

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

**PESQUISA-AÇÃO EM LAZER, SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE  
COM PESSOAS QUE VIVENCIAM A HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera**

**Ribeirão Preto  
2009**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**PESQUISA-AÇÃO EM LAZER, SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE  
COM PESSOAS QUE VIVENCIAM A HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**VANESSA DENARDI ANTONIASSI BALDISSERA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação para a Saúde e Formação de Recursos Humanos.

Orientadora

**PROFA DRA SONIA MARIA VILLELA BUENO**

**Ribeirão Preto**

**2009**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

B177L Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi

Pesquisa-ação em Lazer, Sexualidade e Educação para a Saúde com pessoas que vivenciam a hipertensão arterial/ Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. – Ribeirão Preto : Universidade de São Paulo – USP, 2009. 115 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Maria Villela Bueno.  
Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo – USP.

1. Enfermagem. 2. Educação em saúde. 3. Hipertensão.  
4. Lazer. 5. Sexualidade

I. Universidade de São Paulo – USP. II. Título.

(21 ed) CDD: 610.7

Bibliotecária Responsável  
Inês Gemelli  
CRB 9/966

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi

Título: Pesquisa-ação em Lazer, Sexualidade e Educação para a Saúde com pessoas que vivenciam a hipertensão arterial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor em Ciências.  
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Ao meu esposo, Marcelo, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho. Sem ele, certamente, não teria forças.

Aos meus queridos filhos, Guilherme e Gustavo Henrique, com amor e dedicação, por fazerem parte da minha vida e por todo apoio e paciência que tiveram.

Aos meus pais, Célia e Reinaldo, e ao meu irmão, Vinícius, com grande apreço, pelo apoio e ajuda nas minhas ausências, por serem parte da minha vida e compartilharem os meus sucessos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me conduzir nos caminhos de luz.

À Profa Dra Maria Dalva de Barros Carvalho, que nos anos de convivência, muito me ensinou e incentivou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

Ao meu amigo Eduardo José de Almeida Araújo pelas sábias palavras de otimismo que me ajudaram a considerar possível o sonho deste doutorado.

À Profa Dra Sonia Maria Villela Bueno, pela atenção e apoio durante todo processo de orientação e por toda sabedoria com que me ensinou a ler o mundo.

Aos professores Maria Dalva de Barros Carvalho e Ana Paula Moraes, pela relevante contribuição na avaliação deste trabalho.

À UNIPAR, pelas concessões de afastamento para este estudo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

À Franciele dos Santos Cortês, pelo auxílio na coleta de dados.

Às participantes desta pesquisa, pelo consentimento, pela participação e em especial, por terem oportunizado momentos especiais de convivência.

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

BALDISSERA, V.D.A. Pesquisa-ação em lazer, sexualidade e educação para a saúde com pessoas que vivenciam a hipertensão arterial. 2009. 115 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Ainda que destinada a um grupo que vivencia e experimenta um corpo doente, a Educação para a Saúde não pode centrar-se nos mecanismos fisiopatológicos e nas terapias medicamentosas, porque seria desconsiderar a vida e as dimensões do ser humano que vão além da corporeidade. Temas transversais, cercados de conceitos pré-elaborados e enraizados em mitos, tabus, preconceitos e credences, como a sexualidade e o lazer, são entendidos como demandas urgentes para colaborar com a qualidade de vida, uma vez que foram relegados na nossa história, ainda que partes integrantes da constituição do homem. Neste contexto o presente trabalho objetivou investigar, com portadores de hipertensão arterial sistêmica, de um Centro de Saúde de uma cidade do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, qual o impacto da Educação para a Saúde, levantando seus problemas relacionados às temáticas lazer e sexualidade, propondo desenvolver conjuntamente com os participantes ações educativas visando as possíveis soluções dessas dificuldades, através da pesquisa-ação. Tratou-se de um estudo qualitativo, mediatizado pela pesquisa-ação que permitiu desvelar as percepções dos participantes do grupo de uma unidade de saúde quanto à sexualidade, o lazer e a qualidade de vida programando, aplicando e avaliando atividades de Educação para a Saúde nestas temáticas. A população-alvo deste estudo se constituiu de 6 mulheres hipertensas, únicas com tal diagnóstico que participam do grupo de reunião semanal de um centro de saúde de uma cidade do noroeste do Estado do Paraná-Brasil. Adotou-se o referencial-metodológico de Freire (1990) adaptado por Bueno (1997-8) delimitado por duas fases: a primeira, quando ocorreu o levantamento do universo temático, elencando-se os temas geradores; a segunda, constituída da ação educativa. A representação social de Moscovici (1979) foi a base da discussão das categorias e colaboraram para elencar os temas geradores. Estes foram o referencial para a discussão e elaboração das práticas educativas, apoiadas na pedagogia da autonomia de Freire. Identificou-se que, quanto à sexualidade, houve dificuldade de seu entendimento, pois foi reduzida ao sexo, manifestou-se por relações de afeto, companheirismo e por cuidados corporais. Quanto ao lazer, foi visto como enfrentamento da solidão. A hipertensão arterial foi descrita quanto aos seus fatores causais, houve valorização exacerbada ao tratamento farmacológico e a convivência com a doença foi considerada difícil. Os temas geradores permitiram a elaboração de uma ação educativa dialógica, em que dinâmicas e discussões foram programadas. Os participantes avaliam que as estratégias adotadas foram de grande valia para a troca de saberes, para a valorização das relações humanas e para um contato prazeroso com os temas abordados.

Palavras-chave: educação em saúde; hipertensão; lazer; sexualidade



## ABSTRACT

BALDISSERA, V.D.A. Research-action in Leisure, Sexuality and Education for the health of people with hypertension. 2009. 115 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Even though it is meant for a group which deeply experiences a sick body, Education for Health cannot merely focus on physiopathological mechanisms and medicamental therapies as it would disregard life and the human being's dimensions – which are beyond corporeity. Transversal themes, surrounded by preelaborated concepts and enrooted in myths, taboos, biases and superstition such as sexuality and leisure are understood as urgent demands to contribute with quality of life since they were put aside throughout history, despite being constituent parts of man. Within this context, this study had the purpose of investigating what the impact of Education for Health is on systemic hypertension patients by surveying issues related to leisure and sexuality in order to to develop, together with the participants, education actions towards possible solutions via research-action. It was a qualitative study mediated by research-action which enabled disclosing the perceptions of a group within a health unit with respect to sexuality, leisure and quality of life by developing, applying and assessing Education for Health activities on those themes. The target population for this study was constituted of six women with hypertension – the only ones to present such diagnosis who participated in a group meeting weekly at a Health center in a city in the Northwest of the state of Paraná, Brazil. Freire's (1990) reference methodologies, adapted by Bueno (1997-8) were outlined into two phases: first, when the survey of the thematic universe occurred, bringing about the generative themes; the second, constituted by the education action. Moscovici's (1979) social representation was the fundament for the discussion concerning the categories and helped to set up the generative themes. These were the references for discussion and elaboration of the educational practices supported by Freire's pedagogy of autonomy. It was difficult to understand sexuality as it was confined to sex and manifested via affective relations, partnership, and corporal care. Leisure was found to be the confrontation of loneliness. Hypertension was described regarding its causal factors. There was exacerbated valorization of the pharmacological treatment and coping with disease was considered difficult. Generative themes enabled the elaboration of a dialogic education action in which dynamics and discussions were performed. Participants reported that the strategies adopted proved to be valuable for knowledge exchange, valorization of human relations and pleasant contact with the themes approached.

**Key words:** Education for Health; hypertension; leisure; sexuality.

## RESUMÉN

BALDISSERA, V.D.A. Investigación y acción en Ocio, Sexualidad y Educación para la Salud con personas que vivencian la hipertensión arterial. 2009. 115 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

**Resumen:** Aunque destinada a un grupo que vivencia y experimenta un cuerpo enfermo, la Educación para la Salud no puede centrarse en los mecanismos fisiopatológicos y en las terapias medicamentosas, porque sería desconsiderar la vida y las dimensiones del ser humano que van además de la corporeidad. Temas transversales, cercados de conceptos preelaborados y enraizados en mitos, tabúes, prejuicios y creencias, como la sexualidad y el ocio, son entendidos como demandas urgentes para colaborar con la calidad de vida, una vez que fueron relegados en nuestra historia, aunque partes integrantes de la constitución del hombre. En este contexto la presente investigación tuvo por objeto investigar, con portadores de hipertensión arterial sistémica, de un centro de Salud de una ciudad del noroeste del Estado de Paraná-Brasil, cual el impacto de la Educación para la Salud, levantando sus problemas relacionados a ocio y sexualidad, proponiendo desarrollar conjuntamente con los participantes acciones educativas buscando las posibles soluciones de esas dificultades, a través de investigación y acción. Se buscó un estudio cualitativo, mediatizado por la investigación-acción que permitió desvelar las percepciones de los participantes del grupo de una unidad de salud cuanto a la sexualidad, el ocio y la calidad de vida, programando, aplicando y evaluando actividades de Educación para la Salud en estas temáticas. La población de este estudio se constituyó de 6 mujeres hipertensas, únicas con tal diagnóstico que participan del grupo de reunión semanal de un centro de salud de una ciudad del noroeste del Estado de Paraná-Brasil. Se adoptó el referencial metodológico de Freire (1990) adaptado por Bueno (1997-8) delimitado por dos fases: la primera, cuando ocurrió el levantamiento del universo temático, presentándose los temas generadores; la segunda, constituida de la acción educativa. La representación social de Moscovici (1979) fue la base de la discusión de las categorías y colaboraron para presentar los temas generadores. Estos fueron el referencial para la discusión y elaboración de las prácticas educativas, apoyadas en la pedagogía de la autonomía de Freire. Se identificó que, cuanto a la sexualidad, hubo dificultad de su entendimiento, pues fue reducida al sexo, se manifestó por relaciones de afecto, compañerismo y por cuidados corporales. Cuanto al ocio, se vio como enfrentamiento de soledad. La hipertensión arterial fue descrita cuanto a sus factores causales, hubo valorización exacerbada al tratamiento farmacológico, y la convivencia con la enfermedad fue considerada difícil. Los temas generadores permitieron elaboración de una educación dialógica, en que dinámicas y discusiones fueron programadas. Los participantes evalúan que las estrategias adoptadas fueron de gran valía para el cambio de conocimientos, para valorización de las relaciones humanas y para un contacto placentero con los temas abordados.

**Palabras clave:** educación en salud; hipertensión; ocio; sexualidad.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão e renda mensal.....	44
QUADRO 2 - Categorias e subcategorias de representações sociais da sexualidade e sexo.....	47
QUADRO 3 - Categorias e subcategorias de representações sociais da HAS.....	68
QUADRO 4 - Temas geradores e as estratégias pedagógicas relacionadas...	79

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 A PESSOA QUE VIVENCIA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: aspectos bio-psico-sociais e as demandas de saúde.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 O LAZER E A SEXUALIDADE COMO TEMAS TRANSVERSAIS EMERGENTES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE JUNTO A PESSOAS QUE VIVENCIAM A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A PRÁXIS DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PESSOA QUE VIVENCIA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....</b>	<b>28</b>
<b>5 O PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 TIPO DE PESQUISA.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 O LOCAL DA PESQUISA .....</b>	<b>40</b>
<b>5.3 POPULAÇÃO-ALVO E PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	<b>40</b>
<b>5.4 MÉTODO, TÉCNICA, PROCEDIMENTOS DE COLETA E DE ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>44</b>
<b>6.1 O grupo investigado: características.....</b>	<b>44</b>
<b>6.2 As representações sociais.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3 Os temas geradores.....</b>	<b>78</b>
<b>7 DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO EDUCATIVA.....</b>	<b>80</b>
<b>8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>112</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Baseando em referenciais teórico-práticos sobre as questões gerais atreladas à sexualidade e ao lazer percebemos haver influência considerável na promoção da vida humana. E ao assumir esse binômio como demanda urgente, principalmente com portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), entendemos fazer-se mister atentar para os aspectos pedagógicos da Educação para a Saúde, vislumbrando-os de forma progressista, visando sobre maneira à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, usando estratégias democráticas, dialógicas, crítico-reflexivas, transformadoras, autônomas e eficazes.

Assim sendo, o tema e o objeto da presente pesquisa foram definidos enquanto vivência junto ao grupo de HAS de um centro de saúde, desde sua fundação, criado em 2001.

A proximidade e identificação com este grupo de hipertensos surgiu desde quando fomos convidada, como enfermeira responsável para a criação deste centro de saúde, numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde uma Universidade Privada da mesma cidade. Disto surge uma proposta inovadora de inserir o enfermeiro em atividades educativas e assistenciais, colocando a consulta de enfermagem como porta de entrada da clientela, no serviço público de saúde.

Daí, houve uma possibilidade ímpar de planejar, avaliar e questionar as atividades desenvolvidas. Primeiramente, como enfermeira e posteriormente, como docente nesta universidade. Assim, a partir de 2003 até 2008, passamos a coordenar o serviço como atividade extensionista desta Universidade e, desde 2008, também como pesquisadora junto a esse grupo de hipertensos através do programa de iniciação científica e do programa externo de bolsa de iniciação científica.

A inquietação sobre a resolutividade das atividades educativas desenvolvidas junto aos hipertensos desse serviço, culminou ao formalizar uma pesquisa, apoiados pelo ingresso no mestrado, em 2003. Naquele momento, pesquisamos sobre a adesão ao tratamento não-farmacológico da HAS. Percebemos que a proposta educativa, então realizada, estava de alguma maneira equivocada, pois os hipertensos não aderiam a esse tratamento, ainda que fosse assunto pertencente às reuniões previamente programadas, nas quais pouco entusiasmo existia e, ainda, a assiduidade era baixa.

Debruçamo-nos sobre o tema Educação para a Saúde, procurando alguns respaldos para a reorganização das atividades educativas. Ingressamos afincamente nas abordagens progressistas da educação. Vimos em Paulo Freire, a possibilidade de uma prática educativa mais dialógica, transformadora e emancipatória.

Desde 2005, algumas mudanças no planejamento das reuniões de grupo foram efetivadas. A dialogicidade, timidamente implantada, naquele momento, permitiu considerar que temas relativos à HAS eram considerados de pouco interesse e o lazer e sexualidade constituíam-se de demandas emergentes. Por exemplo, a inserção e realização do bingo nos encontros tem sido uma constante, iniciado pelo serviço e amplamente aceito; bem como as pequenas e discretas verbalizações acerca de questões de sexualidade e lazer, durante a realização do jogo recreativo.

Experiências desta natureza permitiram lançar pressupostos de que a sexualidade e o lazer são temas trazidos para esses encontros, porque são negligenciados na prática assistencial.

Em 2008, enquanto docente, começamos a pesquisar sobre o enfrentamento da doença crônica por esse grupo, financiados por uma agência de fomento estadual e a instituição de ensino a que estávamos vinculados. Naquela ocasião, já se notavam algumas mudanças na composição do grupo, passando a tornar-se marcante a presença feminina, e um aparente interesse em discutir questões cotidianas compartilhadas da vivência do grupo, como também o envelhecimento e suas implicações.

Em 2009, seguimos com pesquisas junto ao grupo, procurando compreender as percepções acerca do lazer e da sexualidade juntamente com outro docente e acadêmicos de iniciação científica permitindo a interface com esta pesquisa, possibilitando-nos observar que há uma lacuna nessas temáticas, que precisam ser discutidas junto a esses participantes.

Vale destacar que com todo este intento, procuramos maior investimento sobre os temas identificados como prioridades fundamentais para se trabalhar adequadamente a temática central aqui apresentada. Daí buscamos o doutorado nesta área, para podermos desenvolver de forma efetiva e aprimorada esse conhecimento, articulando ensino, pesquisa, extensão/assistência e gestão, visando sobretudo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, neste processo.

## 2 INTRODUÇÃO

Ao enveredar pela Educação Para a Saúde, faz-se mister ao educador tecer argumentos epistemológicos que possam sustentar a sua práxis, evitando assim, a repetição mecânica e descontextualizada da prática educativa.

Haja vista a mudança de paradigma da educação e a necessidade das interfaces, para melhor compreender o homem e o mundo dos nossos tempos, de hoje enfim, ou seja, do mundo globalizado. Assim o é na Educação para a Saúde nos tempos da pós-modernidade. Vivencia-se a urgência de desvelar suas ações possíveis, com a convicção de que somente pela prática (re)pensada será construída essa nova perspectiva que é inacabada, e em constante elaboração. De fato, se faz tão necessária nos tempos da contemporaneidade, pela inconsistência dos modelos tradicionais, que atualmente já se tornam obsoletos.

Desta forma, acredita-se que não será contemplando essa realidade que está colocada, como mero espectador e descritor dos fatos e fenômenos que o pesquisador irá compreender e transformá-la. Antes de tudo, é preciso evocar uma postura mais ativa e comprometida, que possivelmente a pesquisa-ação pode garantir, pois que a mesma identifica problemas resultando no diagnóstico das necessidades, para depois conjuntamente com a população, buscar solução às dificuldades encontradas, dentro de uma perspectiva educativa aberta, dialógica, conscientizadora e problematizadora (BUENO, 2009)

O tema-objeto da Educação para a Saúde também tem sido colocado à prova, num movimento de questionamentos intensivos, que procura dar sentido aquilo que se ensina e se aprende. Isto ocorre, justamente, por considerar que o conhecimento precisa ser significativo para ser justificado. Assim, não é possível conceber uma prática de Educação para a Saúde centrada na figura do educador que decide e verticaliza este conhecimento. Tão pouco, no reducionismo dos temas educativos à concepção biologicista e fragmentada do corpo, da saúde e da doença.

Ainda que destinada a um grupo que vivencia e experimenta um corpo que passa pela experiência da doença, a Educação para a Saúde não pode centrar-se nos mecanismos fisiopatológicos e nas terapias medicamentosas, porque seria desconsiderar a vida e as dimensões do ser humano que vão além da corporeidade.

Assim, ao assumir esta postura pedagógica conscientizadora e libertadora, o pesquisador-educador torna-se crítico, reflexivo e agente de transformação, dentro



de uma pedagogia mais dialógica e problematizadora. Torna-se atuante na ruptura paradigmática para uma educação mais progressista, conforme os tempos de hoje demanda.

Temas transversais, cercados de conceitos pré-elaborados e enraizados em mitos, tabus, preconceitos e credices, como a sexualidade e o lazer, esses são entendidos como demandas urgentes para colaborar com a qualidade de vida, uma vez que foram relegados na nossa história, ainda que partes integrantes da constituição do homem.

A respeito da sexualidade e da visão dicotômica do homem, afirma-se que sempre houve uma tendência em separá-lo da totalidade da existência, ainda que a sexualidade faça parte do ser humano, inclusive como algo natural. Ao Educar para a Saúde em sexualidade, há de se considerar que ela não é apenas expressão do corpo biológico. Não é apenas resultado do funcionamento glandular. “Ela deve ser vista como a expressão do ser que deseja, que escolhe, que ama, que se comunica com o mundo e com o outro” (ALBUQUERQUE, 1995; BUENO, 2001).

Em relação ao lazer, embora sendo importante para a manutenção da saúde física, mental e social na vida das pessoas, isto é necessidade pouco estimulada. Então, faz-se entender lazer como atividade que compreende as funções de recuperação que liberam da fadiga; as funções de divertimento que afastam do tédio, e de desenvolvimento que podem resgatar as forças criativas dos estereótipos e rotinas impostos pelo cotidiano (DUMAZEDIER, 1994; BUENO, 1981).

Desta forma, são várias as finalidades do lazer, das quais destacam-se: recreação, distração, descanso, reflexão sobre a realidade, imaginação, criatividade, atenuação do estresse e renovação de energias. Como resultado, pode-se obter o prazer; alivia a inquietação para favorecer a criatividade, a tranquilidade e os sentimentos trazidos pela vivência humana (BURGOS; BIGUELINI; MACHADO, 2002). E, portanto, constitui-se tema de relevância à Educação para a Saúde, na liberação do estresse e do cansaço físico e mental. Caso contrário, a falta de lazer pode trazer malefícios severos à saúde, tais como hipertensão arterial, diabetes e outros.

Dados da literatura científica bem como nossa prática, nos evidenciam que tanto a sexualidade quanto o lazer se caracterizam como demandas urgentes, principalmente com portadores de HAS. Para tanto, a pedagogia preventiva voltada à Educação para a Saúde precisa ser revista, como forma de promoção da vida

humana, e melhoria da qualidade de vida, de maneira mais democrática, aberta, autônoma e eficaz possível.

Deste modo, o exposto nos levou a esta pesquisa, traçando os objetivos que se seguem.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral:**

Investigar, através da pesquisa-ação, qual é o impacto da Educação para a Saúde, em um centro de saúde do Estado do Paraná, identificando os problemas dos portadores de HAS em relação ao lazer e sexualidade, desenvolvendo com eles, ações educativas para a resolução dessas dificuldades.

#### **Específicos**

Que os sujeitos participantes desta pesquisa sejam capazes de:

- Descrever a representação que eles têm sobre o lazer, sexualidade e qualidade de vida, identificando a influência da HAS nesse processo, levando em consideração suas necessidades humanas básicas nestas temáticas;
- Desenvolver atividades socializantes e colaborativas através de ações educativas voltadas à promoção da saúde, tendo em vista o lazer e a saúde sexual para a otimização da vida em seu mais amplo sentido.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 A PESSOA QUE VIVENCIA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: aspectos bio-psico-sociais e as demandas de saúde

- ***A cronicidade da Hipertensão Arterial Sistêmica, sua relação com o envelhecimento e os aspectos epidemiológicos***

As doenças crônicas são assim denominadas por apresentarem evolução lenta, de longa duração e normalmente recorrente. São doenças em ascensão epidemiológica cuja prevalência tem ocasionado um elevado número de morte em todo mundo, em torno de 17 milhões de pessoas a cada ano, tornando-se um grande desafio para a saúde pública pelo elevado custo médico e social, principalmente pelas suas complicações. No Brasil, as mortes relacionadas às doenças crônicas superam 60% acarretando prejuízo econômico e social (MALDANER, 2008).

Admite-se que suas manifestações clínicas geralmente surgem após longo tempo de exposição aos fatores de risco e são incrementadas pela convivência assintomática do indivíduo. Esta situação implica em diagnósticos tardios, quando as complicações já são aparentes e/ou inevitáveis, com desfecho que pode ser fatal, como ocorre muitas vezes com a doença coronariana aguda e com o acidente vascular encefálico (LESSA, 2004).

São diversas as patologias definidas como crônicas não transmissíveis, merecendo destaque as cardiovasculares, pela alta prevalência nacional (LESSA, 2004). Dentre estas, a HAS desponta, com uma estimativa de 22,3% a 43,9% (IV BRASILIAN GUIDELINES IN HYPERTENSION, 2004) entre a população adulta, em especial entre os mais idosos. Esta doença é considerada um fator de risco para as demais doenças cardiovasculares, tais como as coronarianas e vasculares encefálicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

O envelhecimento da população, alcançada mediante acesso a bens e serviços, também determina a maior ocorrência desta doença.

De maneira geral, afirma-se que a população idosa apresenta mais problemas de saúde em comparação aos demais (GARRIDO; MENEZES, 2002). Por este

motivo, Tavares (2005) cita que o envelhecimento é tema de discussão de diversos segmentos, tamanha sua implicação para a reorganização social. Silva e Boemer (2009, p.98) apontam que o envelhecimento é “uma questão significativa, inerente à existência humana e merecedora de olhar de natureza compreensiva”, transpassando os aspectos fisiológicos e epidemiológicos.

A respeito da definição do que é considerado “idoso”, não há um consenso universal, pois tal condição é relacionada às influências do meio sobre o envelhecimento repercutindo, sobremaneira, nas capacidades funcionais e cognitivas.

Neste sentido, em países desenvolvidos uma pessoa é considerada idosa ao completar 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento, aos 60 anos. No Brasil, sob o ponto de vista cronológico e legal, idosos são pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, apoiados pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

- ***Aspectos fisiopatológicos e psicossociais da Hipertensão Arterial Sistêmica***

A HAS é conceituada como “uma condição sistêmica que envolve a presença de alterações estruturais nas artérias e do miocárdio associadas a disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular” (BRANDÃO et al, 2003, p.9). As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial definem, para diagnóstico da doença, o critério de 3 (três) valores pressóricos iguais ou maiores a 140/90mmHg, com intervalos de 1 (uma) semana entre as aferições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Sob os aspectos fisiológicos do envelhecimento e a relação com a HAS, Miranda et al. (2002) afirmam que as alterações vasculares, especialmente da aorta verificadas em idosos, estão envolvidas na gênese da HAS. Estes autores afirmam que “existe forte correlação entre o envelhecimento normal e a diminuição da complacência aórtica, através de vários parâmetros de medição” (MIRANDA et al., 2002, p.294), que provocam a manutenção sustentada dos valores pressóricos, resultando em HA. Clarificando,

“o diâmetro aórtico aumenta em 15% a 35% dos 20 aos 80 anos de idade. Histologicamente ocorre uma distorção da orientação laminar das fibras

murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, ocasionando uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, que somada à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta (IZZO; LEVY; BLACK, 2000<sup>1</sup> apud MIRANDA et al., 2002, p.294)

Muito tem se discutido a respeito dos fatores de risco relacionados à hipertensão, proporcionando uma vasta literatura em relação a esta temática. Já está descrito o papel da obesidade, a influência do sexo, a ingestão de sódio, o baixo consumo de potássio, o consumo exacerbado de álcool, a raça negra, o sedentarismo, a história familiar, a baixa escolaridade e o uso de medicamentos como os contraceptivos orais, na gênese da hipertensão arterial (IRYGOIEN, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Muitos outros fatores de risco têm sido destacados, entre eles o estresse (SPARRENBERGER; MOREIRA; CANEPELE, 2004), que já foi identificado como causa da elevação dos valores pressóricos (MARKOVITZ; JONAS; DAVIDSON, 2001; GUYTON; HALL, 2002; LIPP, 1996).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006) apontam a relação do estresse com a HA apoiados pelas evidências científicas, sugerindo que o estresse emocional provoca o aumento da reatividade cardiovascular.

Por sua vez, esta reatividade é mediada pelo sistema nervoso autônomo, provocando descarga adrenérgica que, de forma direta, provoca constrição das artérias, além de outras respostas fisiológicas, atuando no desenvolvimento da HAS (LIPP; ROCHA, 2008). Compreende-se, que o estresse, por estar relacionado a estilos de vida menos saudáveis, também provocaria esta doença de forma indireta (STEPTOE, 2000). Contudo, ressalta-se que o estresse está envolvido na gênese da HA em intima dependência dos aspectos genéticos e exposição prolongada a situações estressoras (LIGHT et al., 1999)

Buscando compreender melhor a efetividade do estresse na HA, especialmente do estresse crônico, várias explicações tem sido postuladas.

---

<sup>1</sup> IZZO, J.L.; LEVY, D.; BLACK, H.R. Importance of systolic blood pressure in older americans. **Hypertension**; 35: 1021-4, 2000

Gandarillas, Gonçalves e Scarparo (2005, p.62) acrescenta uma nova abordagem ao afirmar que “talvez variáveis constitucionais e biológicas estejam relacionadas com a hipertensão arterial, não apenas por seu efeito fisiológico, mas também por estarem associadas a características de tipo psicossocial”.

Fica demarcado, então, os aspectos psico-fisiológicos envolvidos na HAS mediados pelos fatores sociais. A este respeito os autores relatam que talvez “normas e circunstâncias sociais conflitivas e estressantes refletissem-se no desenvolvimento de funcionamentos contraditórios dos diversos organismos do corpo. Esses acarretariam em disfunções fisiológicas, como é o caso da hipertensão crônica” (GANDARILLAS; GONÇALVES; SCARPARO, 2005, p.62).

Também se destaca que as próprias restrições impostas pelo tratamento da HA desencadeiam percepções desagradáveis (BONOMO et al., 2003) que podem gerar estresse. Por sua vez, a qualidade de vida que se perde com o estresse influencia a não adesão ao tratamento proposto (ORTEGA; NOBRE; MION, 2001; CASTRO; SCATENA, 2004) por interferir no desejo em viver bem e viver melhor. Sabe-se, entretanto, que nesta delimitação temática HAS e estresse, muito se têm a investigar.

Diante dos aspectos fisiopatológicos da HAS, infere-se que frente ao seu diagnóstico há necessidade de inclusão de tratamento, que pode ser farmacológico em associação ao não-farmacológico (também conhecido como mudanças nos hábitos de vida). Estes incluem o abandono do tabagismo, controle do etilismo, manutenção do peso corporal dentro de limites de eutrofia, inclusão de prática de atividade física regular, controle no consumo de sal e controle de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Desta forma, a vivência com a doença crônica provoca dificuldade de adaptação, especialmente entre idosos, dificultando a tão desejada adesão ao tratamento da doença.

A este respeito, autores descrevem a problemática das mudanças alimentares para a vida da pessoa portadora de doença crônica. A dificuldade no seguimento da dieta pode estar associada ao entendimento de que estas restrições parecem castigo (CASTRO; CAR, 2000), pois a vida pode fazer sentido pelo prazer em degustar alimentos então proibidos, ou ainda, a dificuldade em atender a dieta pode

estar associada ao fator econômico que cerceia a liberdade em escolher os alimentos mais adequados (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004), o que pode gerar desconforto, ansiedade e estresse.

Estudo conduzido por Araujo, Maciel e Moreira (1999) demonstraram que existe consciência no grupo de hipertensos sobre a diminuição no consumo de cloreto de sódio, mas este conhecimento pode não ser suficiente para conduzir a pessoa a aderir ao tratamento proposto. Da mesma forma que a dieta, as outras mudanças na vida impactam da mesma forma.

O que se espera neste processo de interiorização das mudanças que se fazem necessárias à vida da pessoa portadora de HAS, é que ela possa adaptar-se a esta nova realidade reduzindo, especialmente o estresse, por ser um fator modificável relacionado à HAS.

Até alcançar a adaptação, podem-se evidenciar diversas formas de enfrentamento. A resiliência, estudada na psicologia e a salutogênese, desenvolvida na sociologia buscam explicar como as pessoas organizam sua vida, apesar de situações adversas. Na psicologia, o tema central deste enfrentamento é o *coping*.

Moraes e Peniche (2003, p. 56) referem que:

“adaptação é um conceito amplo que abrange desde rotinas, pensamentos e comportamentos automáticos até o próprio *coping*. Já o *coping* é um processo utilizado especialmente em situações nas quais o indivíduo não se conduz como normalmente o faria, isto é, implica numa condição de estresse, que demanda a utilização de ações especiais para administrá-lo”.

Segundo os mesmos autores, o *coping* foi definido como estratégias desenvolvidas para enfrentar as situações; um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas e o conflito entre elas.

Afirma-se que possui duas funções: modificar e relacionar a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador, denominando-o *coping* centrado no problema; ou adequar a resposta emocional ao problema, denominando-o *coping* centrado na emoção (MORAIS; PENICHI, 2003). Ambos tipos de *coping* geram conflitos emocionais e, portanto, estresse emocional, considerando-os danosos ao portador de HAS, necessitando atenção dos profissionais quanto a sua existência e implicações.



Sob o aspecto da sociologia, Antonovsky (1987) desenvolveu a teoria da salutogênese, tentando explicar por que algumas pessoas conseguem manter a saúde, mesmo em situações tão difíceis. Segundo ele, isso está relacionado aos fatores externos e internos que as pessoas possuem (como os materiais e psicológicos), mas que por si só não determinam a saúde. Há o que ele chamou de senso de coerência; um sentimento geral e abrangente que impulsiona as pessoas a entenderem e se comportarem positivamente frente a situações indesejáveis, no sentido de buscar enfrentamento.

Estas teorias ajudam a compreender como o a adaptação se dá frente a doenças. Mais que isso, permitem considerar os caminhos trilhados por doentes crônicos – como são os hipertensos – para a vivência com sua patologia, abrindo discussão sobre a complexa rede de problemas que se fazem presentes.

- ***Demandas de saúde em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica***

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), os determinantes de qualidade de vida da pessoa com condições crônicas de saúde, dependerão da perda ou anormalidade, temporária ou permanente, nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo (deficiência – *impairment*), da inaptidão para exercer uma tarefa ou desempenhar uma atividade, resultante de uma deficiência (incapacidade - *disability*) e do grau de prejuízo resultante da deficiência ou incapacidade, que leva à necessidade de adaptação do indivíduo para o desempenho de papéis em seu meio ambiente (desvantagem – *handicap*).

No entanto, sugere-se que a avaliação da saúde e da qualidade de vida, especialmente do idoso, seja centrada na sua capacidade de autonomia, e não na ausência de doença, uma vez que será provável a presença de pelo menos uma doença crônica nesta população e o bem-estar poderá estar presente, apenas destas situações adversas (RAMOS, 2003).

A primeira ruptura que se faz necessária no cuidado de pessoas que vivenciam condições crônicas de saúde é a de compreender que não basta controlar a doença e prevenir complicações para reduzir ou adiar incapacidades e promover o bem-estar físico, mental e social. Faz-se necessário uma mudança no enfoque do cuidado da doença para o cuidado da pessoa, evitando o reducionismo daquele que

vivencia uma doença à sua própria patologia. Pelo contrário, o discurso dos cuidadores deve permear a consciência de que o sujeito – ativo, autônomo e livre – deva ser o centro da atenção.

Esta ruptura necessária pode ser contextualizada no panorama histórico dos modelos assistenciais e da inserção do tema promoção da saúde como concepção de um movimento ideológico, que surge em resposta a acentuada medicalização da saúde no interior da sociedade e do sistema de saúde (Buss, 2000; Buss 2003). Destaca-se que a promoção vem evoluindo no tempo e representa atualmente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, não sendo mais vista como um nível de atenção (HEIDEMANN, 2006).

Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde considerem e avaliem os benefícios do processo terapêutico, em termos de não apenas adicionar anos à vida, mas também, melhorar a qualidade dos anos de vida das pessoas (VILA, 2006), sendo que os espaços que valorizam a representação social da doença, do tratamento e da qualidade de vida possam ser meios para propiciar bem-estar integral a estas pessoas.

A sexualidade, enquanto demanda de saúde, merece atenção na assistência aos portadores de HAS, pois percebe-se reducionismo na sua expressão, existindo, no Brasil, apenas a descrição de alterações da sexualidade num grupo de portadores desta doença (GARCIA, 2008).

Sabe-se, que a HA pode influenciar a sexualidade de maneira direta - provocada pelo reduzido fluxo sanguíneo aos órgãos genitais em decorrência das estruturas das artérias que irrigam estes órgãos dificultando ou impossibilitando o coito -, e indireta - pelas conseqüências do tratamento farmacológico ou dos aspectos emocionais relacionados ao estresse provocado pelas mudanças dos hábitos de vida (GARCIA, 2008; LOPES; MAIA, 1994).

Também se inserem as questões relativas à problemática da manutenção da saúde mental em doentes crônicos, haja vista seus determinantes psicossociais e, em destaque, o estresse na HAS.

O lazer, contudo, vem sendo apontado como um amortecedor do estresse; uma forma de diminuir os efeitos deletérios de eventos desagradáveis, especialmente por sua característica socializante (PONDE; CAROSO, 2003).

Esta evidência deve tornar-se importante eixo das atividades assistenciais junto aos portadores de HA e, em destaque, nas ações educativas.

#### **4.2 O LAZER E A SEXUALIDADE COMO TEMAS TRANSVERSAIS EMERGENTES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE JUNTO A PESSOAS QUE VIVENCIAM A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A PRÁXIS DA ENFERMAGEM**

Para abordar os temas enfermagem, lazer e sexualidade optou-se pelos referenciais teóricos de: Wanda Horta para conceituar e fundamentar a enfermagem enquanto ciência do cuidado humano implicado com o auto-cuidado (Horta, 1979), o referencial de Joffre Dumazedier para a abordagem do lazer (DUMAZEDIER, 1999); a sexualidade do adulto será fundamentada sob o referencial de Nelson Vitiello (VITIELLO, 1994) e discutida sob à luz da História da Sexualidade, de Michel Foucault (FOUCAULT, 1988).

Neste sentido, faz-se necessário conceituar termos primordiais que sustentam os referenciais teóricos supracitados. A respeito da enfermagem, Horta (1979) a conceitua como ciência e arte de assistir o ser humano em suas necessidades humanas básicas tornando-o independente desta assistência através do ensino do autocuidado. No âmbito da enfermagem, assistir deve compreender o ensino, a assistência e a pesquisa, visando à concretização de seu ente.

Neste conceito, referem-se ao termo necessidades humanas básicas, também requerendo conceituação. Horta (1979, p38.) refere que “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Acrescenta, ainda, que as necessidades humanas básicas são comuns a todos os seres humanos, variando apenas as suas manifestações bem como a forma de satisfazê-las.

A clarificação dos termos enfermagem e necessidades humanas básicas trazem à tona a práxis da enfermagem. Para assistir as pessoas, o (a) enfermeiro (a) precisa compreender as suas necessidades que vão além dos aspectos físicos denominados necessidades psicobiológicas, abarcando também as psicossociais e psicoespirituais.

O lazer e a sexualidade são necessidades psicobiológicas e psicossociais, respectivamente, e cujo exercício é influenciado pela subjetividade, dependente da objetividade social e cultural. Faz-se oportuno destacar que são prazeres e que, portanto, situam-se nos fatores fundamentais para o bem-estar (TINSLEY; TEAFF; COLBS, 1995) e colaboram para a saúde, em especial, para a saúde mental.

O termo lazer é considerado como “conjunto de ocupação às quais o indivíduo pode entregar-se de livre e espontânea vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais” (DUMAZEDIER, 1999).

Segundo o mesmo autor, seu estudo surgiu em contraposição às demandas político-sociais do trabalho, sobretudo na sociedade capitalista, num momento em que a saúde do trabalhador começou a ser reconhecida, valorizada e discutida.

Contudo, faz-se necessário compreender que o lazer possui três funções básicas: descanso, divertimento e desenvolvimento da personalidade (DUMAZEDIER, 1999). Corroborando, Bueno (1981) afirma que o lazer possibilita desenvolver as habilidades do convívio social como a solidariedade e respeito por si e pelo outro.

Também se assinala a relação entre o lazer e a saúde mental, pois as atividades socializantes realizadas como forma de divertimento e apoio social são desencadeantes de saúde (PONDE; CAROSO, 2003).

Por outro lado, a compreensão da sexualidade ultrapassa a genitalidade e vai além da compreensão dos componentes biopsicossociais que atuam sobre o corpo. A sexualidade é uma condição humana, portanto, presente em todo ser humano (VITIELLO, 1994). E por isso, é compreendida como um elemento básico que determina o modo particular de ser, manifestar, comunicar, sentir, expressar e viver o amor. Possui três componentes: **biológicos**, caracterizados pela diferenciação de sexos e caracteres sexuais; **sociais**, identificados pelos papéis sociais de gênero e papel afetivo-sexual; **psicológicos**, representados pela identidade sexual: genital, de gênero e orientação afetivo-sexual (VITIELLO, 1994; COSTA, 1994; PARISOTTO et al, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere, ainda, que o conceito de sexualidade sadia inclui a atenção a dois aspectos fundamentais: primeiro, as condições biológicas que determinam a atividade sexual e reprodutiva livre de distúrbios ou doenças; a segunda condição diz respeito a possibilidade que cada pessoa tem para desfrutar sua vida sexual e reprodutiva regulando-a, de acordo com a ética pessoal e moralidade (WHO, 1975).

É importante ressaltar que a sexualidade do adulto é influenciada por diversos aspectos, incluindo o biológico, o cultural, e as representações mentais que estão enraizadas no desenvolvimento psicológico e se manifesta, não somente pelo ato sexual, mas por toda relação humana e afetiva, como o toque e a linguagem não verbal (PARISOTTO et al, 2003).

Foucault (1988) inicia o discurso da sexualidade ao negar sua repressão em nossa época. Para o autor, existe uma relação entre sexo e poder de tal forma que o sexo é, sim, colocado em evidência, falado e comentado, para ser vigiado e punido. Segundo ele “se o sexo é reprimido [...], o simples fato de falar dele e da sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada (FOUCAULT, 1988, p. 12).

Opondo-se ao período anterior ao sec. XIX, quando a sexualidade foi estruturada para ser “economicamente útil e politicamente conservadora” (FOUCAULT, 1988, p. 38), os momentos posteriores foram de certa liberdade sexual; diria-se uma liberdade “velada” porque tenta manter o discurso da repressão, mas não a sustenta. Pois há movimentos sociais claros que denunciam e escancaram a atual sexualidade, que a coloca no lugar de onde nunca deveria ter saído: da expressão e manifestação natural do prazer que despontam na já consagrada ciência da sexualidade.

É lícito, entretanto, considerar que há um movimento histórico de repressão do sexo, mas que já não mais faz sentido. E é neste novo entendimento, no chamado discurso da sexualidade opondo-se ao discurso da repressão sexual, que se devem conceber as múltiplas facetas do sexo.

Entretanto, lacunas são percebidas nesta temática em muitas tentativas compreende-la nas diversas fases da vida. Reproduções repressivas se fazem presente e abordá-la junto aos adultos não tem sido situação costumeira.

Mas, entretanto, estudos em sexualidade consolidam esta concepção aberta de que o sexo é, sim, ciência; e dele se fala, se pesquisa e se discute: está aí a “vontade de saber”, como assinala Foucault (1988).

Analisando, pois, os conceitos de enfermagem, lazer e sexualidade, observam-se íntima relação entre os termos alicerçados sob a premissa de integralidade do indivíduo e da reflexão social que se faz desta articulação; enfermagem é ciência que cuida da integralidade do ser humano através da atenção às suas necessidades humanas básicas, incluindo o lazer e a sexualidade – e esses

atendem aos mesmos pressupostos de favorecer a promoção da saúde integral, porque potencializa a integralidade deste ser.

Na enfermagem, portanto, unir assistência integral, considerando o lazer e sexualidade, parece ser um caminho útil na condução efetiva das pessoas que estão sob seus cuidados ao bem-estar completo – o objetivo maior da atenção profissional.

#### **4.3 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PESSOA QUE VIVENCIA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

- ***Educação para a Saúde voltada à pessoa que vivencia a hipertensão arterial sistêmica: a relação com a representação social***

O caráter assistencial das ações de saúde possui, na atualidade, íntima relação com as atividades educativas. Isto porque indivíduos portadores de doenças crônicas precisam incorporar mudanças em seu cotidiano (NAIDOO; WILLS, 1998) tanto quanto indivíduos saudáveis que precisam manter sua saúde integral. Mais uma vez, destaca-se a questão da promoção da saúde, que não pode ser de menos valia que a prevenção de doenças.

Um exemplo desta prática que prioriza a biologicidade está ao se tratar de pessoas portadoras de doenças crônicas, quando as ações educativas são implantadas e implementadas objetivando a adesão do paciente/cliente a novos hábitos de vida. Assim, o comportamento em saúde deve ser (re)aprendido com vistas ao impacto na morbi-mortalidade. Esta visão tradicional, ainda perdura nas ações educativas em saúde, com estratégias de transmissão de conhecimentos. E evidencia-se o paciente reproduzindo o discurso médico sem, por vezes, compreender seu significado (BIZZO, 2002). Isso pressupõe observar a tendência à submissão ao tratamento invasivo e agressivo, na tentativa do paciente dominar a doença e sentimento de incapacidade, abandono e ansiedade gerados por ausência ou insegurança nos conhecimentos e cuidados de saúde. Com isso, nota-se que o saber médico biologicista e a pedagogia tradicional, nem sempre têm sido bem-sucedidos (BIZZO, 2002), por não se contextualizarem.

Nesta prática, os profissionais de saúde, muitas vezes, estão mais preocupados com o tecnicismo e valorização biológica do ser humano, do que propriamente, com todas as suas potencialidades e complexidade da vida. E, numa atitude mecânica e culturalmente assumida, acabam se esquecendo das outras necessidades humanas dos que estão sob seus cuidados, a saber, suas necessidades sociais, emocionais e espirituais.

Para educar de forma contextualizada, faz-se primordial o reconhecimento da realidade de cada sujeito, assim como suas necessidades, seus valores, suas crenças, suas expectativas e seus conceitos de vida e qualidade, permitindo assim, uma prática educativa para a saúde e não apenas para as exigências impostas pela doença (VILLA, 2000) porque assim seria educar para a doença.

Resgatando a história da Educação para a Saúde, afirma tratar-se de uma ação antiga, inicialmente chamada de educação sanitária. Essa perdurou, no Brasil, até a década de 70, quando passou a ser denominada Educação para a Saúde, assinalando não somente uma mudança de termo, mas, ainda, uma mudança conceitual nas ações preconizadas, apoiadas e implantadas pelo ministério da saúde (QUEIROZ et al., 2008).

Após a década de 80, os movimentos sociais que culminaram na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram os mesmos que fizeram surgir a atual estratégia de Educação para a Saúde (VASCONCELOS, 1998) marcada pela sua relação com a cientificidade da vida, e não mais como meramente, uma atividade complementar.

Neste contexto a Educação para a Saúde tem vivenciado “*constantemente mudanças de paradigmas*”, pois foi executada durante anos baseada no modelo biomédico, com ênfase na transmissão de conhecimentos (QUEIROZ et al., 2008, p.56).

Gazzinelli (2005) discute a prática da Educação e Saúde destacando a necessidade da articulação entre as representações sociais e a experiência da doença nas práticas educativas em saúde, possibilitando uma efetiva mudança de comportamento em saúde. Segundo a autora:

*“comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde são, então, explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e*

*cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior.” (GUAZZINELLI, 2005, p201)*

Esta visão tem se provado cada vez mais equivocada, e a compreensão da representação social pode ser de grande valia para a superação deste recurso metodológico. Deste modo, infere-se que as representações sociais são de grande valia nos processos educativos (RANGEL, 2007).

O diagnóstico inicial da realidade do educando, para que aconteça o processo ensino-aprendizagem, pode ser alcançado com auxílio da Teoria das Representações Sociais que constitui um conjunto de conceitos, afirmações e explicações do senso comum pelas quais as pessoas interpretam e constroem a identidade da realidade vivida (LEME, 1995). Sua função é de tornar familiar e não familiar os objetos e eventos que acontecem na vida, com base nas categorias da cultura (SAWAIA, 1995).

A teoria das Representações Sociais provém do termo representação coletiva desenvolvida por Durkheim. Este sociólogo relatou que as categorias de pensamento teriam origem na sociedade e que o conhecimento só poderia ser encontrado na experiência social (MINAYO, 2008).

Desta forma, as representações coletivas designavam um conjunto de conhecimentos e crenças, podendo ser conceituadas como um conjunto de conceitos, frases e explicações originadas na vida diária, durante o curso das comunicações interpessoais (MINAYO, 2008). Para a autora, por serem resultantes da interação social, são comuns a um determinado grupo de indivíduos e dessa forma, são fenômenos sociais que têm de ser entendidos, a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

Aplicam-se esta teoria através de entrevistas, questionários, desenhos e representações gráficas (LANE, 1995), podendo ser aplicada com o grupo focal, que permite a coleta e análise de dados qualitativos pela interação entre participantes e pesquisador, a partir da discussão focalizada em tópicos específicos e direcionada (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Argumentos para a utilização da Representação Social (RS) em pesquisa-ação de temas educativos iniciam-se por assinalar, de acordo com Moscovici (1978, p. 62) que “a representação é uma forma de conhecimento prático, elaborado no



cotidiano da vida social – o que promove a popularização” e “familiarização” do saber, trazendo-o para o “universo interior” dos sujeitos. Esse movimento de interiorização é, sem dúvida, uma referência importante ao processo de ensino-aprendizagem.

Entre os muitos estímulos apontados por Moscovici (2001, p. 63) para estudos da Representação Social, cita-se: “Cada vez que um saber é gerado e comunicado, torna-se parte da vida coletiva, isso nos diz respeito e, em particular, quando esse saber, enquanto tal, serve para a solução de algum problema social...”. Desta forma, apóia-se a premissa em que se reconhece, na teoria de Representação Social, a possibilidade de contribuir com o ensino-aprendizagem, especialmente em temas com implicações nos problemas sociais significativos. Afirma-se, portanto, a relação entre Representação Social, pesquisa-ação e Educação para a Saúde.

Pressupomos que a prática educativa seja uma das estratégias adequadas a ser implementada com grupos de pessoas em condições crônicas de saúde, e deva ser direcionada de acordo com as necessidades sentidas e manifestadas pelos pacientes. Geralmente, os profissionais da saúde implementam programas de educação em saúde, de acordo com a visão de seus mundos, sem, contudo, conhecer os valores, experiências e necessidades dos usuários (TRENTINI et.al., 2005)

- ***Educação para a Saúde voltada para a pessoa que vivencia a hipertensão arterial sistêmica: a relação com a concepção dialógica de Freire***

Numa abordagem mais progressista, educar para a saúde requer, primeiramente, que se compreenda seu caráter emancipatório, pois é uma atividade de livre escolha que, frequentemente, pode favorecer a saúde do educando pela sua busca incansável pela qualidade de vida (VILLA, 2000). Torna-se, assim, uma prática libertadora (FREIRE, 1998) que reconstrói a realidade vivida e a torna questionável a tal ponto que a busca pelo conhecimento se torna parte inerente da sua capacidade criadora.

Assim, ao cuidar de pessoas portadoras de doença crônica - como é a hipertensão arterial – emerge a reflexão da forma de assistí-las; as atitudes, sentimentos e emoções da pessoa acometida por hipertensão arterial precisam ser

valorizados, conhecidos e apoiados, numa visão que ultrapassa sua condição biológica e se consolida na valoração da vida.

Queiroz et al. (2008, p.56) afirma que o educador para a saúde *“trabalha com o cliente para identificar suas necessidades em direção a uma escolha informada”*. Desta forma, infere-se que a escolha é individual, mas não pode ser tomada pela cegueira da ignorância; precisa, sim, ser entendida e contextualizada para que seja verdadeiramente, autônoma.

Assim sendo, a Educação para a Saúde deve ocorrer de maneira aberta, democrática e dialógica conduzindo efetivamente para o ensino-aprendizagem, de forma que aquele que ensina e aquele que aprende sejam parte de um processo dinâmico em que exista valorização e atenção aos anseios envolvidos.

Assim, considerando o homem como um ser indivisível em oposição à sua fragmentação e reducionismo provocado pelo mecanicismo, pode-se observar um novo horizonte de atuação profissional em saúde coletiva, em que se valorize muito mais as pessoas do que suas condições patológicas.

Infere-se que, para o portador de HAS a Educação para a Saúde deva acompanhar estas premissas do novo paradigma, extrapolando o ensino da terapêutica da doença, mas que se resgate a saúde como bem-estar integral, permitindo que hipertensos construam seu conhecimento sobre saúde e que valorizem a vida como bem inalienável.

Paulo Freire retratou tão bem esta postura aberta e democrática da educação, não somente formal, mas também em grupos, na chamada educação popular. Segundo ele, ensinar exige respeito aos saberes dos educandos e estímulo à reflexão de como e por que nasceram tais conhecimentos. Desta forma, favorece uma educação autônoma, não apenas de conteúdos, mas também da possibilidade de que o educando possa se assumir como ser social, histórico, pensante e transformador, na medida que se compreende como sujeito por se reconhecer como objeto de formação.

- ***Educação para a Saúde voltada para a pessoa que vivencia a hipertensão arterial sistêmica: a relação com a pesquisa-ação***

Uma das críticas mais deflagradas nas pesquisas contemporâneas tem sido a condição de especulação dos fatos sociais sem qualquer pretensão imediata de

resolução de problemas, colocando o pesquisador como mero contemplador. Como apelo científico para estas metodologias, os pesquisadores positivistas posicionam-se na cômoda justificativa de que somente através do reconhecimento desta realidade, será possível intervir. A este apelo, Demo (1995), declara a inverdade, porque argumenta que a intervenção não se dá, unicamente, após a identificação da realidade e que conhecê-la não é garantia de intervenção futura.

Partindo deste contexto, a pesquisa-ação é uma metodologia ativa, em que os problemas são identificados e, então, numa postura responsável e comprometida (DEMO, 1995), o pesquisador planeja e implanta uma ação educativa. Essa modalidade de pesquisa, então, apóia-se numa alternativa às pesquisas convencionais, em que se identificam: uma fase exploratória, o tema da pesquisa, a colocação dos problemas, a teoria, as hipóteses, o seminário ou o círculo de debate/cultura, o campo de observação, a coleta de dados, a aprendizagem, o plano de ação e a divulgação (THIOLLENT, 2007).

Na educação formal ou na prática educativa para a saúde, a pesquisa-ação teve como “criador”, em toda a América Latina, Paulo Freire (GAJARDO, 1985). Ele buscou investigar a “realidade concreta”, diante de problemas da prática educativa. Assim, ele propõe este método (FREIRE, 1999) que alia pesquisa e ação, permitindo que o pesquisador eduque ao mesmo tempo em que está educando, num movimento contínuo pesquisa-ensino, que torna a educação compartilhada, responsável e problematizadora (FREIRE, 1996).

Na proposta de Freire (1999), a orientação é que sejam elencados os temas geradores, de forma democrática e aberta, e o processo educativo seja conduzido baseado nesses temas gerados permitindo, então, a participação ativa dos envolvidos. Observa-se, portanto, coerência e relação entre a proposta de Freire (1999), com as partes propostas por Thiollent (2007) para a pesquisa-ação.

- ***Questões a respeito da pesquisa-ação enquanto método de investigação***

A definição clara de um método a ser seguido na pesquisa-ação não é tarefa pontual e fácil, haja vista controvérsias colocadas pelas diferentes correntes de pensamento que subjagam os resultados de tais pesquisas sob o aspecto da objetividade científica (DUARTE, 2005), que por sua vez encontram respaldos na

epistemologia da ciência. Uma vez que ciência é sinônimo de conhecimento as correntes positivistas definem como autêntico apenas dois: os científicos, apoiados pelo empirismo e o lógico, pela lógica e matemática (TRIVIÑOS, 1990).

Assumindo a objetividade científica, pois, como forma marcante da cientificidade, a neutralidade científica torna-se uma condição desejável e implacável, que por sua vez a pesquisa-ação se distanciaria.

Na defesa, porém, da pesquisa-ação, é fato que a neutralidade científica é uma falácia porque nenhum conhecimento objetivo escapa das distorções provocadas pelas técnicas e instrumentos de coleta de dados (BOURDIEU, 1987). Além do mais “toda neutralidade proclamada é sempre uma escolha escondida, à medida que os temas, sendo históricos, envolvem orientações valorativos dos homens na sua experiência existencial” (FREIRE, 1978, p.89).

Frisa-se, entretanto, que não se trata de justificar a pesquisa-ação como um pedido de autorização à abordagem positivista para a sua existência, assumindo que ocupe um local menos privilegiado na ciência; trata-se simplesmente de reforçar que, embora com trajetória histórica de menos tempo, não se opõe ou nega outras formas de percurso para se chegar à verdade; simplesmente é um dos caminhos para se chegar até ela.

Não obstante, pela própria característica da pesquisa-ação de transformação da relação pesquisador-pesquisado, remodelando sujeito-objeto em sujeito-sujeito pela inerente relação ativa no processo de investigação-ação, não se abandona a interferência do subjetivismo do pesquisador. A este respeito afirma Morin (2001, p. 311):

[...] importa distinguir a realidade da subjetividade e a ilusão do subjetivismo. É porque esta distinção não foi operada que a luta elucidativa contra o subjetivismo tornou a ciência cega para o sujeito. Aqui, quero mostrar que o desenvolvimento da luta contra o subjetivismo exige o reconhecimento do sujeito e a integração crítica da subjetividade na busca da objetividade.

Argumenta-se, entretanto, que qualquer pesquisa precisa apoiar-se em teorias previamente definidas para que se obtenham resultados fidedignos, não importando o percurso metodológico que se escolha. A ilusão de transparência, entendida como a percepção clara e nítida de um fenômeno aos olhos do pesquisador (MINAYO, 2008) compromete a fidedignidade dos achados e, embora

se permita certa flexibilidade metodológica no planejamento da pesquisa qualitativa, parâmetros prévios devem ser estabelecidos para manter a cientificidade da investigação evitando viés de interpretação dos achados.

Neste sentido a confiabilidade e legitimidade de uma pesquisa precisam ser evidenciadas e tais condições são dependentes:

[...]da capacidade de o pesquisador articular teoria e empiria em torno de um objeto, questão ou problema de pesquisa. Isso demanda esforço, leitura e experiência e implica incorporar referências teórico-metodológicas de tal maneira que se tornem lentes a dirigir o olhar, ferramentas invisíveis a captar sinais, recolher indícios, descrever práticas, atribuir sentido a gestos e palavras, entrelaçando fontes teóricas e materiais empíricos como quem tece uma teia de diferentes matizes (DUARTE, 2002, p.139).

Assim sendo, a pesquisa-ação deve se propor a algum rigor metodológico, ainda que controverso, sob risco de cair no descrédito.

- ***A pesquisa-ação: conceito, finalidades e aplicabilidade***

Definida como uma pesquisa social associada a uma ação ou resolução de um problema coletivo, a pesquisa-ação firma-se como método capaz de inserir o pesquisador de forma ativa nos fatos observados, com ênfase em três aspectos: 1) Resolução de problemas; 2) Tomada de consciência; 3) Produção de conhecimento (THIOLLENT, 2007).

Por conseguinte, não implica em atender a totalidade destes aspectos, pois quanto aos objetivos práticos espera-se “pelo menos fazer progredir a consciência dos participantes no que diz respeito à existência de soluções e obstáculos” (THIOLLENT, 2007, 23p).

Desta forma é inoportuno afirmar que a pesquisa-ação tenha a finalidade singular de grandes feitos ou mobilizações sociais de magnitude porque, de fato, objetiva pesquisar e agir de forma complementar, simultânea e cíclica, num contexto vivenciado, compreendido, questionado e compartilhado. Assim, através da pesquisa-ação acredita-se que se possa “alcançar realizações, ações efetivas, transformações ou mudanças no campo social” (THIOLLENT, 2007).

Como relata Freire (1999, p.33), a finalidade da pesquisa-ação não é:

[...] “fazer a cabeça do povo”, trazendo do exterior a consciência “lúcida e crítica” [...] não deve ser a oportunidade do pesquisador fazer seu discurso [...]. A consciência – como o conhecimento – não se transferem prontos, de fora para dentro, nem da noite para o dia. Consciência e conhecimento se constroem, se estruturam e se enriquecem em cima de um processo de ação e de reflexão empreendido pelos protagonistas de uma prática social vinculada a seus interesses concretos e imediatos. Motivar e instrumentar grupos populares para que assumam sua experiência cotidiana de vida e de trabalho como fonte de conhecimento e de ação de transformação acreditamos ser o objetivo da pesquisa social e da ação educativa [...].

Afirma-se, ainda, que em se tratando de uma ação educacional, as transformações serão evidenciadas “através do discurso, da denúncia, do debate ou da discussão [...] sendo que “o que é transformado são as representações acerca das situações em que atuam os interessados e os seus sentimentos de hostilidade ou de solidariedade” (THIOLLENT, 2007).

Desta forma, as características específicas da pesquisa-ação incluem o fato de que os sujeitos sabem que estão sendo pesquisados, conhecem os objetivos e participam ativamente de sua realização, tanto na formulação do problema quanto na discussão dos resultados definindo, assim, a solução de um problema ou dificuldade real revertendo a pesquisa em prol dos envolvidos na pesquisa (DUARTE et al, 2005).

- ***A pesquisa-ação: etapas***

Thiollent (2007) afirma a flexibilidade inerente da pesquisa-ação, que não exige uma seqüência ordenada e rígida de fases, muito embora outros autores defendam fases distintas e definidas. Este mesmo autor, entretanto, propõe duas fases nesta pesquisa: **a exploratória** – inicial – e **a divulgação dos resultados** – final –, contendo entre ambas outras fases ou quesitos intermediários, não ordenadas em seqüência temporal: **tema da pesquisa, colocação dos problemas, o lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo de observação, a amostragem e a representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e informal, plano de ação, a divulgação externa.**

Na **fase exploratória** se descobre o campo da pesquisa, os interessados e suas expectativas, um primeiro levantamento dos problemas e eventuais ações.

Em seguida, se delimita o **tema da pesquisa**, definindo os problemas práticos e as áreas de conhecimento a que pertencem.

Neste momento, se inicia a **colocação dos problemas** de acordo com o marco teórico-conceitual adotado.

A fase seqüente determina-se o **lugar da teoria**, especialmente nos casos onde os problemas tratados não são evidentes, havendo necessidade de uma interpretação embasada em teorias, pressupostos ou quadro teórico.

As **hipóteses** constituem a fase seguinte, na medida em que se definem as suposições do pesquisador a respeito das possíveis soluções para os problemas.

O **seminário** será, então, implantado, como estratégia compartilhada entre pesquisador e interessados para conduzir a investigação e o processo.

O **campo de observação, a amostragem e a representatividade qualitativa** serão delimitados.

A **coleta de dados** será executada sob controle do seminário, utilizando técnicas de entrevista coletiva e individual.

A **aprendizagem** deverá ser prevista e executada, mesmo porque é quesito indiscutível que durante a pesquisa-ação alguma coisa se aprende ao se investigar, ainda que não constitua um projeto visível de ensino-aprendizagem.

O **saber formal e informal** deverá ser colocado em diálogo, para estudo das suas relações.

Um **plano de ação** será elaborado como exigência fundamental, de forma que os participantes sejam os membros da situação.

Fechando o ciclo das etapas, a **divulgação externa** poderá ser adotada, além do retorno das informações aos grupos envolvidos.

Na área da educação, Freire (1999) adaptado por Bueno (2001) também orienta duas fases para a pesquisa-ação, que consiste em: **levantamento do universo temático**, que são os temas geradores definidos pelo método dialógico e conscientizador (FREIRE, 1993) onde há organização do material da coleta de dados, seleção e codificação de palavras e frases, síntese de palavras e frases e ordenamento dos temas geradores; **desenvolvimento da ação educativa**.

- ***A pesquisa-ação, a construção social da realidade, a representação social e a educação para a saúde***

Infere-se que ao realizar a pesquisa-ação os pesquisadores devam se portar com empatia, aplicando a escuta e a elucidação dos contextos das situações vividas sem imposição, contudo, de suas concepções próprias (GORI, 2006). Esta atitude permite, todavia, que a realidade observada e experimentada pelo pesquisador não incorra em “ilusão de transparência” (MINAYO, 2008), pois o olhar do pesquisador pode interferir no que é visto e compreendido. Para evitar este viés de interpretação, o afastamento do pesquisador ao fato ou fenômeno é de crucial importância e a utilização de um referencial teórico permitirá a verdadeira transparência do que é observado, funcionando como uma lente que permitirá ao pesquisador visualizar o que de fato existe, sem a interferência de suas convicções.

No campo da pesquisa social, a psicologia social e suas vertentes como a representação social podem colaborar, sobremaneira, para o reconhecimento da realidade social. Antes, contudo, de relacioná-la com a pesquisa-ação, faz-se notório compreender de que realidade estamos falando, no sentido epistemológico. Neste estudo consideramos a realidade como fato social, que se vale da sociologia do conhecimento, mais precisamente da construção social da realidade e da representação social que se faz dela.

Apoiados por estes fundamentos, afirma-se que a realidade seja construída socialmente, cabendo à sociologia do conhecimento a tarefa de analisar o processo em que isto ocorre (BERGER; LUCKMANN, 2002). Ainda, a realidade é entendida como a qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos terem um ser independente de nossa própria volição; o conhecimento é a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características específicas (BERGER; LUCKMANN, 2002).

A representação social, pois, enquanto “instância intermediária entre conceito e percepção” (MOSCOVICI, 1961) permite que se valorizem e se conheçam os sentidos e significados atribuídos por e para sujeitos sociais, fazendo concretizar a existência de um senso comum – tão ou mais importante para a sociedade.

Enquanto método, pois, que insere o pesquisador no universo a ser pesquisada (THIOLLENT, 2007), a pesquisa-ação propicia interface com esta realidade, que é construída socialmente, que é observada e vivenciada pelo



pesquisador, que é por ele compreendida, explorada e transformada em objeto de pesquisa. Ainda, como exige em seu percurso uma ação educativa (THIOLLENT, 2007), quando voltada para questões de saúde, implicam em um novo fazer questionando as tradicionais estratégias educativas que são baseadas na descontextualização da realidade social, numa postura verticalizada de transmissão de conhecimentos (OLIVEIRA, 2003; FREIRE, 1996)

O contexto educacional é, portanto, explicitado como um *locus* da pesquisa-ação, quando a intervenção educativa é legitimada através do diagnóstico desta realidade (GORI, 2006) que foi criteriosamente descrita e compreendida, apoiada por teorias que desta forma permitam.

Relata-se que, através da pesquisa-ação se possa “alcançar realizações, ações efetivas, transformações ou mudanças no campo social” (THIOLLENT, 2007). Afirma-se, ainda, que ao se tratar de uma ação educacional, as transformações serão evidenciadas “através do discurso, da denúncia, do debate ou da discussão [...] sendo que “o que é transformado são as representações acerca das situações em que atuam os interessados e os seus sentimentos de hostilidade ou de solidariedade” (THIOLLENT, 2007). Desta forma, apóia-se o fato de conciliar pesquisa-ação, representação social e Educação para a Saúde.

## **5 O PERCURSO METODOLÓGICO:**

### **5.1 TIPO DE PESQUISA**

Tratou-se de um estudo qualitativo, humanista, mediatizado pela pesquisa-ação. Essa permitiu desvelar as percepções dos participantes hipertensos do grupo de uma unidade de saúde quanto à sexualidade, o lazer e a qualidade de vida programando, aplicando e avaliando atividades de Educação para a Saúde nestas temáticas.

### **5.2 O LOCAL DA PESQUISA**

O Centro de Saúde é uma unidade de saúde de uma Universidade situada em um município do noroeste do Estado do Paraná-Brasil. Neste serviço se presta assistência para o controle da HAS, através de uma equipe multiprofissional e organização de atividades individuais e coletivas, dentre as quais, as atividades educativas que, contudo, ainda as realiza com enfoque biomédico.

### **5.3 POPULAÇÃO-ALVO E PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A população-alvo deste estudo se constituiu de 6 mulheres hipertensas, únicas com tal diagnóstico, que participam do grupo de reunião semanal de um centro de saúde de uma cidade do noroeste do Estado do Paraná-Brasil.

Os participantes somente fizeram parte da pesquisa após certificação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIPAR (anexo I), autorização expressa da Direção do serviço obtida pela assinatura do Termo de Permissão de Utilização dos Dados (anexo II) e mediante Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos (anexo III), cumprindo com os preceitos regulamentados na experimentação humana definidos pela Resolução 196/96 do CONEP.

Para manter o sigilo e privacidade na escrita dos resultados, deram-se nomes de flores, por livre escolha das participantes, ao se transcrever suas falas. A saber: Rosa, Rosa Amarela, Rosa Vermelha, Girassol, Margarida, Azaléia.

### **5.4 MÉTODO, TÉCNICA, PROCEDIMENTOS DE COLETA E DE ANÁLISE DOS DADOS**

Adotamos o **referencial-metodológico** de Freire (1990) adaptado por Bueno (1997-8) delimitado por duas fases: a primeira, quando ocorreu o levantamento dos

dados sócio-demográficos e do universo temático, elencando-se os temas geradores; a segunda, constituída da ação educativa.

Desta forma, a investigação foi conduzida pela pesquisa-ação e foram utilizadas como **técnicas**: 1) grupo focal; 2) grupo-pesquisador de Freire; 3) Entrevista semi-estruturada.

Os **procedimentos** foram articulados ao **referencial-metodológico** e às **técnicas** de pesquisa e podendo ser descritos da seguinte forma: os sujeitos da pesquisa foram reunidos, ao longo de 7 meses, de maio a novembro de 2009, cujos dados coletados foram separados em várias fases interligadas.

❖ **A primeira fase** correspondeu aos primeiros quatro encontros, em que a temática discutida foi saúde e qualidade de vida; lazer; sexualidade; doença crônica e impacto na vida, por técnica de grupo-focal. No primeiro e segundo encontros, **os dados relativos à sexualidade e lazer** foram coletados através de **grupo focal** (apêndice I), entre maio e junho de 2009, gravado em MP4 *Foston* e transcrito e, posteriormente, submetido à técnica de análise de conteúdo, do tipo Análise temática, seguindo as fases: 1) pré-análise – leitura flutuante; constituição do corpus (exaustividade, representatividade, homogeneidade; pertinência); formulação e reformulação de hipóteses (unidades de registro, de contexto, forma de categorizar); 2) exploração do material (categorias); 3) Tratamento dos resultados e interpretação. No terceiro encontro, por esta mesma técnica, também foram coletados **os dados relativos à hipertensão arterial e impacto na vida** (apêndice I), durante o mês de setembro de 2009, por **grupo focal** gravado em MP4 *Foston* e transcrito. Posteriormente foi submetido à técnica de análise de conteúdo Bardin (2002), do tipo Análise temática, seguindo as fases: 1) pré-análise – leitura flutuante; constituição do corpus (exaustividade, representatividade, homogeneidade; pertinência); formulação e reformulação de hipóteses (unidades de registro, de contexto, forma de categorizar); 2) exploração do material (categorias); 3) Tratamento dos resultados e interpretação. No quarto encontro, por existirem dúvidas de interpretação das falas, provocados por alguns momentos de certa impaciência do grupo e falta de receptividade anotada nos diários de reunião, optou-se por novamente **abordar os mesmos temas através de grupo focal**, no mês de setembro de 2009. Novamente os mesmos problemas foram sentidos, no decorrer da discussão em grupo que se apresentava repetitiva e pouco participativa. Neste

momento, então, adaptamos a técnica de grupo focal com um painel dialogado, em que os participantes foram divididos em duplas, por afinidade, e distribuíram-se tarjetas em que deviam escrever coisas boas e coisas ruins/problemas percebidos quanto a: sexualidade/sexo; lazer; hipertensão e impacto na vida. Estas tarjetas foram coladas em um mural e discutidas, uma a uma. Este momento mostrou-se de grande valia porque, além de atingir o resultado, incentivou a participação, a exposição de idéias e a reflexão. No tocante à pesquisa, consolidou idéias, imagens e representações.

❖ Na **segunda fase**, ocorreram as entrevistas. **Estes mesmos dados foram validados e melhor explorados por entrevista individual** (apêndice II), permitindo definir as representações sociais sobre: sexualidade, lazer, hipertensão arterial e impacto na vida, através da compreensão mais acurada das percepções e universos simbólicos. A definição das categorias, agora definitivas, se deu em confronto com as categorias anteriormente coletadas, por grupo focal, permitindo a triangulação dos dados. Estas entrevistas aconteceram no mês de outubro de 2009, à domicílio, após contato com as participantes para escolha das datas e horários, de preferência individual. Foram gravadas em aparelho MP4 da marca *Foston*, com média 28 minutos e 25 segundos minutos, transcritas e posteriormente submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002), do tipo Análise temática, seguindo as fases: 1) pré-análise – leitura flutuante; constituição do corpus (exaustividade, representatividade, homogeneidade; pertinência); formulação e reformulação de hipóteses (unidades de registro, de contexto, forma de categorizar); 2) exploração do material (categorias); 3) Tratamento dos resultados e interpretação.

Permitiu-se, também, que levantassem os **temas geradores** partindo das **representações sociais** para a **atividade educativa e as respectivas estratégias pedagógicas**. A representação social de Moscovici (1979) foi a base da discussão das categorias. Os temas geradores e o referencial para a discussão e elaboração das práticas educativas foram apoiadas na pedagogia da autonomia, de Freire (1996).

❖ Na **terceira fase**, planejou-se e executou-se a **ação educativa** a partir dos **temas geradores**, elencados no momento anterior. Foram outros sete encontros de desenvolvimento educativo, além dos outros quatro em que juntamente à coleta

também se realizaram ações desta natureza. Desta forma, a Educação para a Saúde consolidou a ação educativa, através de atividades discutidas nos momentos anteriores e escolhidas pelo grupo, *a priori* atividades: de lazer recreativas (bingo, festas de confraternização, roda de música), dinâmicas de grupo para discussão sobre sexualidade, qualidade de vida, controle de estresse e convívio com a doença crônica. Foram discutidos com o grupo e registrados os relatos quanto à realização de cada encontro (apêndice III). Todos os encontros foram gravados em aparelho MP4 da marca Foston e posteriormente transcritos, na forma de um diário, com aproximadamente 2 horas cada encontro. Esta atividade aconteceu no mês de novembro de 2009 e foi avaliada quanto aos aspectos formativos e somativos. No último encontro, foi discutido o impacto da pesquisa-ação sobre a vida, e as possíveis mudanças de conceitos e atitudes em relação ao lazer, a sexualidade, ao convívio com a doença crônica e impacto destas atitudes/conceitos na vida (apêndice IV).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Haja vista a diversidade de dados coletados, optamos por sua compilação em sub-tópicos: **o grupo investigado**, em que apresentaremos suas características; **as representações sociais**, em que apontaremos e discutiremos os sentidos e significados quanto a: **sexualidade/sexo** na terceira idade; **lazer**; **envelhecimento<sup>2</sup>**; **a hipertensão arterial**; **impacto da doença**.

Em seguida, definiremos os temas geradores e suas respectivas estratégias pedagógicas, permitindo que se engendrem as partes desta investigação para a ação educativa de forma contextualizada e sustentada nos achados.

### 6.1 O grupo investigado: características

Tratou-se de um grupo com características de homogeneidade: todas são mulheres, com mais de 60 anos, aposentadas, viúvas ou separadas, renda mensal de até 2 salários mínimos. Variam de 3 a 9 filhos. Residem sozinhas, têm baixa escolaridade, tempo de participação nas reuniões grupais do serviço de saúde, variando de 2 a 7 anos. Possuem HAS há, pelo menos, 8 anos.

**Quadro 1-** Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão e renda mensal.

Participante	Sexo		Faixa etária			Estado Civil				Escolaridade			Ocupação	Renda familiar	
	F	M	61 a 62a	63 a 65a	66 ou mais	s	c	v	o	s/esc.	Fund. Inc.	Fund. Com.		Até 1 sal	1 a 2 sal
<b>1</b>	x			x				x		x			Aposentada	x	
<b>2</b>	x		x						x		x		Aposentada		x
<b>3</b>	x				x			x			x		Aposentada	x	
<b>4</b>	x				x				x		x		Aposentada	x	
<b>5</b>	x				x			x				x	Aposentada	x	
<b>6</b>	x				x			x			x		Aposentada	x	

**Legenda:** s= solteiro; c=casado; v=viúvo; o=outros

<sup>2</sup> O tema envelhecimento não foi assunto proposto no presente estudo. Todavia, acabou surgindo como outros achados, ou seja, apareceu como demanda dos próprios sujeitos participantes do estudo. Portanto, embora não sendo objetivo proposto, trabalhamos esta temática de forma não exustiva. Mas demos visibilidade para tal.

Interessou-nos compreender como se deu a formação deste grupo, intrigados pela homogeneidade dos seus componentes. Embasados nos estudos de Pichon-Rivière (2005) descrevemos um grupo como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por mútua representação interna. Percebemos que havia uma finalidade expressa e clara desta formação grupal: a convivência através do bingo. No desenvolvimento da pesquisa, percebemos, também, que esta convivência era justificada por elas, como estratégia de escapar da solidão.

Um segundo questionamento nos surgiu: por que, então, utilizaram o espaço de um serviço de saúde para este fim? Encontramos pressupostos nos estudos de ambiência, que não se vale apenas de espaços físicos, mas também dos sociais. E sustentam-se pelas relações interpessoais; aqui nos interessa, ainda, as relações profissionais-clientes, pois podem sinalizar espaço acolhedor, humano e resolutivo (BRASIL, 2006), justificando a existência deste grupo e o elo de ligação com o serviço.

A ambiência é formada por três eixos: confortabilidade; espaço como forma de produção de subjetividade; espaço como instrumento de mudança no processo de trabalho (WARSCHAUER; D'URSO, 2009). Pudemos perceber, então, que a confortabilidade é evidenciada neste serviço pelo cuidado rotineiro com que os encontros são preparados: disposição de mesa e cadeiras, ventilação, preparo de lanches, bebidas e decoração ambiente. O espaço como forma de produção de subjetividade foi evidenciado no convívio, nas trocas de experiências, nas palavras carinhosas, nos incentivos, nos toques, na abertura ao diálogo. O espaço como mudança no processo de trabalho se deu, ainda que timidamente, na superação dos modelos tradicionais de condução do grupo permitindo, por exemplo, a realização semanal do bingo com a colaboração do serviço.

Estas reflexões e busca de respostas foi importante momento de teorização para que pudéssemos considerar nosso papel responsável diante desta pesquisa, no sentido de que precisávamos consolidar, ainda mais, este espaço de convivência, interferindo o menos possível na sua dinâmica.

Ao descrever, a seguir, as representações sociais que encontramos, poderemos clarificar melhor esta situação, pois este grupo se define como uma válida estratégia de enfrentamento de situações adversas da vida encontrada por seus pares.

## 6.2 As representações sociais

As representações sociais sobre sexualidade, lazer, hipertensão arterial, envelhecimento e impacto da doença na vida foram respaldadas nas concepções, significados, sentidos, crenças, comportamentos e atitudes apreendidas pelas participantes deste estudo e consciente ou inconscientemente manifestados.

O diálogo, colocado em pauta para a definição destas representações, foi justificado como meio para se buscar a compreensão. Partimos do pressuposto que a comunicação possibilita converter os indivíduos numa rede de interações em que “qualquer coisa de individual pode tornar-se social ou vice-versa” (MOSCOVICI, 1978).

Desta forma, assumimos que existe uma aproximação entre os conhecimentos e as condutas, e que ambas se constroem no universo social, através da interação, da apropriação e da determinação social. Corroborando neste sentido, Abric (1998), refere que não há uma realidade objetiva a priori, mas sim aquela que se reconstrói na interação do sujeito-objeto, que inegavelmente se faz por meio das trocas entre sujeito-sujeito.

Assim, as representações aqui tratadas revelam os julgamentos e saberes comuns, atribuídos por pessoas e para as pessoas, de forma a interpretar os fenômenos que são vivenciados por seus pares, repercutindo e moldando as atitudes sociais (MOSCOVICI, 1961).

Isso posto, reforça o mesmo autor que “a representação social é uma instância intermediária entre conceito e percepção; que ela se situa sobre as dimensões de atitudes, informações e de imagens; que ela contribui para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais [...]” (MOSCOVICI, 1961, p.83).

A utilização do grupo focal, como técnica auxiliar para a identificação das categorias, foi oportuna porque “em alguns poucos encontros, é possível conhecer percepções, expectativas, representações sociais e conceitos vigorantes no grupo” (HASSEN, 2002).



- **Da sexualidade e do sexo na terceira idade**

A abordagem da sexualidade não foi um percurso simples, conforme já descrito na metodologia deste trabalho. No entanto, soma-se a isso, discurso rico de sentidos e significações apreendidas.

Encontramos, portanto, 2 categorias de representação social, e suas subcategorias.

**Quadro 2 – Categorias e subcategorias de representações sociais da sexualidade e sexo**

<b>Categorias (C)</b>	<b>Sub-categorias (SC)</b>
✓ <b>C 1-</b> Dificuldade em entender e manifestar as percepções sobre a sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>SC 1.1</b> O reducionismo da sexualidade</li> <li>○ <b>SC 1.2</b> A sexualidade velada</li> <li>○ <b>SC 1.3</b> A ausência da educação sexual como problema para a consciência e exercício da sexualidade saudável: falando de repressão e liberdade</li> </ul>
✓ <b>C2-</b> Sexo e sexualidade na terceira idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>SC 2.1</b> Companhia e afetividade são as expressões da sexualidade de mais valia na terceira idade</li> <li>○ <b>SC 2.2</b> A “escolha” pela abstinência sexual</li> </ul>

Passaremos a discutir cada uma destas representações, a seguir.

✓ **C1- Dificuldade em entender e manifestar as percepções sobre a sexualidade**

Falar de sexo, ainda que não tenha sido fácil, foi possível. A palavra sexualidade, por sua vez, não fez sentido para este grupo. O silêncio diante deste questionamento nos fez apreender essa realidade.

Desta forma, entendemos que a linguagem se coloca como um sinal importante da construção de sentidos. Como descreve Berger, Luckman (2002), ela não precisa estar “face-a-face”, pois é capaz de tornar o repositório objetivo de toda acumulação de significados e experiências, que passam de geração-a-geração. Assim sendo, ao falar de sexualidade, estas mulheres poderiam trazê-la à realidade, através da verbalização. Se assim não o fizeram, é porque não faz parte da

realidade por elas construída. Ou melhor, o seu mundo coerente foi subjetivamente construído pela vida cotidiana, da qual a sexualidade não foi interpretada – supostamente, porque não foi colocada em diálogo. Por conseguinte, o senso-comum aqui se traduz pelo silêncio, denotando que sexualidade é algo que não deva ser falado.

Sexualidade, no entanto, evoca uma aproximação da corporeidade, e uma vez não experimentada, não vivenciada, se torna incompreensível e não incorporada na subjetividade, recaindo em palavra sem sentido e significações – por isso não presente na consciência coletiva.

Assuntos envoltos pelo tema sexualidade, como o prazer e a normatividade sexual, remetem a condição de que o ser humano além de ter um corpo, é um corpo que está a seu dispor: isto é plasticidade do organismo do homem que, em contrapartida, sofre influências sociais (BERGER; LUCKMAN, 2002).

Ao assumirmos esta prerrogativa, afirmamos que há uma tênue divisão entre sexo e gênero: um de origem biológica e outro de ordem social. No que se refere à mulher, sua “feminilidade vai se construindo em meio à linguagem circundante, em meio às expressões de aprovação, de consideração e de alegria por seu sexo” (CARIDADE, 1995, p.143). Como afirma Beauvoir (1967), não se nasce mulher, se torna mulher; e esse tornar-se é dependente da incorporação e compartilhamento de atitudes que somente estarão presentes se houver sentido e significado.

Observamos, junto às participantes desta pesquisa, que se conhece sexualidade como sinônimo de sexo. Tal situação, no entanto, fez-nos compreender que há um reducionismo da sexualidade, em termos de representação social, para a genitalidade. Assim, deduzimos que as experiências da sexualidade foram vividas e compartilhadas no universo social pelo ato sexual puramente. Não lhes coube a construção de outras singularidades da sexualidade, como o erotismo e o prazer.

No entanto, a vivência da terceira idade lhes trouxe modificações biológicas e sociais importantes, que as fizeram perceber uma nova possibilidade de viver a sexualidade: a afetividade e suas manifestações. Desta forma, mais uma vez, vimos que este novo universo de significação da sexualidade está sendo construído nesta fase da vida, possivelmente porque enraizado em questões históricas, pois de fato os tempos pós-modernos tem nos permitido colocar o sexo em discurso (Foucault, 1988), permitindo as construções livres de representações sociais, pela

intersubjetividade que marca, definitivamente, as objetivações que se faz deste tema, fazendo surgir um conhecimento popular a seu respeito.

○ **SC 1.1 O reducionismo da sexualidade**

Ao discutir o tema sexualidade, tanto em grupo focal como nas entrevistas individuais, as manifestações foram de desconhecimento do tema.

Nas entrevistas, as participantes centraram-se em responder sobre o sexo:

*“Sexo é bão [...]” (Rosa)*

*“Sexo faz bem [...]” (Girassol)*

*“Ah nem sei, tem gente que fala que é bom, eu não posso falar [...]” (Margarida)*

*“A melhor coisa era quando ele não me procurava, as vezes tinha que fingir que tava dormindo pra ele fica quieto [...]” (Rosa Vermelha)*

*“Faz parte da vida [...]” (Girassol)*

*“Normal, faz parte.” (Azaléia)*

No grupo focal, surgiu uma discussão importante:

*“É, existe (diferença entre sexo e sexualidade). Sabe o que que é, agente não estudou na escola né, a gente acha que é separado, não é? (perguntou ao grupo). O que é essa sexualidade? [pausa do grupo, reflexão e um integrante arrisca:] Tem mais além de sexo.”*

No entanto, este “ter mais”, ficou também reduzido aos sentimentos um pelo outro, dividindo amor e sexo, valorizando-se muito mais o amor, o carinho e o respeito. O direito ao prazer sexual e o conhecimento de seu corpo como fonte de prazer não foram evidenciados. Quando surgiu, foi no sentido de colocar-se para o prazer do homem:

*“...porque também pra agrada a muié tem que faze os gosto do marido, né. E eu fazia, do jeito q ele gostava” (Rosa)*

*“As vezes discutia e não tinha vontade de faze. Fazia porque era preciso” (Margarida)*

*“era mais ruim do que bom, comparando um cachorro faz bem mais carinho com a cadela do que ele, não era carinhoso, a gente não sentia prazer [...], , eu tive que servir, faze o que né? Era meu marido, né” (Rosa vermelha)*

*“se a gente acha ruim, o casamento não vai, né” (Azaléia)*

Leal; Boff (1996) afirmam que a construção do sujeito feminino se faz, normalmente, através de uma hierarquia em relação ao homem. Implica na aceitação da mulher como aquela que, ao compreender o homem, satisfaz suas necessidades.

Assim, papéis vão sendo construídos, num movimento social de hábitos que se repetem, se partilham e se objetivam, tornando-se, então, a realidade (BERGER; LUCKMAN, 2002). Reforça-se, pois, que as atitudes fazem parte do que se denomina “edificação das condutas”, que é o terceiro e último nível da formação do processo representacional, e cuja função é, entre outras, identitária e justificadora (JODELET, 1989).

Podemos considerar, portanto, que o reducionismo da sexualidade ao sexo é uma representação social deste grupo, enquanto forma de conhecimento que molda suas práticas, saberes, atitudes e identidade.

#### ○ **SC 1.2 A sexualidade velada**

Embora não se reconheçam como sexuadas, as mulheres desta pesquisa demonstraram a expressão da sexualidade na vida diária. A primeira manifestação foi relativa ao asseio e ornamentos com o próprio corpo. Depois, no tocante às verbalizações e desenhos sobre as diferenças de gênero que consideram importantes. E em terceiro, pela forma com que se relacionam com as pessoas,

demonstram afeto e pelas atividades de lazer em que há contato corporal prazeroso (a dança).

A este respeito afirmaram:

*“Num sei porque a gente nunca foi home, né (risos). Mas ser mulher né ruim não. Tendo saúde a vida é boa. Agora, as coisa que home faz é pior, serviço é mais difícil, mais pesado. Eu acho que me dou bem. Combino com todas as pessoas [...]. Gosto de me relacioná bem, agora cada um na sua casa, né. Depois que a gente vai ficando veio, as pessoa pensa assim: essa aqui é veia, num sabe de nada, mas num é bem assim, né?” (Rosa)*

*“Gosto de ser mulher. Sou muito comunicativa, brincalhona. Mas tem mulher que num gosta de conversá, mais eu gosto. Acho que ser home é mais fácil. Home pode faze, aprontá e ta sempre igual, já a mulher, não. Tem que se cuidá, porque as pessoa fala, né. Eu gosto de ta no meio de gente. Quando eu trabalhava, meu marido largo de mim, eu nem sentia, porque todo mundo tava ali. Eu gosto de me relacioná, o companheiro, os filho, duas neta que é uma graça! Meu caçula cuida muito de mim. Os outro filho tem uma ciuamera, só.”(Girassol)*

*“Fala a verdade, a mulher sofre muito mais do que o homem, eu gosto de ser mulher, desde quando eu nasci, também se eu fosse homem não tinha importância não (risos), mais a mulher sofre demais, espera 9 meses, depois noites e noites acordada [..], por isso a mulher sofre mais, o homem não, o homem tem as coisas de casa, paga, faz compra, tudo ali, mais a mulher sofre mais, com todo sofrimento que eu já tive e ainda as vezes tenho, é melhor ser homem. Graças a Deus tenho um mundaréu de amiga, quando tive a dengue hemorrágica, passei la no fundo, fiquei mais de 10 dias internada e vinha as amigas visita e eu falava pra elas não vim, porque eu não podia receber visita depois que passou eu fiquei morrendo de vergonha(risos)”. (Margarida)*

*“Não é ruim não, porque não fui homem né(risos), tem que gosta, Deus já fez a gente assim né. A eu acho que sim, né! A fia depende da pessoa, as vezes não da né!Eu so assim, se eu vo num lugar que eu vejo pessoas estranhas, alguns homens diferentes, não sei se vo fala uma coisa certa, se eu vo ofender, mais eu não me*

*conformo com esses homens sujos fia!(risos). Esses homens sujos, fididos, pra mim eu corto volta, mais tem gente que não se incomoda né, tem gente que tanto faz, se vai no baile dança com qualquer um, acho que é por isso que eu quase não danço (risos), porque eu gosto de homem que vai cheiroso, limpinho, agora você dança com pessoa fidida..não sei se to falando certo.” (Rosa Vermelha)*

*“Não sei o que dizer[...] converso bastante, vixi eu converso com crianças elas me adoram, mulher, homem, velho, converso com rapaiz, senhora, a gente conversa numa boa, não é que interessa, tenho amizade com todo mundo, brinco com todo mundo, com as colegas, graças a Deus.”(Azaléia)*

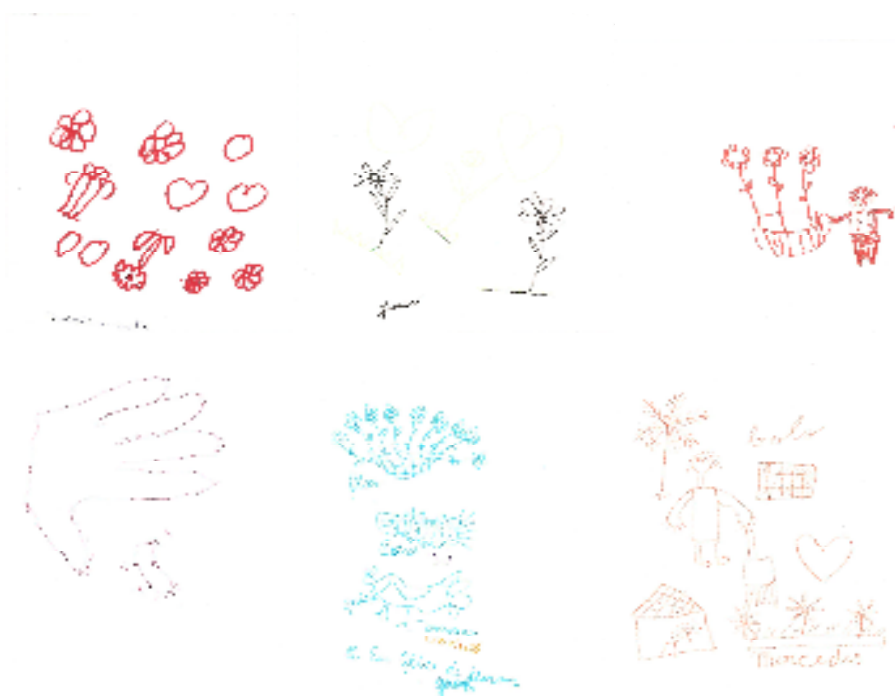
*“Mulher é bom, não vo dize que não seja bom, mas a mulher é tudo pra ela, os homens não tem um monte de coisa, seria mais fácil, o homem não tem menstruação, agora eu também não tenho graças a Deus (risos), acho que se fosse homem era melhor, mais to contente de ser mulher, faze u que, so mulher há 73 anos! Ah, não so fechada não, eu so aberta(risos) eu gosto de conversa de ter amizade. Carinho também né, é bom.”(Rosa Amarela)*

Desenhos, realizados durante os encontros, também sinalizaram o que pensam sobre ser mulher. Foram unânimes os desenhos que apontam a mulher com as atividades domésticas e no cultivo e contemplação de flores que, segundo elas, representam: a sensibilidade, a fragilidade, a ternura, a docilidade. Também os desenhos de corações que sinalizam o amor.

Em um dos desenhos, ao questionar sobre a mão desenhada em tamanho maior, a participante declarou: *“Mulher é mão forte, que cuida, trabalha, mas também faz carinho”*. Todas concordaram com este depoimento.

Analisando os desenhos vimos a representação dos papéis e dos comportamentos femininos elaboradas por estas mulheres. É lícito considerar que os afazeres domésticos apresentados, a vida simples no campo incluindo o lazer da pescaria, o cultivo de plantas e a criação de animais são as maneiras que elas entendem a vida feminina: um universo resumidamente doméstico. Esta, portanto, foi a realidade vivida e entendida por elas. Marcam a representação social de ser mulher e repercutem na sua identidade, sentidos e significados apreendidos.

Confirmando estes achados, sabe-se que é através de movimentos, falas, maneiras, comportamentos, certos olhares e outras, que se determinam socialmente as atitudes de cada indivíduo (GUALDA, 2003). Neste sentido, as concepções de ser homem e ser mulher moldam os comportamentos, a forma de viver e manifestar o amor e a afetividade. Argumenta-se, portanto, que a manifestação de sentimentos de cada pessoa acontece de acordo com a representação social. São, pois, condições sociais evidenciadas entre as mulheres desta pesquisa.



Fonte: Desenhos das participantes da pesquisa.

- **SC 1.3 A ausência da educação sexual como problema para a consciência e exercício da sexualidade saudável: falando de repressão e liberdade**

Durante o grupo focal, em momentos distintos, sinalizou-se uma relação expressiva entre a representação social da sexualidade e sua relação com a ausência de situações cotidianas para a sua discursividade.

Referimo-nos às verbalizações:

*“no nosso tempo não se falava sobre essas coisas, não. As coisas agora mudaram muito, hoje se fala, se explica, se aprende direito”*

*“menstruei e nem sabia o que era isso. As mãe não falava nada, nem as irmã, ninguém sabia de nada”*

*“As vezes casava e nem sabia o que ia acontece na noite de núpcias”.*

Este silêncio em torno do tema não permitiu, portanto, que a sexualidade fosse colocada em debate, na vida cotidiana. Tal silêncio repercutiu na representação social de que não se fala sobre sexo. Esta representação somente pode ser contextualizada com base na história da sexualidade, enquanto prática socialmente construída.

O século XVII marcou o início de uma época em que a repressão ao sexo foi assinalada. Cita Foucault que:

Denominar o sexo seria, a partir desse momento, mais difícil e custoso. Como se, para dominá-lo no plano real, tivesse sido necessário, primeiro, reduzi-lo ao nível da linguagem, controlar sua livre circulação no discurso, bani-lo das coisas ditas e extinguir as palavras que o tornam presente de maneira demasiado sensível (Foucault, 1988, p.21).

Afirma o mesmo autor, que nos últimos três séculos, esta repressão mudou de configuração para uma “explosão discursiva”. No entanto, considera que houve, sim, um policiamento de onde e quando falar de sexo. Entre educadores e alunos, pais e filhos, patrões e serviçais, quando não marcado por um completo silêncio, marcou-se a discricção da fala.

No tocante à educação para a sexualidade, este é o ponto de partida crucial para a completa falta de conscientização sobre o tema. Contrapondo-se à pedagogia progressista, este silêncio define uma posição tradicional, em que a falta de diálogo não oportuniza a aproximação dos sujeitos ao tema, para a sua construção. E não estamos nos referindo somente à educação formal – simbolizada pela escola como espaço de saber – mas, também, pela educação informal cuja família ocupa grande papel na dialogicidade.



Afirma Freire (1987, p. 39) que “já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”.

Esta concepção abarca as potencialidades que nós, enquanto seres cognoscíveis, possuímos frente a um objeto/assunto de relevância. A dialogicidade, neste sentido, permite a construção de saberes, práticas e atitudes e, corroborando Freire (1987): “seria, realmente, uma violência, como de fato é, que os homens, seres históricos e necessariamente inseridos num movimento de busca, com outros homens, não fossem o sujeito de seu próprio movimento”.

Ora, negar a discursividade do sexo, no movimento de encontros sociais como na escola, em casa, na rua e nos encontros recai, desta forma, na anti-dialogicidade, marcando as representações sociais que se fazem sobre a sexualidade. No caso desta pesquisa, na representação social de não entender a sexualidade, porque embora seja parte de todo ser humano, não foi colocada em diálogo para se tornar conhecimento do senso comum.

Ainda que Foucault (1988) afirme que a sexualidade nunca tenha sido tão falada como nos tempos atuais, sua discursividade, a ponto de se tornar conhecimento comum, ainda não se tornou vivência cotidiana – pelo menos no seio da família e da escola.

A Educação para a Saúde caminha pelos mesmos caminhos da pedagogia, pois se apropria deste saber para sua prática. Tem sido marcado por uma mudança paradigmática na sua forma de ser e fazer.

Já foi puramente tradicional, negando a dialogicidade e adotando posturas educativas rígidas e verticalizadas (QUEIROZ et al., 2008), com segregação entre educador e educandos, cada qual com seu papel, a saber: educador aquele que sabe e educando aquele que aprende passivamente.

Entretanto, caminha-se para a consolidação de uma prática mais aberta e libertadora. Nos serviços de saúde, os contatos formais, concretizados pelas reuniões de grupo ou mesmo pelos atendimentos individuais, são valorizados como momentos de trocas de saberes (VASCONCELOS, 2001).

Infere-se, portanto, que a Educação para a Saúde tem oportunizado espaços em que a sexualidade vem, lentamente, sendo colocada em debate. Assim, acreditamos que está sendo agregada como condição que marca o lócus da

representação social, não substituindo ou sobrepondo-se aos outros espaços sociais, mas sem dúvida colaborando para a dialogicidade.

### ✓ **C2- Sexo e sexualidade na terceira idade**

Apreendemos que, para estas participantes, o sexo – que foi tão bem representado por elas como expressão da sexualidade – muda de entorno na terceira idade. Para elas, nesta fase da vida, o sexo perde sua importância.

Quanto à vida sexual, nada impede que o idoso a mantenha ativa. No entanto, a assexualidade do idoso parece estar incorporada no inconsciente coletivo e, desta forma, impede que as pessoas nesta fase da vida a reconstruam com suas singularidades.

Não se trata de negar, obviamente, que o sexo do idoso deva ser igual ao sexo do jovem, porque isto seria desrespeitar as particularidades e tratar o sexo de forma igualitária, quando precisa ser tratado de forma equitativa. Tão pouco se afirmar que o sexo do jovem é melhor ou pior que o sexo do idoso.

O envelhecimento repercute com alterações anatomo-fisiológicas urogenitais importantes que alteram a vida sexual. A mulher apresentará, nesta fase, uma atrofia e diminuição de lubrificação vaginal, que poderá gerar desconforto no ato sexual. Os homens poderão, também, apresentar dificuldade de ereção peniana e ejaculação precoce ou refratária. Tais alterações, entretanto, não determinam a impossibilidade para o ato sexual. Há, portanto, um fator mais social do que orgânico para a diminuição do sexo nesta fase da vida (LOPES; MAIA, 1994).

Tal situação é determinada, portanto, muito mais pela representação que a sociedade faz do sexo pelos idosos.

Há uma tendência a interpretar a terceira idade como momento de declínio da vida, da capacidade cognitiva, social e sexual do idoso. Puro mito. Em geral, a terceira idade é vista como fase em que se torna avó (avô), ociosa (o), improdutivo (o) e inútil. Puro preconceito.

Assim, vive-se um ciclo de cômoda negação do sexo e da sexualidade num movimento constante (ALMEIDA; LOURENÇO, 2008). Esta realidade passou a ser incorporada pelos idosos, porque é, então, um conhecimento social já institucionalizado, pois a moralidade assim já o incorporou.

Muito embora a velhice seja também rodeada de mudanças emocionais (RODRIGUES, 2008), sabe-se que os sentimentos e as sensações não se degeneram, implicando na vivência contínua da sexualidade (LAURENTINO, 2006).

○ ***SC 2.1 Companhia e afetividade são as expressões da sexualidade de mais valia na terceira idade***

No tocante, então, à sexualidade do idoso, neste movimento de representação social, somente lhes cabe viver a sexualidade da forma que lhes é concebida e concedida, socialmente. A afetividade e o desejo pela companhia – desde que não envolva o contato sexual - são manifestações aceitas e, portanto, permitidas.

Trata-se de um conhecimento, socialmente construído, que retoma às permissividades da sociedade quanto ao sexo. Mais uma vez, retomando Foucault (1988), esse revela que não se pode negar que a sexualidade do idoso esteja em discussão; não é reprimido. No entanto, as regras sociais determinam o que, quando e onde poderá se falar sobre ele. A afetividade e a vontade de ter alguém são assuntos assim permitidos. Por isso, são manifestados com tanta naturalidade pelos participantes desta pesquisa.

*“[...] agora o que a gente sente é falta de um companheiro, sentá pra jantá, ter alguém pra conversá, então é um contentamento pra gente. Agora sozinho, senta na mesa, sem ninguém, fica tudo chato, é muita solidão. Sexo é bão, mas nessas altura da vida num faiz falta, não.”(Rosa)*

*“O que é bão é a companhia, isso é que é bão. Sexo faz bem, mas que nem pras pessoas de mais idade, que nem eu, mais é a convivência, a companhia, não é tão mais por causa do sexo, num é o sexo que é mais bom.” (Girassol)*

*“Falta a gente sente falta do carinho, da companhia.” (Azaléia)*

*“E pra abraçar, um carinho, companhia é gostoso.” (Rosa Amarela)*

Para Lyra e Jesus (2007) a sexualidade não está ligada ao sexo ou órgão sexual, mas é tida como uma propensão humana que envolve a pessoa por

completa. Sendo assim, o beijo, a carícia, o olhar, alguma percepção visual, olfativa, tátil, acústica, ou até mesmo o pensamento e o desejo, estão todos incluídos na área da sexualidade, enquanto veículos de prazer e satisfação.

Esta sexualidade, ainda que não materializada em atitudes, já que vivem sozinhas, permaneceu viva em seus pensamentos, marcando a representação que fazem da sexualidade.

Não podemos deixar de assinalar, entretanto, que embora conhecimento social marcado por regras morais, a sexualidade até então reduzida ao sexo, ganha uma nova configuração para sua prática na terceira idade: vai além da genitalidade. No entanto, recai no mesmo reducionismo, mas agora transferida para a afetividade, aos sentimentos e emoções.

Não podemos, contudo, demarcar a obrigatoriedade do contato sexual, em qualquer fase da vida, como única forma de prazer sexual. Tão pouco afirmar que somente por este contato é que o idoso terá satisfação social. Não se tratam de regras, mas da possibilidade de colocar o sexo à vontade das pessoas, e não à vontade social.

É verdadeiro afirmar que a terceira idade tem uma nata preferência pela companhia, atenção, diálogo e troca de carinho em detrimento à relação sexual (LOPES; MAIA, 1994). Mas, que isto não seja imposto como única forma de manifestação sexual.

Afirma Cavalcanti (1994, p.139), sobre suas experiências na atenção à sexualidade do idoso, que é necessário:

[...] novos valores sexuais, um erotismo mais difuso, afastando o tabu do sexo-genital como única forma de prazer. Não queremos dizer que o sexo genital deva ser desprezado ou jogado a um segundo plano. Não. A beleza e a primazia da união total é sempre excelente. O que pretendemos acrescentar, e é o que temos feito a nossos pacientes, é despertá-los para a não fixação em uma única forma de prazer. Se não há condições para uma boa genitalidade semanal, que ela seja quinzenal, mensal, ou até mais... Contudo, existirão sempre alternativas diárias para o toque, as carícias, massagens ou relaxantes, jantares juntos, perfumes ou músicas curtidos num clima de amor e de carinho.

Aproveitando este ensejo, cumpre destacar que alguns nuances de sexualidade, além da genitalidade, foram experienciadas por estas mulheres

pesquisadas, ainda que não de forma consciente. Foram relatos informais, durante a espera pelo início dos encontros de discussão:

*“ eu me arrumo pra sair, eu sou meia enjoadinha né, eu gosto de esmalte, de maquiagem, eu gosto de colocar uma roupa boa pra sair, sapato, passo perfume né, não vou sair de qualquer jeito né!”*

*“eu gosto de me arrumar, de sair bem arrumada, gosto de passa batom, passa perfume, me arruma bem e sai toda, toda balançando! (Risos)”*.

*“eu acordo de manhã, minha filha, já tomo banho, passo meu creme, coloco uma roupa bonita, passo alguma coisa na boca, e saio pra passear, que eu gosto de ver gente.”*

*“eu gosto de tudo né, só menos batom (...), agora esmalte, perfume, jóia essas coisa, eu adoro né. E eu saio assim, vou na missa, vou nos baile, mas só que quando eu vou lá no Vovô, só o filho meu que dança comigo (risos) os véio passa perto da gente e nem liga, eles num dança com a gente né, aí a gente dança valsa, vanerão, arrasta pé. Aí eu me arrumo inteira, só não vou de sapato alto porque eu não posso, do resto minha filha, (risos)”*.

*“eu me arrumo pra ir na igreja, faço tudo o que eu posso fazer”*.

*“a gente tem que começar se arrumar desde da hora que levanta, a gente tem que se ajeitar pra ficar dentro de casa mesmo, pra gente mesmo.”*

*“ É se arrumar, se bunita, ir num baile dançá...”*

*“ É paquerá, agarradinha assim até que dá, mas quando vai num baile, povo começa encostar muito na gente assim, eu já vi mulher falar assim que começa a dá uma tremedeira (risos)”*

Desta forma, a vivência da sexualidade por estas mulheres vai além de suas atitudes conscientes, pois estes relatos retratam a forma que expressam seu sexo, e

isso também é sexualidade, pois segundo Bruns, Grassi e França (1995) ela é expressa na forma como cada pessoa realiza a existência do seu corpo, sendo este o modo pelo qual se entra em contato com o mundo.

- **SC 2.2 A “escolha” pela abstinência sexual**

Verificamos, nesta pesquisa, que a abstinência sexual vivida por estas mulheres (exceto por uma delas, que vive em união consensual e relatou vida sexual ativa), demarcada pela ausência de companheiro estável ou não, não foi uma escolha. Foi uma determinação imposta por suas representações de gênero.

Neste incurso, as funções maternas se sobrepuseram ao desejo de união conjugal. A, até então, submissão sexual ao marido se transferiu para a aprovação da família quanto à suas relações afetivas e sexuais. Uma clara representação social de gênero, em suas multifacetadas.

A viuvez foi, assim, marcada pelo fim da vida sexual. Algumas arriscaram uma tentativa de união. Mas, frente a negação da família, não encontraram apoio que a justificasse. Marca-se, portanto, a representação social de a mulher não pode fazer escolhas; estas são determinadas pelo conhecimento empírico que perdura: a submissão feminina.

Vale lembrar que esta submissão é tão antiga quanto a história da humanidade. A Bíblia Sagrada já colocava a mulher em subordinação ao marido, pois foi concebida a partir do homem, e porque não era bom que o homem ficasse só. As igrejas cristãs ficaram a cargo de manter, sustentar e apoiar esta condição, ainda nos dias atuais (CANEZIN, 2004).

Esta submissão foi encontrada nas falas:

*“Não quis arrumá outro marido, porque de repente arruma outro home e num combina com os filho, (abaixa tom de voz) porque tem nora e filho q mora aqui nos fundo, né, e a gente via que num ia dar certo. Os filho nunca falo nada, mas a gente via.” (Rosa)*

*“Mais pra arrumar uma pessoa e coloca dentro de casa, não. É, a gente já pensa que os filhos não vai mais vim visitar a gente. Já pensa em primeiro lugar nos filhos, toda a vida eu coloquei depois que meu marido morreu, os filhos em primeiro lugar.” (Girassol)*

*“Arrumei (um companheiro), minha filha não aceita, tem ciúme (risos) [...] ela não aceita, mais assim não colocava dentro de casa, só namorava assim, só ia nos bailinhos junto, mais pra fica discontrariando a família, quem tem familia né, melhor fica sozinha. É fiz uma escolha, então durante 8 anos minhas filha não conheceu ele, elas ficavam sabendo na rua, elas via a gente conversando, mais não conheceu. Eu falava pra elas conhecer, elas falava: Eu não!Nem quero sabe!” (Rosa Amarela)*

Estas afirmações foram consolidadas durante as discussões grupais em que se declaravam, em comum acordo, as diferenças de gênero em relação à sexualidade/sexo, que possivelmente justificam esta abstinência sexual “escolhida”:

*“Os homens é mais danado que as mulher!”*

*“[...] eles são mais fogo.”*

*“eu acho que os homens tem mais potência (...) de que as mulher, as mulher é mais fraca [...].”*

*“As mulher agüenta fica sem sexo, já os home não”.*

Da mesma forma, em uma das entrevistas:

*“Home pode faze, aprontá e ta sempre igual, já a mulher, não” (Girassol).*

Pelas manifestações acima, pode-se considerar que a abstinência sexual é entendida por estas mulheres como uma escolha, em virtude da ausência de um parceiro. Marca-se, entretanto, que não é escolha, é uma atitude moldada pela representação social que fazem do “ser/estar mulher só”.

- ***A representação social do lazer***

O lazer, também objeto deste estudo, foi representado pelo grupo como estratégia de enfrentamento: da solidão, de construção tardia de independência, de socialização e de saúde mental. Estas percepções foram por nós apreendidas durante as entrevistas e grupo focal.

Verificamos que o grupo pesquisado participa do bingo como principal atividade de lazer. Procurando fundamentos para realmente apoiar que esta atividade assim possa ser denominada, encontramos argumentos em Dumazedier (1999).

Segundo ele, o lazer é um estilo de comportamento, em que qualquer atividade possa ser seu representante, desde que executado de forma livre. Aponta, ainda, que não é clara a separação entre lazer e prazer, e que ambos estão entrelaçados.

Dumazedier (1999) relata que o lazer se afirma como direito, em substituição às obrigações domésticas, conjugais e familiares, em virtude dos avanços sociais que restabeleceram as normas da vida em sociedade. Ainda que a sociedade clame pelo trabalho e pelas obrigações familiares, há um movimento social de concepções do lazer.

De fato, especialmente a mulher idosa, vivendo sozinha, além de repensar e refazer os conceitos de papéis e obrigações, também vivencia uma ociosidade do tempo que precisa ser preenchido.

O mesmo autor afirma que “para a maioria, é o lazer que constitui o conjunto de atividades mais extenso e mais significativo desta idade, mesmo quando a doença ou a miséria erguem seus obstáculos” (DUMAZEDIER, 1999, p.114)

Esta realidade foi encontrada no grupo pesquisado. No grupo focal verbalizaram que:

*“Não vê o dia chega, porque em casa é só solidão. Estar aqui, no bingo, é isso, uma amizade só. Uma pega o telefone da outra, aqui a gente faz amizade. Quando uma num vem a outra já sabe por que, e se num sabe já liga ou passa lá pra sabe o que aconteceu. É isso.”*



*“É muito bom. Um tipo de apoio, porque a gente se entende. A hora vai chegando, dá até coceira na sola do pé pra vim logo prá cá. É muito bom, não temos nem palavras.... Meu Deus, foi uma das melhor coisa. Não vejo a hora de chegar o dia de vir aqui. É uma terapia, uma coisa boa, sabe. Faz bem pra cabeça da gente.”*

Apoiamos a relação deste enfrentamento em duas vertentes: uma na psicologia e outra na sociologia.

Na primeira, enquanto estratégia cognitiva de resolução de problemas, denominada *coping* (MORAIS; PENICHE, 2003), caracterizando resiliência. Podemos afirmar, portanto, que optar pelo lazer foi um movimento de escolhas pessoais embasadas nas experiências, valores e percepções individuais, como um movimento de tentativas de dar sentido e significado à vida.

No entanto, objetivando compreendê-lo como representação social, vimos a possibilidade de articulação deste enfrentamento com a salutogênese, teoria oriunda da sociologia (ANTONOVSKY, 1978), que tenta compreender como as pessoas conseguem organizar suas vidas, apesar de situações que lhe são percebidas como adversas.

Nesta análise, afirmamos que para o grupo pesquisado a socialização permitida pelo lazer foi estratégia de resistência às situações adversas, em virtude de sua própria capacidade moldada pelo senso de coerência que encontraram nestas estratégias. Vale assinalar que esta capacidade remete, especialmente, ao suporte social encontrado.

Demarca, portanto, a concepção social enraizada pela objetividade da realidade de que o lazer aproxima, preenche lacunas, promove bem estar mental. Esta realidade, ao ser compartilhada, torna-se verdade aceita e vivenciada.

Nas entrevistas, complementaram que:

*“Eu gosto do bingo porque distrai a cabeça da gente. E as hora passa. Tudo muierada, né. É bão. Jogando bingo, cada um leva sua prenda, compra e as vezes fica aquele monte, a gente perde, ganha e assim vai levando a vida”. (Rosa)*

*“Distrai a cabeça. Sabe, eu penso que num pode ficá sozinha. Então, fica doida mesmo se fica sozinha, na solidão.”(Girassol)*

*“O bingo é bom, não tem coisa melhor, se tivesse todo dia, todo dia eu ia.”(Margarida)*

*“Ah, é bom né! Porque ta jogando, só é ruim quando eu perco, é uma coisa muito boa que vocês faz para os idosos.”(Rosa Vermelha)*

*“Ah, é bom pra cabeça né.”(Azaléia)*

*“Bom pra distrai, se diverti. Sou bingueira!”(Rosa Amarela)*

Torna-se adequado pontuar que, por serem viúvas e a maioria sem companheiro, experimentar esta experiência (de viuvez) é um divisor importante nas concepções, pois: “a viuvez causa enorme impacto na vida das pessoas, que enfrentarão dois acontecimentos, extremamente dolorosos, simultaneamente: a separação do parceiro e o confronto com a morte e a finitude” (BALDIN; FORTES, 2008, p47).

A este respeito, houve relatos:

*“Fiquei 54 anos casada, perdi o marido há 1 ano e 8 mês, mas to aqui levando a vida[..].” (Azaléia).*

*“As veiz a gente fica pensano que as coisa muda, né. De primeiro tinha o marido, os filho perto, agora a gente ta assim sozinha. O marido morreu, os filho tomo seus rumo...tem uma no Japão, já pensou, já faz 10 anos, tem até neta que já casou pra lá. Então a gente tinha todo mundo perto, de repente muda tudo, a gente se vê sozinha, a gente fica pensano como era a vida e como é agora, mudou bastante, né. A gente se conforma, porque a vida vai mudano, né. Mas tem que segui em frente”. (Rosa)*

Pode-se supor, portanto, que para ressignificação da vida foi positiva a participação de atividades de lazer socializantes, pois a fizeram projetar e vivenciar novas possibilidades de vida. Mais uma vez, a realidade social se faz subjetiva.

Quanto às atividades de lazer executadas, relataram, no grupo focal, que realizam:

*Bingo. Caminhada. Lê um livro. Yoga. Pescá. Viajá.*

- **As representações sociais do envelhecimento**

Embora não fosse objeto central deste trabalho, as representações sociais do envelhecimento se fizeram necessárias no caminhar do estudo, pois manifestações importantes apontaram uma articulação deste saber com o lazer e a sexualidade, pelas características do grupo em questão.

Desta forma, sentimos a obrigatoriedade de incluí-las no universo de sentidos e significados existentes, porque determinam a forma de se situar nos espaços sociais e estão entrelaçados às representações sociais de sexualidade, lazer, hipertensão arterial e impacto da doença na vida.

Foram duas as categorias que emergiram: C1-Terceira idade como momento de liberdade e aprendizado; C2- preconceitos percebidos.

Passaremos a discuti-las, enquanto representações sociais.

- ✓ **C1- Terceira idade: momento de liberdade e aprendizado**

A terceira idade foi concebida pelo grupo como a melhor fase da vida. Esta concepção não desconsidera as transformações fisiológicas comuns desta fase, entendidas como perdas, mas que em nada se comparam com os ganhos advindos com o envelhecimento.

As manifestações foram assinaladas, no grupo focal:

*“Melhor idade. Todo mundo acha bom esta fase. Eu nem esperava que ia ta assim....feliz da vida. Pensava que ia fica lá no canto, esperando a morte chega... Vida boa agora, fazemo o que a gente qué, na hora que qué. A vida é melhor do que quando era nova. De primeiro tinha as obrigação, a casa, o marido, os filho. Agora, não. Posso vive pra mim. Agradeço muito por tudo, porque por tudo q já passei na vida..... Já passei por cada doença feroz e to aqui viva. É ótimo! Envelhecer com saúde é a melhor coisa.”*

Brito da Motta (1999) e Debert (1999) relataram que a participação de mulheres idosas em grupos de convivência e atividades de lazer são símbolos de

liberdade. Desta forma, consolidam a concepção de que a terceira idade é momento de libertação, especialmente, dos afazeres domésticos e da criação dos filhos (FIGUEIREDO, 2007).

Assinala-se, também que, no envelhecimento, praticar atividades de lazer proporciona a oportunidade de se reconstruir o significado da sua existência através da aprendizagem, da consciência de direitos e da participação ativa na sociedade, revertendo o quadro de exclusão social vivenciada por ele (GÁSPARI; SCHWARTZ, 2005).

Igualmente, participar de qualquer ocupação prazerosa proporciona um bem-estar físico e mental, distanciando do aborrecimento e da falta de atividade provocada pelo ócio, principalmente com a chegada do envelhecimento (SOUZA; MIYADAHIRA, 2000).

Contrariando o argumento de que terceira idade é fase de ociosidade, estas mulheres escrevem um novo conhecimento, assumindo que novos valores, sentidos e significados estão sendo elaborados (QUERESMA, 2006).

Acredita-se, portanto, que uma nova abordagem para a terceira idade está surgindo. A este respeito, considera-se que:

para viver bem essa etapa, sem traumas e com qualidade, é preciso buscar uma nova compreensão para o conceito de velhice; é preciso buscar a compreensão da velhice sob outro ponto de vista, não linearmente vinculada à idade, mas a outros elementos, como a valorização da vida (D'ALENCAR, 2002).

## ✓ **C2- Os preconceitos percebidos**

Os achados desta pesquisa nos fizeram considerar que vivenciar o envelhecimento não está alheio às concepções sociais preconceituosas desta fase da vida.

Em um encontro de discussão do grupo focal, verbalizaram:

*“Ah, quando a gente sai, tem sempre alguém cuidando. Se você conversa com um homem, tem que fica explicando se é parente, irmão, porque senão as pessoas já vão falar: que véia assanhada aquela lá [...]”.*

Nas entrevistas, também comentou-se:

*“Depois que a gente vai ficando veio, as pessoa pensa assim: essa aqui é veia, num sabe de nada, mas num é bem assim, né?”(Rosa)*

Rupturas se fazem necessárias na concepção do envelhecimento, pois segundo Tótorá (2006) envelhecer é carregar um árduo fardo de valores negativos, especialmente por se considerar que a morte se aproxima. No entanto, Quaresma (2006) sinaliza que o envelhecimento, nos tempos pós-modernos, constitui-se de fenômeno estruturante destas concepções; novos valores e conceitos estão sendo incorporados.

Isto ocorreu porque frente ao crescimento significativo da população idosa, tornou-se importante garantir uma longevidade com qualidade de vida e satisfação pessoal (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007). Foi justamente esta realidade de transição demográfica que impulsionou a reorganização da sociedade.

Porém, os tabus, as crenças e os preconceitos relativos à terceira idade ainda permaneceram, e precisam ser removidos. Por conseguinte, há necessidade de compreender as diversas dificuldades que surgem naturalmente com o decorrer do envelhecimento (LYRA; JESUS, 2007), e que exigem adequado tratamento social.

O grupo desta pesquisa corrobora estas afirmações, pois percebem os estigmas sociais de serem idosas. Mas, também estão reescrevendo estas concepções, justamente porque apreenderam o envelhecimento de outra forma, demarcando uma nova representação social.

- ***As representações sociais da hipertensão arterial sistêmica***

A HAS foi representada, por este grupo, em múltiplas vertentes: o desconhecimento da doença, seus fatores causais, seu tratamento e sua vivência.

Optamos, para melhor visibilidade, demonstrá-las pelo quadro abaixo:

**Quadro 3 – Categorias e subcategorias das representações sociais da HAS**

<b>Categorias (C)</b>	<b>Sub-categorias (SC)</b>
✓ <b>C1-</b> <i>A dificuldade de entender essa tal “pressão alta” e a vontade de compreender</i>	-----
✓ <b>C2-</b> Descrevendo os fatores causais	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>SC 2.1</b> A hereditariedade</li> <li>○ <b>SC 2.2</b> O emocional</li> <li>○ <b>SC 2.3</b> O envelhecimento</li> </ul>
✓ <b>C3-</b> Convivendo com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>SC 3.1</b> Doença de difícil controle</li> <li>○ <b>SC 3.2</b> A assintomatologia</li> <li>○ <b>SC 3.3</b> A sintomatologia</li> <li>○ <b>SC 3.4</b> A medicalização</li> <li>○ <b>SC 3.5</b> A preocupação com a dieta</li> <li>○ <b>SC 3.6</b> O lazer como adjuvante no tratamento da doença</li> <li>○ <b>SC 3.7</b> A ausência do exercício físico na vida cotidiana</li> <li>○ <b>SC 3.8</b> As complicações e riscos que a doença oferece</li> </ul>

✓ ***C1- A dificuldade de entender essa tal “pressão alta” e a vontade de compreender***

A hipertensão arterial, ou popularmente denominada de pressão alta, não foi conceituada pelo grupo investigado. Não surgiram sentidos quanto a doença nos grupos focais, tão pouco nas entrevistas. No andamento de uma das dinâmicas de grupo, entretanto, foi questionado diretamente, ao que responderam:

*“Agora você pegou a gente. Não sei não. Faço nem idéia. É pressão nas veia [...], mas num sei direito como é isso. Tá aí uma coisa pra você explicá pra nós.”*

Estas verbalizações sinalizam a dificuldade de compreensão da doença da qual são acometidas. Podem, ainda, implicar em uma reprodução mecânica e descontextualizada do saber biológico, presenciado em algum momento da vida sem, contudo, entendê-lo.

Esta ausência de concepção foi ponto importante na elaboração do projeto de ação educativa para este grupo, pois primamos pela autonomia dos sujeitos na aprendizagem.

Corroborando, Freire (1996, p.21) ressalta:

É preciso insistir: este saber necessário ao professor – que ensinar não é transferir conhecimento – não apenas precisa de ser apreendido por ele e pelos educandos nas suas razões de ser – ontológica, política, ética, epistemológica, pedagógica, mas também precisa de ser constantemente testemunhado, vivido.

Desta forma, pensou-se na ação educativa opondo-se a transmissão de informação sobre a doença. Mas, valorizando as trocas e o aprendizado ludo pedagógico, como será apresentado no projeto educativo.

### ✓ **C2 - Descrevendo os fatores causais**

A pressão alta foi concebida, para os sujeitos desta pesquisa, quanto aos seus fatores causais, sinalizando as representações sociais que se fazem dela.

#### ○ **SC 2.1- A hereditariedade**

O componente genético como causalidade da HAS foi apontado como explicação para a doença. Relatou-se:

*“[...] tem um filho que tem pressão alta também, acho que é hereditário, pela parte do meu pai.”*

Observou-se, entretanto, que há a concepção de que este fator genético também não pode ser a única razão para a determinação da doença, segundo o relato:

*“Há uns 4 anos que eu tenho, e eu tenho 3 filhas e as 3 tem pressão alta, puxou pra família do meu marido, agora como eu não sou da família dele demoro um pouco a mais (risos)”.*

De fato a HAS é uma doença multifatorial, na qual o componente hereditário está associado, mas não de forma determinante. Sabe-se que esta doença está ligada a fatores ambientais que favoreçam a expressão genética, no caso da hereditariedade.

A este respeito citam-se, como aspectos fisiopatológicos da HAS, o mecanismo neurogênico desencadeado pelo Sistema Nervoso Simpático, (DEQUATTRO; FENG, 2002), os mecanismos hormonais regulados pelo Sistema renina-angiotensina (WOLF; BUTZMANN; WENZEL, 2003), os hormônios vasoativos do sistema cinina-caliceína e ação da vasopressina, mecanismos de disfunção endotelial mediada pelo óxido nítrico e endotelina (IRIGOYEN; CSOLIM-COLOMBO; KRIEGER, 2001), fatores ambientais como ingestão de sódio (CHEITLIN; SOKOLOW, 1996), obesidade (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003), tabagismo, etilismo e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). Acrescenta-se que os mecanismos supracitados possuem características genéticas (CAMPOS et al., 2003) resultantes da influência do ambiente na expressão de genes que determinam a manifestação da doença.

Tais conhecimentos científicos, entretanto, não são relevantes sob o ponto de vista do estudo das representações sociais, mas pela proximidade do conhecimento popular com o científico, evidenciada neste caso, assinalando uma apropriação do saber científico pelo senso comum.

### ○ **SC 2.2 O emocional**

Além das causas fisiológicas, os participantes desta pesquisa também a concebem como de origem emocional. Isso posto, afirmaram que a HAS é:

*“Doença que aparece com o nervoso, preocupação”.*

De fato já foi considerada a interação entre estresse emocional e HAS. Lipp; Frare; Santos (2007) estudaram a alteração da pressão arterial em momentos de estresse e sua relação com os fatores psicológicos. Evidenciaram que a não



manifestação das emoções, em momento de estresse, são fatores associados à elevação da pressão arterial.

Ainda que não se conheça, definitivamente, o papel do estresse e da emoção na manutenção da pressão arterial elevada de forma sustentada, e não se comprove, cientificamente, as emoções e o estresse como etiogenia da HAS, esta relação já se mostra parte do conhecimento incorporado pelos hipertensos desta pesquisa.

Esta correlação emoção-coração já foi, inclusive, contada em versos e prosas, pois já diziam os poetas, em seus versos ternos e amorosos, que o coração era o órgão do amor, do sentimento e da emoção e, de fato, é o órgão que mais sofre o impacto da tensão emocional e do estresse causado por algo (BACCARO, 2003).

Silva et al. (2008) também estudaram a representação social da doença junto a um grupo de mulheres hipertensas e evidenciaram, como neste estudo, que a HAS foi relacionada às alterações emocionais.

### ○ **SC 2.3 - O envelhecimento**

Houve, também, como representação da HAS sua associação causal com o envelhecimento. Defenderam a concepção de que HAS é:

*“[...] Coisa de velho [...]”.*

Mais uma vez ciência e conhecimento popular se entrelaçam, pois de fato, a HAS é mais prevalente entre idosos, em consequência das alterações fisiológicas naturais do envelhecimento que provocam remodelamento vascular e resistência periférica sustentada, implicando em causa desta doença (MIRANDA et al., 2002).

### ✓ **C3- Convivendo com a doença**

#### ○ **SC 3.1 Doença de difícil controle**

A HAS foi ainda definida pelo grupo pesquisado como doença de difícil controle. A este respeito uma das participantes relatou:

*“Eu tenho (pressão alta), minha pressão é descontrolada, a máxima é muito alta e a baixa é muito baixa, então se eu tomo um remédio pra outra ficar normal a outra cai que eu fico ruim. Fica assim, não ruim de cair, mais sinto fraqueza, então pra fica bom precisa fica entre 15 pra cima. É não controla né, já fui no médico e não controla”. (Margarida)*

A HAS sistólica isolada é um dos tipos mais comuns em idosos (MIRANDA et al., 2002). Nem por isso, é mais fácil seu controle. Gus et al (2004, p.427) afirmam que “o seu controle efetivo ainda não alcançou um nível satisfatório, representando um desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde”.

Da mesma forma que em representações anteriores, há uma concepção da doença que muito se assemelha aos conhecimentos científicos.

#### ○ **SC 3.2 A assintomatologia**

O grupo pesquisado demonstrou, também, a percepção de que a doença, na maioria das vezes, não causa sintomas. Esta concepção foi tão marcante que ao questioná-las sobre medos e expectativas, foi relatado:

*“Medo de perder a saúde[...]”.*

De certa forma, portanto, a HAS não é vista como doença ou como algo que se opõe à saúde. Uma razão está na assintomatologia da doença, já que a maioria referiu não sentir nada.

Conceber a doença assim, porém, implica em atentar menos para os cuidados que precisam ser tomados. Também pode repercutir em menor empenho na adesão ao tratamento, já que não se está doente.

Estudo realizado por Castro e Car (2000) considerou que o seguimento do tratamento está relacionado à compreensão que os hipertensos têm da sua patologia no sentido de representação social e não da aproximação com conceito científico, e é impulsionado pelo aparecimento das complicações - que seriam a materialização da doença. O conhecimento e as crenças dos hipertensos sobre sua doença são importantes fatores para a adesão ao tratamento (ARAUJO; GARCIA, 2006).

○ **SC 3.3 A sintomatologia**

A HAS como doença que provoca pequenas manifestações também foi assinalada.

A este respeito, duas participantes relataram:

*“[...] é que me dá uma fraqueza, parece que nada tá bom pra gente, parece que o coração dispara”. (Rosa Amarela)*

*“[...] mais tem vez que dá dor de cabeça, eu percebo[...]”. (Rosa Amarela)*

Os sinais e sintomas presentes podem, por vezes, apontar uma complicação da HAS. Muito embora esta representação de doença que causa danos sérios e irreversíveis estivesse presente (como será discutido adiante), não apreendemos a concepção de que estas manifestações sejam relevantes para este grupo.

○ **SC 3.4 A medicalização**

A medicalização da doença é assunto remoto e já motivo de muita teorização sobre o assunto. Especialmente no Brasil, as políticas de saúde, por vezes privilegiam o tratamento medicamentoso das doenças. Com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, o curativismo vem sendo substituído pelo paradigma da atenção integral e, prioritariamente, preventiva.

É certo, portanto, que os apelos para o uso contínuo de medicamentos como forma de recuperar a saúde tenha grandes atrativos, especialmente em se tratando de doenças como a HAS, em que as modificações dos hábitos de vida são tão custosas à adaptação.

Esta medicalização do tratamento desta doença presente na concepção das entrevistadas:

*“O que mudou é que sempre tem que tomá remédio, pra pressão,[...]. A pressão, toma remédio tá bem[...]” (Rosa)*

*“[...] mais, do mais mesmo, é o comprimido mesmo que eu tomo.”(Margarida)*

*“Ah, fia! Eu tomo os remédios[...]”. (Azaléia)*

Observou-se, de certa forma, que o tratamento não-farmacológico sempre foi comentado pelas participantes, depois do tratamento farmacológico, que ficou em segundo plano, demarcando negligência de atitudes justificada pela forma que representam o tratamento.

Analisando as falas, vinculamos esta hierarquia, como se observa:

*“[...]tomar os remédios certinho, não come as comida que não pode, não tomar bebida alcoólicas, faz mal, gordura. Se diverti, muito, passear, dança, pesca, se distrair, a melhor coisa”. (Margarida)*

*“[...]tomar o remédio direitinho, se diverti bastante, se diverti distrai[...]”. (Azaléia)*

*“[...] tomar os remédios certinho, procurar ter uma alimentação boa, e sair de casa, não procurar ficar preso”. (Rosa Amarela)*

*“[...] tomo os remédios, faço caminhada[...]”. (Girassol)*

Esta concepção pode ser danosa sob os aspectos do controle da doença porque, na verdade, é dependente da associação entre tratamento não-farmacológico e farmacológico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

#### ○ **SC 3.5 A preocupação com a dieta**

A realização de dieta adequada, como forma de tratamento não-farmacológico da HAS, foi verificada no grupo entrevistado. Cumpre assinalar, entretanto, que este tratamento foi sempre citado posteriormente ao uso regular do medicamento, demarcando a hierarquia de importância destas formas de tratamento:

*“Cuido da alimentação, sigo o que as menina (nutricionista) me falam[.] Faz regime certo[.]”.(Girassol)*

*“[.] cuidado da alimentação”. (Rosa Amarela)*

*“Tem que sabe o que pode come e o que num pode pra num subi a pressão.”(Rosa)*

*“[.] não come as comida que não pode [.]” (Margarida)*

*“[.] procurar ter uma alimentação boa [.]”.(Rosa Amarela)*

Outra vez se reforça o risco desta concepção, uma vez que o controle da dieta, especialmente hipossódica e hipogordurosa, são descritas como medidas necessárias para a prevenção de riscos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Não obstante, é lícito considerar que esta concepção, de alguma forma, é a confirmação de que mudanças conceituais de tratamento da HAS estão fazendo parte dos conhecimentos populares, pois se assim não fosse, sequer seria mencionada como cuidado necessário.

### ○ **SC 3.6 O lazer como adjuvante no tratamento da doença**

Esta representação social do tratamento da doença aponta novas perspectivas de colaborar, indiretamente, com a qualidade de vida. O lazer, especialmente o socializante, foi mencionado como forma de colaborar com o tratamento.

É realmente, uma novidade. É interessante observar que, na concepção empírica, o tratamento está saindo dos aspectos orgânicos e adentrando determinantes psicossociais.

Relataram que faz parte do tratamento:

*“sair, conversá”. ( Rosa Vermelha)*

*“se diverti, muito, passear, dança, pesca, se distrair, a melhor coisa”.*  
(Margarida)

*“Sair bastante [...] se diverti bastante, se diverti, distrai, se você fica dentro de casa pensando, se você sai você nem lembra, o vento leva! (risos)”.* (Azaléia)

*“[...] e sair de casa, não procurar ficar preso, porque se fica dentro de casa a depressão vem mesmo. É isso”.* (Girassol)

Afirma-se, portanto, que o lazer tem sido construído, socialmente, de forma edificante, e também como colaborativo para o tratamento da HAS, segundo esses achados.

Marcelino (1996) relata que um dos benefícios do lazer é a possibilidade de convívio, de trocas e de valorização humana.

o **SC3.7 A ausência do exercício físico na vida cotidiana**

O exercício físico não foi uma constante entre os investigados por esta pesquisa. Apenas uma participante relatou:

*“Também faço as ginástica, ando pra ir, pra volta, então já caminho, e também quando num vô, pedalo aqui (bicicleta ergométrica) uns trinta minuto, é o que faço pra me cuidá”.* (Girassol)

Esta modalidade de tratamento, ainda que já descrita na literatura, está sendo incorporada lentamente, e aos poucos se manifestando nos hábitos da população.

Não se pode desconsiderar a prevalência da inatividade física na população em geral, já demonstrada por percentual de 80,7%. (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

Sendo assim, a ausência do hábito de exercício físico é uma condição da atualidade e que possui estreita relação com a incidência da HAS e com seu controle (FAGARD, 2005). Mais uma vez, trata-se de uma prática enraizada na concepção popular, que implica em riscos para os hipertensos.

Benedetti et al. (2008) confirma a relação entre atividade física e saúde mental ao evidenciar que associação estatisticamente significativa e inversa de demência e depressão com atividade física total e atividade física no lazer.

○ **SC 3.8 As complicações e riscos que a doença oferece**

A HAS foi, ainda, concebida como doença que expõe a riscos. Relatou-se que:

*“Pode até dá derrame e infarto, coisa séria.”*

Nesta concepção, o conhecimento científico também se aproximou do popular. A HAS é mesmo conceituada, cientificamente, como fator de risco para as doenças cardiovasculares como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006), assim como descrita pelos sujeitos desta pesquisa.

• **O impacto de adoecer**

✓ ***As limitações impostas pela doença e adaptação às restrições impostas pelo tratamento***

As limitações impostas pela doença não foram definitivas e irremediáveis. De certa forma, a concepção emergente faz relacionar a capacidade que se deve ter de adaptação, de resiliência e resistência.

Foi relatado que:

*“A pressão alta causou pobrema, atrapalha as veis. Esses dias mesmo fui no vovô e a moça num deixa eu dança cause que a pressão tava alta, aí emprestei o companheiro pra dançá com as outra. Aí ele danço com elas, né, aí falei vamo embora, aí pensei vo num médico do coração, aí fui, me passo exame, aí falei: dr me passa uns tranqüilizante porque vo no bingo, chego em casa a pressão ta alta,*

*se vo dança também agito e a pressão sobe, daí ele me deu e foi muito bõo, controlo a pressão. Tá sempre jóia.”(Girassol)*

E no grupo focal discutiram e definiram que:

*“Mas a gente aprende a se cuidar. A gente se acostuma. As vezes as pessoas não entendem, chamam a gente de enjoada, mas acontece que a gente tem que sabe o que pode e o que não pode.”*

Desta forma, a representação que fazem da doença não é de um fim previamente determinado, de submissão e passividade frente à doença. Percebe-se, pelo contrário, uma dominação da doença por quem a vivencia, no sentido de se tentar manter a qualidade de vida, apesar da doença crônica e de suas implicações cotidianas.

Rey (2006) relata que, reconhecer-se doente e perceber que esta experiência não aniquila a vida em plenitude, é uma possibilidade ímpar de reconduzir o cotidiano para momentos prazerosos, valorizando a vida.

### **6.3 Os temas geradores**

As representações sociais descritas serviram, então, para que fossem cuidadosamente elencados os temas geradores objetivando o planejamento educativo.

Cumprir destacar, entretanto, que este planejamento seguiu etapas: **primeiro**, a definição de cada estratégia pedagógica relativa ao seu tema gerador; **segundo**, a elaboração do projeto educativo (que será discutido no próximo capítulo).

Para clarificar a relação entre temas geradores e estratégias pedagógicas, optou-se pelo quadro:



**Quadro 4** - Temas geradores e as estratégias pedagógicas relacionadas

TEMAS GERADORES	ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS
1) Envelhecimento, sexualidade, lazer e doença crônica	1) Espaços de discussão sobre envelhecimento, sexualidade, lazer e doença crônica: promovendo a conscientização porque <i>“ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”</i> <sup>3</sup>
2) Conhecimento e vivências do lazer	2) Oficinas de atividades recreativas e socializantes
3) Valorização da própria vida	3) Dinâmicas de grupo reflexivas
4) Entendimento do corpo	4) Oficina de atividades lúdicas: o corpo no envelhecimento e a hipertensão como doença
5) Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	5) Oficina de conscientização: o tratamento depende de mim e não somente do remédio

<sup>3</sup>Frase de Paulo Freire no subtítulo de sua explanação sobre a concepção bancária como instrumento de opressão *in*: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987, 39p.

## 7 DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO EDUCATIVA

### ❖ **O PROJETO EDUCATIVO: PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

Como proposta da pesquisa-ação, houve articulação entre pesquisa e intervenção/ação. Assim sendo, algumas ações educativas foram pontuais e independentes, porém algumas passaram já pelo momento de coleta de dados.

Como ação educativa, portanto, cada momento precisou ser criteriosamente planejado. Recorremos, pois, aos argumentos teóricos do planejamento em educação para embasar nosso projeto educativo.

Para planejar, em sentido amplo, é um processo que "visa a dar respostas a um problema, estabelecendo fins e meios que apontem para sua superação, de modo a atingir objetivos antes previstos, pensando e prevendo necessariamente o futuro", mas considerando as condições do presente, as experiências do passado, os aspectos contextuais e os pressupostos filosófico, cultural, econômico e político de quem planeja e com quem se planeja. (PADILHA, 2001, p. 63). Planejar possibilita evitar a improvisação, prever o futuro, estabelecer caminhos que possam nortear mais apropriadamente a execução da ação educativa, prever o acompanhamento e a avaliação da própria ação.

Cumpramos destacar que, como atividade de planejamento educativo, seguimos as fases que lhe é preconizada: diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (VASCONCELLOS, 1995). A fase de diagnóstico foi oportunizada pelos **temas geradores**, o planejamento foi realizado pelo projeto educativo em questão, a execução e a avaliação foram realizadas e inseridas junto a descrição do projeto educativo.

Como descrito no capítulo anterior, as representações sociais permitiram que se elencassem os **temas geradores**, a saber: 1) Envelhecimento, sexualidade, lazer e doença crônica; 2) Conhecimento e vivência do lazer; 3) Valorização da própria vida; 4) Entendimento do corpo; 5) Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Cada tema gerador, por sua vez, determinou **as estratégias pedagógicas**, assim definidas: 1) Espaços de discussão sobre envelhecimento, sexualidade, lazer e doença crônica: promovendo a conscientização porque *"ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo*

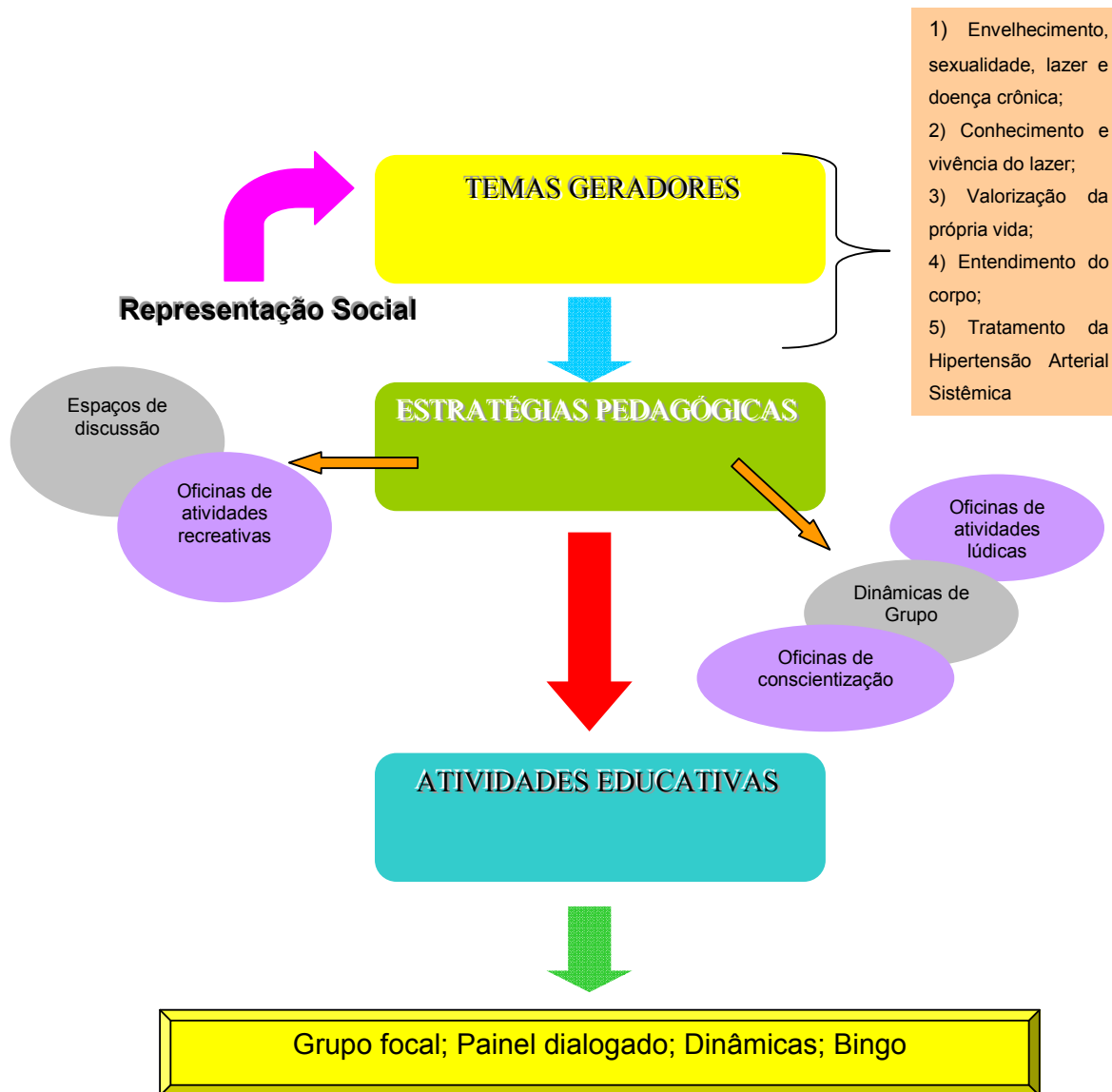
*mundo*<sup>4</sup>”; 2) Oficinas de atividades recreativas e socializantes; 3) Dinâmicas de grupo reflexivas; 4) Oficina de atividades lúdicas: o corpo no envelhecimento e a hipertensão como doença; 5) Oficina de conscientização: o tratamento depende de mim e não somente do remédio

Cada uma dessas estratégias foi, finalmente, conduzida para a elaboração de atividades educativas. Para melhor ilustrar as etapas deste planejamento educativo, desenvolvemos o seguinte diagrama:

---

<sup>4</sup> Frase de Paulo Freire no subtítulo de sua explanação sobre a concepção bancária como instrumento de opressão *in*: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987, 39p.

# PROJETO EDUCATIVO



A pedagogia da autonomia de Freire (1996) nos conduziu enquanto momento de definição das estratégias pedagógicas. Desta forma, compreendemos que a ação educativa deveria ser elaborada com base nas premissas de que:

- ensinar exige rigorosidade metódica, sendo que não se devem ensinar somente conteúdos, mas se deve ensinar a pensar certo. E a condição necessária é “não estarmos demasiadamente certos das nossas certezas” (FREIRE, 1996, p.15). Nesta postura, a horizontalidade e a dialogicidade serão colocadas em prática;

- ensinar exige pesquisa, estimulando a curiosidade epistemológica. Não no sentido de desmerecer a curiosidade ingênua característica do senso comum, mas de estimular a consciência do desejo em conhecer.
- ensinar exige criticidade. Da ingenuidade para a criticidade há uma lacuna em que somente a prática educativa-progressista pode preencher.
- ensinar um tema/conteúdo não pode ser alheio à formação moral;
- ensinar exige corporeificação das palavras pelo exemplo;
- ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação;
- ensinar exige propiciar condição de assumir-se como ser social e histórico, pensante e transformador.

Por conseguinte, buscamos meticulosamente escolher atividades que pudessem atender aos temas geradores e a estes pressupostos. Encontramos, pois, alicerces pedagógicos nas técnicas e dinâmicas de grupo de Antunes (1994), Andreola (1997) e Fritzen (1993). Embasados nestes autores, elaboramos as atividades que seguem; algumas adaptadas para a realidade do grupo e dos recursos que dispúnhamos.

#### ❖ **ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS E ATIVIDADES PROGRAMADAS**

**1) Espaços de discussão sobre envelhecimento, sexualidade, lazer e doença crônica: promovendo a conscientização porque *“ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”*<sup>5</sup>**

##### **1.1) Atividade 1: Grupo focal como espaço de discussão, troca de saberes e aproximação aos temas lazer e sexualidade**

Aconteceram dois encontros em que esta atividade foi realizada, respeitando as singularidades, como: dificuldades de compreensão, geradas por déficit cognitivo; dificuldades de verbalizações, geradas por timidez e inibição; extrema euforia para iniciar o bingo, que é uma prática rotineira do grupo já organizada.

- ✓ **Objetivo:** Discutir sobre sexualidade e lazer, conscientizando sobre a naturalidade dos temas, especialmente da sexualidade, oportunizando um

---

<sup>5</sup>Subtítulo do capítulo do livro de Paulo Freire em que explana sobre a concepção bancária como instrumento de opressão *in*: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987, 39p.

canal de diálogo entre o grupo e favorecendo o respeito às idéias, aos conceitos, aos valores e aos sentidos atribuídos.

- ✓ **Material:** gravador, questões norteadoras
- ✓ **Execução:** Foram organizadas em círculo, e a discussão foi conduzida como um debate. O mediador conduziu as perguntas: o que é lazer para vocês? O que isto representa na vida de vocês? O que vocês gostam de fazer? O que é sexualidade para vocês? O que isto representa na vida de vocês? Vocês gostam de sexo? A participação, de início, precisou ser ativamente acionada pelo mediador. No entanto, viu-se a necessidade estagnada do diálogo, pois todas falaram, expuseram suas experiências pessoais e suas percepções, especialmente ao sentirem-se acolhidas pelo próprio grupo.
- ✓ **Avaliação:** A discussão fluiu a contento. No entanto, viu-se a necessidade de nova abordagem, pois se observou no tema sexualidade que os momentos de pausas, silêncios, ruborizações faciais, mudança de entonação da voz, posicionamento do corpo retraído e pequenos murmúrios sinalizavam que a temática não as deixava à vontade. Por conseguinte, como se objetivava a consciência da naturalidade, optou-se por mais um encontro nestas mesmas temáticas. Ao final do primeiro encontro, uma das participantes, surpreendentemente a mais inibida verbalizou: *“nóis que que vocês fica aqui com nós. É bão, né. Vocês traiz coisa boa [...]”* Ao perguntar se o encontro foi bom, responderam que *“foi bom, fez a gente pensá”*

## **1.2) Atividade 2: Painel dialogado sobre envelhecimento, doença crônica, lazer e sexualidade**

- ✓ **Objetivo:** Aprofundar discussão do grupo sobre sexualidade e lazer; iniciar a discussão sobre envelhecimento e doença crônica.
- ✓ **Material:** cartolinas; canetinhas; tarjetas de papel; fita adesiva; gravador
- ✓ **Execução:** Foi realizada uma adaptação da técnica “painel dialogado”. O grupo foi dividido por temas e recebeu tarjetas para construir painéis: 1) Painel: melhores e piores coisas do envelhecimento; 2) Painel: melhores e piores coisas da sexualidade e do sexo; 3) Painel: antes e depois de adoecer; 4) Painel: o lazer. Feito isso, os painéis foram colados na parede, e discutidos durante aproximadamente 30 minutos, quanto à concordâncias/discordâncias, opiniões e vivências. A discussão foi gravada e depois transcrita.

- ✓ **Avaliação:** a observação atenta de todo processo foi de grande valia para permitir na nossa avaliação de que: a capacidade cognitiva era comprometida; há resistência para atividades de escrita porque possuíam dificuldade de exposição, uma vez que a baixa-estima foi verificada através de verbalizações de que *“tenho vergonha de escrever porque nossa letra é feia demais”* ou ainda *“num sei escrever direito, não, escreve pra nós que você tem a letra mais bonita”*. Incentivamos a atividade autônoma, mas respeitamos os que se negavam a escrever e escrevemos por eles. No entanto, ao finalizar a atividade, vimos alguns que discretamente começaram a escrever em papéis sobre a mesa, como que quisessem se superar e experimentar que também podem e conseguem. Percebemos que este momento foi de grande valor pra consolidar a discussão temática, servindo ainda como norteador para o remodelamento da nossa linguagem, para nos fazer entender pelo grupo. Isto colaborou, sobremaneira, para o planejamento das entrevistas que seguiriam. Possibilitou-nos, também, evidenciar um clima mais aberto entre o grupo. Quando questionamos o que gostariam que abordássemos nos encontros seqüentes, referiram que *“podemos falar de qualquer coisa, porque só estamos entre mulheres mesmo, não tem problema falar besteira, se for o caso”*. Neste momento tivemos a concretização de que a dialogicidade estava colocada, de forma marcante. Ao perguntar sobre o que acharam deste encontro, verbalizaram que as fez pensar, além de treinar a escrita; uma delas sutilmente elogiou o grupo porque os painéis ficaram bons demais.

### **1.3 Atividade 3: Dinâmica do concordo, não concordo e ainda não sei.**

- ✓ **Objetivo:** Perceber valores, atitudes e comportamentos a respeito do enfrentamento das condições adversas da vida, da sexualidade, do lazer e da hipertensão arterial.
- ✓ **Material:** Papéis com as frases: concordo, não concordo, ainda não sei.
- ✓ **Execução:** Foram delimitados três espaços, separados imaginariamente, por uma linha. Em cada espaço havia um recado na parede: concordo, não concordo, ainda não sei. Foram lidas algumas frases e os participantes se posicionaram em cada espaço, de acordo com sua opinião. A cada manifestação da opinião, discutir a razão das opiniões.

Frases:

- 1 - A terceira idade é a melhor fase da vida.
- 2 - Não é correto fazer sexo na terceira idade.
- 3 - A pressão alta não atrapalha em nada na minha vida.
- 4 - Minha família se preocupa se estou tomando remédio corretamente.
- 5 - Não gosto de bingo.
- 6 - Eu sou feliz.
- 7 - Não tenho muitos amigos.
- 8 - Não gosto de vir aos encontros de quinta- feira.
- 9 - Gosto muito de conhecer outras pessoas.
- 10 - Não gosto de dançar e passear.
- 11 - Gosto de abraçar e beijar as pessoas que amo.
- 12 - Não tenho nenhum tipo de receio ou vergonha de falar de sexo e sexualidade.
- 13- Gosto de andar bem arrumada.
- 14 - Por causa da minha doença não posso comer muitas coisas que tenho vontade.
- 15 - Gosto muito de assistir televisão.
- 16 - Sei o que é pressão alta, como e porque ela acontece e como devo me tratar.
- 17 - Todo mundo gosta de fazer sexo.
- 18 - Queria ser mais jovem.
- 19 - Muitas pessoas se preocupam comigo.
- 20 - Sou muito tímida.
- 21 - Conheço muitas pessoas que tem a mesma doença que a minha e elas me ajudam muito para enfrentá-la.
- 22 - Não tenho medo de ficar doente.
- 23 - Não gosto de ir a igreja.
- 24 - Adorei ter me aposentado.
- 25 - Adoro fazer compras.
- 26 - Sempre tomo meus remédios nos horários certos.
- 27- Durante o dia, passo muitas horas sem ter o que fazer.
- 28- Homens e mulheres, quando envelhecem, não conseguem ter uma vida sexual feliz.



29- Sou feliz do jeito que sou.

30- Queria ter mais momentos de lazer durante a semana.

- ✓ **Avaliação:** esta dinâmica serviu, além de estimular a reflexão, a comunicação, a exposição de ideias, o respeito pelas opiniões alheias, também serviu de descontração. A participação foi grande e intensiva. Algumas das frases acima foram improvisadas por elas, tamanha a vontade de continuar “brincando”.

## 2) Oficinas de atividades recreativas e socializantes

### 2.1) Oficina 1: O bingo

Em todos os encontros aconteceu o bingo, que já era executado pelo grupo há vários anos. O grupo é composto por mais algumas pessoas, além das participantes desta pesquisa, mas não as segregamos. Procuramos executar as atividades de forma aberta, a todos que quisessem participar.

As próprias participantes levam as cartelas para o bingo e os prêmios, que denominavam de “prendas”. Nossa participação foi no sentido de ajudá-las, apoiá-las e conduzir o jogo sem, contudo, interferir nas normas que elas já possuíam para sua realização.

### 2.2 Oficina 2: “A caixinha de perguntas”.

Além do bingo, tentamos incluir outras atividades, para que pudessem conhecer, mas a resistência foi grande. Na primeira atividade, a maioria se negou, logo de início. Respeitosamente, então, pedimos que o grupo, se decidisse pela realização ou não, e qualquer que fosse a decisão respeitá-las, sem questioná-las. Decidiram, então, que parte do grupo a realizaria; não ao acaso, os que quiseram foram os participantes desta pesquisa, acreditamos ser porque nesta fase já havíamos realizado as entrevistas individuais, e o nosso vínculo estava mais fortalecido.

- ✓ **Objetivo:** Estimular o pensamento e curiosidade de cada uma, para conhecer melhor cada uma do grupo.
- ✓ **Material:** papel; caneta; caixa de presente; gravador.
- ✓ **Execução:** Cada pessoa que participou da dinâmica elaborou perguntas que gostariam de fazer para outra pessoa do grupo e colocou dentro da caixinha

fechada. Quando a música começava a tocar, a caixinha deveria ser passada de mão em mão, e na hora que a música parasse a pessoa que estivesse com a caixinha na mão deveria sortear uma perguntar e responder em voz alta. As perguntas foram: Você é feliz? Quem são seus filhos e netos e quantos anos eles têm? Você gostaria de voltar aos seus 18 anos? Por que você gosta daqui? Você gosta de dançar? O que você mais gosta de fazer?

- ✓ **Avaliação:** A atividade foi animada, e aquelas que se negaram a participar se expressaram da mesma forma, tamanha foi a agitação durante a atividade. Pontuamos sobre as nossas curiosidades, sobre a busca pelo desconhecido. Também falamos sobre nossas dificuldades frente ao desconhecido e a importância do apoio social neste momento. Algumas sinalizaram que foi assim ao chegar na velhice, outras pontuaram a importância de frequentarem aquele grupo.

### 3) Dinâmica de grupo reflexiva:

#### 3.1) Atividade 1: A teia de amizades

- ✓ **Objetivo:** Discutir sobre o papel da rede social para o envelhecimento saudável
- ✓ **Material:** um rolo (novelo) de fio ou lã.
- ✓ **Execução:** O monitor tomou nas mãos um novelo de fita. Em seguida prendeu a ponta do mesmo em um dos dedos da sua mão. Logo em seguida apresentou-se brevemente dizendo por quê estava ali. E jogou o novelo para uma das pessoas a sua frente. Essa pessoa apanhou o novelo e, após enrolar a linha em um dos dedos, disse o que fazia ali. E assim sucessivamente. Ao terminar, pedimos para dizerem: o que observaram, o que sentiram, o que significa aquela teia, quais “teias” nós construímos diariamente, como andam nossas teias. Depois disso, fomos desfazendo a teia, de forma que a fita foi sendo enrolada na medida em que se cumprimentavam e manifestavam sua emoção: abraçando, beijando, verbalizando sentimentos entre eles.
- ✓ **Avaliação:** A dinâmica foi positiva, a participação foi de todos os presentes no grupo, além dos sujeitos desta pesquisa. Relataram que a brincadeira foi linda e reforçaram a importância de conviverem juntos.

### 3.2) Atividade 2: O Espelho

- ✓ **Objetivos:** Despertar para a valorização de si. Encontrar-se consigo e com seus valores.
- ✓ **Material:** Um espelho escondido dentro de uma caixa. O ambiente deve ser de silêncio e interiorização.
- ✓ **Execução:** O coordenador motivou o grupo: “Vocês devem pensar em alguém que lhes seja de grande significado. Uma pessoa muito importante para você, a quem você gostaria de dedicar maior atenção em todos os momentos, alguém que você ama da verdade... com quem estabeleceu íntima comunhão... que merece todo seu cuidado, com quem está sintonizado permanentemente... Entre em contato com esta pessoa, com os motivos que a tornam tão amada pôr você, que fazem dela o grande sentido da sua vida...” (Deixar um tempo para esta interiorização). Agora vocês vão encontrar-se aqui, frente a frente com esta pessoa que é o grande significado de sua vida. Em seguida, o coordenador orientou para que todos se dirijam ao local onde está a caixa (uma pôr vez). Todos olharam o conteúdo e voltaram silenciosamente para seu lugar, continuando a reflexão sem se comunicar com os demais. Finalmente, fez-se a partilha dos próprios sentimentos, das reflexões e conclusões de cada um. Foi discutido sobre: eu gosto de mim, do jeito que sou.
- ✓ **Avaliação:** A participação foi intensa. Exceto uma participante, que já conhecia a dinâmica, as demais ficaram muito ansiosas. Ao olharem-se no espelho, algumas se emocionaram. Comentaram sobre os sinais da idade, o quanto já foram bonitas, e algumas o quanto se acham importantes.

## 4) Oficina de atividades lúdicas: Entendendo o corpo

### 4.1) O corpo no envelhecimento: As Fotografias

- ✓ **Objetivos:** Ampliar o conhecimento de si e interpessoal. Promover a participação de todos com maior espontaneidade.
- ✓ **Material:** Fotografias de homens e mulheres, preferencialmente que não sejam personagens conhecidos, sejam grandes.

- ✓ **Execução:** Espalhadas as fotografias no chão e convidadas as pessoas a circular em volta das figuras escolhendo uma que chame a sua atenção por motivos pessoais. Definida a fotografia, cada pessoa pegou sua foto e voltou ao seu lugar de origem. Depois cada participante falou sobre sua escolha espontaneamente, sobre os motivos que chamaram a sua atenção. Finalmente, questionado:
  - ✓ O que você sentiu no momento de escolher sua gravura?
  - ✓ Gostaria de ter escolhido alguma que outra pessoa pegou?
  - ✓ Há alguma coisa que se assemelhe a você?
  - ✓ Qual é o padrão de beleza que existe? Como me sinto em relação a este padrão?
  - ✓ Que mudanças eu percebo no meu corpo.
  - ✓ **Avaliação:** A beleza foi comentada como coisa da juventude. Escolheram fotos de mulheres e homens jovens, com corpo esbelto; mulheres loiras, altas, magras; homens musculosos, jovens, altos, morenos. Apenas uma participante escolheu um idoso, mas não pela beleza, e sim pelo respeito porque segundo ela já viveu muito e sofreu muito, então temos que respeitar. Ficaram eufóricas com as fotos e algumas pediram para levar as fotos de homens para casa.

#### 4.2) A hipertensão como doença: dramatização

- ✓ **Objetivos:** Ampliar o conhecimento sobre a hipertensão arterial.
- ✓ **Material:** Desenhos do sistema cardiovascular
- ✓ **Execução:** Foi primeiramente explicado como a doença afeta o organismo, utilizando imagens e documentos veiculados pelo site da Sociedade Brasileira de Cardiologia, voltado para público leigo. Dividimos os participantes em coração, vasos, rins, sal, estresse, atividade física e medicamento. Com a ajuda do monitor, ao narrar uma estória, cada personagem desempenhou seu papel. Foi discutir, no final, o que apreenderam e as dúvidas.

- ✓ **Avaliação:** A participação foi intensa. Relataram gostar muito da atividade. E comentaram que “agora, sim, entendemos essa tal doença”.

#### **5) Oficina de conscientização: o tratamento depende de mim e não somente do remédio**

- ✓ **Objetivos:** Promover momentos de trocas de informação sobre a responsabilidade de cada um tratamento.
- ✓ **Material:** Histórias.
- ✓ **Execução:** Foram contadas 3 histórias diferentes, cada qual sobre uma pessoa com hipertensão arterial, mas com atitudes diferentes quanto ao tratamento e por razões também diferentes. As participantes optaram por aquela que consideraram mais adequada. Depois, abrimos discussão. Finalizamos com a dinâmica do rótulo, em que cada um recebeu um cartão com uma tarefa colada no peito. Todos circularam na sala e ao passar por alguém, decidiram se fariam ou não o que estava sendo pedido no cartão. Discutimos sobre decisão e relacionamos com o tratamento da hipertensão. Ao final, lemos a mensagem “o carpinteiro e a casa”.
- ✓ **Avaliação:** Ficaram muito pensativas. Finalizamos a reunião com um misto de alegria e reflexão pelo tema. Relataram: “é verdade mesmo, né. A decisão é nossa”.

#### **❖ AVALIAÇÃO SOMATIVA DO PROCESSO (PESQUISA-AÇÃO)**

##### **➤ Avaliação na perspectiva dos participantes**

Conforme estava previsto na programação desta pesquisa, ao final desse projeto educativo, os participantes seriam abordados quanto sua execução.

No último encontro, então, discutimos:

- ✓ Depois destes nossos encontros, mudou alguma coisa na vida de vocês por causa do que nós discutimos e pensamos?
- ✓ Tem alguma coisa diferente na opinião de vocês quanto ao lazer, a qualidade de vida, a sexualidade, e o enfrentamento da pressão alta?

- ✓ Espaço aberto para vocês relatarem como foi estarmos juntos nestes encontros.

Relataram que o convívio foi muito bom. Uma das participantes declarou que, no começo, não gostou muito da pesquisadora, mas depois foi se abrindo e participando com mais confiança. Disseram que nas primeiras perguntas, sobre sexo, queriam “se esconder do gravador”, e que foi muito difícil se abrir, mas que a naturalidade e confiança sentida permitiram maior participação.

Sobre as mudanças, relataram que muitos temas passaram a ser conhecidos nestes encontros, porque nunca haviam pensado sobre eles. Foi assim, segundo elas, sobre o lazer, a sexualidade e a qualidade de vida, especialmente na vivência com a HAS.

Disseram sentir-se mais seguras ao verificar que muitas vivenciam as mesmas coisas, pensam da mesma forma, e até sobre as que pensam diferente, foi importante saber que existem outras formas de pensar. Também relataram que passaram a se conhecer mais, e que os encontros ficaram mais alegres, com tanta atividade inovadora que foi realizada.

Pediram que as atividades não parassem, e nos últimos encontros estavam ansiosas para saber até quando ficaríamos juntas, porque não queriam que as deixássemos.

Manifestaram muita gratidão, apreço e admiração pela forma com que conduzimos os encontros.

### ➤ **Avaliação da pesquisadora sobre todo o processo de investigação**

Considerou-se que o processo investigativo e educativo possibilitado pela pesquisa-ação foi, sem dúvida, marcado por desafios. O primeiro deles foi relativo à aceitação do grupo pela pesquisadora e da pesquisadora pelo grupo, pois foram universos distintos que precisavam ser colocados em diálogo. Esta situação foi minimizada pelo respeito mútuo, garantido mediante a sensibilidade em se reconhecer os limites dos envolvidos e na permissão das discussões nos momentos oportunos, de forma livre e espontânea. Assim, não fizemos imposições de discussão, mas permitimos que elas acontecessem a partir da confiança.

As entrevistas individuais foram situações que provocaram um vínculo mais cooperativo, mais humano e mais compreensivo, com espontaneidade. No entanto, os grupos focais foram decisivos para o aprendizado e respeito às diferenças, para a troca de saberes e para o fortalecimento destes vínculos.

Apreendeu-se, pois, que o diálogo, quando colocado em pauta, permitiu uma proximidade e inter-relação dos envolvidos, fazendo com que os interesses coletivos fossem maiores que os individuais.

O segundo desafio foi em relação à complexidade dos temas geradores e o preparo das ações educativas, permeadas pela dialogicidade, que determinou uma maior flexibilidade e, em contrapartida, menor controle prévio das ações. Isso proporcionou uma condição de ansiedade intensa, justamente porque foi uma condição inovadora. A prática, até então, era moldada pela anti-dialogicidade que, de certa forma, permite maior comodidade do educador, visto que controla as variáveis do ensino-aprendizagem, em especial, do conteúdo.

Ao adotar, pois, a pedagogia crítico-social, este controle não existe, e o preparo do educador deve ser maior, tanto nas questões de técnicas pedagógicas quanto do tema de discussão. Instala-se a criatividade, como condição essencial para a realização das atividades.

O terceiro desafio foi de ordem avaliativa, pois enquanto processo, não era costumeiramente praticado. Avaliar é sempre algo cercado de incertezas, quando possui finalidade classificatória. Não sendo este o fim da avaliação em questão, possibilitou uma nova experiência, enriquecedora em detalhes.

Desta forma, entendemos que o valor maior dessa pesquisa não se manifestou na mudança radical e informada de comportamentos. Até mesmo porque a educação não é pontual e imediata. O maior valor se manifestou nas pequenas alterações de atitudes: o desejo de estar juntas, de conversar, de permanecer juntas, de trocar idéias e acolherem-se, no sentido mais terno desta palavra. Até o início das atividades, não era comum a receptividade entre elas. Tão pouco a preocupação pelo bem-estar de cada uma. Ao finalizarmos estas atividades, o espírito de solidariedade e de respeito estava definido; até mesmo o carinho do abraço, do fraterno aperto de mão e das manifestas boas-vindas tornou-se de praxe.

Não obstante, a percepção que tivemos foi da possibilidade ímpar da reflexão coletiva dos valores, mitos, credences e (pré) conceitos que possuíam, e para as quais os encontros permitiram a conscientização. Exatamente, no sentido de tomar

consciência daquilo que sabiam, mas nunca pensaram a respeito. Esta, para nós, foi a concretude mais valorosa desta pesquisa.

Vê-las, no início, essas se apresentavam tão pacatas, tão domesticadas, tão passivas e silenciosas. E no final, se destacavam por estarem tão ativas, tão críticas, tão verdadeiras, tão movidas pra desvelar o mundo. Foi esta, nossa apreensão final.

Assim, nos convencemos de que as estratégias ora elaboradas serviram como oportunidade para pensar, refletir e, esperamos, reescrever suas histórias, respeitando seus passados, mas acreditando que cabe somente a elas, a ressignificação de suas vidas.



## 8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu que se investigassem as representações sociais da sexualidade, lazer, HAS, envelhecimento e a vivência com esta doença. Além disso, programar e aplicar ações educativas embasadas nestas representações.

É lícito concluir, portanto, que:

- quanto à sexualidade:
  - Esta foi verbalizada como sinônimo de sexo. Mas, foi sentida e manifestada no “ser mulher”, através dos cuidados e asseios corporais. Também foi negada na sua prática, embora seja concebida como atitudes e comportamentos de relação afetiva que vão além do sexo. Houve conceitos de submissão feminina e a abstinência sexual manifestando-se através de barreiras (tabus, mitos, preconceitos, credices populares) pela negação da capacidade e direito de exercer livremente os relacionamentos sexuais. O belo foi entendido como característica do jovem e, desta forma, desvalorizaram seus corpos e sua natural beleza.
- quanto ao lazer:
  - Depreendemos que esse foi vivido como forma de enfrentar a solidão. Permitiu a socialização, contentamento pela vida e a promoção da saúde mental; opondo-se à concepção preconceituosa de que não é direito do idoso. Foi visto, também, como forma de enfrentamento e tratamento da HAS.
- quanto à HA:
  - Não havia inicialmente conhecimento que permitia defini-la. Os fatores causais e seu tratamento foram reconhecidos. Houve, entretanto, uma supervalorização e medicalização do tratamento, embora se conhecesse a relevância do tratamento não-farmacológico. O exercício físico foi o menos conhecido e relatado, por não se fazer presente nas suas vidas. A HAS impactou a rotina da vida e houve necessidade de reajustes e adaptações.

Os temas geradores elencados permitiram a programação de ações educativas, em que a dialogicidade foi colocada em prática, através de estratégias educativas como dinâmicas e grupos de discussão. A participação foi expressiva

durante todas as etapas da pesquisa, desde a coleta de dados até as ações educativas.

Considera-se, portanto, que a Educação para a Saúde numa abordagem progressista, crítico-social, como a proposta por Freire, quando associadas às representações sociais, permitiram uma atividade oportuna, contextualizada e que pode colaborar, verdadeiramente, para as mudanças de comportamento. Especialmente, porque partiu de uma realidade concreta do cotidiano dos educandos.

Neste sentido, o educador deixa também de ser alheio ao processo educativo, e define-se como aquele que escreve seu papel, juntamente com os educandos.

Não se nega, porém, que seja uma tarefa difícil, pois na verdade exige abertura ao diálogo, flexibilidade, respeito e, essencialmente, humanismo. De fato a postura tradicional impõe menos trabalho. No entanto, desvaloriza a essência.

Na Educação para a Saúde ainda somos carentes de uma vasta literatura que nos auxilie nos processos educativos. Caminhos trilhados como o desta pesquisa é apenas um incremento ao que existe de tão solitário entre os educadores crentes de que mudanças se fazem necessárias. Assim, isso representa um novo caminhar. Não deixa de ser experiência. É ciência que se consolida e possibilita novos sonhos.

Desejamos, arduamente, que muitos outros trabalhos possam questionar o que existe colocado como verdade absoluta nas ações educativas opressoras voltadas à saúde. O que importa, portanto, é que possamos favorecer que novos horizontes sejam vislumbrados dentro de uma perspectiva mais aberta e democrática, viabilizando assim, a oportunidade da pessoa/indivíduo (no nível pessoal e coletivo), ser mais digno, mais humano, mais ético e mais feliz. Somente desta maneira, há que se conseguir a concretude da plenitude da vida.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-37.

ALBUQUERQUE, M.C.S. Sexualidade Humana: o despedir-se de uma visão puramente mentalista através do novo paradigma da corporeidade viva. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v.6 , n.1, p.45- 50, 1995.

ALMEIDA, T. de; LOURENÇO, M.L. Amor e sexualidade na velhice: um direito nem sempre respeitado. **RBCEH**, Passo Fundo, v.5, n.1, p.130-140, jan/jun, 2008.

ANDREOLA, B.A. **Dinâmica de grupo: jogo da vida e didática do futuro**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

ANTUNES, C. Manual de técnicas de dinâmicas de grupo de sensibilização de ludopedagogia. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1978.

ARAÚJO, T.L; MACIEL, I.C.F.; MOREIRA, T.M.M. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. **Revista Nursing**, jun, 1999.

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE,R. Grupo focal-estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enferm**, v. 9, n.1, p. 9-14, 2004.

BACCARO, A. **O Segredo da Longevidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003, p.222

BALDIN, C.B.; FORTES V.L.F.. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n.1, p. 43-54, jan./jun, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. vol 2. 2 ed, Difusão Européia do livro, 1967

BENEDETTI, T. R. B et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.42 , n.2, p.302-7, 2008.

BERGER, P.L.; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2002

BIZZO, M.L.G. Difusão científica, comunicação e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.1, jan/fev, Rio de Janeiro, 2002.

BONOMO, E. et al.. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v.19 n.5, set/out, 2003.

- BOURDIEU, P. **A opinião pública não existe**. In: THIOLENT, M.J.M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis, 1987, p.137-151.
- BRANDÃO, A. P. et al.. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev. Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 7-19, jan/fev, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.
- BRITTO DA MOTTA, A. Não está morto quem peleia: a pedagogia inesperada nos grupos de idosos. Salvador, Tese. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal daBahia, 1999.
- BRUNS, M.A.T.; GRASSI, M.V.F.C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Rev. Bras. de Sexualidade Humana**, v.6, n.1, p.60-66, 1995.
- BUENO, S.M.V. **Tratado de Educação Preventiva**. Ribeirão Preto – SP: FIERP/EERP USP, 2009, 195p.
- BUENO, S.M.V. Contribuição ao Estudo do Lazer no ambiente hospitalar. Ribeirão Preto – SP: dissertação de mestrado. EERP-USP, 1981, 180p.
- BURGOS, M.S.; BIGUELINI, G., MACHADO, D.O. Jogos e lazer enquanto dimensões do estilo de vida: um estudo com crianças e adolescentes do Projeto Cestinha – UNISC. In: BURGOS, M.S.; MAGALHÃES PINTO, L.M.S (org). **Lazer e estilo de vida**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2002. p. 65-93.
- BUSS, P. Enfoques prioritários em salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para educación en salud pública, la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**. Washington, junho de 2000.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- CAMPOS, A. H.; et al. DNA microarray profiling to identify angiotensin-responsive genes in vascular smooth muscle cells: potential mediators of vascular disease. **Circulation Research**, Estados Unidos, v. 92, p. 111-118, 2003.
- CANEZIN, C. C. A mulher e o casamento: da submissão à emancipação. **Revista Jurídica Cesumar**, v.4, n. 1, 2004
- CARIDADE, A. Sexualidade Feminina: a linguagem do corpo. **Sexualidade Humana**. v. 5, n.2, p.142-146,1995
- CAVALCANTI, M. Sexualidade na Idade avançada. **RSBH**, v5. 5, n. 1, 138-141, 1994.

CASTRO V.D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, jun, 2000.

CASTRO A.P.; SCATENA, M.C.M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev Latino-am Enfermagem**, nov/dez, v.12, n.6, p.859-65, 2004.

CHEITLIN, M. D.; SOKOLOW, M.; MCILROY, M. B. **Cardiologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Prentica-Hall do Brail, 1996. 644 p.

COSTA, RP. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente; 1994.

D'ALENCAR, R. S. Ensinar a viver, ensinar a envelhecer: desafios para a educação de idosos **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 61-83, 2002.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP-FAPESP, 1999.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995

DEQUATTRO, V.; FENG, M. The sympathetic nervous system: the muse of primary hypertension. **J Hum Hypertens**; v.16, p64-9, 2002

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar, 2002.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005, 379p.

DUMAZEDIER J. **A revolução cultural do tempo livre**. São Paulo: Studio Nobel/SESC; 1999.

FAGARD, R.H. Physical activity, physical fitness and te4h incidence of hypertension. **J Hypertension**, v.23, p. 265-7, 2005

FIGUEIREDO, M.L.F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. enferm.** v.60 nº.4 Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400012&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400012&script=sci_arttext&tling=pt)>. Acessado em: 04/08/09.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988, 7 ed. 152p

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1990. p. 34-41.

\_\_\_\_\_. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 34-41.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 107p.

\_\_\_\_\_. **Ação Cultural para a Liberdade**. 3ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1993.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 22ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1998.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 8ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 148p.

FRITZEN, S. J. **Exercícios práticos de dinâmica de grupo**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 1993

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 15- 50.

GANDARILLAS, M.A.; GONÇALVES, S.; SCARPARO, H. Estressores Sociais da Hipertensão em Comunidades Carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.1, p.62-71, 2005.

GARCIA, S.M.S. Alterações no padrão sexual de hipertensos atendidos em ambulatório de cardiologia. **Rev Enferm UFPE On Line**. v.2, n.1, p.87-95, 2008.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, p 3-6, 2002, Supl I.

GÁSPARI, J.C.; SCHWARTZ, G.M. O idoso e a resignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.21, n.1, Brasília, Jan/Abr, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a10v21n1.pdf>. Acesso em 04 agosto 2009.

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p 200-6, jan/fev, 2005

GORI, R. M. de A. Observação participativa e pesquisa-ação: aplicações na pesquisa e no contexto educacional. **Revista Eletrônica de Educação do Curso de Pedagogia do Campus Avançado de Jataí**. Universidade Federal de Goiás v.1, n.2, p 113-120. , jan/jul, 2006.

GUALDA, D, M, R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Revista escola de enfermagem da USP**, v.37, n.3, p.82-87, 2003

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**; v. 83, n.5, p. 424-8, 2004.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de fisiologia médica. 11 ed. Ed Elsevier, 2006, p.1264

HASSEN, M. de N. A. Grupos Focais de Intervenção no projeto Sexualidade e Reprodução. **Horiz. antropol.** [online]. v.8, n.17, p. 159-177, 2002.

HEIDEMANN, I.T.S.B. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Tese Doutorado. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2006.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo, EPU, 1979, 96p.

IRIGOYEN, MC et al. Fisopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev Soc cardiol Estado São Paulo**, v.13, n.1, jan/fev, 2003.

IRIGOYEN, M.C.; CSOLIM-COLOMBO, F.M.; KRIEGER, E.M. Controle cardiovascular: regulação reflexa e papel do sistema nervoso simpático. **Rev Bras Hipertens**. v.8, n.1, p55-62, 2001.

IV BRAZILIAN GUIDELINES IN ARTERIAL HYPERTENSION. **Arq Bras Cardiol**, v. 82, p.7-22, 2004. suppl 4.

JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989

JOIA, L. C; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. **Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos**. Rev. Saúde Pública v.41 n.1 São Paulo fev. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 03 agos/2009

LANE, S.T.M. Usos e abusos do conceito de representações sociais. In: SPINK, M.T. **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p-46-57.

LAURENTINO, N. R. S. et al. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, jan./jun., p. 51-63, 2006 Disponível em: < <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/57/50>> Acesso em: 04 agos/2009.

LEAL, O.F.; BOFF, A.M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA R.M. (org). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

LEME, M.A.V.S. O impacto das representações sociais. In: SPINK, M.T. **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p-46-57.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIGHT, K.C et al. High stress responsivity predicts later blood pressure only in combination with positive family history and high life stress. **Hypertension**, v.33, p. 1458-1464, 1999.

LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v.20 , n.4, jul/ago, 2004

LIPP, M. E. N. . Melhoria da Qualidade de Vida do Hipertenso. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 19-22, 1996.

LIPP, M.E.N.; ROCHA, J.C. **Pressão alta e stress: o que fazer agora?** Campinas: Papirus, 2008.

LIPP, M. E. N. ; FRARE, A.C.B.; SANTOS, F.U. dos. Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 7, p. 161-168, 2007.

LOPES, G., MAIA, M., **Sexualidade e envelhecimento: envelhece sendo com sexo**. 1 ed. - São Paulo: Saraiva, 1994.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo**, v.13 n.1 jan/fev, 2003.

LYRA, D.G.P.; JESUS, M.C.P. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. **Rev. Nursing**, v.104, n.9, p.23-30, Jan., 2007.

MALDANER, C. R. Fatores influenciam a adesão ao tratamento não doença crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,v.29,n4, p. 647-53., Dez, 2008.

MARCELINO, N.C. **Estudo do lazer: uma introdução**. Campinas: Autores associados, 1996.

MARKOVITZ JH, JONAS BS, DAVIDSON K. Fatores psicológicos como precursores da Hipertensão.**Current Hypertension Rep**, v.1, n.2, p.78-87, 2001.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed., São Paulo: Hucitec, 2008, 393p.

MIRANDA, R.D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**, v.9, n.3, p.293- 3000, 2002.



MORAES, LO; PENICHE, A de CG. Ansiedade e mecanismos de  *coping*  utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.37, n.3, p. 54-62, São Paulo, 2003.

MORIN, E. **O método II: a vida da vida**. Porto Alegre: Sulinas, 2001. 177p

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 59-67

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse**, 1 ed. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, S. **El Psicoanálisis, su imagen y su publico**. Ed. Huemul, Buenos Aires, 2ª . ed. Cap. I, p. 27-44, 1979.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAIDOO, J.H.; WILLS, J. O desenvolvimento da educação e promoção da saúde. In: NAIDOO, J.H.; WILLS, J. **Health: foundations for practice**. London (UK): Balillière Tndall; 1998.

OLIVEIRA, R. M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, p. 22-45, jul./dez, 2003, n. especial.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORTEGA, K. C.; NOBRE, F.; MION, D. Jr. Fatores intervenientes na adesão e recomendações práticas para melhoria dos resultados. In: Nobre, F.; Pierin A. M. G.; Mion, D. Jr, editores. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos; 2001, p. 108-18.

PADILHA, R. P. **Planejamento dialógico: como construir o projeto político-pedagógico da escola**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2001.

PARISOTTO, L. et al. Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul**, v.25, p.75-87, 2003, Supl. 1.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PONDE, M.P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciec. Med. Campinas**, v. 12, n.2, p163-172, abr-jun, 2003.

QUARESMA, M.L. Gerontologia e Gerontologia Social: contributos para a análise de um percurso. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 9., n.1, 2006

QUEIROZ, M.V.O et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal-crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm.**, jan/mar, v.17, n.1, p. 55-63, 2008.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19 n.º.3. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011)>. Acessado em: 05/08/09.

RANGEL, M. Ensaio sobre aplicações didáticas da teoria de representação social. **Olhar de professor**, Ponta Grossa, v.10, n.2, p. 11-22, 2007. Disponível em <http://www.uepg.br/olhardeprofessor>

REY, F.L.G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, p. 69-85, 2006.

RODRIGUES, L.C.B. **Vivências da sexualidade de idosos**. (Tese de pós-graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande, 2008. Disponível em: < [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/vivenciasdasexualidadenosidosos.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/vivenciasdasexualidadenosidosos.pdf) >. Acesso em: 28 Ago. 2009.

SAWAIA, B.B. Representações e ideologia: o encontro desfeticador. In: SPINK, M.T. **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p-46-57.

SILVA, M. G.; BOEMER, M.R. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 97 –103, maio/jun, 2009.

SILVA, M. D. E. C. et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enferm**, Brasília jul-ago, v. 61, n.4, p. 500-7, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, **Hipertensão**, v. 9, n.4, 2006.

SOUZA, A.B.G.; MIYADAHIRA, A.M.K. Formas de lazer utilizadas por enfermeiras. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.34, n.3 ,São Paulo, Set, 2000.

SPARRENBERGER, F.; MOREIRA, L.B.; CANEPELE, M.C.G.L. Associação entre estresse e hipertensão. **Hipertensão**, v. 7, n.3, p.96-99, 2004.

STEPTOE, A. Psychosocial in the development of hypertension. **Ann Med**, v.32, p. 371–375, 2000.

TAVARES, S. S. O que rima com idade? Identidade e sociabilidade na velhice em tempos de transição. In: Gusmão, N. M. M. (org). **Cinema, velhice e cultura**. Campinas (SP): Alínea, Coleção Velhice e Sociedade, p.101-10, 2005.

THIOLLENT, M.. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2007.

TINSLEY, H.E.A.; TEAFF, J.D.; COLBS, S.L. A system of classifying leisure activities in terms of psychological benefits of participatin reportede by older persons. **J Gerentol**, v. 40, n.2, p. 72-78,1985.

TÓTORA, S. **I Conferência Nacional de Direitos do Idoso**. Brasília, 15 de agosto de 2005. 2005. Disponível:

[http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo546.htm#\\_ftnref8#\\_ftnref8](http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo546.htm#_ftnref8#_ftnref8)

TRENTINI, M et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**; v13, n1, p 38-45, jan/fev, 2005.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas,1990

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento**: plano de ensino-aprendizagem e projeto educativo. São Paulo: Libertad, 1995.

VASCONCELOS, E. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl.2, p. 39-57, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Debates**, fev, 2001.

VILA, VSC. O significado de qualidade de vida: perspectivas de indivíduos revascularizados e de seus familiares. Ribeirão Preto, 2006, 148 p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

VILLA, E.A. **O enfermeiro-educador no mundo da enfermagem** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG/Escola de Enfermagem, 2000.

VITIELLO, N. **Reprodução e sexualidade: um manual para educadores**. São Paulo: CEICH; 1994.

WARSCHAUER, A.; D'URSO, L. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. Marcos Warschauer. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

WHO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO FAO expert consultation. Geneva: WHO, 2002.

WHO. Organización Mundial de la Salud. **Instrucción y asistencia em cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud: informe**. Genebra; 1975.

WOLF,G.; BUTZMANN, U.; WENZEL, U.O. The renin-angiotensin system and progression of renal disease: from hemodynamics to cell biology. **Nephron**. 2003



**APENDICE I****FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE A AÇÃO EDUCATIVA –  
grupo focal**

- O que vocês entendem por pressão alta? O que é isso para vocês?
- Qual a importância da pressão alta pra suas vidas? E do lazer? E do sexo e sexualidade? Quais destas coisas te ocupam mais tempo em pensamentos?
- Como vocês eram antes de sofrer pressão alta? E como vocês são hoje? O que vocês esperam do futuro?
- O que vocês pensam sobre envelhecer? Quais as melhores e piores coisas neste sentido?
- O que vocês gostariam de discutir sobre pressão arterial? E sobre outras coisas?
- Vocês gostariam de falar sobre sexualidade? O que? Espaço aberto para vocês falarem sobre isto.
- Vocês gostariam de falar sobre lazer? O que? Espaço aberto para vocês falarem sobre isto.
- Liste os lazeres que vocês mais gostam.
- Espaço livre para vocês falarem o que quiserem.

## APENDICE II

### FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

#### II- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

SEXO	RENDA FAMILIAR
IDADE	TEMPO DO DIAGNÓSTICO DA
ESTADO CIVIL	DOENÇA
ESCOLARIDADE	Nº FILHOS/DEPENDENTES
OCUPAÇÃO/PROFISSÃO	OUTROS DADOS RELEVANTES

#### III- DADOS SOBRE AS QUESTÕES GERAIS DO PROJETO - entrevista

- Fale um pouco sobre sua vida. Você é feliz? Por quê? O que te faz feliz ou infeliz?
- Quais as melhores e as piores coisas da sua vida para você? Você tem medo de alguma coisa na sua vida?
- Qual a rotina da sua vida? O que a pressão alta lhe causou? Toma remédios? Quais? O que você faz para se sentir melhor quanto a seus problemas de saúde?
- O que você pensa sobre ser mulher e ser homem?
- Como você se define em relação a forma de se relacionar com as pessoas? Você se considera uma pessoa que demonstra sua afetividade? Fale-me sobre isso.
- E sua vida a dois? Como você é? Você faz sexo? Com que frequência? Você gosta? Você se sente bem sexualmente? Quais as melhores e piores coisas neste sentido?
- O que você pensa sobre sexualidade e sexo em geral? E na sua vida?
- Nas horas vagas, o que você faz para se distrair?
- O que significa pra você participar do bingo?
- Qual a importância do lazer para você?
- O que lhe proporciona melhor qualidade de vida?
- Mande uma mensagem para quem tem pressão alta.

**APENDICE III- AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO EFETIVO PELA  
TÉCNICA DE ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL**

- Relatem a opinião de vocês:
  - Foi bom participar deste encontro? Por quê?

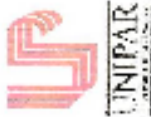


**APÊNDICE IV**  
**AVALIAÇÃO SOMATIVA DO PROCESSO EDUCATIVO PELA TÉCNICA DE**  
**ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL**

- Relatem a opinião de vocês:
  - Depois destes nossos encontros, mudou alguma coisa na vida de vocês por causa do que nós discutimos e pensamos?
  - Tem alguma coisa diferente na opinião de vocês quanto ao lazer, a qualidade de vida, a sexualidade, e o enfrentamento da pressão alta?
  - Espaço aberto para vocês relatarem como foi estarmos juntos nestes encontros.



# ANEXO I: CERTIFICADO DO CEPEH



**UNIVERSIDADE PARANAENSE – UNIPAR**

Ressaca das Águas Pretas, s/n - MEC, nº 7.560 - 44.060.700 - 21.311 - 40.010-0

Atendimento: Associação Paranaense de Eventos e Cultura - APEC

ORIENTORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS-GRADUAÇÃO - DEGRPE

COORDENADORIA DE PESQUISA FUNDADAÇÃO CIENTÍFICA - COPIC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA I - INSTITUTO DE PESQUISA EM SAÚDE HUMANA - CEPH I



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho "A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA COLABORATIVA PARA A OBTIMIZAÇÃO DA VIDA EM ESTRE PESSOAS QUE VIVEM COM A HEMIPLEGIA ARTERIAL", protocolado 10052009, sob a responsabilidade do Vicerreitor Diretor de Atividades Acadêmicas, está de acordo com os Princípios Éticos de Realização de Pesquisas em Saúde Humana em Pesquisa em Saúde (COGEP) e Resolução 196/86 de Comissão de Saúde, tendo sido aprovada pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIPAR (CEPEH/UNIPAR) em 22/03/2009. Este documento registra em 22/03/2009.

We certify that the project "A EDUCATION FOR A HEALTH AS A COLLABORATIVE STRATEGY FOR THE OPTIMIZATION OF THE LIFE OF STRONG PEOPLE WHO LIVE WITH THE ARTERIAL PARALYSIS", protocol 10052009, is the responsibility of Vicerreitor Diretor de Atividades Acadêmicas, is in agreement with the Ethical Principles of Human Research created by National Council of Ethics and Research in Health Resolution 196/86 of Ministry of Health, and was approved by the ETHICAL COMMITTEE FOR HUMAN RESEARCH OF UNIPAR (CEPEH/UNIPAR) in 22/03/2009. Registration date: 05/03/2009.

Prof. Maria Aparecida de Fátima  
Presidente do CEPH I/UNIPAR

Denise Aparecida  
Presidente do CEPH I/UNIPAR

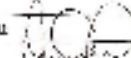
Unipar - 44.060.700

## ANEXO II: DECLARAÇÃO DE PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS

**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNPAR**  
 Registrada pelo Brasil - Nº 17.190, DE 04/01/1964 - 101101  
 Mantida pelo Município Paranaense de Ensino e Cultura - APEC  
**COORDENADORIA GERAL DE PESQUISA E INOVAÇÃO CIENTÍFICA - CAPIC**  
**COORDENADORIA DE PROJETOS E AVALIAÇÃO CIENTÍFICA - CAPIC**

### Declaração de Permissão para Utilização de Dados

**Pesquisa:** Tazer e sexualidade: a educação para a saúde como estratégia educadora para a otimização da vida entre pessoas que vivem com hipertensão arterial

Pesquisador: Vanessa Rosardi Antonassi Balduino Assinatura: 

O pesquisador da presente projeto de pesquisa compromete-se a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados inicialmente através de discussão com os integrantes do CSE, em grupo, abordando a qualidade de vida, lazer, sexualidade, hipertensão arterial e impacto na vida, por meio de grupo focal. Em seguida, será realizada entrevista semi-estruturada aos hipertensos com finalidade de melhor compreender as percepções individuais e do grupo sobre as mesmas realidades. Em seguida, o grupo será conduzido para a Educação para a Saúde através de atividades discutidas e escolhidas pelo grupo, a partir atividades de lazer recreativas (jogos de cartas, bingo, dominó, hino), festas típicas, roda de música e atividades do grupo para discutir sobre sexualidade, valores de vida, controle de estresse e convívio com a hipertensão serão discutidos com o grupo e registrados os relatos quanto à realização de cada encontro. Todos os encontros serão gravados e posteriormente transcritos, na forma de um diário. No último encontro, será discutido o impacto da pesquisa sobre a vida, e as possíveis mudanças de conceitos e atitudes em relação ao lazer, a sexualidade, o convívio com a HA e impacto destas atividades/lazer na vida.

Concordam igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da presente pesquisa. As informações aqui fornecidas não serão divulgadas de forma anônima. Diante disso, a direção da instituição autoriza a coleta de dados acima descritos.

Outros dados: \_\_\_\_\_

  
 Prof. Dr. Nelson Thomaz dos Santos  
 Coordenador Geral de Pesquisa  
 da Universidade Paranaense

  
 Direção Geral do UNPAR  
 10/09/09  
 Prof. Dr. Nelson Thomaz dos Santos  
 Diretor Geral do UNPAR  
 Campus - Curitiba

## ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR**  
 Reconhecida pela Portaria - MEC Nº 1580, DE 09/11/93 - D.O.U. 10/11/93  
**Mantenedora: Associação Paranaense de Ensino e Cultura - APEC**  
**DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DA PESQUISA E DA PÓS GRADUAÇÃO**  
**COORDENADORIA DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA - COPIC**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPEH)**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Nome da Pesquisa...: A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO AÇÃO EFETIVA DO ENFERMEIRO JUNTO A PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Pesquisador(es)...:**

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

**Orientador.....:**Sonia Maria Villela Bueno

**Sei que para minha participação nesta pesquisa serão necessários a realização dos seguintes procedimentos...:**

Responderei a perguntas que serão gravadas sobre o que penso sobre saúde, qualidade de vida, lazer, sexualidade, pressão alta, tratamento desta doença e como convivo com ela. Também participarei de encontros em que, juntamente com outros participantes, vamos discutir sobre estas mesmas questões e vou expor minha opinião, quando e da forma que quiser, sobre os encontros e sobre como foi participar deles.

**Riscos.....:** Não há.

**Após ler e receber as explicações sobre esta pesquisa, e ter meus direitos de:**

- 1- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2 - Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de permitir minha participação ou de qualquer indivíduo sob minha responsabilidade de estudo;
- 3 - Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Declaro estar ciente do exposto e que concordei em participar da pesquisa por minha livre e esclarecida escolha.

Nome do voluntário / Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu VANESSA DENARDI ANTONIASSI BALDISSERA, declaro por meio deste que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante e/ou responsável.

RG: 5.892.187-4 CPF: 022.974.019-73

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_