

# Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares

## Impact of a health education program on the elderly's knowledge about cardiovascular diseases

Fatima Ferretti, Angelica Gris, Daniela Mattiello, Carla Rosane Paz Arruda Teo e Clodoaldo De Sá

Universidade Comunitária da Região de Chapecó–Unochapecó. Chapecó, SC. Brasil. ferrettifisio@yahoo.com.br; angelicagr@unochapeco.edu.br; daninha@unochapeco.edu.br. carlateo@unochapeco.edu.br; clodoaldo@unochapeco.edu.br

Recebido 9 Outubro 2013/ Enviado para Modificação 08 Maio 2014/Aprovado 10 Julho 2014

### RESUMO

**Objetivo** Verificar o impacto de um programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares.

**Métodos** Pesquisa qualitativa, com abordagem participativa. A população foi composta por sete idosos que realizaram oito intervenções educativas sobre temas vinculados à saúde cardiovascular. Os dados foram tratados por análise de conteúdo temática.

**Resultados** A análise do conteúdo evidenciou que as intervenções participativas promoveram ampliação dos conhecimentos e que, após as intervenções, os sujeitos se mostraram mais seguros quanto às atitudes preventivas mais adequadas para evitar riscos cardiovasculares. Constatou-se, ainda, que a educação em saúde com abordagem participativa impacta positivamente na formação de sujeitos mais críticos, capacitados a argumentar e fazer escolhas mais saudáveis.

**Conclusão** O estudo evidenciou que a abordagem participativa é uma estratégia eficaz quando se pretende agregar conhecimento significativo para minimizar os riscos à saúde.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares, educação em saúde, idoso, pesquisa participativa baseada na comunidade (*fonte: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To verify the impact of a health education program on elderly patients' knowledge of cardiovascular diseases.

**Methods** A qualitative study with a participatory approach. The population was composed of seven elderly patients who took part in eight educational interventions on issues related to cardiovascular health. The data was analyzed with thematic content analysis.

**Results** The content analysis showed that participatory interventions promoted knowledge expansion and that, after intervention, subjects were more self-confident about the most appropriate preventive measures to avoid cardiovascular risks. It was found also that health education with a participatory approach positively impacted the formation of more critical subjects who were able to argue and make healthier choices.

**Conclusion** The study showed that the participatory approach is an effective strategy when the intention is to increase significant knowledge to minimize health risks.

**Key Words:** Cardiovascular diseases, health education, aged, community-based participatory research (*source: MeSH, NLM*).

#### RESUMEN

##### **Impacto de un programa de educación en salud en los conocimientos de ancianos sobre enfermedades cardiovasculares**

**Objetivo** Verificar el impacto de un programa de educación en salud en el conocimiento de enfermos sobre enfermedades cardiovasculares.

**Métodos** Investigación cualitativa con abordaje participativo. Con siete enfermos se realizaron ocho intervenciones educativas sobre temas relacionados con la salud cardiovascular. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático.

**Resultados** El análisis de contenido mostró que las intervenciones participativas promueven la ampliación de conocimientos y que los sujetos se muestran más seguros en cuanto a las actitudes preventivas más adecuadas para evitar los riesgos cardiovasculares. Se constató que la educación en salud con abordaje participativo tiene un impacto positivo sobre la formación de sujetos más críticos, capacitándolos para argumentar y realizar opciones más saludables.

**Conclusión** Se encontró que el abordaje participativo es una estrategia eficaz cuando se busca incrementar el conocimiento significativo para reducir los riesgos de la salud.

**Palabras Clave:** Enfermedades cardiovasculares, educación en salud, enfermos, investigación participativa basada en comunidad (*fuentes: DeCS, BIREME*).

O processo de envelhecimento é multidimensional e, sobretudo, uma experiência heterogênea e vivida individualmente (1). No entanto, nem sempre é possível desenvolver pesquisas de tamanha complexidade que possam estudar o envelhecimento em todas as suas dimensões. Nesse sentido, embora muitos estudos acabem por isolar algumas dimensões específicas do processo de envelhecimento, deve-se ter claro que isso se faz apenas para tornar mais fácil a análise do fenômeno em estudo, mas nunca para compreender tal fenômeno separadamente, pois o valor de qualquer estudo sobre o envelhecimento e a velhice somente pode ser dado pela compreensão de seus resultados como parte desse processo multidimensional.

Um aspecto bastante estudado em relação ao envelhecimento se refere às alterações fisiológicas que tornam o idoso mais suscetível

ao desenvolvimento de patologias de caráter crônico. Em idades mais avançadas o indivíduo torna-se mais vulnerável a doenças de começo insidioso, como as cardiovasculares e essas patologias afetam sobremaneira a sua de vida, interferindo negativamente no aspecto social e na condição de saúde (2,3).

As doenças cardiovasculares (DCVs) estão entre as principais causas de mortalidade em todo o mundo. Em indivíduos com idade superior a 60 anos, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares e circulatórias é de 40,8 %, representando um grande número de internações e gastos para o sistema público de saúde. Em 2002 o infarto agudo do miocárdio representava uma morbidade de 35,2 a cada 100 000 habitantes no Brasil; em 2008, este índice subiu para 39,3, alertando para necessidade de se pensar intervenções eficazes, de baixo custo e de caráter preventivo voltadas para doenças que afetam o sistema cardiovascular (4, 5).

Nesse sentido, a educação em saúde constitui uma estratégia eficaz na prevenção das doenças cardiovasculares, sendo que o desenvolvimento de ações educativas promove mudanças nos hábitos de vida e favorece o diagnóstico precoce da enfermidade, minimizando as incapacidades do sujeito e os gastos do sistema de saúde (6).

As estratégias educativas caracterizam-se por processos de ensino em que o profissional em saúde objetiva que os participantes apreendam o autocuidado e se tornem multiplicadores de seu conhecimento na comunidade em que residem (7). Esse conceito, assumido no presente estudo, foi associado à abordagem participativa, a qual constitui um processo em que a construção do conhecimento depende da participação de todos os envolvidos, ou seja, tanto os profissionais da saúde quanto os usuários, contribuindo para a efetivação de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a participação social (8).

Nessa direção, cabe explicitar outro pressuposto assumido neste estudo: o de que as práticas de educação em saúde são práticas sociais, culturais, situadas no âmbito de racionalidades e significados históricos, que envolvem intencionalidades e não se restringem às informações, orientações e ações puramente técnicas, mas ocorrem no encontro entre pessoas com diferentes culturas e realidades, com representações diversas sobre a saúde e as formas de ser e de estar saudável (9), buscando romper com a concepção, ainda hegemônica e vinculada à biomedicina contemporânea, de educação

em saúde como transmissão de informações (10).

Alvarez e Zanella (11) concluíram em estudos realizados com idosos que as intervenções em grupo com abordagem participativa promovem um ambiente interativo e facilitador para a aprendizagem, o que torna os usuários mais críticos e reflexivos, podendo favorecer a modificação de seus hábitos. Considerando que os idosos estão mais predispostos a desenvolver doenças crônicas, que o índice de morbimortalidade por doenças cardiovasculares nessa população é alto, que o impacto financeiro do tratamento pelo sistema público de saúde é elevado e que as intervenções educativas com abordagem participativa podem constituir-se em estratégias eficazes na prevenção destas enfermidades e de suas complicações, a um custo relativamente baixo, é que o presente estudo se propôs a verificar o efeito de um programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares.

## METODOLOGIA

A presente pesquisa teve caráter qualitativo com abordagem participativa. A pesquisa qualitativa envolve as questões do significado e da intencionalidade somadas às relações e às estruturas sociais, considerando a opinião dos sujeitos e analisando-as (12). A abordagem participativa é aquela em que o indivíduo se envolve na prática, argumentando e problematizando o assunto que está em pauta, não somente recebendo orientações, mas contribuindo com suas experiências, promovendo uma construção de conhecimento na coletividade (13).

A população da pesquisa foi composta por sete idosos que frequentavam grupo de convivência e utilizavam o SUS para assistência a saúde, sendo três homens e quatro mulheres com idade entre 62 e 81 anos (média 70,85 anos).

Os idosos foram contatados pelos pesquisadores nos grupos de convivência e convidados a participar da primeira reunião para se apropriarem dos objetivos e metodologia do estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de autorização para uso de imagem e voz, e assumiram o compromisso de replicarem as atividades nos grupos em que participam após realização da pesquisa, como multiplicadores.

As intervenções foram realizadas em oito encontros durante quatro semanas. No primeiro encontro foi realizado um grupo focal com os idosos para verificar quais os conhecimentos prévios que possuíam sobre doenças cardiovasculares, autocuidado, atitudes preventivas e hábitos de vida, conforme roteiro de questões norteadoras, bem como puderam contribuir sugerindo temas para as intervenções.

Os seis encontros seguintes foram de intervenções educativas, com abordagem participativa, com duração média de uma hora e trinta minutos, com os seguintes temas: 1. Cuidados em saúde; 2. Fisiologia do sistema cardiovascular; 3. Sistema cardiovascular e suas principais patologias; 4. Hipertensão e sua relação com o sistema cardiovascular; 5. Diabetes mellitus e dislipidemias relacionando com patologias do sistema cardiovascular; 6. Hábitos de vida saudáveis e atitudes preventivas.

Ao término das intervenções, foi realizado novo grupo focal para identificar se houve mudanças no conhecimento dos participantes, com o mesmo roteiro de questões norteadoras empregado no momento de pré-intervenção. Na sequência os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática, dividida em três etapas. A pré-análise, quando se realiza a leitura flutuante, a partir da qual o pesquisador se apropria de todo o conteúdo a ser analisado e organiza um *corpus* teórico, relacionando o conteúdo analisado e o objetivo do estudo. Nessa etapa são determinadas as unidades de registro, que podem ser frases ou palavras-chave, e as unidades de contexto correspondentes, que promovem a compreensão das unidades de registro. A segunda etapa é a exploração do material, em que se realiza uma operação classificatória para compreender o texto em geral, sendo importante encontrar as respostas similares e as que mais aparecem, agrupando-as em categorias que serão responsáveis pela especificação dos temas. Por fim, se faz o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, colocando em destaque as informações ordenadas em categorias (12).

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) sob o protocolo número 334/12.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa sobre os efeitos de um programa

de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares são apresentados num quadro comparativo (Quadro 1) com categorias analíticas definidas após análise de conteúdo temática, conforme proposição de Minayo (12), no pré e no pós-intervenção.

Após intervenção, evidenciou-se uma ampliação dos conhecimentos e os sujeitos se mostraram mais seguros quanto às atitudes preventivas mais adequadas para evitar riscos cardiovasculares. Ainda, a educação em saúde com abordagem participativa impactou positivamente na formação de sujeitos mais críticos, capacitados a argumentar e fazer escolhas mais saudáveis.

**Quadro 1.** Categorias analíticas sobre o conhecimento de idosos quanto ao sistema cardiovascular, prevenção e responsabilidade quanto ao cuidado em saúde no pré e pós-intervenção – 2013

Categorias no Pré-intervenção	Categorias no Pós-intervenção
- Confusão conceitual sobre Sistema cardiovascular	- Conhecimento mais apropriado sobre o sistema cardiovascular - Maior identificação das patologias cardiovasculares e necessidade de prevenção
	Conceito de prevenção em saúde
Categorias no Pré-intervenção	Categorias no Pós-intervenção
- Conhecimento insipiente sobre prevenção	- Prevenção associada ao conceito de cuidado e conhecimento - Prevenção associada a estilo de vida saudável

Fonte: elaboração dos pesquisadores

## DISCUSSÃO

Categorias analíticas pré e pós-intervenção: Conhecimentos do Sistema cardiovascular

No pré-intervenção, quando questionados acerca do sistema cardiovascular, os idosos demonstraram não ter conhecimento sobre o tema, ou, entre aqueles que conseguiram dialogar, observou-se falta de clareza e confusão conceitual sobre a estrutura deste sistema e sobre porque seria necessário conhecer seu funcionamento como evidenciado no relato dos participantes. “O sistema é a evolução da formação do próprio organismo, né? De órgãos né? Que é formado de células, e nós dependemos de toda a alimentação pros ossos, pros rins, pro coração, pro fígado, pro pâncreas.” (A.M. 72 anos). “É o sistema é uma parte do cuidado que a gente tem, a alimentação, a higiene e exercício. Esse é o principal.” (A.B.E 74 anos).

Esse conhecimento insipiente e desorganizado sobre um sistema corporal

tão importante para se trabalhar a conscientização quanto à necessidade de cuidados para evitar as DCVs pode ser reflexo do modelo tradicional das práticas de educação em saúde, em que se adota uma perspectiva de transmissão de conhecimento, com o repasse e transmissão de informações, ainda fortemente presente na prática cotidiana da maioria dos profissionais de saúde (10). A educação em saúde concretizada a partir da transmissão de informações se presta muito mais para “[...] regular, controlar e disciplinar homens e mulheres para certo modelo de sociedade [...]” (14). Por outro lado, se entendida e desenvolvida como diálogo e troca de saberes, permite a cada um dos sujeitos envolvidos no processo educativo uma ampliação da compreensão de si, do outro e do mundo (15), promovendo a transformação de realidades adversas.

Se a metodologia colocar a centralidade no mediador como o único detentor de um conhecimento a ser imposto àqueles que, passivamente, o recebem, sem interagir na construção, sendo apenas receptores, então não será possível ao sujeito desenvolver uma perspectiva crítica do assunto em pauta e, conseqüentemente, ele não o associará com suas experiências de vida e não se sensibilizará para a mudança. As populares palestras de promoção da saúde têm assumido esse formato, na maioria das situações (16).

No modelo tradicional de educação em saúde são passados apenas os conceitos que são considerados importantes pelo coordenador da atividade, que julga e decide o que é correto e adequado para os sujeitos, desconsiderando suas crenças, valores e possibilidades concretas (10), não abrindo espaço para que a população possa opinar e participar de forma ativa no desenvolvimento do conhecimento.

Novas estratégias de promoção e educação em saúde vêm sendo estimuladas, com o objetivo de que o sujeito seja ativo na construção do conhecimento, de forma a potencializar mudanças viáveis e positivas nos seus hábitos de vida e das pessoas que os cercam dando oportunidade de o sujeito questionar e aprender a partir dos contextos vivenciados ao longo da sua vida; dessa forma, ações que objetivam promover mudanças nos hábitos de vida, vão além de educar na lógica de transmitir informações (17). A educação em saúde precisa se constituir em prática que utiliza estratégias para modificar os hábitos dos sujeitos não pela imposição, pelo controle ou pelo disciplinamento acrítico, mas pela ampliação da compreensão dos fatores envolvidos no ser/estar/sentir-se saudável (18).

A abordagem participativa nos processos educativos em saúde diferencia-se das demais por permitir ao sujeito posicionar-se ativo no processo em que se constrói o conhecimento na coletividade, ouvindo e relatando suas experiências, o que cria condições mais favoráveis para que o sujeito possa fazer as escolhas mais saudáveis do que quando as informações são apenas repassadas (19). Nessa perspectiva, a ideia fundamental é que o protagonista da construção do conhecimento seja o próprio sujeito alvo das ações planejadas, neste caso os idosos, que por meio das atividades desenvolve mais autonomia para tomar as próprias decisões.

Garantir que o idoso tenha conhecimento para que possa ter mais autonomia quando faz suas opções de cuidado em saúde não se constrói de modo informativo, unidirecional, mas sim dialogando e refletindo com os sujeitos sobre seus hábitos de vida, problematizando sobre o enfrentamento das adversidades vivenciadas cotidianamente e sobre as mudanças necessárias para melhorar a saúde dos coletivos em que estão situados. O interesse em buscar conhecimento e participar ativamente se evidencia na fala abaixo. “É uma longa história, porque aqui vamos ensinar e aprender. A gente vai entender nosso organismo depois que a gente tem idade, porque quando jovem tudo funciona bem, é uma máquina, agora se não se cuidar, o ser humano ele é tão sensível a tudo. Vamos aprender juntos, isso é bom” (A.M. 72 anos).

Após a intervenção os sujeitos demonstraram ter se apropriado de novos conhecimentos acerca do sistema cardiovascular, os quais permitiram a esses sujeitos estabelecer relações com aspectos da prevenção, e com os cuidados necessários para minimizar os riscos cardiovasculares, conforme pode ser visto nas falas abaixo. Foi trabalhado muito sobre o sistema cardiovascular. “Temos que cuidar da alimentação pra manter as artérias saudáveis e o bom funcionamento, e evitar os infartos. Sobre o sistema cardiovascular, temos as artérias as veias e o coração que é dividido em quatro partes.” (A.M. 72 anos).

Neste estudo evidenciou-se que os hábitos de vida podem ser modificados quando as estratégias de educação em saúde assumem abordagens participativas, pois o idoso passa a elaborar, em conjunto com o grupo, quais as atitudes que irão assumir a partir dos debates e do que construíram de conhecimento durante as intervenções, conforme relatado pelos sujeitos do estudo. “Se os outros órgãos dos demais sistemas não estão funcionando bem, o coração também pode não funcionar como o esperado. Ter cuidado com a

alimentação, praticar atividade física e cada um tem que saber do seu papel pra cuidar da sua saúde.” (G.D.M 62 anos).

Quando utilizada a abordagem participativa em grupos de idosos, cria-se um espaço em que cada sujeito expõe seu ponto de vista, sua opinião, expressa seu pensamento ou silencia, possibilitando que o educador em saúde se insira na realidade da comunidade e, por meio de ideias coletivas, promova a conscientização sobre aspectos a serem transformados para favorecer escolhas saudáveis. Nesta lógica, a abordagem participativa se constitui num importante estratégia de educação em saúde que estimula o grupo a repensar seus hábitos de vida, prevenido enfermidades (17).

Esse espaço dialógico, essência da abordagem participativa, parece ser especialmente importante para o trabalho de educação em saúde desenvolvido com idosos, dada a vulnerabilidade deste grupo, para o qual a rede social de apoio e a possibilidade de terem voz e de serem escutados são fatores relevantes de enfrentamento das adversidades.

#### Categorias pré e pós-intervenção: Prevenção em saúde

Quando os idosos foram abordados sobre o tema prevenção no pré-intervenção, observou-se que o grupo apresentava um conhecimento insipiente, com confusão conceitual e, em algumas situações, associado aos cuidados terciários a saúde e hábitos de vida saudáveis. Essa ideia vaga de prevenção deriva de uma concepção tradicional de saúde, centrada no tratamento de enfermidades e que não situa a prevenção como um ato de se antecipar para evitar o aparecimento de doenças, o que se evidenciou nos relatos dos idosos: “Antigamente quando as pessoas ficavam doentes se faziam um chá, se cortavam um dedo não iam fazer ponto, amarravam e pronto, hoje mudou, ninguém ensinava como não ficar doente.” (D.M. 72 anos). “É que antigamente não se tinha a quantia de conhecimento que se tem hoje... só se ia ao médico quando estava doente.” (C.F.P. 70 anos).

Convém destacar um aspecto que surge das falas apresentadas e que é revelador do modelo de educação em saúde: a noção, trazida da experiência de vida dos sujeitos, de desvalorização do próprio saber ao mencionar como menos importante, por exemplo, a prática de utilizar chás no autocuidado em saúde. Esse achado reforça a vinculação da educação tradicional em saúde, provavelmente vivenciada na trajetória de vida dos

sujeitos, com o modelo biomédico, reproduzindo seu discurso, que se pretende verdade absoluta e que reflete a verticalidade das relações e das práticas predominantes nesta área (9).

Comprovando a hipótese de conhecimento insipiente, percebeu-se que, ao serem questionados sobre o conceito de prevenção, as respostas foram vagas, desviando do assunto, como visto pelas falas seguintes. “Temos que se cuidar né. Não só depois da terceira idade, iniciando na juventude tem que se cuidar, começando pela boca.” (D.M. 72 anos). “As gerações estão ficando mais fracas, porque as químicas hoje é que fazem o humano mais fraco.. e hoje a geração é outra, naquela época um casal não tinha menos que nove filhos, hoje em dia um casal quando tem é dois e por cesariana. O que aconteceu com os humanos?” (A.M.72 anos).

Vale destacar, aqui, um trecho das falas apresentadas, talvez o mais emblemático no escopo deste estudo, sobre como a abordagem participativa propicia, efetivamente, o diálogo e a reflexão. Quando o sujeito (se) indaga “O que aconteceu com os humanos?”, ao mesmo tempo expressa um movimento de reflexão e convida os demais ao compartilhamento. Só esta indagação poderia ser tema de vários outros encontros de educação em saúde, de reflexão, de aproximação de saberes e de (re) elaboração coletiva de conhecimentos importantes para seguir a vida, buscando a realização de projetos de felicidade. Salienta-se que este evento se deu ainda no momento de pré-intervenção e, na medida em que as intervenções com abordagem participativa foram se desenvolvendo, o diálogo e os vínculos aumentaram, promovendo mudanças mais evidentes no grupo.

Uma pesquisa realizada por Suárez-Mutis (20), que teve como objetivo verificar os efeitos de ação educativa participativa no conhecimento de professores, encontrou achados semelhantes aos deste estudo, observando que os sujeitos apresentavam conhecimento insipiente sobre os temas abordados no pré-intervenção, demonstrando um ganho significativo no conhecimento no período pós-intervenção, associado à valorização da prevenção em saúde.

As informações que provêm dos profissionais da saúde se detêm mais na esfera de domínio técnico, já o saber prático dos indivíduos e comunidades enriquece esse conhecimento, e quando os programas educativos agregam as experiências pessoais e comunitárias no processo

de tomada de decisão, tendem a transformar o meio em que o sujeito está inserido (21), o que significa dizer que o saber técnico, no diálogo com o saber elaborado na vivência cotidiana dos sujeitos e coletivos, assume sentidos transformadores.

O estudo realizado por Patrocínio e Pereira (22) sobre os efeitos da educação em saúde nas atitudes de idosos, em Campinas-SP, encontrou resultados que evidenciam que a maioria dos participantes, avaliados seis meses após o término das atividades educativas, relatou a adoção permanente de novos hábitos de vida. No trabalho realizado por Figueiredo (23) com 10 mulheres idosas, as participantes demonstraram, como efeito do programa de educação em saúde, capacidade de aprender e agir por conta própria, evidenciando que o envelhecimento não é um fator limitante para a construção de conhecimento e autonomia, carecendo, apenas, que os programas estimulem novas atitudes.

Neste estudo, no pós-intervenção, observou-se que os idosos identificaram como importante ter conhecimento para assumir atitudes preventivas e evitar riscos, o que se evidencia nos relatos dos sujeitos que participaram do grupo: “Ainda o principal que eu acho que todos devem concordar é que ter o conhecimento sobre o que acontece no nosso corpo e como acontecem as doenças, ajudam a entender melhor o que acontece dentro da gente e a se prevenir.” (A.B.E 74 Anos).

Para minimizar riscos cardiovasculares, a intervenção em grupos com estratégias de educação em saúde pode se constituir numa opção de baixo custo e muito eficaz para o sistema de saúde (24), pois é reconhecido que as ações que promovem melhores resultados na saúde cardiovascular são as estratégias de prevenção (25).

Os idosos relacionaram prevenção com cuidado em saúde e com a necessidade de conhecimento sobre o organismo e as patologias, enquanto elemento necessário para assumir atitudes preventivas, conforme os seguintes relatos: “A gente tem que saber como funciona a máquina e o que pode dar problema para se prevenir.” (G.D.M 62 anos). “Fazer os exames periodicamente, procurar o médico regularmente também são formas de se prevenir.” (A.M 72 anos).

A educação em saúde tem como possível reflexo o maior autocuidado, pois a informação trabalhada no coletivo, a partir da realidade do grupo,

desencadeia o processo de construção de conhecimento, capacitando o idoso para tomar decisões quanto a sua saúde.

Após as intervenções, os sujeitos também relacionaram a prevenção com o estilo de vida saudável, aos bons hábitos de vida como uma estratégia de prevenção, como se evidencia nas seguintes falas: “Foi visto sobre os cuidados que temos que ter com o nosso corpo. Aprendemos como o coração funciona, e as situações que colocam nosso corpo em risco de desenvolver doenças. O coração é ligado nas artérias, o coração bate levando sangue pro corpo, tem que cuidar a alimentação pra não “entupir” as veias.” (A.Z 65 Anos). “Para ter bons hábitos de vida temos que fazer exercícios físicos, caminhar, dançar, se alimentar bem e de forma correta. O pensamento positivo influencia, ter pensamentos positivos evita o estresse.” (A.B.E. 74 anos).

A mudança sobre a percepção dos idosos em relação ao cuidado ou às práticas de prevenção, demonstrada nas falas anteriores, é fundamental, visto que a prática regular de exercícios físicos e a orientação adequada em relação à alimentação e demais hábitos de vida contribuem de maneira significativa para a prevenção de doenças cardiovasculares (26). Uma concepção adequada de prevenção se constrói à medida que a população possua uma compreensão satisfatória do assunto em pauta e que possa fazer escolhas saudáveis.

Maiores esforços estão sendo realizados para garantir estratégias que promovam saúde e previnam enfermidades de idosos nos sistemas públicos de saúde, ampliando para além do âmbito da reabilitação. É provável que os gastos em saúde sejam um dos maiores desafios fiscais das próximas décadas no Brasil. Essa projeção de aumento dos gastos com saúde se dá associada à mudança da estrutura etária da população e ao aumento do uso dos serviços de saúde pelos idosos. As iniciativas sustentadas em estratégias de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, associadas a melhores práticas assistenciais, contribuirão para a redução da proporção de idosos fragilizados, melhoria da condição de saúde desse grupo e redução de custos (27). Nesse sentido, cabe destacar a abordagem participativa como uma possibilidade de efetivação de medidas preventivas.

A abordagem participativa, vinculada a estratégias de educação em saúde, demonstrou ser uma importante ferramenta para a construção do conhecimento dos idosos acerca do sistema cardiovascular e a maneira

de prevenir doenças, bem como promoveu a conscientização sobre a responsabilidade que cada um tem com sua saúde. Uma das limitações do estudo foi o número de intervenções, salientando-se a necessidade de que esses programas de intervenção sejam desenvolvidos por um período mais longo de tempo, fato indicado pelos idosos, para que possam assumir o papel de multiplicadores dos conhecimentos com mais segurança, trabalhando na lógica da educação por pares ♦

*Conflitos interesse:* Nenhum.

## REFERÊNCIAS

1. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, *Est Psicol.* 2008; 25(4): 585-593.
2. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(3): 612-17.
3. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e comorbidades. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(6): 635-39.
4. Brasil. Ministério da saúde. DATASUS: Banco de dados sobre morbimortalidade. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 13 nov 2012.
5. Riquel ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esport.* 2002; 8(6): 244-54.
6. Lima KA, Costa, FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. *Rev Alim Nutr.* 2005; 16(1): 33-8.
7. Reveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm.* 2007; 41(2): 245-50.
8. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúd Públic.* 2011; 27(1): 7-18.
9. Renovato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Text Context Enferm.* 2010; 19(3): 554-62.
10. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saude.* 2011; 9(2): 201-21.
11. Alvarez TS, Zanella MT. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Rev Nutr.* 2009; 22(1): 71-9.
12. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Grittem L, Meier MJ, Zagonel IPS. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Text Context Enferm.* 2008; 17(4): 765-70.
14. Renovato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Deitos RA, Rodrigues RM (organizadores). Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais. Cascavel (PR): EDUNIOESTE; 2006. p.87-104.
15. Oliveira MW. Educação popular e saúde. *Rev Ed Popular.* 2007; 6: 73-83.
16. Souza PR. A revolução gerenciada, a educação no Brasil, 1995-2002. São Paulo: Prentice Hall; 2005.

17. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora na promoção da saúde. *Rev Gaúch Enf.* 2005; 26(2): 147-53.
18. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Cunha Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc & Saúd Colet.* 2007; 12(2): 335-42.
19. Silva Júnior AP. Avaliação de idosos de dois grupos de convivência de Marechal Cândido Rondon à luz do ideário da promoção da saúde: implicações sobre elaboração de um programa de educação física. [Dissertação Mestrado em Educação Física]. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu; 2007.
20. Suárez-Mutis MC, Coura JR, Massara CL, Schall VT. Efeito de ação educativa participativa no conhecimento de professores do ensino básico sobre malária. *Rev Saúd Públic.* 2011; 45(5): 931-37.
21. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Saúd Públic.* 2006; 22(6): 1335-42.
22. Patrocínio WP, Pereira BP. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ Saúde.* 2013; 11(2): 375-94.
23. Figueiredo MLF. Educação em saúde e mulheres idosas: Promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2006; 10(3): 458 - 63.
24. Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. 2º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
25. Giannini SD, Forti N, Diament J. Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu; 2000.
26. Guedes DP, Guedes JERP. Atividade Física, Aptidão Cardiorrespiratória, Composição da Dieta e Fatores de Risco Predisponentes às Doenças Cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77(3): 243-50.
27. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc saúd colet.* 2012; 17(1): 231-38.