de proporcionar cuidados culturais e psicológicos, de forma a integrar socialmente uma população tida como marginalizada”.

Falamos aqui de cultura, ou de uma estrutura estruturante na organização das sociedades que, segundo Geertz (1978), trata-se de um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos e materializado em comportamentos, uma vez que a cultura, segundo o autor, tem uma ideologia que o embasa, como nos lembra Jacques (1997): “Desde a Revolução Industrial, o trabalho tem predominado em nossas vidas. O primeiro emprego acontecia aos 15 ou 16 anos, numa jornada de 60 horas semanais, tendo-se um domingo livre para ir à igreja. A aposentadoria ocorria quando já se estava exaurido, com uma

expectativa de vida limitada. A estrutura da vida estava amplamente predeterminada: um pouco de religião e muito trabalho. O lazer consistia nos breves momentos de descanso antes do dia seguinte (...) Hoje, a média de trabalho de uma pessoa é de 37 horas semanais (...) A maioria de nós pode esperar ser um subempregado ou desempregado visto que o número de empregos na indústria foi reduzido à metade desde a guerra, e quanto àqueles que têm a sorte de estar bem empregados, meros 50 por cento conseguem postos de tempo integral (...) Outras ocupações tradicionais têm diminuído em termos de sua importância cronológica — notadamente a criação dos filhos. Já houve tempo em que o cuidado com famílias numerosas ocupou os pais, especialmente as mães, por um longo período de sua vida de adultos. Hoje, as famílias diminuíram de tamanho e os casais sustentam-se sozinhos por mais uns 30, 40 ou 50 anos após seus filhos terem saído de casa” (*The Guardian*, 25 de janeiro de 1997, p.5).

Thompson (1997) percebe nessa citação as transformações ocorridas nas culturas da vida cotidiana, como a decadência do trabalho na indústria e o crescimento dos serviços e outros tipos de ocupação, mudanças no tamanho das famílias, nos padrões de diferenças de geração, de responsabilidade e autoridade dos pais; o declínio do casamento numa época de incremento do divórcio, o aumento de famílias uniparentais e a diversificação de arranjos familiares; o envelhecimento da população, com seus dilemas acerca de uma terceira idade mais longa sem a ajuda do cônjuge, sustentada por generosos programas nacionais de seguros, sistemas públicos de saúde e outros sistemas de benefícios estatais...

Jacques chama a atenção para o que Thompson (1997) vai falar sobre uma abordagem da “análise social contemporânea que passou a ver a cultura como uma condição constitutiva da vida social”. Não faz muito tempo em que as pessoas

idosas, ao se aposentarem, literalmente colocavam o pijama. Viam a aposentadoria como sinônimo de descanso e, em consequência, afastar-se do emprego significava afastar-se da vida, e assim acabavam morrendo logo após a aposentadoria. Hoje a aposentadoria é vivida, muitas vezes, de forma ativa.

O que é explicado por Helman (2003:18) quando afirma que “as culturas variam substancialmente em relação ao status que atribuem aos velhos. Diferentemente das sociedades ocidentais industrializadas onde a perda da capacidade produtiva pelo acúmulo de idade e aposentadoria significa uma queda marcante no status social, o respeito ao velho geralmente é muito maior em sociedades tradicionais rurais”. Sobre essa afirmação, trazemos o exemplo da bisavó da pesquisadora e autora deste trabalho, que foi muito respeitada e admirada por toda a comunidade rural, onde ela sempre viveu.

Nas sociedades não alfabetizadas, os velhos são repositórios vivos da história oral e das tradições antigas, os hábitos culturais são muito diferentes das vigentes em nossa sociedade atual, contemporânea e urbana. Para melhor compreensão sobre a cultura chamamos Helman (2003:13), quem vai fazer que “de modo geral, portanto, a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas. Cultura são atitudes comportamentais das pessoas, como crenças, percepções, emoções, linguagens, religião, rituais, dieta, modo de vestir e atitudes frente a doença e a dor”.

Nessa linha de raciocínio, podemos falar de uma cultura a partir das atitudes comportamentais das pessoas quando estão doentes. Um vão ao médico, outras tratam a doença com ervas fitoterápicas e outras procuram dentro da religião a busca pela cura do mal que as aflige. E afirmar que as diferenças culturais e os

grupos sociais explicam as causas dos problemas de saúde. Cada povo tem sua cultura própria com relação aos tratamentos e cura das doenças.

Nesse sentido, é necessário então perguntarmos, o que é adoecer? E mais uma vez Helman é quem explica: as definições de doenças variam entre os diferentes indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais. Na maioria dos casos a saúde é vista como algo muito além da ausência de sintomas desagradáveis. Ele cita que em 1946, quando do surgimento da OMS, "a saúde era entendida como completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença. Recentemente o termo saúde refere-se ao bem estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde" (2003:18).

A questão do envelhecimento coloca em discussão a necessidade de se reconhecer que tal processo põe em cena dimensões vitais, inclusive a velhice, que não podem reduzir-se a sua dimensão biológica. Ao contrário, o que se tem de testemunho nesse campo de investigação é que a velhice não é sinônimo de doença, já que essa etapa vital é marcada por potencialidades, que implicam a investigação dos múltiplos modos existenciais.

A relatividade sócio-cultural do conceito de saúde e suas consequências no nível de intervenção estão na base de uma discussão que importa muito à Gerontologia (Relatório Capes 2009 - Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP). Aliás, no Programa, a Gerontologia é entendida como a área de saber que estuda o envelhecimento humano, levando em conta, de um lado, como o sujeito é afetado por este processo e, de outro, as mudanças sociais decorrentes do fato de que a população se torna cada vez mais longeva.

O Relatório assinala ainda que "de fato, a Gerontologia precisa responder ao problema atual da extensão da longevidade humana, não colocando a imensa

população de velhos na condição de doentes e inativos que oneram o Estado, a família e a sociedade, e sim reconhecendo-os como sujeitos e, como tal, com possibilidades de subverter e transformar valores e modos de vida que social e culturalmente se lhes impõem. Afinal, se envelhecer - do ponto de vista biológico - é o fenômeno que afeta todos os viventes, socio-culturalmente e subjetivamente, os termos envelhecimento e velhice encobrem a diversidade e a singularidade que marcam esse processo e/ou essa etapa vital”.

A incidência de doenças, de mortalidade e sua distribuição por faixas etárias traduzem a importância que uma sociedade dá (ou não) ao prolongamento da vida. De acordo com o Relatório, o Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP se abre para a discussão, focalizando o envelhecimento humano -subjetivo e populacional- num contexto sócio-cultural. Entende que é nesse locus que etapas da vida são significadas, influenciando percepções e comportamentos. Nessa perspectiva, o eixo em torno do qual se realiza a reflexão é o da assunção da dupla natureza do corpo humano: ao mesmo tempo, natural e cultural. Coloca ênfase numa perspectiva interdisciplinar do conhecimento, assumindo que a relação entre o biológico, o sócio-cultural e o psicológico é reciprocamente dinâmica. Procura, portanto, dar maior consistência à tese de que somos não apenas Cronos, mas também Kairós.

Para alguns, doença é o desequilíbrio das funções fisiológicas do organismo e da mente. É o caso de Lourenço (1999:99) que diz o seguinte: “alguns fatores de risco podem ser herdados, tais como a associação de alguns genes específicos como câncer de colo de útero, osteoporose etc. Outros fatores de risco fazem parte do ambiente físico: os agentes infecciosos e as drogas. O meio social também

fornece uma série de elementos de risco das doenças, tais como estresse e depressão.

Outros fatores de risco estão ligados a patologia específica, como a hipertensão arterial, objeto desta investigação. No entanto, concordamos com o que está contido no Relatório Capes 2009, ao apontar o excessivo enfoque nas perdas e no declínio – raiz de conceitos e preconceitos que contribui para acentuar a idéia de vulnerabilidade, o que prejudica as possibilidades de independência e autonomia. Vale ressaltar, também, que com a aceleração da história, gerações co-existem em contextos sociológicos, econômicos e políticos específicos, susceptíveis de marcar suas representações e seus comportamentos.

Em relação à patologia em si, Lourenço (1999) afirma que os fatores de risco são doenças cardiovasculares. A mortalidade causada por doenças cardiovasculares é até três vezes maior que a população idosa hipertensa e apresenta um risco mais acentuado em homens do que em mulheres.

Para Guerreiro (1999:65), “o aumento crônico da pressão arterial ao curso de vários anos leva a um importante declínio da memória e da inteligência fluida. A hipertensão arterial não tratada adequadamente compromete o aporte de oxigênio no cérebro e provoca pequenas lesões, freqüentemente não percebidas pelo indivíduo, sendo declínio cognitivo resultante, confundido com as mudanças associadas ao envelhecimento”.

De acordo com o autor é importante acompanhar os níveis pressóricos para identificação precoce de hipertensão arterial. E o tratamento ajustado a cada caso, constituem em importantes medidas para uma boa performance cognitiva do envelhecimento.

Helman (2003:132) também cita a hipertensão arterial num relato sobre estudo de caso, desenvolvido em um hospital militar em Seattle, Estados Unidos. Tratava-se de pacientes que sofriam de hipertensão. Segundo relato, “a maioria das pessoas julgavam que a hipertensão era resultante do estresse, que deixa o indivíduo suscetível à condição de “hipertenso”. Em muitos casos os pacientes não percebiam que “hipertensão” é o mesmo que pressão alta, pois o modelo explicativo de que utilizavam enfatizava a origem e as manifestações psicossociais da condição deles, julgavam que a hipertensão também resultava de fatores hereditários e físicos. Entretanto, 72% acreditavam que a hipertensão era reflexo físico do estresse sociais e ambientais”. O relato cita que a maioria desses hipertensos não seguia as orientações médicas para diminuir o estresse, pois a maior causa de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio é o estresse associado à hipertensão arterial.

Estima-se que há mais de 30 milhões de hipertensos no Brasil, sendo a terceira causa de morte por doenças cardiovasculares, em consequência da hipertensão não tratada, segundo dados do Ministério da Saúde (2008). Em relação à doença, Passos (2008) observou em sua pesquisa que estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial são fundamentais para conhecer a distribuição de exposição e do adoecimento, as causas e controle de riscos. Também foi observado por Passos, em 13 estudos publicados nas bases Medline e Lilacs, que a doença tem tendência com aumento da idade.

Entende-se que embora o questionamento da idade como marcador biológico não seja suficiente para explicar as variações que ocorrem na vida dos indivíduos, em face à longevidade cada vez mais ampliada das populações, ele deve ser levado em conta no planejamento de ações inter-setoriais, enfatizando a importância de

diferentes parcerias que promovam solidariedade entre gerações, redução das desigualdades entre homens e mulheres e minimização das diferenças entre subgrupos da população idosa (Relatório Capes 2009 - Programa de Estudos Pós-Graduados Gerontologia da PUC/SP).

Concordamos com Lourenço (1999:99), quando afirma que o aconselhamento tem como objetivo modificar certos hábitos de vida que prejudicam a saúde, como o uso do tabaco, álcool. “Em diversas pesquisas no mundo inteiro, foi comprovado o aumento de risco de doenças cardiovasculares em fumantes. É muito importante ressaltar que estas diferentes doenças estão associadas a determinadas condições que permitem seu aparecimento em alguns indivíduos e não em outros.

O sedentarismo, considerado doença do próximo século também tem sido responsável por um conjunto de problemas de saúde, enfermidades cardíacas e outras doenças. Trata-se na realidade de um comportamento contemporâneo decorrente da invenção de novas tecnologias que facilitam o cotidiano, mas que acabam induzindo hábitos não saudáveis, em que o organismo gasta pouca energia e sempre em função de confortos e velocidade mediados pelas tecnologias.

Para muitos autores, entre eles Matsudo (2002), o século XX marcou nitidamente um sedentarismo progressivo, que levou a prevalências extremamente elevadas em todo o mundo, especialmente entre os fatores de risco para morbimortalidade cardiovascular. O sedentarismo vem a ser a inatividade física, fator de risco de doenças crônicas não transmissíveis, mas prevalente na população. Matsudo assinala que “desde os textos clássicos gregos, romanos e orientais, a atividade física tem sido mencionada como um instrumento de recuperação, manutenção e promoção da saúde.

No entanto, só recentemente estudos epidemiológicos com melhor delineamento conseguiram demonstrar com maior clareza essa associação. “O sedentarismo não representa apenas um risco pessoal de enfermidades, tem um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade”. Ante essa realidade, surgiu em 1996, no estado de São Paulo, o Programa agita São Paulo. Trata-se de uma experiência bem sucedida na promoção da atividade física. De acordo com Matsudo (2002:42), o Agita é um programa de intervenção em múltiplos níveis da comunidade, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre os benefícios e o nível de atividade física.

Lourenço (1999) adverte: sabe-se que a ausência de práticas físicas programadas reduz de maneira significativa a capacidade funcional do organismo, tornando-o desta maneira menos apto às exigências do dia-a-dia e, sobretudo, diminuindo a sua capacidade de enfrentar as condições adversas secundárias às enfermidades. Um indivíduo idoso, com preparo físico precário é mais suscetível às agressões do meio ambiente devido à diminuição da força muscular, de potência, de coordenação de flexibilidade e de capacidade aeróbica.

Nas medidas de prevenção em saúde dos idosos destacam-se as atividades físicas, atividades culturais, imunização das doenças infecto contagiosas e detecção precoce de risco. Estes constituem os passos fundamentais de uma estratégia preventiva, cujo objetivo é a prevenção da saúde do idoso.

Além do sedentarismo, há sistema de crenças, os quais são os maiores problemas para a cura das enfermidades. Às vezes ajuda a pessoa enferma a se restabelecer, e às vezes as crenças sobre doenças deixam o enfermo em situação ainda mais crítica gerando práticas distorcidas ao controle à mesma.

É o caso das crenças que culpam outras pessoas pelos problemas de sua saúde. Segundo Helman, (2003) em algumas sociedades não industrializadas, as formas mais comuns disso são denominadas de bruxaria, feitiçaria e mau olhado. As crenças em torno da feitiçaria se dão particularmente na África e no Caribe e são vigentes até hoje. Vale dizer que as crenças sobre bruxaria eram comuns na Europa durante a Idade Média e, por causa delas, muitas mulheres foram queimadas.

As crenças das culturas africanas perduram com os afro-descendentes e se tornaram comuns nos terreiros de umbanda, candomblé. Cada crença foi adaptando-se à cultura do seu povo em novos territórios, formando assim outros sistemas de crenças, como é o caso dos adeptos de testemunhas de Jeová, que não autorizam a transfusão de sangue, por exemplo, contrapondo-se à saúde pública.

Existem muitas formas de tratamento para as doenças cardiovasculares. A medicina tradicional, como citado pela OMS na conferencia de Alma – Ata (1976), teria que mudar urgentemente seu paradigma. Segundo a OMS, a medicina tradicional não conseguiu resolução de monumentais problemas de saúde do mundo ou a realização da meta de saúde para todos até o ano 2000. Devido a sua incapacidade de curar várias doenças a OMS começou a dar crédito às terapias alternativas.

De acordo com Queiros (2003:65), “o argumento sustentado neste estudo é que a medicina ocidental necessita recuperar essa dimensão para sair da crise que a levou a seu paradigma dominante. É importante salientar, contudo, que focalizar medicinas populares ocidentais ou não ocidentais significa contrapô-las favoravelmente à medicina ocidental moderna. Isso porque se trata de situações de diferentes escalas e de diferente configuração cultural do problema”. Para ele, o que

se pretende é constatar que nos sistemas médicos alternativos, sejam eles simples conhecimentos populares ou sistemas médicos complexos, o fator social existe como componente fundamental, ao contrário do que ocorre com a medicina ocidental moderna. Cabe destacar aqui que a medicina alternativa está sendo adotada por profissionais e pesquisadores da saúde, pelo país afora.

Queiros define medicina alternativa como uma proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante, isto é, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalista diante da saúde e das doenças. A medicina alternativa, enquanto política de saúde ainda é bastante restrita nos serviços públicos de saúde. Existem alguns locais que já aderiram a essas práticas, como acupuntura, fitoterapia, os quais tem se mostrado muito eficientes no tratamento da hipertensão arterial e de outras doenças. O importante é que as pessoas portadores de hipertensão arterial tenham adesão ao tratamento de uma forma ou de outra.

Já Menezes (2009:240) assinala que "segundo as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, existem evidências que demonstram a redução de morbidade e mortalidade com uso de diuréticos, porém isso também foi observado com uso de betabloqueadores, inibidores de enzima, conversor de angiotensina antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II. Nos pacientes idosos, a redução de morbimortalidade ocorre com o uso de bloqueadores dos canais de cálcio".

Os diuréticos são muito utilizados por sua eficácia, baixo custo e poucos efeitos colaterais. São prescritos como monoterapia ou associação com outros agentes anti-hipertensivo, constituindo a base terapêutica para a maioria dos indivíduos com hipertensão. Para o autor "a adesão correta ao tratamento é caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o

comportamento consensual do paciente, que é extremamente relevante para alcançar os objetivos maiores de redução de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares” (Menezes. 2009:241).

Outro autor, Ayres, aponta o “caráter contraditoriamente central das tecnociências da saúde na busca de humanização das práticas da saúde (2004:19). Para ele, se as tecnologias biomédicas vem construindo e se orientando por um horizonte normativo, restrito e restritivo em relação ao que se quer entender por saúde, “é verdade também que elas constroem parte substantiva em relação às quais são construídas as concepções de saúde”. Ayres afirma que o termo "cuidado" designa uma atenção a saúde imediata interessada no sentido existente de experiência do adoecimento físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Como enfermeira tende-se a concordar com Ayres, afinal, uma trajetória de mais de 30 anos de práticas do “cuidar” acompanha a pesquisadora deste estudo em seu ambiente profissional. A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde. Implementa estado de equilíbrio, previne os desequilíbrios e reverte em equilíbrio através de assistência ao paciente no atendimento de suas necessidades básicas, em que procura sempre reconduzi-lo ao estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

Para Vanda Horta (1979:31), “a ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas”. As necessidades do paciente quando não atendidas, ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este prolonga é causa de doença, por esta razão são fatores que alteram as manifestações do doente no atendimento, e na assistência a ser prestada.

O Processo de Enfermagem (PE) ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerado um grande avanço na assistência, no ensino e na pesquisa. O processo de diagnóstico de enfermagem e os planos de ação pré-traçados para cada tipo de diagnóstico otimizam e padronizam as intervenções, melhorando e dinamizando comprovadamente os resultados da assistência prestada.

É muito importante a assistência de enfermagem a pessoas idosas participantes de grupos da terceira idade, especialmente na equipe multidisciplinar, quando sua presença é indispensável. Pois o enfermeiro tem conhecimento necessário para avaliar, sinais e sintomas, encaminhar ao serviço médico, para atendimento e tratamento da doença, além de simplesmente acompanhar os cuidados.

CAPÍTULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Cenário e campo da pesquisa



O interesse pela seleção do grupo Melhor Idade da Obra Social Dom Bosco¹ em Itaquera – São Paulo aconteceu porque a pesquisadora tomou conhecimento que ali havia um trabalho de interação social como estratégia de prevenção à saúde ao atender pessoas idosas carentes da cidade e seguindo os critérios de Envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde. A abordagem do envelhecimento ativo é baseada

no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas, e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistências e auto-realização (OMS, 2002).

O Instituto Dom Bosco está localizado no bairro de Itaquera, situada no extremo Leste da cidade de São Paulo, a 20 quilômetros do marco zero, da metrópole de São Paulo, a qual concentra enorme população e uma alta porcentagem de idosos. Segundo o censo demográfico, viviam em São Paulo quase um milhão e meio de idosos em 2000, dos quais 67% na capital (IBGE, 2000). O

¹ João Melchior Bosco, pertencente à Congregação dos Salesianos- SDB (Castelnuovo d'Asti, 16 de agosto de 1815 — Turim, 31 de janeiro de 1888) foi um sacerdote católico italiano, fundador da Pia Sociedade São Francisco de Sales, popularmente conhecida por salesianos de Dom Bosco (em latim: Salesiani Domini Bosci/ SDB). Foi canonizado em 1934 e ficou conhecido como Dom Bosco. Foi aclamado pelo Papa João Paulo II como o “Pai e Mestre da Juventude”. Dom Bosco é o padroeiro de Brasília-DF.

bairro Itaquera é pólo de recebimento de vários investimentos sociais dos governos estadual e municipal, com significativa melhora em sua infraestrutura, especialmente nas áreas da saúde e cultura.

A história do bairro é repleta de lutas sociais. Já foi uma grande, problemática e populosa periferia metropolitana, rica em potencial de votos, mas pobre demais para sediar seu próprio desenvolvimento econômico e social. Como a maioria dos municípios brasileiros, este bairro também teve sua origem indígena. A palavra Itaquera provém do guarani e significa “Pedra Dura” (Ita-Aker). Foi oficialmente fundada no dia 6 de novembro de 1686, referencia dada pela Carta de Sesmaria². Na época, os habitantes dessa região eram índios. Além desse documento não há outros registros oficiais que comprovem a povoação de Itaquera. Em função disso a comunidade local optou por estabelecer a data de aniversário em seis de novembro.

Até 1970, a principal economia local era essencialmente agrícola (baseada no cultivo do pêssego). Com a modernidade, o bairro passou a receber indústrias que aproveitavam a mão-de-obra remanescente da migração para o Leste. A infraestrutura necessária a um lugar que cresceu completamente sem planejamento tardou a chegar. Além do centro e de alguns bairros cujos moradores têm melhor poder aquisitivo, o restante, a grande periferia tem muitas carências.

A estação ferroviária foi, até 2004, o principal marco de desenvolvimento de Itaquera, pois foi a partir de sua inauguração, em 1875, que o bairro passou a crescer. A linha dividia o centro comercial, cortando Itaquera em dois extremos. Além do trem que circulava somente duas vezes ao dia, pelo bairro, de manhã e à tarde, Itaquera não possuía nenhum outro meio de transporte, exceto as carroças.

² Cf. <http://www.omelhordobairro.com.br/itaquera/page7574.htm>. As informações sobre o bairro foram extraídas desse site.

Era por meio da Maria Fumaça que os colonos levavam a produção agrícola, principalmente o pêssego, para ser comercializada no mercado central. O mais recente incremento feito sobre a ferrovia e o sistema de trens foi finalizado no ano 2000: a inauguração do Expresso Leste, que vai de Guaianases à estação da Luz. Integrado ao metrô, o sistema diminuiu o tempo de viagem, fechou algumas estações, entre elas a de Itaquera, Artur Alvim e Cidade Patriarca.

Embora a ferrovia tenha exercido importante papel no progresso de Itaquera e bairros próximos, a desativação dessas estações coloca um ponto final na história, uma vez que o trecho, pelo qual circularam desde a Maria Fumaça às composições de agora, foi transformado na extensão da avenida Radial Leste, de Itaquera até Guaianases.

Itaquera também se tornou a “casa-sede” dos imigrantes japoneses que chegaram em 1925. Eles formaram um grande bairro - constituído por chácaras - que até hoje é chamado de Colônia Japonesa. Os moradores cultivavam especialmente ameixa e peixe, fruta que tornou Itaquera conhecida e que até hoje referencia o bairro em seu principal corredor viário, a Jacu-Pêssego. Aliás, pêssego também seria o nome da estação de metrô que teve sua denominação alterada para Dom Bosco, porque ali está a Obra Social Dom Bosco, atuando diretamente no bairro de Itaquera e Guaianases. .

A Estação Dom Bosco é uma Estação ferroviária, pertencente à linha 11 da CPTM e foi construída pelo Metrô de São Paulo para ser operada pela Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM), no chamado Expresso Leste. Leva esse nome porque um grupo de padres salesianos e leigos chegou a Itaquera com a Obra Social Dom Bosco, em 31 de maio de 1981, tendo posteriormente o apoio das Filhas

de Maria Auxiliadora. Obra que foi se consolidando e se tornou em um dos maiores Centro Profissionalizante do Estado.

Os japoneses mais antigos continuam participando ativamente da vida de Itaquera, em diferentes atividades. Assim, realizam em Itaquera três eventos que caracterizam união e a tradição de seu povo: a Festa da Cerejeira em Flor, que acontece anualmente no Parque do Carmo, a gincana poliesportiva Undokai e o Bazar Beneficente da Kodomo-No-Sono, que abriga menores portadores de deficiência mental, sediada na Colônia.

A população atual estimada de Itaquera é de 211.858 habitantes, segundo dados do IBGE (2008), sendo 17.408 pessoas acima de 60 anos, cerca de 8,33% da população. Trata-se de uma região periférica cuja população, comparada com a região central, por exemplo, ainda é considerada “jovem”, devido a sua expansão socioeconômica e cultural ser recente.

Uma pesquisa apresentada em dezembro de 2009 sobre a percepção da cidade, realizada pelo Movimento NossaSãoPaulo³ - intitulada Indicadores de Referencia de Bem-Estar no Município (IRBEM) - mapeou cada bairro da cidade de São Paulo e identificou 33 indicadores básicos que oferecem um quadro geral de como está o bairro.

Destacamos que o Movimento NossaSãoPaulo, composto por diversos profissionais, integra aproximadamente 600 organizações da sociedade civil e conta com o apoio de lideranças comunitárias, entidades da sociedade civil, empresas e

³ O Movimento foi lançado em maio de 2007 a partir da percepção de que a atividade política no Brasil, as instituições públicas e a democracia estão com a credibilidade abalada perante a população. Foi criado para promover iniciativas que possam recuperar para a sociedade os valores do desenvolvimento sustentável, da ética e da democracia participativa. O Movimento tem como propósito transformar São Paulo em uma cidade segura, saudável, bonita, solidária e realmente democrática. Cf. <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/pesquisas>.

cidadãos - todos interessados em participar do processo de construção de uma nova São Paulo.

Destes indicadores⁴ empregamos cinco, que consideramos os mais importantes para detectar os problemas que necessitam de intervenção de políticas públicas. São eles: 1) a alfabetização, considerada importante instrumento de integração, comunicação e entendimento. Em Itaquera, o índice de analfabetismo encontrado foi de 4,49% do total de analfabetos da cidade de São Paulo; 2) a renda média mensal do trabalho é de R\$ 864,00; 3) a porcentagem de domicílios sem ligação com a rede de esgoto é de 16,37%; 4) o número de leitos hospitalares públicos e privados disponíveis é de 1,96 para 1.006 pessoas; e 5) o percentual de domicílios em favelas em Itaquera é de 8,55%, ou seja, 16.998 habitantes do total de domicílios da cidade de São Paulo.

A infraestrutura de um bairro e a renda mensal melhoram a qualidade de vida dos habitantes, aumentando a expectativa de vida. Essa é uma das razões que fizeram a Obra Social Dom Bosco se instalar no bairro, implementando ações de prevenção e promoção à saúde. É o que consta em seus documentos oficiais. A Obra Social investe na educação de crianças e jovens, dando-lhes oportunidades de melhores salários. Também criou o projeto Melhor Idade para dar condições de vida dignas à população envelhecida.

Essa última é estratégia de promoção à saúde, que atende à população acima de 60 anos, de segunda a sexta-feira, das 7h às 12 horas, perfazendo um total de cinco horas de atividades, iniciando-se com o café da manhã no refeitório. Depois as pessoas idosas vão para o salão, onde realizam aulas de ginástica e alongamento, e a seguir escolhem, de acordo com sua preferência, as oficinas

⁴ Os 33 indicadores estão disponível em: www.nossasaopaulo.gov

oferecidas: pintura em tela, bordados, crochê, bijuterias, música, dança, alfabetização e leitura. As pessoas também realizam passeios programados, excursão e bailes uma vez por mês.

O projeto envolve a atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por pedagogo, educadores e professores de Educação Física. Todos os funcionários da instituição estão em regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), havendo também voluntários.

Identificamos as atividades culturais existentes na instituição pesquisada, as quais se compõem de seis oficinas que oferecem as seguintes atividades culturais: Pintura em tela e tecido, confecção de bijuterias, objetos para decoração de casas, igrejas e outros, bordados, tricô e crochê, confecção de bolsas, dança flamenga, canto e coral. Além destas atividades culturais, há ainda informática, alfabetização e leitura.

Os idosos escolhem as atividades que desejam realizar de acordo com sua aptidão. As oficinas são instrumentos pedagógicos, cada uma com sua atividade proposta em forma de curso, com duração de seis meses. Existem de dez a doze atividades. Após aprendizado de cada atividade, o idoso passa a escolher em qual atividade deseja continuar. Houve inclusive o relato de um idoso que aprendeu pintura em tela e criou seu próprio ateliê.

O objetivo desse programa também é oferecer uma segunda profissão além da sociabilidade do idoso no grupo. Os idosos realizam feiras para vender o produto dessas atividades culturais, cuja renda é aplicada em passeios e viagens do grupo.

O grupo Melhor Idade permite a elaboração e o compartilhar do processo de envelhecer e das representações sociais impostas externamente ou internamente,

permitindo a construção de novos paradigmas do envelhecimento e uma nova visão da velhice compartilhada num projeto social.

As atividades culturais contribuem para novas formas de sociabilidade e de formação de agrupamentos sociais, envolvendo os idosos do grupo, constituindo oportunidades de retorno ao convívio social, e de desenvolvimento da sociabilidade.

O grupo Melhor Idade constitui-se num espaço público privilegiado onde a sociabilidade se dá pelo encontro de pessoas com os mesmos tipos de motivações e interesses, o que impulsiona a realização das atividades culturais, num processo de intensa interatividade.

Passo a passo

Após a escolha da Instituição, a pesquisadora se apresentou à direção da mesma, solicitando consentimento para realizar a coleta de dados, cujos termos (Anexo) foram assinados e apresentados ao Comitê de Ética da PUC-SP, os quais foram aprovados em 22 de dezembro de 2009.

Após esse trâmite, a pesquisadora foi apresentada ao grupo Melhor Idade e aos colaboradores do mesmo pela gerente desse serviço no início do ano letivo, no dia primeiro de fevereiro, exatamente às 7 horas, período em que teve início a jornada das atividades com um café da manhã oferecido pela Obra Social Dom Bosco a idosos do grupo. Houve apresentação de cada idoso, que contou como havia sido suas férias, e também do estudo por parte da pesquisadora, explicando os motivos e a necessidade da colaboração de todos, no sentido de liberar as pessoas idosas das atividades para que pudessem realizar a coleta de dados, realizada em um período de um mês e duas semanas.

Nessa primeira reunião foram abordados diversos temas, entre eles a proposta do cronograma das atividades do semestre com a participação de todos os presentes, pois cada pessoa idosa apresenta sua opinião a respeito de proposta apresentada. Eles opinaram sobre as mudanças e a introdução de atividades culturais. São nesses encontros que são tomadas as decisões sobre quais atividades serão realizadas. Essas decisões são levadas à Secretaria Municipal de Cultura, que trabalha em parceria com as obras sociais Dom Bosco. É a Secretaria quem paga e providencia professores ouicineiros que ministrarão cursos com a duração de três meses. Em 2009 eles contaram com o curso de pintura em tecido e trela. Para 2010, optaram pelo curso de danças.

Para o bom acolhimento desta pesquisa vale lembrar que na ocasião, o presidente da república Luis Inácio Lula da Silva, precisamente no dia 27 de janeiro de 2010, sofre crise de hipertensão e esse fato se tornou manchete de diversos veículos de comunicação impressos e televisivos nos dias seguidos. Fato que favoreceu a seleção dos sujeitos desta pesquisa e a adesão dos nove escolhidos na primeira semana do período de coleta. Este fato foi analisado e vimos com ele a importância da comunicação e da mídia para a educação em saúde da população como um todo. Todos queriam participar do grupo de pesquisa em virtude da mensuração da pressão arterial fazer parte da coleta de dados. Por curiosidade, perguntamos aos idosos quais os jornais nos quais eles haviam lido essa notícia, e a maioria dos homens respondeu o jornal "Agora".

A coleta de dados foi realizada de segunda à sexta-feira, das 7h às 11h30. No primeiro dia foi feita a seleção dos nossos nove sujeitos, de ambos os sexos, e todos acima de 60 anos, extraídos dos 95 membros do grupo (12 homens e 83 mulheres). Todos queriam mensurar a pressão arterial, o que nos deu bastante trabalho nessa

semana. O fato de a maioria dos participantes do grupo ser do sexo feminino comprova que a mulher vive mais e daí a feminização do envelhecimento. O que pode ter outras explicações, que a mulher cuida mais da saúde do que o homem.

Os critérios de escolha foram: ter começado nas atividades do grupo e apresentar hipertensão arterial, uma vez que o foco da pesquisa trata do impacto das atividades culturais no controle da hipertensão. Como tivemos apenas três iniciantes, selecionamos sete que iniciaram há menos de dois anos, mas pelo histórico de enfermagem sobre a doença dos mesmos foi possível realizar uma avaliação da saúde desses sujeitos antes de entrarem no grupo. Os selecionados foram dois homens e sete mulheres acima de 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial.

Nesse mesmo dia foi informado verbalmente e por escrito o objetivo da pesquisa e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido obedecendo aos critérios éticos nacionais 196/96 sobre pesquisa com humanos, o qual foi assinado pelos nossos sujeitos (Anexo), os quais responderam em seguida um questionário sobre o perfil sócio demográfico com a ajuda da pesquisadora, devido às dificuldades que cada um teve em escrever, pois muitos só assinam o nome por extenso. A eles foram explicadas as etapas da pesquisa, dividida em duas fases: na primeira fase a mensuração e levantamento do perfil dos sujeitos; e na segunda, nova mensuração e entrevistas.

Registramos todos os momentos desse dia em um diário de campo, desde o café da manhã, alongamento, ginástica, caminhada, realização de esportes, oficinas e até a última atividade, o almoço, servido às 11 horas. Observamos que cada pessoa, após passar pelas diversas atividades, acabam escolhendo aquelas que tem mais aptidão. O registro ocorria logo após a saída da pesquisadora da

instituição, sinalizando os sujeitos envolvidos, a atividade, a situação observada, as condições que interferiam, a influência da rotina e as normas institucionais, entre outros aspectos.

O diário de campo é uma estratégia de investigação complexa que permite ao pesquisador detalhar informações, observações e reflexões que surgem no decorrer da pesquisa de campo. Segundo Minayo, (1993:100), nele “constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Fala, comportamentos, hábitos, usos costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais”. Para Macedo (2000:195), “trata-se, em geral, de um aprofundamento reflexivo sobre as experiências vividas no campo de pesquisa e no campo da sua própria elaboração intelectual, visando aprender de forma profunda e pertinente o contexto do trabalho da investigação científica”.

A partir do segundo dia da primeira semana da pesquisa de campo foi feita a mensuração da pressão arterial dos sujeitos e assim sucessivamente até o término da semana, de preferência às 7 horas, antes do café da manhã, e após 15 minutos de descanso, contados desde o momento de sua chegada à Instituição. Segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁵, para se obter dados fidedignos, a mensuração da pressão arterial deve ser feita antes de ingerir café e usar tabaco, ou uma hora após a ingestão do café, bebidas alcoólicas e uso de tabaco e 15 minutos de descanso.

O exame implicou em mensurar os valores da pressão arterial dos indivíduos de maneira a compará-lo com uma referência e, assim, verificar se está normal, alta

⁵ Cf. <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/>

ou baixa. O aparelho utilizado para medir a pressão arterial foi o aparelho digital, mais prático e confortável para as pessoas, e de uso da pesquisadora.

A verificação da pressão arterial foi fundamental para a avaliação das condições gerais de saúde-doença dos participantes desta pesquisa, apesar de ser considerada uma técnica simples, fácil de ser realizada e não invasiva, embora de grande complexidade teórico-prática. Fato que foi possível pela pesquisadora ser enfermeira e, portanto, técnica que faz parte do seu dia-a-dia. Ressaltamos que para fazermos a mensuração normas técnicas básicas e indispensáveis foram obedecidas e aspectos anátomo-fisiológicos foram anotados.

Lembramos que os níveis de pressão arterial (sistólica ou diastólica) na população obedecem a uma distribuição gaussiana, sendo a definição de normalidade absolutamente arbitrária (Porto, 2000). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), as cifras consideradas normais foram sendo modificadas ao longo dos anos, e o que se busca na definição destes valores é correlacioná-lo de alguma forma com o risco cardiovascular. De uma maneira prática, para indivíduos adultos (com 18 anos ou mais), a literatura aceita atualmente como valores normais às cifras de pressão arterial (PA) menores que 140 X 90 mmHg. Considera-se a presença de hipertensão, pressão diastólica persistente acima de 90mmHg ou pressão sistólica persistente superior a 140mmHg (1,5-10).

Como a hipertensão do presidente Lula ainda estava estampada em diversas mídias, todos os membros do grupo queriam mensurar sua pressão arterial, o que foi possível estender tal técnica a, sem prejuízo para a sequência de coleta de dados com apenas os sujeitos selecionados da pesquisa.

Na segunda e terceira semana a pesquisadora acompanhou os sujeitos selecionados em suas diversas atividades culturais, definindo um dia para cada

atividade. Na oficina de crochê, bordados (tipo colagem em blusa, saias, vestidos) a pesquisadora foi recebida pela professora de artesanato, pedagoga, a qual foi indicada por uma amiga para atuar junto ao grupo Melhor Idade.

Esta atividade (crochê, tricô e bordados) trabalha as articulações dos 10 dedos, trazendo benefícios à circulação sanguínea, articulação e movimentos dos ossos, na prevenção de atrofia das mãos, conforme relato da professora. Nesta oficina cerca de 30 pessoas estão inscritas, as quais foram solicitadas a dizerem o que gostariam de aprender. O apleque do bordado em roupa foi apontado como desejo de uma nova aprendizagem.

A oficina de tapeçaria era freqüentada por homens e mulheres e ali se confeccionava tapetes de retalhos de tecidos, entre outros. Na de pintura em tecido, também era bastante freqüentada. Em 2009 os membros do grupo Melhor Idade tiveram essa mesma oficina, por três meses, ministrada por professores da Secretaria Municipal de Cultura, e muitos fizeram o curso, mas permaneceram apenas 30%, segundo a professora atual, que explicou: pintura requer dom e criatividade.

Na oficina de alfabetização e leitura estão 30% dos membros do grupo Melhor Idade, deles quatro pessoas são sujeitos desta pesquisa. Na apresentação da professora desta oficina soubemos que ela é pedagoga e educadora infantil e que chegou à instituição através de anúncios. Segundo um levantamento feito pela professora dessa oficina com cada participante soube a maioria dos inscritos está nessa oficina porque querem aprender a escrever melhor, fazer contas como soma, multiplicação e divisão. Ela levantou o que gostam de aprender e procurou saber da vida deles a partir de uma redação. A oficina incentiva a leitura e o uso da biblioteca. Nessa oficina é trabalhada a alfabetização, história, geografia e matemática,

extraídos de livros didáticos de 1ª a 4ª série do ensino fundamental. Ela está adaptada ao método EJA (Educação de Jovens e Adultos).

Na segunda fase da pesquisa de campo, depois de um mês que os participantes estavam na Instituição, após suas férias, foi realizada a segunda mensuração da pressão arterial. Isso foi feito durante uma semana, também de segunda à sexta-feira. Nesse período foi feita a entrevista individual, gravada em micro gravador e posteriormente transcrita pela pesquisadora, a fim de se manter a fidedignidade da fala e para que a pesquisadora pudesse mais tarde escutar o gravador para compreender melhor as falas dos participantes da pesquisa.

Para May (2004), o uso do gravador permite ao pesquisador se concentrar na conversação e registrar expressões não verbais do sujeito da pesquisa, o que foi realizado pela pesquisadora em seu diário de campo. A entrevista, contendo perguntas abertas e seguindo um roteiro pré-determinado, teve duração de mais ou menos uma hora e foi realizada no próprio local, abordando as seguintes questões:

- Como era sua vida antes de participar do grupo?
- Por que você veio a participar deste grupo? Alguém indicou?
- Quais os benefícios que as atividades culturais trouxeram para a sua saúde?
- Seus familiares aprovaram sua participação? Quais atividades culturais que você gosta mais?
- Como você se relaciona com os demais?
- Convidaria outros idosos a participar?
- Sua relação em casa mudou sua participação? Você frequenta outros grupos?

A entrevista permitiu que os membros do grupo Melhor Idade respondessem às questões nos seus próprios termos, permitindo à pesquisadora um melhor entendimento quanto ao contexto e o conteúdo da mesma vivenciado pelas próprias pessoas idosas, participantes do estudo. Na realidade a entrevista foi um encontro entre pesquisador e entrevistado, no qual se buscava compreender como era a saúde e a vida social dos sujeitos antes e depois de estarem no grupo Melhor Idade. Isto é, entre saúde real e saúde percebida.

Vale lembrar que o atendimento médico da maioria dos idosos é feito pelo SUS (Sistema Único de Saúde), mas quando uma pessoa do grupo está passando mal é chamado o SAMU (Sistema Atendimento Médico Urgência). Como o SUS é demorado para marcar consulta especializada, a gerente do programa agiliza a marcação destas consultas e, assim, todo início de semestre eles passam pela avaliação cardiológica para então realizar as atividades físicas.

No decorrer da pesquisa de campo observamos que para compararmos a saúde percebida e a real, como também para ter dados da saúde dos sujeitos da pesquisa antes de entrarem no programa, pelo histórico de enfermagem, sentimos necessidade da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nesse caso foi tomado como referencial teórico Vanda Horta, que afirma que "o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano" (Vanda Horta, 1979:35).

Ressaltamos, no entanto, que esta pesquisa não visa assistência de enfermagem, apenas observações do estado de saúde de cada participante, através da SAE e da pressão arterial sanguínea. De antemão se sabia que caso fosse encontrado sujeitos com pressão elevada se deveria comunicar à pessoa responsável pelo grupo, para que o encaminhasse para atendimento médico.

O primeiro passo do processo da SAE é o histórico de enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas, a partir de entrevista. O segundo passo é o exame físico: durante a entrevista, devemos obter informações sobre as queixas e sintomas relatados pelo sujeito. Os dados obtidos na entrevista serão validados pelo exame físico. Nos problemas de saúde, procura-se, sobretudo, colher dados sobre as percepções da pessoa, que necessidade ela sente, o que ela acha de sua doença. Assim como se ela acha que sua saúde melhorou após a participação nas atividades culturais e no grupo.

O terceiro passo é o diagnóstico de enfermagem: analisando os dados colhidos no histórico são identificados os problemas de saúde das pessoas. O quarto passo da SAE é a evolução de enfermagem, trata-se do relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sobre a observação ou assistência do profissional de enfermagem.

Observações a fazer no exame físico: obtendo o necessário para tal avaliação que procede do levantamento de peso, altura, temperatura, pulso e respiração, expressão facial, pressão arterial, locomoção e mobilidade, estado, cognitivo, condições de pele e anexos (coloração, integridade, umidade, limpeza) cabelos e couro cabeludo.

Ao descrever esse nosso caminhar nesta pesquisa acreditamos que deixamos claro que este estudo foi quanti-qualitativo e esta forma foi escolhida por acreditarmos ser a melhor para responder as questões deste estudo. Quanti porque a mensuração da pressão arterial está dentro dos métodos quantitativos de pesquisa que se baseiam no paradigma positivista, onde a racionalidade reina de forma absoluta. Vale lembrar que o pensamento positivista influenciou inicialmente as

pesquisas nas ciências naturais e exatas e, onde a objetividade, ao que pode parecer, é própria desse campo do conhecimento.

Como afirma Alves (1996: 94), “nas ciências chamadas exatas, os ingredientes têm qualidade e uniformidade garantida. Não é que a ciência seja exata. O que ocorre é que não há variações”. Esta corrente defende a isenção de valor do pesquisador no transcurso do seu trabalho, alegando que o mesmo não pode “contaminar” os resultados da pesquisa com suas crenças, sua percepção, ou seja, não é permitido ao pesquisador, segundo essa metodologia, fazer inferências baseado na sua visão de mundo. Ele deve ser um sujeito neutro, preocupado apenas em mensurar friamente os fatos observados. E foi justamente isso que ocorreu no processo e mensuração da pressão arterial dos participantes deste estudo.

Por acreditarmos que uma pesquisa apenas quantitativa teria uma visão reducionista – a qual tem imperado no campo científico e ocasionado uma diminuição da importância dos objetos – acrescentamos a abordagem qualitativa, a qual é norteada pelo paradigma interpretativo e, dessa forma, a valorizado a subjetividade. Assim, a visão reducionista se amplia para a tentativa de entendimento aprofundado do objeto em estudo. Na pesquisa qualitativa não há preocupação em produzir dados numéricos manipuláveis em fórmulas matemáticas que retratam de forma reducionista os achados de pesquisa. A dimensão subjetiva do objeto de estudo só pode ser percebida mediante o uso de métodos qualitativos de pesquisa: a tonalidade de voz dos respondentes, as alterações das feições, as expressões corporais, as diferenças entre o discurso e o comportamento, além de outras.

Ante as pesquisas quanti e qualitativas Demo (1995: 231) vem assinalando que “embora metodologias alternativas facilmente se unilateralizem na qualidade política, destruindo-a em consequência, é importante lembrar que uma não é maior, nem melhor que a outra. Ambas são da mesma importância metodológica”. Reafirmamos esta posição tomando emprestado de May (2004:146), a importância dos dois enfoques: “ao avaliar esses diferentes métodos, deveríamos prestar atenção, [...], não tanto aos métodos relativos a uma divisão quantitativa-qualitativa da pesquisa social – como se uma destas produzisse automaticamente uma verdade melhor do que a outra -, mas aos seus pontos fortes e fragilidades na produção do conhecimento social. Para tanto é necessário um entendimento de seus objetivos e da prática.

Portanto, quanto a abordagem qualitativa esta se deu porque estamos interessados em compreender a subjetividade dos sujeitos participantes desta pesquisa em relação às contribuições culturais das atividades realizadas no Instituto Dom Bosco. Como afirma Minayo (2006:21): “porque ela [a abordagem qualitativa] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

Minayo também afirma que “o pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria prima das vivências, das experiências; da cotidianidade e também analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nos como ação humana objetivada” (2006:24). Uma das estratégias usadas na pesquisa foi a entrevista, a qual, para Macedo (2000:164) “é um poderoso recurso

extremamente significativo para etnopesquisa, pois ela ultrapassa a simples função de fornecimento de dados no sentido positivista do termo”, como também “um poderoso recurso para captar representações”, uma vez que na entrevista “os sentidos são construídos pelos sujeitos, que assumem para o etnopesquisador o caráter da própria realidade, só do ponto de vista de quem a descreve”. Ele ressalta a linguagem, como uma “forte aliada para apreensão da realidade”. Segundo Macedo, “há toda uma gama de gestos e expressões densas de conteúdos indexais importantes para compreensão das práticas cotidianas”.

Práticas que tentamos compreender a partir das atividades culturais realizadas pelas pessoas idosas participantes desta pesquisa no grupo Melhor Idade.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemografico

O aumento da população idosa no Brasil traz, entre outros, desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, os quais, por terem uma formação curricular positivista, costumam ver apenas corpos biológicos e não culturais. Para estes normalmente a velhice está associada à doença. Verifica-se, de fato, um grande número de patologias encontradas em pessoas idosas, além da prevalência de doenças crônicas, como é o caso da hipertensão arterial, mas também encontramos pessoas idosas que não se deixam limitar por elas e segue sua vida cotidiana, assumindo o cuidado de si como hábito.

É o caso dos sujeitos desta pesquisa que, apesar de terem hipertensão, não deixam de viver e participar de atividades sociais. Na tentativa de os conhecermos um pouco mais, traçamos o perfil sociodemografico dos nove sujeitos da pesquisa. Em primeiro lugar elaboramos um banco de dados contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, religião, estado civil, etnia, escolaridade, ocupação atual, renda mensal e moradia.

Estas foram as informações do questionário fechado respondido pelos participantes no primeiro dia em que fomos à campo, e de seleção dos mesmos. Estas informações foram organizadas e sistematizadas em forma de Quadro para melhor entendimento do leitor. Para mantermos o anonimato dos participantes deste estudo, os identificamos somente pelas iniciais dos nomes quando da entrevista aberta.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do grupo Melhor Idade, fevereiro de 2010

Naturalidade	Homens	Mulheres
Coimbra (MG)		1
Caraguatatuba (SP)		1
Presidente Prudente (SP)		1
Boa Esperança (SP)		1
Santana (SP)		1
Paulistana (PE)		1
Boquira (BA)		1
Curuçá (BA)	1	
Anadias do Campo (PE)	1	
Etnia/cor	Homens	Mulheres
Branco	2	5
Negro	0	2
Indígena		0
Estado civil	Homens	Mulheres
Solteiro	0	1
Casado	1	1
Viúvo	1	3
Separado	0	2
Religião	Homens	Mulheres
Católica	2	7
Escolaridade	Homens	Mulheres
Alfabetizado	1	3
Ensino fundamental incompleto	0	2
Ensino fundamental Completo	1	2
Ocupação atual	Homens	Mulheres
Trabalho	0	0
Aposentadoria	2	7
Renda mensal	Homens	Mulheres
Até um salário mínimo		7
Acima de um salário mínimo	2	

Dos nove participantes, sete eram mulheres e dois homens. Em relação à idade, as mulheres tinham entre 70 e 76 anos, e os homens entre 70 e 71. Fato que comprova a caracterização da “feminização da velhice”, ou seja, o fato de as mulheres viverem, em média, oito anos a mais do que os homens. Fenômeno facilmente constatado no Brasil (Kalache, 1998; e Brasil, 2002). Podemos ainda assinalar a partir do Quadro 1 que o envelhecimento também ocorre em um contexto no qual os níveis de pobreza são relativamente elevados, como é o bairro Itaquera.

A idade de uma pessoa é mensurada pelo intervalo de tempo transcorrido entre a data atual e de seu nascimento. A sobrevivência média individual varia não só de pessoa para pessoa como também ao longo do tempo. Assim como o sexo, a cor e a classe social, a idade é um dos mais importantes fatores de diferenciação social e uma característica essencial da vida sócio-cultural de qualquer sociedade, variando entre populações a percepção sobre o envelhecimento e o valor e o papel do idoso.

Além disso, com a idade, aumenta a vulnerabilidade, especialmente a determinadas patologias. E o aumento do número de pessoas idosas requer a implementação ou melhoria de políticas e serviços a elas destinados, especialmente serviços de saúde.

No que se refere à nacionalidade das mulheres entrevistadas, sete são brasileiras; sendo cinco paulistas – uma natural de Caraguatatuba, uma de Presidente Prudente, uma de Boa Esperança, uma de Santana, e uma de Mairiporã –, uma mineira, uma de Coimbra e uma baiana de Boquira. Já os homens eram um de Curaça (BA) e um de Anadias de Campo (AL), conforme o Quadro 1.

Como podemos verificar no Quadro 1, em relação à etnia, das sete mulheres, duas eram negras e cinco brancas; quanto aos homens, os dois eram brancos.

Observamos que em relação ao estado civil, uma mulher era solteira, três viúvas, uma casada e duas separadas; dos homens, um viúvo e um casado. Quanto à religião, todos eram são católicos.

Ao analisarmos o grau de escolaridade constatamos que a maioria foi alfabetizada no grupo Melhor Idade, sendo quatro mulheres e um homem; quanto aos outros, uma mulher e um homem tinham o Ensino fundamental completo, e duas mulheres o Ensino fundamental incompleto.

Analisando a ocupação atual, constatamos que todos os participantes desta pesquisa são aposentados. Pelo Quadro 1 pode-se observar que em relação à renda mensal da aposentadoria, todas as sete mulheres recebem salário mínimo e os dois homens recebem acima de salários mínimos, o que estaria ligado à ocupação: as mulheres exerciam a profissão de doméstica e os homens foram trabalhadores metalúrgicos.

Para entendermos melhor estes dados lançamos mão de Camarano (2002), Debert (1999) e de documentos do IBGE (2002). As implicações da feminização da velhice, em termos sociais, é notória, em que grande parte das mulheres, sendo viúvas, vivendo sós, não terem experiência de trabalho no mercado e tendo menos escolarização. No caso da nossa pesquisa, a maioria recebe um salário mínimo. Entretanto, há outras visões mais otimistas em relação à condição atual das mulheres idosas. Para as idosas de hoje, tanto a velhice quanto a viuvez podem representar certa independência, ou até mesmo uma forma de auto-realização.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002), a escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres. Mais uma vez pode-se atribuir este resultado às características das políticas de educação

prevalentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era ainda muito restrito.

Níveis pressóricos

Quadro 2 – Níveis de Pressão Arterial dos participantes do grupo Melhor Idade, fevereiro e março de 2010.

Primeira semana - 2 de fevereiro de 2010	Homens	Mulheres
Valores		
150x90	1	1
140x90		2
130x80	1	2
120x80		1
120x70	1	
Resultados da mensuração dos níveis pressóricos	Homens	Mulheres
Na segunda semana – 01º a 05 de março de 2010		
Valores		
130x80	1	2
130x75		2
120x80		1
120x70	1	2

Observamos que nos resultados dos níveis pressóricos na primeira semana, um homem e uma mulher estavam com a pressão arterial de 150x90, e duas mulheres com 140x90. Esses valores são considerados como hipertensão arterial pela Sociedade Brasileira de Cardiologia: a pressão arterial normal num adulto alcança um valor máximo de 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e mínimo de 90 mmHg. Valores maiores indicam hipertensão (pressão alta). Lembramos que a hipertensão arterial é o aumento desproporcionado dos níveis da pressão em relação, principalmente, à idade.

A incidência de pressão alta é observada em relação a idade e sexo. A pressão alta é mais comum nos homens do que nas mulheres, e em pessoas de idade mais avançada do que nos jovens. Contudo, segundo informações no histórico de enfermagem (SAE) os níveis pressóricos da maioria dos sujeitos participantes da pesquisa estavam normais, conforme podemos observar no Quadro 3, que indica os níveis.

Quadro 3 – Níveis de pressão arterial sistólica e diastólica

Nível	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
Hipotensão	inferior a 100	inferior a 60
Valores normais	entre 100 e 140	entre 60 e 90
Hipertensão limite	entre 140 e 160	entre 90 e 100
Hipertensão moderada	entre 160 e 180	entre 100 e 110
Hipertensão grave	superior a 180	superior a 110
Hipertensão sistólica específica	superior a 140	inferior a 90

Na segunda semana, de 01 a 05 de março de 2010, todos os participantes apresentaram níveis normais: 130x80 em um homem e uma mulher; 130x70 em duas mulheres; 120x80 em um homem e três mulheres; e 120x70 em uma mulher. Dos resultados obtidos nenhum sujeito apresentou pressão arterial acima de 130x90, o que realmente comprova que a saúde melhorou após participar das atividades culturais.

Estes resultados indicam que a saúde das pessoas idosas desta pesquisa melhorou ao manterem o controle da pressão arterial; melhorando, conseqüentemente, a sociabilidade – o que se constatou nas respostas à pergunta sobre quais seriam os impactos das atividades culturais na melhoria da saúde e sociabilidade dos idosos do grupo Melhor Idade.

Atividades culturais

O resultado das atividades culturais pode ser observado no Quadro 4, no qual os participantes desta pesquisa responderam há quanto tempo estavam no programa. Todos estavam há menos de dois anos; um dos critérios para a seleção dos sujeitos. Todos responderam que as atividades culturais trouxeram benefícios para a saúde e para sua sociabilidade.

Para a maioria dos participantes, a indicação do programa foi feita por vizinhos, cinco; para os outros quatro, a indicação foi feita pelos próprios filhos, que ficaram sabendo da existência desse grupo e aconselharam os pais a participar. Todos têm frequência ótima, indicando uma adesão total ao grupo. E todos também disseram que já convidaram outros idosos para participarem das atividades do mesmo.

Quadro 4 - Atividades culturais realizadas no grupo Melhor Idade, no período de fevereiro e março de 2010.

Atividades culturais	Homens	Mulheres
Tempo de participação no grupo		
Menos 02 anos	2	5
Menos de 01 ano		1
Iniciante		1
Quem indicou		
Vizinhos	1	4
Filhos	1	3
Os benefícios das atividades culturais para a...		
Saúde	2	7
Sociabilidade	2	7
Atividade que está há mais tempo		
Tricô e crochê	0	3
Bordados		1
Pintura em telas	1	1

Dança espanhola	0	2
Dança flamenga	0	0
Tapeçaria	1	
Alfabetização e leitura	2	3
Os familiares aprovaram		
Sim	2	7
Não	0	0
Convidaria outros idosos a participar?		
Sim	2	7
Não	0	0

Em relação às atividades que mais gostam e nas quais os participantes estão há mais tempo, a mais frequentada foi a oficina de Alfabetização e Leitura. Fato talvez explicado pelo desejo de serem alfabetizados, uma vez que verificamos dificuldades na resposta ao questionário fechado sobre o perfil dos mesmos, necessitando de ajuda da pesquisadora. Dominar a leitura e a escrita pode ser entendido mais como uma necessidade ou um critério de estarem entre os demais e também de poderem dialogar com a família, especialmente os netos. A leitura e a escrita certamente dão maior empoderamento às pessoas.

Segundo Bizzocchi (2003:82), “as atividades culturais são exatamente aquelas que procuram explicar a realidade, a arte é o processo de conhecimento e interpretação do mundo que combina a sensação e sentimento, apela para os sentidos com o objetivo de provocar emoções”. Exemplo disso é o fato de que as peças culturais, a música e a dança, traduzem um sentimento atual dos acontecimentos.

De acordo com o autor, “cabe ao artista representar por meio dos signos das diversas linguagens (verbal, visual, sonora, gestual, etc.) de forma realística ou mais fantástica, a natureza circundante, buscando explicar o mundo pela via de representação simbólica” (Bizzocchi 2003:85). Portanto, a arte é uma mensagem

codificada num sistema semiótico particular, cuja função é produzir uma leitura “sensível” do mundo. Trata-se de uma leitura realizada pelos sentidos e filtrada pela emoção.

As atividades culturais, “caracterizam-se [...] por serem práticas semióticas, isto é, linguagem produtoras de mensagens dirigidas a um receptor coletivo, a que chamamos de público, e, em sua forma pura, são sempre atividades-fim, motivadas mais pelo querer do que pelo dever” (Bizzocchi, 2008:81). Portanto, são linguagens que produzem mensagens, transmitidas pelos monitores ao receptor coletivo, que são os idosos participantes do programa; e são motivados mais pelo querer do que pelo dever.

Dos nove sujeitos desta pesquisa, três fizeram a oficina de crochê e, um deles, que responde pelas iniciais IL e está no grupo há um ano e meio, gosta mais de fazer toalhas, blusas de crochê e inclusive ensina as outras idosas a fazer os pontos. É a prática da solidariedade, comum entre os idosos. Enquanto fazem a atividade as pessoas conversam, falam das novelas e outros assuntos mais familiares.

Existe uma interatividade entre o grupo, tornando o ambiente muito agradável a todos. DLS foi nosso participante que iniciou mais recentemente, tem 70 anos, hipertensão arterial e apresentou 140x90 na primeira semana que aferimos. Na segunda semana, cerca de um mês após, o resultado já era outro: apresentou 120x80. Observamos que DLS gosta muito do grupo e de fazer tricô, e está aprendendo a fazer bordado em aplique em blusas e saias, o que significa para DLS uma nova aprendizagem.

Para Bizzocchi (2003:82), “as atividades culturais constituem práticas sociais auto-organizadas e autorreguladas, isto é, dotadas de regras próprias estabelecidas

pelos próprios membros de comunidade de praticantes, que formam uma espécie de corporação”. E é justamente isso que acontece no grupo Melhor Idade, cujos membros seguem as normas gerais da Secretaria Municipal de Cultura, a partir de parcerias e desenvolvimento de novas atividades sugeridas pelos mesmos, ministradas por oficinairos encaminhados pela própria Secretaria.

Em nossa observação ressaltamos a criatividade apresentada pelos sujeitos desta pesquisa. É o caso de JMS, que também fazia a oficina de crochê e bordados. JMS é mulher e tem 76 anos, a mais velha dos participantes do estudo. Nessa oficina as pessoas aprenderam a confeccionar máscaras carnavalescas. Sete idosas do grupo, entre elas JMS, participaram da ala das baianas na Escola Leandro de Itaquera, sendo que três destas são sujeitos da pesquisa. Na sexta-feira de carnaval, elas dançaram, pularam e se divertiram...

JMS gosta de fazer crochê, de ler e principalmente de dançar. Mora só, é viúva e sua hipertensão está controlada (igual a 120x80). No dia internacional da mulher ela foi homenageada durante a atividade em que a gerente do programa aproveitou para explicar o significado⁶ desse dia para todos os idosos do grupo Melhor Idade.

Bizzocchi afirma ainda que “a criatividade é a mola propulsora de qualquer atividade humana, mesmo na realização de tarefas essencialmente utilitárias, o que

⁶ No Dia 8 de março de 1857, operárias de uma fábrica de tecidos, situada na cidade norte americana de Nova Iorque, fizeram uma grande greve. Ocuparam a fábrica e começaram a reivindicar melhores condições de trabalho, tais como, redução na carga diária de trabalho para dez horas (as fábricas exigiam 16 horas de trabalho diário), equiparação de salários com os homens (as mulheres chegavam a receber até um terço do salário de um homem, para executar o mesmo tipo de trabalho) e tratamento digno dentro do ambiente de trabalho. A manifestação foi reprimida com total violência. As mulheres foram trancadas dentro da fábrica, que foi incendiada. Aproximadamente 130 tecelãs morreram carbonizadas, num ato totalmente desumano. Porém, somente no ano de 1910, durante uma conferência na Dinamarca, ficou decidido que o 8 de março passaria a ser o "Dia Internacional da Mulher", em homenagem as mulheres que morreram na fábrica em 1857. Mas somente no ano de 1975, através de um decreto, a data foi oficializada pela ONU (Organização das Nações Unidas). Cf. http://www.suapesquisa.com/dia_internacional_da_mulher.htm

distingue o homem como espécie é o uso da inteligência aliada à criatividade. No entanto, é no âmbito da cultura que a criatividade ganha particular importância: esta é a capacidade que o ser humano tem de recombinações e conceitos preexistentes em sua mente estruturada na forma de linguagens” (2003:131).

Ainda com Bizzocchi pode-se entender melhor a criatividade como busca constante da originalidade, veremos que é nas atividades culturais que esta assume a devida importância: “as atividades culturais são regidas fundamentalmente pelo princípio da inovação, enquanto nas atividades técnicas, as atividades culturais são práticas fundamentalmente criativas” (2003:137).

Na oficina de pintura em tecido e tela, cujas práticas são fundamentalmente criativas, observamos que cada tela retrata a criação de cada ator. Dois participantes desta pesquisa se encontravam nesta atividade. O primeiro atendia pelas iniciais de MCF, que está no grupo há dois anos e orientado pela filha a participar, uma vez que ela estava preocupada com sua saúde. Após se aposentar ficava horas no bar, tomando aguardente, prática comum de muitos aposentados. MCF tem 72 anos, gosta de pintura em tela, já fez algumas telas, gosta também de leitura, gosta de criar e tem dom para pintar. Cabe destacar aqui que na cultura o que se busca é o prazer: o pintor tem prazer de exibir sua obra prima, o músico de apresentar sua música, o escritor de mostrar seu último livro.

MCF representava, antes de entrar para o grupo, o que grande parte dos aposentados deste país sente: a falta de sentido da vida. De repente, de um ser participativo de uma sociedade passam para não participativo. Deixam de ser uma pessoa produtiva para se tornar uma pessoa inativa. Desse sentimento de inutilidade, muitas vezes provocado pelo aumento de tempo livre, é que poderão

admirar diversas conseqüências para os aposentados. Entre elas a baixa autoestima, depressão, alcoolismo e até doenças que podem levar à morte.

A entrada de MCF no grupo permitiu o estabelecimento de novos vínculos sociais, o que lhe possibilitou um pensar em si mesmo e um agir com maior independência. O espaço de sociabilidade no grupo Melhor Idade possibilita também o exercício de cidadania dos idosos, que se dá na prática das atividades culturais como participar do coral, das danças, do artesanato. Os idosos podem escolher até três atividades por semestre e percebe-se como eles se sentem muito gratificados por estas oportunidades.

Simmel (1983:23-24) assinala que “tanto mais rica é a participação na vida social, tanto maior o número de círculos sociais a que pertença, quanto mais forte é a sua independência, quanto mais nítida se destaca a sua personalidade”.

A partir da leitura de Simmel, entendemos que as vivências oportunizadas por este projeto permitem que os participantes se sintam cidadãos, pois ser cidadão significa, também, se apropriar e usufruir os serviços oferecidos nesses lugares de convivência social. Os idosos que participam deste grupo, interagindo uns com os outros em várias atividades culturais e nas diversas oficinas, realizam novos trabalhos e participam de atividades que exigem a prática da solidariedade e a disponibilidade para encontrar novas maneiras de enfrentar os desafios do dia-a-dia.

As oficinas são instrumentos pedagógicos e sociais, visando alcançar os objetivos propostos por cada um dos programas destinados aos idosos que se caracterizam por sua condição de vulnerabilidade social. Elas se constituem em espaços para vivência, reflexão e construção de conhecimento além de desenvolver a sociabilidade a partir das atividades diversificadas: feitura de bolsas artesanais, pintura em tela e tecido; tricô e crochê; dança espanhola, canto e coral.

Os participantes desta pesquisa, em grupo, descobrem novas oportunidades de vivenciarem sua longevidade, dando sentido às suas existências. Aliás, a importância dos fatores culturais para muitos aspectos da saúde foi oficialmente reconhecida em 1996, pela Organização Mundial de Saúde e pela UNESCO, “que declaravam aquele ano como o ano da Cultura e da saúde” (Ministério da Saúde, 1996). Em sua declaração conjunta dos direitos gerais ambas as organizações propuseram mais avenidas de cooperação de modo que a saúde e a cultura possam ser desenvolvidas por meio de apoio mútuo, que beneficiaria a todos os povos do mundo.

Em relação à entrevista aberta realizada com os nove sujeitos, procuramos seguir a análise de conteúdo como sugerida por Deslande e Minayo (2007), que corresponde às seguintes etapas:

- Leitura compreensiva do material selecionado: nessa etapa buscamos, por um lado ter uma visão de conjunto e, por outro, apreender as particularidades de cada entrevista. Também procuramos dividir as falas em dois grupos a serem analisados, sendo o primeiro “A saúde antes e após entrar no grupo”, e o segundo, “Atividades culturais praticadas, e a sociabilidade do grupo”; a partir desses grupos é que extraímos as falas das narrativas dos sujeitos.
- Exploração do material: consideramos esse momento um dos mais difíceis no desenvolvimento desta pesquisa, pois foi nesta fase que exploramos mais a fundo a subjetividades dos participantes desta pesquisa, considerando não apenas o que estava escrito, mas também daquilo que estava implícito nas transcrições e registrado no Diário de campo.
- Elaboração da síntese interpretativa: fase de interpretação, na qual procuramos articular os objetivos do estudo à base teórica pesquisada.

Os participantes desta pesquisa analisarão e descreverão a estrutura significativa da cultura no grupo Melhor Idade a partir da sua percepção.

Fundamentamo-nos em Clifford Geertz (1989), especialmente na obra “A Interpretação das Culturas”, onde ele apresenta a Fenomenologia da Cultura, em que o autor indica que o essencial é anotar e interpretar o discurso social. Um método criado por ele e utilizado para analisar e descrever a estrutura significativa da cultura a partir do estudo da percepção dos indivíduos nela presentes. Para tanto, o autor indica que o essencial é anotar e interpretar o discurso social, no qual identificamos na presente pesquisa que a saúde como percebida pelos próprios sujeitos do estudo é exatamente igual à saúde “real” dos mesmos.

CAPÍTULO IV

A SOCIABILIDADE COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE

O interesse - social e político - pela saúde começou quando do questionamento sobre o poder da medicina para resolver sozinha os problemas de saúde (Ashton, 1992). Na ocasião se reconhece que tudo que existe é produto da ação humana. Nesse sentido, a saúde depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, do ensino da medicina como um todo, da educação e das intervenções sobre o meio ambiente (Santos & Westphal, 1999).

Surge então um movimento com uma série de iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde em 1977 foi o ponto de partida que estabeleceu os contornos desse novo movimento que teve como elementos principais o interesse pela pobreza, necessidade de reorientação dos serviços de saúde, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado (Ashton, 1992). Desse movimento surgiram os conceitos “promoção de saúde” e “qualidade de vida”.⁷ Assim, o termo saúde deixava de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (Pilon, 1992; Russel, 1995).

⁷ Entende-se promoção de saúde como um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que a podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida (Ministério da Saúde, 1996).

Desse movimento surge o projeto Cidades Saudáveis, conceituado por Mendes (1992) como aquele em que todos os atores sociais em situação de governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos orientam suas ações no sentido de transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade no sentido da qualidade de vida da população. Portanto, o significado de cidade saudável depende das percepções de seus habitantes, embora, segundo Tsouros (1995), para ser considerado dentro deste marco conceitual, deve introduzir o componente saúde com sua ampla determinação, nas preocupações de planejamento dos outros setores, tais como o educacional, econômico, cultural; incentivar o desenvolvimento de ambientes de apoio (físicos e sociais) para a produção social da saúde; estabelecer alianças e parcerias para o desenvolvimento urbano; entre outros.

A cidade de São Paulo, grande cenário desta pesquisa, apresenta muitos problemas de saúde-doença. Alguns deles – os relacionados à poluição do ar, recuperação do meio ambiente e transporte urbano - têm sido objeto de ações na perspectiva de Cidades Saudáveis. Outros, como o estilo de vida da população - sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e drogas -, vem ameaçando a saúde fazendo com que se viva com doenças infecciosas, crônicas degenerativas.

A Obra Social Dom Bosco, localizada em um bairro periférico da metrópole de São Paulo, que é pólo de recebimento de vários investimentos sociais dos governos estadual e municipal, com significativa melhora em sua infraestrutura, especialmente nas áreas da saúde e cultura, tenta responder a um dos requisitos da concepção do projeto Cidades Saudáveis. E o grupo Melhor Idade, ali instalado, a partir da participação nas diversas atividades culturais promovidas em parceria com a

Secretaria Municipal de Cultura é um recurso para o desenvolvimento da vida e da existência humana, a partir da sociabilidade.

A sociabilidade é o meio pelos quais as pessoas (independente de classe social) se relacionam entre si de modo a gerar maior interação entre elas e conseqüentemente contribuírem umas com as outras para uma vida harmônica e até a resolução ou felizmente a não propagação de problemas pessoais (D’Incao, 1994). Afinal, os seres humanos necessitam de seus semelhantes para sobreviver, criar formas de expressão cultural, comunicar-se, perpetuar a espécie e obter realização plena como indivíduos. E o que forma o caráter humano nos indivíduos da espécie humana é a convivência em grupo, sendo que a sociabilidade é o que capacita o ser humano para a convivência em sociedade.

Na teoria da sociabilidade formulada por Simmel (1983), a análise do papel do indivíduo ocupa posição nuclear quanto ao que ele chama de interação, conceito que estaria intimamente relacionado à possibilidade de existir sociedade. As interações seriam as formas de convivência e as trocas recíprocas que os indivíduos estabelecem entre si, como aponta Evaristo de Moraes Filho (1983:20), intérprete de Simmel.

De acordo com Simmel, as diversas maneiras de interação fazem com que haja sociedade. E esta existe onde vários indivíduos entram em interação por determinados motivos. Simmel esclarece: a sociedade está em toda parte onde os homens se encontram em reciprocidade de ação e constituem uma unidade permanente ou passageira. A prática de atividades culturais no Grupo Melhor Idade consiste em uma forma de sociabilização. E ela só começa a existir quando os indivíduos adotam formas determinadas de cooperação e de colaboração.

Para Simmel (1983:165), “essa interação sempre surge com base em certos impulsos ou em função de certos propósitos”. Para ele, é isso que faz com que “o homem viva com outros homens, aja por eles, com eles, contra eles, organizando desse modo, reciprocamente, as suas condições”. O que o autor está apontando é que somente quando a vida dos homens adquire a forma de influencia recíproca é que a nova coexistência social se converte em sociedade.

A necessidade do homem de viver em grupo, isto é, de não viver isoladamente, faz com que esses grupos sejam de grande importância para o resgate da sociabilidade. Segundo Simmel (1983:21), o processo básico de sociabilização “é constituído pelos impulsos dos indivíduos, ou por outros motivos, interesses e objetivos; e pelas formas que essas motivações assumem”.

A sociabilização do indivíduo se dá pela sua integração no grupo. É o que afirma Martins (2003), no livro “O que é Sociologia”. A sociabilização resulta do apego do indivíduo ao grupo social, do interesse que ele tem de se prender à sociedade, onde encontra sentimentos e práticas de que se alimenta. Portanto, as maneiras de pensar, de sentir e de agir do indivíduo dependem, de certa maneira, do “estado social”, e o próprio sentimento que temos do nosso “eu” depende do meio em que vivemos.

Chamamos Zygmunt Bauman para esclarecer as diferenças entre os termos “socialização” e “sociabilidade”, onde, para o autor, ambos devem ser compreendidos a partir da interação com a estrutura social, porém se referem a processos distintos. Para Bauman (1997:138) “a socialização (pelo menos na sociedade moderna) visa a criar um ambiente de ação feito de escolhas passíveis de serem ‘desempenhadas discursivamente’, que se concentra no cálculo racional de ganhos e perdas”. Já sociabilidade é compreendida a partir da interação com a

estrutura social, porém se referindo a processos distintos, sendo observada uma emergência da multidão, na qual os indivíduos compartilham ações baseadas no instante em que se vive e nas condições semelhantes nas quais se encontram.

Em relação à socialização, Berguer (1974) diz que existem dois processos distintos: a primária e a secundária. Segundo Berguer, “o indivíduo não nasce membro da sociedade. Nasce com a predisposição para sociabilidade e torna-se membro de sociedade” (1974:173). Em outras palavras, a sociabilidade se desenvolve por meio da socialização. É por meio desta que a espécie humana se integra ao meio em que nasce, absorvendo o conjunto de hábitos, costumes e regras. A socialização acontece quando participamos da vida em sociedade, assimilando todas as suas principais características, as quais se alteram de acordo com a constante evolução humana.

Assim, na vida de cada indivíduo existe uma sequência temporal no curso da qual este é induzido a tomar parte na sociedade. Na socialização primária, é construído o primeiro mundo do indivíduo. São os valores que a pessoa aprende quando criança, com a educação recebida em família, na escola e da qual ela nunca esquece. A personalidade e o caráter são formados nessa fase da vida. Berguer assinala ainda que “é imediatamente evidente que a socialização primária tem em geral para o indivíduo o valor mais importante e que a estrutura básica de toda socialização secundária deve assemelhar-se à socialização primária (1974:175).

Na escola a criança também aprende a conviver em sociedade, no entanto, não nos deteremos nesse aspecto uma vez que a maioria dos sujeitos deste estudo não frequentou a escola, segundo o que consta no resultado do perfil sociodemográfico. Inclusive, muitos deles foram alfabetizados no grupo Melhor Idade. Além da socialização primária, ocorrida principalmente na família, também

tiveram o convívio com as crianças vizinhas no bairro onde viveram sua infância. Para Berguer “nenhum indivíduo interioriza a totalidade daquilo que é objetivado como realidade em sua sociedade, mesmo que a sociedade e seu mundo sejam relativamente simples” (1974:179).

Mesmo que esses indivíduos tenham tido uma vida simples – a maioria nasceu na zona rural e viveu no campo até completar a maioridade, alguns não tiveram acesso a escolas do primeiro grau nem mesmo a escola de alfabetização – todos vivenciaram o momento de socialização primária com a família e a comunidade rural em que viveram sua infância.

Berguer assinala que “a socialização primária termina quando o conceito do outro generalizado (e tudo quanto o acompanha) foi estabelecido na consciência do indivíduo. Neste momento é um membro efetivo da sociedade e possui subjetivamente uma personalidade e um mundo” (1974:179).

Os sujeitos deste estudo vivenciaram sua infância e juventude no campo, só na maioridade é que vieram para a cidade de São Paulo. Nas suas narrativas pode-se observar como muitos continuam a falar como se estivessem na roça, não perderam o sotaque, até como dizem o “caipira”.

Simmel (1983:168) complementa afirmando que, “em ambos, as formas foram originalmente desenvolvidas pelas realidades da vida e criaram esferas que preservam a sua autonomia em face destas realidades. É de suas origens, que mantêm permeados de vida, que extraem sua profundidade e sua força”.

Preservando sua autonomia e extraíndo sua força chegaram à metrópole em busca de trabalho. A maioria das mulheres foi parar nos serviços domésticos, pois a maioria era analfabeta e, ali, foram interagindo com outras culturas; os homens foram ser metalúrgicos, numa época em que a mão de obra especializada era

escassa, faziam cursos rápidos. Na cidade construíram suas vidas, constituíram suas famílias e aposentaram-se.

Para França (1999:12), “A aposentadoria significa a saída de um trabalho regular e, normalmente, o termo está associado à idade. Entretanto, ser jovem ou velho para o trabalho não diz respeito apenas a uma avaliação de capacidade física, mental ou psicológica para o trabalho, mas depende dos contextos demográficos, históricos, socioculturais, econômicos e políticos nos quais o trabalhador está inserido”.

Os salários da aposentadoria são de um salário mínimo a dez salários mínimos para o trabalhador, dependendo de sua profissão e do grau de instrução. Entre os sujeitos desta pesquisa, apenas dois recebem em torno de quatro salários mínimos porque a profissão deles é a de torneiro-mecânico. Entretanto, todas as mulheres idosas, participantes deste estudo, recebem um salário mínimo, porque elas trabalharam em serviços domésticos. No caso das mulheres a situação se agrava quando se considera o fator educação. Segundo dados da IBGE, em 1993, 40% dos homens e 48% das mulheres com 65 anos ou mais se declararam analfabetos.

Até hoje as mulheres, a maioria analfabetas, são responsáveis, em grande parte, pelo trabalho doméstico, por fração substancial da educação dos filhos e, na maioria das vezes, pelo aumento da renda familiar (1999:36). No entanto, diz o autor, “apesar de contribuírem durante toda a vida para o bem estar de suas comunidades, elas freqüentemente terminam desamparadas, juntamente numa das fases mais delicadas de suas vidas: a velhice”.

Isso demonstra que o envelhecimento não é neutro quanto ao gênero. E essa diferença entre os sexos começa pelos diferenciais de mortalidade, que favorecem

as mulheres desde os primeiros anos de vida. O fato da mulher também ter um cuidado de si maior do que o homem, política promovida pelo estado, resulta em uma maior proporção de mulheres idosas do que homens, como exemplificado no grupo Melhor Idade, onde há muito mais mulheres do que homens e, especificamente, na presença dos participantes deste estudo: dois homens e sete mulheres.

Nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, é esperada uma intensificação do processo de feminização do envelhecimento. Ressaltamos que o processo de envelhecimento da população brasileira vem acompanhado por mudanças nos arranjos familiares, os quais envolvem a viuvez e a diminuição do número de parentes, o que reforça a importância de trabalhos socioculturais envolvendo a comunidade.

A maioria dos participantes desta pesquisa chegou ao grupo Melhor Idade motivados principalmente pelo aconselhamento de uma vizinha ou vizinho; alguns pela indicação dos filhos que, ao saberem desse grupo, orientaram seus pais a participar do grupo. Berguer afirma que “a socialização realiza-se sempre no contexto de uma estrutura social específica, não apenas o conteúdo, mas também a medida do ‘sucesso’, tem condições sociais estruturais e consequências sociais estruturais” (1983: 216).

Acreditando que o “homem é um animal amarrado à teias de significado que ele mesmo teceu”, assumimos aqui, tal como Geertz (1978:15), que a cultura é um contexto, e que por isso colocamos à nossa disposição as respostas que as pessoas idosas deram e assim incluí-las como interpretação às condições dessa mesma estrutura. São eles que relatam como era suas vidas antes de participar do grupo:

“Trabalhava muito, saía às 5h30 da manhã e só voltava a noite, lá pelas 8h, é que ainda depois de aposentado, trabalhei mais

10 anos para completar o gasto, como você sabe, a vida tá muito cara. Também com a pressão alta tinha que comprar remédios, esse postinho de saúde não tinha nada. Sabendo da existência do grupo, um dia resolvi parar de trabalhar e vim pra cá”. (JMS)

“Ficava sozinha em casa curtindo doenças, doía aqui, doía ali, tinha pressão alta, vivia no posto de saúde ou no pronto socorro me sentindo mal, tive crise de pressão alta e tive que ser internada. Isso era minha vida”. (MDF)

“Minha vida era monótona, não tinha graça em nada, não tinha vontade de falar com ninguém, vivia isolada de tudo, moro só, sou solteira, quando tinha crise de pressão alta meus sobrinhos que moram perto de mim, vinham me levar para o pronto socorro”. (IL)

“A minha vida era muito parada, cuidando da casa, do marido bêbado, fiquei com a pressão alta de tanto sofrer com ele, que Deus o tenha, passo dessa pra melhor. Aí me deu um pouco de paz, moro só, meus filhos estão casados”. (ARC)

“Era aborrecida, fechada, falta de comunicação, não tinha pessoa adequada para conversar, tinha pressão alta, depois que entrei aqui, melhorou tudo”. (MCPS)

“Depois que me aposentei, fiquei viúvo, minha filha e minha neta moram comigo, mas a filha sai para trabalhar e só volta a noite, e a menina vai para a escola, ai ficava numa solidão danada, inquieto, andando de uma rua para outra e com pressão alta”. (GAC)

“Estava muito doente, fui várias vezes internado com crise de pressão alta, depois que me aposentei ficava no bar tomando umas pingas, aí a pressão ia lá pra cima”. (MCMF)

“Minha vida era bastante monótona, não tinha amizade com ninguém, estava bastante isolada, moro só meus filhos, me ajuda financeiramente, mas eles tem a vida deles, minha pressão estava alta”. (DLS)

“Era muito chata, fiquei viúva, meus filhos moram comigo mas eles tem a vida deles, então ficava muito só, sem ter vontade de sair de casa, com a pressão alta tive várias vezes que ser internada”. (ADL)

Pelo pouco tempo que estivemos realizando a coleta de dados com este grupo, se reconhece o trabalho que a Obra Social Dom Bosco realiza com todas as

faixas etárias, especialmente com o grupo de Melhor Idade, foco deste estudo. Para este dois sujeitos a participação nas atividades culturais permitiu um maior controle da hipertensão arterial, melhorando a saúde e a qualidade de vida dos mesmos.

Tais informações reforçam o problema detectado na UBS e citado na introdução deste estudo, quando da supervisão de estágio em saúde coletiva por parte da pesquisadora para alunas de graduação. Os laços familiares frágeis serão amenizados com a participação das pessoas idosas nos grupos de atividades culturais, como no grupo Melhor Idade. Todos os participantes foram unânimes em responder que a saúde percebida por eles hoje é boa, uma vez que a pressão arterial está controlada. Os idosos, sujeitos desta pesquisa, saíram da solidão em que viviam, quando entraram no grupo e começaram a se inteirar com os demais a partir das atividades culturais.

Berguer explica que “entre as múltiplas realidades há uma que se apresenta como sendo a realidade por excelência. É a realidade da vida cotidiana. Sua posição privilegiada autoriza a dar-lhe a designação de realidade predominante” (2003:35). A divulgação massiva da hipertensão do presidente Lula foi uma realidade predominante entre os idosos da pesquisa, nem os noticiários sobre as enchentes ocorridas na ocasião lhes abalaram tanto como a questão da pressão alta.

Simmel (1983:171) explica que “o homem sociável também é um fenômeno peculiar – não existe em lugar nenhum, a não ser nas relações sociáveis. Por um lado, o homem perde aqui todas as qualificações objetivas da sua personalidade; penetra na forma da sociabilidade equipado apenas com as qualificações, atrações e interesses com que munuiu a sua pura humanidade”.

É partir de uma mínima relação social que a sociabilidade se dá. Foi o que aconteceu com os sujeitos desta pesquisa, que, muitas vezes, isolados, chegaram

ao grupo Melhor Idade motivados pela família e especialmente pela rede de vizinhança.

“Vim no convite de minha colega que vai à mesma igreja que vou (...). Minha colega disse que aqui no grupo é muito bom, a gente faz ginástica, dança, aprende varias coisas, aí larguei do trabalho e estou aqui quase há dois anos”. (JMS)

“Vim porque fiquei sabendo do grupo por uma vizinha, como vivia muito só e doente aceitei o convite dela e passei a vir todos os dias, mas ela vem duas vezes por semana, ela ainda não apareceu este ano, talvez venha na segunda quinzena de março”. (MDF)

“Vim porque estava muito só e com crises de pressão alta, nem sempre meus sobrinhos estão perto para me socorrer, eles tem a vida deles. Quem indicou foi esses dois sobrinhos, fizeram o curso técnico na Obra Social Dom Bosco, já estão trabalhando, falaram que tinha um grupo da terceira idade aqui, aí vim, fiz a matrícula e comecei a freqüentar”. (IL)

“Tava muito só, vim para o grupo e, olhe, estou até hoje, já fazem quase dois anos. Quem indicou foi minha vizinha, ela também tá aqui desde a fundação”. (ARC)

“Vim por estar aborrecida, falta de amigos para conversar. Foi uma vizinha, a única que batia papo comigo, me convidou, mas não pude vir logo que ela me chamou, porque meu filho estava doente, mas graças a Deus Jesus curou ele, sofria de epilepsia. Ai me matriculei, estou aqui firme e forte”. (MCPS)

“Porque queria sair da solidão, poder conversar com outras pessoas da minha idade e fazer os exercícios físicos e as atividades culturais. Quem indicou foi minha filha que ficou sabendo deste grupo, me aconselhou a me matricular”. (GAC)

“Vim porque minhas filhas me aconselharam de vir para este grupo em vez de ficar enchendo a cara no bar como muitos fazem depois que se aposentam”. (MCMF)

“Vim porque estava muito só, fiquei sabendo das atividades do grupo pela vizinha que me convidou, me matriculei, estou há pouco tempo, gostei muito daqui”. (DLS)

“Então vim porque estava muito só, também aprender novas atividades, quem indicou foi uma vizinha que também está aqui”. (ADL)

Observamos no decorrer da pesquisa de campo que as pessoas do grupo Melhor Idade expressam cordialidade e amabilidade umas com as outras. Durante o tempo que permanecemos no local observamos ainda que não houvesse nenhuma discussão indevida entre eles, e que estavam sempre ajudando uns aos outros.

As oficinas, em que são realizadas as atividades culturais, constituem um espaço público de sociabilidade no agir e no falar das pessoas, e estas se organizam pelas mesmas motivações que as impulsionam de “ser com o outro e para o outro”. Esta questão demonstra a importância de Simmel (1983:166) ao conceituar a interação: “que de forma específica conceitua interação como sociação, pela qual os indivíduos se agrupam em unidades que satisfazem seus interesses”.

Todavia, os interesses comuns de estar com o outro e para o outro fazem com que se solidifique a sociabilidade. Por estarem “sociados” em um grupo (Melhor Idade) caracterizado por sentimentos, satisfação e valores que, de fato, impulsionam as pessoas para aquele modo de agir e falar. Simmel explica que a sociabilidade é a forma lúdica de associação. Sua principal característica é não estar presa a necessidades e interesses específicos. O autor chama atenção de que em todos os tipos de associação, de alguma maneira, a sociabilidade está presente.

Simmel (citado por Gilberto Velho 1986:13), diz que “acima e além do seu conteúdo específico, todas essas associações estão acompanhadas por um sentimento positivo, por uma satisfação pelo próprio fato de se estar associado a outros, e de a solidão do indivíduo ser resolvida através da proximidade, da união com outros”.

De fato, todos os participantes desta pesquisa afirmaram que tinham hipertensão, viviam solitários, excluídos da sociedade e muitos até da família, mas que, ao chegarem ao grupo, a solidão se foi - resolvida pela proximidade e união das

peessoas idosas. O fato das pessoas não se sentirem inseridas em uma rede de apoio mútuo, ou ainda de terem experimentado em maior grau perdas importantes de laços sociais, pode levar à hipertensão arterial e depressão, entre outras enfermidades (Chor et al., 2001).

Foram muitos os benefícios relatados sobre as atividades culturais, especialmente em relação à saúde física dos participantes desta pesquisa, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

“Acho que melhorou bastante minha saúde, minha pressão ficou normal, você mediu viu como ela não alterou mais, não gosto de ficar parada e aqui tem muita atividade, me sinto muito bem, você viu, dancei no desfile da baiana, ficando até tarde na rua, no dia seguinte tava do mesmo jeito. É sinal que a saúde tá jóia”. (JMS)

“A saúde melhorou muito, não sinto mais aquelas dores, estou me sentindo muito bem, a pressão está normal, você mediu, está 120x70, estou com a pressão de jovem. Acho que as atividades culturais me fazem muito bem”. (MDF)

“Há... trouxe muitos benefícios, a pressão está controlada, antes estava alta, cheguei até me internar, hoje me sinto muito bem, faço as atividades físicas e as atividades culturais, tenho muita disposição, não sinto mais aquele cansaço para subir escada. Ter vindo para este grupo está sendo tudo de bom”. (IL)

“Depois que vim pra cá tudo melhorou, me senti feliz da vida de tá com as pessoas deste grupo, são maravilhosos... Minha saúde melhorou e muito, porque não tenho mais gastrite e pressão alta, você mediu, viu como tá boa”. (ARC)

“Muitas coisas boas aconteceu, a melhora da pressão arterial, minha vida e minha saúde mudou da água para o vinho”. (MCPS)

“Trouxe muitos benefícios, depois que vim pra cá minha vida mudou, principalmente a solidão foi embora, só de vir aqui conversar com meus amigos e amigas já mudou bastante a minha saúde, melhorou minha pressão”. (GAC)

“Muitos benefícios, parei de beber bebida alcoólica, minha pressão melhorou, porque aqui a gente recebe muita orientação sobre a saúde, dieta, não ser sedentário”. (MCMF)

“Muitos benefícios, minha pressão está controlada, você viu que está normal, só de vir aqui passar a manhã toda já faz um bem enorme, na companhia de todos”. (DLS)

“Trouxeram muitos benefícios, minha pressão melhorou, me sinto muito bem agora, nunca mais tive crise de pressão”. (ADL)

A saúde como percebida pelos próprios sujeitos da pesquisa, após todas as análises, e comparada com os níveis pressóricos, assim como com a observação da SAE (Sistematização do Assistência de Enfermagem), é exatamente igual à “real”.

A grande maioria de nossos sujeitos afirmou em entrevista individual que além da hipertensão arterial, estavam sós e que não tinham vontade de conversar com ninguém, optando pelo isolamento. Berguer (1974:217) afirma que “uma vez que cada indivíduo se defronta com o mesmo programa institucional para sua vida na sociedade, a força total da ordem institucional é levada a pesar mais ou menos igual sobre cada indivíduo. A identidade é então consideravelmente delineada no sentido de representar plenamente a realidade objetiva na qual está localizada”.

Como o grupo Melhor Idade pertence à instituição católica Obra Social Dom Bosco, observamos que todos no grupo (pessoas idosas e colaboradores – mesmo os evangélicos - rezam antes de cada atividade (Pai nosso e Ave Maria). Mas o que mais nos chamou a atenção foi o prazer de um estar com o outro. Como afirma Simmel (1983:172): “a sociabilidade, se quiser, cria um mundo sociológico ideal, no qual o prazer de um indivíduo está intimamente ligado ao prazer dos outros”.

No grupo Melhor Idade, uns se preocupam com os outros, querem que o outro também dance, que a outra idosa aprenda a fazer o ponto de crochê, o bordado com aplique, que pinte melhor sua tela... É uma interação que não vemos mais nos meios sociais atuais, ao contrário, o que comumente se vê é um querendo atrapalhar a vida do outro.

Simmel acredita no indivíduo, não apenas como unidade biológica passível de ser representada como valor básico em certas culturas. Para ele, “O homem é um organismo superior, com um *self* cujas potencialidades podem ser desenvolvidas”. Não precisamos insistir que Simmel coloca-se dentro de uma longa e complexa tradição do pensamento ocidental (Velho, 1986:14).

A nossa preocupação em torno da discussão sobre a sociabilidade está voltada para a temática que escolhemos sobre envelhecimento ativo, enfim, para a investigação que visa descobrir se a sociabilidade existe no grupo através das atividades culturais. Em todos os momentos vimos que a sociabilidade está presente nas pessoas participantes do grupo Melhor Idade.

Simmel expressa que não podem existir interesses particulares, individuais na sociabilidade, e sim interesses comuns do grupo, ou seja, para haver sociabilidade tem de haver os mesmos propósitos, os mesmos interesses, os mesmos impulsos, organizando-se desse modo reciprocamente em benefício de todos. A importância dessas interações está no fato de abrigar indivíduos que possuem, os mesmos interesses de formarem uma unidade, precisamente, uma sociedade.

Observamos que quando uma pessoa falta, principalmente se for mais que um dia, quando volta é recebida com aplausos, atitude que incentiva seu retorno ao grupo. A sociabilidade acontece durante o período todo, como é o caso daqueles que estão mais saudáveis e que procuram ajudar o outro, mais vulnerável naquele dia. Como, por exemplo, pudemos observar em uma ocorrência com uma idosa que caiu, ferindo os joelhos, e que todos quiseram socorrê-la, demonstrando assim a solidariedade no grupo.

Solidariedade também presente no processo de aprendizagem nas oficinas durante as atividades culturais: algumas pessoas, por estarem a mais tempo,

ensinam as outras nas atividades culturais de artesanato; até para as professoras que foram recentemente admitidas, elas procuram mostrar o que já sabem. Na oficina de alfabetização acontece a mesma integração, pessoas idosas que sabem um pouco mais procuram ensinar os outros, com suas palavras, as resoluções matemáticas e até pegar na mão do outro para ensinar a escrever.

A sociabilidade também é incentivada pela gerente do programa. O tratamento que atribui a esses idosos é muito peculiar. Ela tem um cuidado especial com cada idoso, procura conhecer bem o problema de cada um deles. Destacamos que além de pedagoga, tem especialização em gerontologia e trabalha muito a ideologia do projeto. Pretende integrar esse programa à USP Leste, onde alguns idosos poderiam se integrar ao grupo Terceira Idade e à extensão da graduação de gerontologia. Na primeira reunião que fez com os idosos explicou sobre a universidade aberta, a grade curricular, como realizar a inscrição, entre outros. No entanto, não observamos nenhum interessado, fato que pode ser explicado pela maioria ser apenas alfabetizada.

Percebe-se na gerente do programa uma ideologia, fato que é explicado por Berguer (1974:22), que trata da ideologia que existe nesses grupos que trabalham em benefícios da sociedade. “Com conceito geral de ideologia alcança-se o nível da sociologia do conhecimento, a compreensão de que não há pensamento humano (apenas com exceções antes mencionadas) que seja imune às influências ideologizantes de seu contexto social”.

Os idosos, ao se integrarem no grupo, começam a expressar seus sonhos. São os desejos que mantêm as pessoas vivas. Mercadante (1997:35) expõe sobre o desejo como “forma de organização que atravessa as hierarquias e as categorias,

como, raça, sexo, classe social, indivíduo, família, Estado, governo trabalho, idade, e tantas outras: o de uma grande máquina denominada inconsciente humano”.

Mercadante fala do inconsciente como atributo fundante da subjetividade, o desejo pode ser produzido por instâncias individuais e institucionais. Isto significa dizer que tanto uma pessoa, quanto uma instituição, pode produzir desejos, individuais ou coletivos. Desse modo, podemos dizer que os seres humanos produzem desejos enquanto produzem acontecimentos. E de acordo com Mercadante (1997), o velho como indivíduo de direitos tem pleno desejo e é portador de subjetividade.

O desejo de participar das atividades culturais, de reivindicar que o programa providencie novas atividades, de viver em interação com o outro, foi o que motivou a participar e a se manter no grupo. Para esses idosos existe a vida cotidiana em casa, com a família, ou só, e a vida cotidiana no grupo. Berguer explica que “a realidade da vida cotidiana está organizada em torno do ‘aqui’ de meu corpo do ‘agora’ do meu presente” (1974:39).

Os participantes desta pesquisa afirmam que a vida cotidiana em grupo é melhor que a vida cotidiana em casa. Em casa, com a família, não há essa interação que existe entre eles no grupo. Na maioria das vezes, alguns relatam não fazerem parte nem mesmo da vida social dos filhos.

No entanto, a pesquisa mostra como é importante para as pessoas idosas a aprovação da família sobre aquilo que fazem. A família é um grande incentivo, como se observa nas narrativas dos nossos sujeitos:

“Minha filha adora, acha que to muito mais feliz, ela falou pra coordenadora na reunião. Mas também não tinha tempo de nem de fazer uma visitinha pra min. Gosto de tudo que aprendi aqui, gosto mais da alfabetização, to aprendendo a escrever e vou aprender a leitura, fazer as continhas e gosto muito da dança espanhola e outras que aprendemos aqui”. (JMS)

“Meu marido e minha filha aprovaram minha vinda para cá, ele não vem porque tem 55 anos, tem que ter 60 anos para cima. Gosto de todas (...), de bordado, principalmente esse que a professora está ensinando, bordado com aplique em roupas, blusas, saias, vestidos”. (MDF)

“Meus sobrinhos aprovaram, estão contentes de eu estar aqui, minha irmã também achou muito legal. Gosto de crochê fazer as barrinhas nas toalhas de mesa, pano de pratos, estou aprendendo o bordado com aplique, gosto da dança espanhola e cigana”. (IL)

“Minha filha não só aprovou como acha que arrumei um namorado, porque to muito feliz. Gosto de dançar, aprendi a dança do vento, gosto da oficina de alfabetização, to aprendendo a ler, escrever melhor, gosto dos livros que a professora pega na biblioteca pra nois lê”. (ARC)

“Aprovaram muito, minha filha acha que arrumei um namorado de tão contente que estou”. (MCPS)

“Minha filha aprovou, pois foi ela que indicou, gosto da pintura em tela e leitura dos livros, aqui a gente é muito livre e faz o que gosta mais”. (GAC)

“Nossa... minha família aprovou e incentiva não faltar. Gosto de pintura, mas esse semestre optei para ficar na sala de alfabetização, escrever e ler melhor, aprender um pouco de matemática, fazer as contas”. (MCMF)

“Meus filhos gostaram muito que vim pra cá. Gosto mais dos bordados em aplique, estou aprendendo, vou fazer no vestido da minha neta. Também gosto de fazer tapete de retalhos”. (DLS)

“Minha família gosta muito que estou aqui. Gosto mais da dança espanhola, cigana, também da alfabetização, aprender ler e escrever melhor, a pintura em tecido também fiz muito”. (ADL)

Simmel afirma que os “sociados” sentem que formaram uma sociedade. Isso lhes traz uma sensação de existência: “de fato, às vezes é apenas esse impulso que sugere os conteúdos de uma sociação particular. Aquilo que pode ser chamado de impulso artístico extrai da totalidade dos fenômenos sua mera forma, a fim de

moldá-la em estruturas específicas que corresponderão a esse impulso” (1983:167-168).

A sociabilidade origina-se de um mero modelo dos encontros, que só é possível devido a autonomia dos indivíduos que ali se encontram, a sociabilidade dos idosos participantes é natural e genuína, e profundamente marcada por situações e comportamentos meramente pessoais. Verificamos o caráter dos encontros com base nas qualidades pessoais, como os afetos, a cordialidade, as amizades, a generosidade e a felicidade que envolve os participantes ao estarem juntos.

E como os próprios participantes relatam, o estar junto, o fazer amizades, o relacionamento social construído no mesmo espaço físico é tão importante para a saúde quanto as atividades culturais:

“Me relaciono bem, gosto de todas elas, faço amizade rápido, todos aqui são meus amigos”. (JMC)

“Me relaciono bem com quase todos, mas tem uma que só Jesus para agüentar, você sabe quem é ela? (Mostra o dedo), isso é coisa de homem..., acho que ela perdeu algum parafuso, mas tirando essa, aqui é tudo de bom”. (MDF)

“Esta é uma parte especial do grupo, a nossa vivência, isso me fez renascer, me relaciono bem com todos, esse relacionamento com o grupo me faz muito bem, procuro ensinar o que sei para os novos que entram, as vezes até os mais velhos, vem me pedir ajuda”. (IL)

“Me relaciono bem por demais, gosto de todos daqui, todas elas são minhas amigas, com os homens também, eles são muito companheiros da gente”. (ARC)

“Essa é aparte melhor do grupo, as amizades que a gente faz aqui. Se falto para ir no cardiologista, tenho problema no coração, quando volto elas me abraçam”. (MCPS)

“Me relaciono muito bem, e essa é a melhor parte do programa, as amizades que a gente faz aqui, gosto de todos, só tenho amigos aqui, boa gente que frequenta este grupo”. (GAC)

“Me relaciono muito bem, gosto deles e delas, foi muito bom vir pra cá, a gente fez bastante amizades”. (MCMF)

“Foi muito bom ter vindo aqui, pelas amizades e pelas atividades que a gente aprende aqui”. (DLS)

“Tirando as atividades culturais, a melhor coisa que existe aqui é a convivência do grupo”. (ADL)

Observamos ainda que os idosos respeitam o espaço do outro no grupo Melhor Idade; estão sempre dispostos a colaborar uns com os outros. No refeitório, por exemplo, o almoço é servido por alguns idosos que se escalam, é voluntária a participação, e cada semana há uma troca espontânea nessa escala.

Simmel assinala ainda que “a sociabilidade é um símbolo da vida quando a vida surge no fluxo de um jogo alegre e fácil; ela é, contudo, um símbolo da vida. A sociabilidade não muda a imagem da vida além do ponto exigido por sua própria distância em relação a esta” (1983:179).

A sociabilidade de fato promove a saúde das pessoas idosas, como aconteceu com os participantes das atividades culturais e sujeitos desta pesquisa. Simmel (1983:181) diz: “mas é exatamente a pessoa mais séria que colhe da sociabilidade um sentimento de liberação e alívio”. Sentimentos observados pelos próprios sujeitos em relação a si mesmos e ao convívio na relação familiar em casa após sua entrada no grupo Melhor Idade e participação nas atividades culturais.

“Mudou tudo, to mais feliz, não brigo com os vizinho, porque moro só, minha filha trabalha e mora na casa dela, mas quando me visita, sempre repete que to mais contente, feliz de ta aqui nesse grupo”. (JMS)

“Mudei muito, além das reclamações de dores, estava muito irritada com meu marido, com minha filha, hoje vivemos em paz”. (MDF)

“Mesmo que moro só, mas tem os vizinhos que acham que mudei muito, estou mais leve e mais feliz”. (IL)

“Mudou muito, minha filha fala to mais calma, antes era briguenta.” (ARC)

“Mudou da água para o vinho, melhorou meu humor, estou mais feliz”. (MCPS)

“Mudou da água para o vinho, estou mais calmo, mais feliz. Frequento também duas vezes ao mês a associação dos diabéticos que fica na Vila Mariana”. (GAC)

“Mudou bastante, principalmente com minhas filhas, não gostam que frequente um bar, agora estou tranquilo e feliz”. (MCMF)

“Estou mais leve, mais feliz, moro só, meus filhos sempre vem me visitar, tenho mais prazer de receber eles”. (DLS)

“Mudou muito estou muito mais feliz, tenho mais paciência com meus filhos, vizinhos, não preciso frequentar outro grupo, acho que não vou encontrar outro melhor que este. É tubo de bom”. (ADL)

Sentimentos que também são observados pela família, segundo relatos da gerente do projeto, quando da reunião com a família dos idosos, que acontece todo o início de semestre.⁸ Nela, os filhos reconheceram que as atividades estavam sendo muito positivas para a saúde de seus pais, que estavam mais felizes, mais calmos e em paz consigo mesmos, além de se mostrarem mais saudáveis.

Finalizamos dizendo que os participantes desta pesquisa, na medida em que suas práticas sociais – mediadas pelas atividades culturais - requeriam significado para funcionarem, assumiram uma dimensão cultural onde eles, sujeitos de sua história, passaram também a serem produtores culturais.

⁸ Nesse encontro a gerente chama a atenção da família em relação ao Estatuto do Idoso, e caso a pessoa idosa não tenha parentes, ela chama um vizinho amigo. De acordo com o Art.3 do Estatuto: "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, a saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observando o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde que surgiu o problema desta pesquisa, isso porque, como profissional, estava atenta e sensível às questões que envolviam a saúde-doença. Na ocasião, como supervisora de estágio de Saúde Coletiva, pude chamar a atenção de alunos do sétimo semestre de graduação de enfermagem de uma universidade particular que atua na cidade de São Paulo, para a grande quantidade de pessoas idosas que procuravam a enfermagem para mensurar sua pressão.

E quando se detectava que os níveis pressóricos estavam bem elevados, encaminhamento dado era simplesmente o atendimento médico. Identificamos então um grupo de idosos com aumento dos níveis pressóricos e, junto com os alunos, investigamos a causa desse aumento. Chamou-nos a atenção encontrar entre eles um grande número de idosos que viviam isolados da família e da sociedade. Este fato me fez levar a problemática da saúde-doença para a supervisão, acrescentando a importância da interação social para a saúde coletiva. Na época a pergunta era: o idoso inserido socialmente teria um maior controle sobre sua pressão arterial?

Aí surgia meu interesse pela prevenção, o qual só foi incentivado com meus trabalhos posteriores, especialmente aquele realizado com pessoas idosas doentes e internadas em clínicas geriátricas, em fase final. O que fazer para envelhecer melhor? Como prevenir ou controlar uma série de doenças crônicas que esses idosos agora apresentavam todas as seqüelas possíveis, levando-os à morte? Confesso que foi um período de muita angústia e inquietação em minha vida profissional, mas que reforçou meu desejo: fazer algo que contemplasse a prevenção e o controle dessas doenças crônicas.

Até que, anos e anos mais tarde, quase chegando à minha aposentadoria, busquei um local que atende pessoas idosas carentes e com uma filosofia a qual compartilho, onde eu pudesse finalmente responder àquela inquietação primeira: “Sociabilidade do grupo Melhor Idade: promoção à saúde dos idosos? Um grupo de idosos diferente daqueles da UBS e da clínica geriátrica. Pessoas ativas, participantes de atividades culturais e em interação uns com os outros, desenvolvendo a sociabilidade.

O que de fato descobrimos foi mais do que pretendíamos confirmar. Encontramos pessoas idosas ativas, felizes por estarem no grupo Melhor Idade, participando das atividades culturais e da convivência entre eles. O que nos impressionou foi o fato desses idosos viverem tão felizes com tão pouco.

Descobriu-se que as atividades culturais contribuem para implementar novas formas de sociabilidade e de formação de agrupamentos sociais envolvendo pessoas idosas. Os projetos culturais constituem-se oportunidades de retorno ao convívio social e de desenvolvimento de habilidades que favorecem a participação efetiva dos freqüentadores nas suas respectivas comunidades. As reflexões sobre o significado de atividades culturais e sua abrangência nos remetem ao conceito de cultura, como elemento de fundamental importância na vida dos indivíduos e grupos sociais em todos os tempos.

O meu desejo agora é para que as atividades culturais sejam introduzidas nas Unidades Básicas de Saúde, porque nas mesmas são desenvolvidos grupos em várias categorias. Em minha observação direta vejo que pouco se fez para os idosos, até a estratégia do Programa de Saúde da Família não está realizando trabalhos com esta população como consta nos documentos que deram origem a ele. Temos conhecimento que o Ministério da Saúde solicitou a implantação de

grupos de saúde do idoso, mas pouco foi realizado, apenas imunização contra influenza e outras doenças infecto contagiosas.

Como profissional posso dizer que conheci várias UBSs. Muitas delas com condições de criarem, pelo menos, duas oficinas para atividades culturais. Por exemplo: se cada UBS atendesse uma média de 30 a 40 pessoas idosas. Sei que existem as chamadas áreas de abrangência, mas o que venho observando ao longo de minha experiência profissional é que uma UBS está próxima da outra, e se a demanda fosse mais bem distribuída, não ficaria nenhum idoso fora do programa. E certamente isso custaria bem menos aos cofres públicos. As atividades culturais deveriam ser implementadas e divulgadas por meio da mídia, assim como é a campanha de vacinação. Afinal, as atividades culturais ajudam a prevenir doenças, a controlar doenças crônicas, especialmente a hipertensão arterial e, além de tudo, ajuda a dar sentido à vida das pessoas que hoje vivenciam pela primeira vez na história da humanidade esses anos alargados.

Entre os profissionais que melhor estariam preparados para a gestão das atividades culturais nas UBS certamente seria alguém da área da Gerontologia, que construiu os saberes sobre a ciência do envelhecimento, atuando junto a uma equipe multidisciplinar composta principalmente de educadores físicos e artesanais, e enfermeiros. Com esses quatro profissionais e em uma concepção de saúde-doença tal qual expressado no primeiro capítulo, certamente as UBSs da cidade de São Paulo estariam melhorando a qualidade de vida de sua população idosa.

Às atividades culturais, acrescentaríamos mais algumas, tal como vem desenvolvendo o Centro de Referência do Idoso (CRI) da Zona Leste, mantido pelo Estado. Ali existem 22 atividades com participação de um número de homens idosos que atinge 40% do total das pessoas idosas freqüentadoras desse programa.

Observamos que essa participação do sexo masculino tem a ver com as diversas atividades que interessam aos homens, como o grupo de violeiros com aproximadamente 30 homens idosos, yoga, meditação, entre outras. Sabemos que nas UBSs não dá para proporcionar tantas atividades, até por limitação do próprio espaço físico. Mas no grupo Melhor Idade sim. Ali daria para aumentar atividades culturais, focadas, principalmente, no o sexo masculino. Aliás, vale lembrar que a maioria das políticas públicas de saúde são dirigidas às mulheres, há muito pouco investimento público no sexo masculino. A yoga e a meditação poderiam ser implantada no grupo Melhor Idade, pois está provado que ambas ajudam a manter o equilíbrio emocional, diminuindo o estresse, e ajuda no controle da hipertensão arterial e a nos níveis glicêmicos do sangue.

Certamente as atividades culturais seriam estratégias do Projeto Cidades Saudáveis, movimento de amplitude mundial que tem por base o conceito de Saúde para Todos (SPT). Movimento que dá ênfase à promoção da saúde e à prevenção das doenças, para ajudar as pessoas a maximizar as suas capacidades físicas, mentais e sociais. Os cuidados de saúde que constam nele devem centrar-se em serviços acessíveis nos locais de habitação, trabalho e lazer. Entre os itens em relação aos cuidados, estão:

- Igualdade de acesso
- Idéia positiva da saúde. No grupo Melhor Idade já existe a consciência da promoção da saúde, como prevenção das doenças
- Participação comunitária. O grupo precisa expandir mais essa participação.

- Privilegiar os cuidados de saúde primária. Está faltando no grupo, a Obra Social Dom Bosco deveria oferecer esses cuidados a todas as faixas etárias de sua população, como mensurar a pressão arterial e níveis glicêmicos do sangue, pois muitos são diabéticos.
- Cooperação internacional. Como uma obra da Igreja Católica, poderia haver cooperação, inclusive motivada pela religiosidade.

Neste trabalho descobre-se que a sociabilidade é uma ótima estratégia para tirar as pessoas do isolamento e da solidão, como a maioria relatou nesta pesquisa, tornando, sem dúvida, uma São Paulo mais saudável. Foi o que aconteceu a partir das atividades culturais, elas permitiram o encontro entre as pessoas. Promoveu a saúde e, com ela, a sociabilidade, tal como propôs Simmel.

Se esses mesmos idosos que viviam na solidão e hipertensos não estivessem fazendo atividades culturais no grupo Melhor Idade, provavelmente estariam colocados na condição de doentes e inativos, como aqueles tantos que atendi, em fase final, na enfermagem das geriatrias hospitalares, onerando o Estado, a família e a sociedade. Mas eles estão felizes, realizados, e com suas enfermidades controladas. As doenças não os impedem de viver, de interagir num espaço público de sociabilidade, em uma convivência que em lugar nenhum encontrei.

Entender saúde como cultura é fundamental para a compreensão e vivência da extensão da vida humana, reconhecendo as pessoas idosas como sujeitos e, como tais, também como construtores culturais. As possibilidades de convivência e sociabilidade a partir das atividades culturais influem em seu novo modo de viver seu processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. **Filosofia da ciência**. São Paulo: Ars poética, 1996.
- ASHTON, J. **Cidades Sanas**. Barcelona: Masson S.A, 1992.
- AYRES, J. R. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, V3, 20
- BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. São Paulo: Paulus, 1997.
- BERGUER, Peter.L. **A Construção Social da Realidade**. Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Vozes Ltda, 1974.
- BIZZOCHI, A: **Anatomia da Cultura uma nova visão sobre ciência arte, religião, esporte e técnica**. São Paulo: Palas Athena, 2003.
- CAMARANO, A. A. **O envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEIA, 2002
- CHOR, D., GRIEP R. H.C. S. LOPES, C. S. FAERSTEIN, E. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001.
- CÔRTE, B. **O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas Comunicação: Instrumento de formação para longevidade**. Envelhecimento e Subjetividade. Brasília. CFP.2008.
- DEBERT, G. G. **A antropologia e o estudo dos Grupos de Categoria**. Rio de Janeiro: FGV. 2008.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- DESLANDE, S. F; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2007.
- D'INCAO, M.A. **Modos de Ser e de Viver: a sociabilidade urbana**. In: Tempo Social, São Paulo, V. 4, n. 1-2, p. 95-109, 1994.
- Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde** – Organização Mundial da Saúde-2992- Brasília Organização Panamericana de Saúde. www.opas.org.br
- FRANCO, N. A. M. **Trabalhos sociais com idosos: Propostas e significados**. Rev. Kairós Gerontologia. V. 5. ISSN – 2179 – 901X. São Paulo: Educ., 2009.

FRAGOSO, M. H. M. **Fortalecendo os direitos das pessoas idosas: a caminho de uma convenção Brasília**. Secretaria Especial de Direitos Humanos/ Presidente da República. 2010 (Documento).

FRANÇA, L. **Preparação para aposentadoria**: Desafios a enfrentar. Rio de Janeiro: Volume Dumará UnAT UERJ, 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária.. 1979.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. [acesso 29 mar 2006].

JACQUES, M. “**The rebel alliance of British talents**”. The Guardian, 20 fev., 1997.

KALACHE, A. **Future proposals for geriatric medicine in developing countries**. **Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 5ª. ed London: Churchill Livingstone, 1998 p. 1513- 1520.

LOURENÇO, R. A. **Hipertensão em uma população de idosos**. Rio de Janeiro: Volume Dumará. UnATI, 1999.

MACEDO S. **Etnopesquisa crítica multireferencial**. Salvador: Aba, Salvador. 2000.

MATSUDO, S. M. **Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível sócio econômico, distribuição geográfica e conhecimento**. São Paulo: Rev. Brasileira Ciência e Mov. Brasília v.10 n4 41-50. outubro 2002.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, São Paulo, 1992.

MENEZES, F. G. **Perfil do uso de medicamentos para doenças cardiovasculares**: análise de prescrições médicas em farmácia privada da região oeste da cidade de São Paulo. Rev. Saúde Coletiva. 2009;6(34): 237-243

MERCADANTE, E. F. **A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais PUC/SP. 1997

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social, teoria métodos e criatividade**. São Paulo: Vozes. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996. (Promoção da Saúde). **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá**. Brasília. (Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).

MORAES FILHO, E. (org.). **Simmel**. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

NERI, A. L. **Velhice e sociedade, velhice bem sucedida**. Campinas: Papirus Unicamp, 1997.

PASSOS, V. M. A. **Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos da base populacional**. Brasília: Lilacs, 2008.

PEREIRA, R. J. **Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo**. In Rev. Mundo Saude n 29(4) 475-483. Out-Dez. São Paulo: Lilacs, 2005.

PILON, A.F. **Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo**. *Revista Brasileira de Saúde Escolar* 2 (3/4):117-125, 1992.

PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

RUSSEL, A.J. **What is health?** People talking. *The Journal* 34:43-47, 1995.

SANTOS, J.L.F. & WESTPHAL, M.F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. *Estudos Avançados* 13(5):71-88, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, 12-15 fevereiro 1998 [citado 1998 Fev 15]. Disponível em: URL: [http:// www.sbh.org.br/Diretrizes/cbhaap.htm](http://www.sbh.org.br/Diretrizes/cbhaap.htm) Acesso em: 10/12/2002.

THOMPSON, K. (Org.) **Media and Cultural Regulation**. Reino Unido: The Open University, 1997.

TSOUROS, A. **The WHO healthy cities project: state of the art and future plans**. *Health Promotion International* 10(2):133-141, 1995.

VELHO, G. **Subjetividade e Sociedade: uma experiência de geração**. Rio de Janeiro: Jorg Zahar, 1986.

VERAS, R. P. **Alternativas para uma Sociedade em Transição**. Rio de Janeiro: Volume Dumará UnAT UERJ, 1999.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que visa conhecer os impactos das atividades culturais que está sendo realizado neste local, na melhora da sua saúde e sociabilidade. Este estudo será conduzido por min Natália Ap. de Meira Franco, aluna do mestrado de em Gerontologia na PUC-SP.

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, o senhor(a) tem o direito de recusar ou desistir a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, para continuação de sua participação nesta instituição. Se concordar sua colaboração se dará de um questionário e na qual serão feitas as perguntas sobre as atividades culturais que, pratica neste grupo da obra Social dom Bosco, as informações são confidenciais como forma de garantir que,não seja exposta a sua privacidade

A medição da pressão arterial faz parte na comparação. Mas não haverá nenhum risco. Em sua participação neste estudo e se alguma questão feita na entrevista lhe causar desconforto, fique a vontade para não responder ou procurar esclarecer sua dúvida junto a pesquisadora.

Consentimento

Declaro que após ter entendido os propósitos deste estudo e ter todas minhas dúvidas adequadamente esclarecida pela pesquisadora, concordo em participar desta pesquisa. Estou ciente que minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir de participar a qualquer momento.

São Paulo de 2009

Ass. Sujeito da pesquisa

Ass. Do Pesquisador

1- Testemunha

2- Testemunha

Contato com a pesquisadora: Telefone (011)2205-8146

E-mail: nataliadmf@gmail.com

PERFIL DOS SUJEITOS

Dados Gerais

Nome:

Endereço:

Telefone para contato:

Data de nascimento: / /

Sexo: () Masculino () Feminino

Pais onde nasceu:

Estado onde nasceu:

Município onde nasceu:

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Judaica () Budista
() Nenhuma

Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino Fundamental () Incompleto () Completo

() Ensino Médio () Incompleto () Completo

() Ensino Superior () Incompleto () Completo

Etnia: () Branca () Negra () Indígena

Ocupação anterior:

Ocupação atual:

Renda mensal de aposentadoria ou pensão:

Moradia () Alvenaria () outros (especifique):

Mora com: () Filhos () Cônjuge () Sozinho () Outros (especifique)

Há quanto tempo participa do Grupo Melhor Idade?

Qual atividade cultural que pratica há mais tempo?

Qual é a sua frequência?

() seg. () terça () quarta () quinta () sexta

ROTEIRO DAS PERGUNTAS GRAVADAS

- Como era sua vida antes de participar do grupo?
- Por que você veio participar deste grupo? Alguém indicou?
- Quais os benefícios que as atividades culturais trouxeram para a sua saúde?
- Seus familiares aprovaram sua participação? Quais atividades culturais que você gosta mais?
- Como você se relaciona com os demais?
- Convidaria outros idosos a participar?
- Sua relação em casa mudou com sua participação? Você frequenta outros grupos?

SAE

Pontifícia Universidade Católica
PÓS-GRADUAÇÃO
Nível Mestrado em Gerontologia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Leito _____
RH _____ Idade _____ Data de admissão _____ Religião _____
Profissão/Ocupação _____ Estado Civil _____
Número de filhos _____ Grau de instrução _____
Diagnóstico médico _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO

2.1 QUEIXA PRINCIPAL (motivo que trouxe o paciente ao hospital)

2.2 HISTÓRICA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

hipertensão arterial sistêmica tabagismo _____ etilismo _____
 diabetes obesidade acidente vascular cerebral estresse sedentarismo
 hereditariedade hipercolesterolemia menopausa alergias outros
Quais _____

Uso de medicamentos: _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

5. INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS SISTEMAS (dados subjetivos a respeito dos diversos sistemas)

5.1 SEGMENTO CEFÁLICO / NEUROLÓGICO: sem alterações cefaléia
 tontura diplopia escotomas desmaios _____ zumbidos
 convulsão. Diminuição da acuidade: gustativa auditiva olfativa visual.
Outros _____

5.2 APARELHOS RESPIRATÓRIOS: sem alterações dispnéia _____
 tosse _____ dor _____ Outros _____

5.3 APARELHO CARDIOVASCULAR: sem alterações dor _____
 palpitações. Outros _____

5.4 SISTEMA DIGESTÓRIO: sem alterações inapetência anorexia
 disfagia perda de peso _____. Número de refeições _____/dia.
 obstipação diarréia dor a evacuação mudança no hábito intestinal.
Frequência: _____ Outros _____

5.5 SISTEMA GENITO URINÁRIO: sem alterações disúria polaciúria
 nictúria incontinência diminuição do jato urinário oligúria hematúria
 piúria. Outros _____

5.6 CICLO MENSTRUAL: sem alterações menopausa dismenorréia
 amenorréia disfuncional. Outros _____

5.7 EXTREMIDADES: sem alterações dor cianose diminuição da
mobilidade/força motora diminuição da sensibilidade alteração do gradiente
térmico _____ Outros _____

6. HÁBITOS:

6.1 SONO E REPOUSO: sem alteração insônia dificuldade em conciliar o
sono acorda várias vezes a noite sonolência/letargia dorme durante o dia.
Dorme _____ horas/noite. Outros _____

6.2 ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO: de pé sentado. Outros _____

6.3 EXERCÍCIOS FÍSICOS: sim

6.4 Frequência _____ Qual(is) _____ não

6.5 RECREAÇÃO E LAZER: _____

6.6 CUIDADO COM O CORPO: aseado falta de asseio. Local _____.
Hábito de tomar banho: manhã tarde noite. _____

6.7 ATIVIDADE SEXUAL: presente dispaurenia ausente.

6.8 CONDIÇÕES DE MORADIA: casa térrea sobrado apartamento rural
 urbano. Saneamento básico sim não _____

7. EXAME FÍSICO

7.1 ESTADO GERAL:

Pressão arterial _____ mmHg
Pulso _____ bpm Frequência cardíaca _____ bpm
Temperatura _____ °C
Frequência respiratória _____ mov./min
Peso _____ Kg Altura _____ cm

7.2 NUTRICIONAL: normal obeso desnutrido _____

7.3 NEUROLÓGICO: acordado lúcido comatoso torporoso confuso
 desorientado com falhas de memória pupilas fotorreagentes alterações
oculares _____

7.4 MOVIMENTAÇÃO: deambula acamado restrito ao leito sem
movimentação movimenta-se com ajuda deambula com ajuda parestesia
_____ plegia _____

7.5 PELE, TECIDOS E MUCOSAS: sem alterações anasarca cianose
 icterícia descorado reações alérgicas lesões de pele
_____ úlcera de pressão _____

7.6 CRÂNIO: sem alterações incisão _____
 drenos _____ lesões de
couro cabeludo _____

7.7 OLHOS: visão normal diminuição da acuidade presença de processos
inflamatórios / infecciosos uso de lentes corretivas _____ exoftalmia

7.8 OUVIDO: audição normal acuidade diminuída presença de processos
inflamatórios / infecciosos uso de prótese auditiva _____

7.9 NARIZ: sem alterações coriza epistaxe desvio de septo _____

7.10 BOCA: sem alterações cáries falhas dentárias gengivite uso
de próteses outra lesões _____

7.11 PESCOÇO: sem alterações linfonodos palpáveis _____
 tireóide aumentada estase jugular traqueostomia _____

7.12 TÓRAX: sem alterações expansão torácica anatômica diminuição da
extensão torácica presença de frêmitos _____

7.13 MAMAS: sem alterações simétricas presença de nódulos palpáveis
 dor secreção _____

7.14 AUSCULTA PULMONAR: murmúrio vesicular: presente ausente
 roncos sibilos estertores _____

7.15 OXIGENAÇÃO: ar ambiente oxigenioterapia _____ intubado
 traqueostomizado sem ventilação mecânica com ventilação mecânica

7.16 CORAÇÃO: rítmico arrítmico taquicardia bradicardia presença
de sopros _____

7.17 PRECÓRDIO: sem alteração dor _____

7.18 ABDOME: plano globoso distendido timpânico
 hepatoesplenomegalia. Ruídos hidroaéreos presente ausente. flácido
 tenso _____

7.19 GENITO URINÁRIO: sem alteração micção espontânea presença de
anomalias SVD irrigação vesical lesões de órgãos genitais
 incontinência urinária _____

7.20 MEMBROS SUPERIORES: pulsos periféricos palpáveis edema
 amputações gesso tala gessada dispositivo venosos lesões

7.21 MEMBROS INFERIORES: pulsos periféricos palpáveis edema
 amputações gesso tala gessada dispositivo venoso lesões

7.22 OUTRAS QUEIXAS: (não mencionadas no exame físico)

8. NECESSIDADES PSICO SOCIAIS

8.1 INTERAÇÃO SOCIAL: sem alteração não faz amizades com facilidades
 prefere ficar sozinho não adapta a lugares ou situações novas

8.2 APOIO ESPIRITUAL: possui crença religiosa não possui crença religiosa
 procura apoio nos momentos difíceis descrente _____

8.3 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: toma decisões rapidamente demora para tomar decisões costuma pedir auxílio para as decisões não consegue tomar decisões _____

8.4 SUPORTE FINANCEIRO: possui recursos para tratamento médico possui convênio/seguro saúde tem ajuda de familiares exclusividade recursos do SUS _____

8.5 CONDIÇÕES DO PACIENTE PARA O AUTO-CUIDADO: independente precisa de ajuda para muitas atividades precisa de ajuda para poucas atividades totalmente dependente _____

8.6 CONHECIMENTO SOBRE O PROBLEMA ATUAL: otimista com o tratamento desanimado nega o problema / não aceita o problema _____

9. EXAMES-LABORATORIAIS

10. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

11. IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR

NOME: _____ DATA _____



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 294/2009

Faculdade de Ciências Sociais

Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Beltrina da Purificação da Côrte Pereira

Autor(a): Natália Aparecida de Meire Franco

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado ***Sociabilidade do grupo melhor idade***

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **21/12/2009**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **294/2009**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 21 de dezembro de 2009.


Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)