

CRDE UnATI UERJ

Promoção da Saúde e Envelhecimento

orientações para o desenvolvimento de ações
educativas com idosos

Mônica de Assis

Organizadora

Antônio Carlos Bertholasce
Isis Simões Menezes
Liliane Carvalho Pacheco
Maria Fátima Garcia de Menezes
Marília Costa Cunha
Regina Rodrigues
Tânia Guerreiro
Teresinha Melo da Silveira
Therezinha Duarte Araújo

2002



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-Reitor: Ronaldo Lauria

Sub-Reitor de Graduação:

Sub-Reitor de Pós-graduação e Pesquisa:

Sub-Reitor de Extensão e Cultura:



Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI

Direção: Renato Peixoto Veras

Vice-Direção: Célia Pereira Caldas

Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – CRDE

Coordenação: Célia Pereira Caldas

CRDE UnATI UERJ

Série Livros Eletrônicos
Programas de Atenção ao Idoso

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO:
orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos

Mônica de Assis – Organizadora

Assistente social, sanitarista, mestre em Saúde Coletiva e doutora em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ, coordenadora do Projeto de Promoção da Saúde na Terceira Idade do NAI-UnATI.

UnATI

UERJ

Rio de Janeiro
2002

Sobre os autores

Antônio Carlos Bertholasce

Médico geriatra e homeopata, sanitarista, médico do NAI-UnATI.

Isis Simões Menezes

Fisioterapeuta, especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso, vice-coordenadora do NAI-UnATI.

Liliane Carvalho Pacheco

Nutricionista, especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso, coordenadora do Projeto de Promoção da Saúde na Terceira Idade do NAI-UnATI.

Maria Fátima Garcia de Menezes

Nutricionista, mestre em Educação pela UERJ, professora do Instituto de Nutrição da UERJ e do Curso de Nutrição e Terceira Idade da UnATI.

Marília Costa Cunha

Graduanda de Nutrição na UERJ, bolsista do Projeto de Promoção da Saúde na Terceira Idade do NAI-UnATI.

Regina Rodrigues

Psicóloga, especialista em Psicoterapia Existencial e em Gerontologia Social, coordenadora da Oficina da Memória, professora da UnATI.

Tânia Guerreiro

Médica geriatra e homeopata, mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em Ciências Biomédicas pela UERJ, idealizadora e coordenadora geral da Oficina da Memória, professora da UnATI.

Teresinha Melo da Silveira

Psicóloga clínica e hospitalar, mestre e doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-RJ e psicóloga do NAI-UnATI.

Therezinha Duarte Araújo

Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Ortopédica, professora do Curso de Orientação Postural e Prevenção de Quedas da UnATI.

Copyright © 2002 UnATI-UERJ

Todos os direitos desta edição reservados à Universidade Aberta da Terceira Idade. É permitida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de parte do mesmo, para uso interno ou pessoal, desde que sejam consignados a fonte de publicação original e o autor.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Sub-Reitoria de Extensão e Cultura
Universidade Aberta da Terceira Idade
Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento
Rua São Francisco Xavier, 524, 10^o Andar, Bloco F, Maracanã
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
CEP: 20 559 – 900
Telefones: (+55 – 21) 2587 – 7236, 2587 – 7121 ou 2587 – 7199
Fax: (+55 – 21) 2264 – 0120
E-mail: <unati@uerj.br ou crde@uerj.br>
Internet: <www.unati.uerj.br>

CATALOGAÇÃO NA FONTE

Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento CRDE UnATI UERJ

A888 Assis, Mônica de
Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o
desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro CRDE
UnATI UERJ, 2002

p. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos

ISBN

CDU 999999

Coordenação de publicação eletrônica: Shirley Donizete Prado

Coordenação de produção: Conceição Ramos de Abreu

Revisão: Alcides Mello

Revisão bibliográfica: Iris Maria Carvalho Braga dos Santos / CRB7 1877

SUMÁRIO

Prefácio	7
Apresentação	10
Promoção da saúde e envelhecimento saudável	13
Ação educativa em saúde com idosos	16
Por que, como e para que educar?	16
O trabalho com grupos	18
A equipe e o papel da coordenação	21
Como organizar os grupos	22
Algumas considerações sobre grupo para idosos	26
Textos de apoio	27
Envelhecimento: limites e possibilidades	30
Objetivos	31
Trabalho e vivência da aposentadoria	31
Relações familiares e afetivas	33
Saúde e autonomia	35
Desvalorização social da velhice	36
Propostas de dinâmicas de grupo	37
Textos de apoio	40
Alimentação	42
Objetivos	43
Conteúdo básico	44
Pontos para reflexão e debate	52
Propostas de dinâmicas de grupo	53
Textos de apoio	55
Atividade física e postura corporal	57
Objetivos	58
Conteúdo básico	58
Cuidados gerais para evitar quedas	63
Pontos para reflexão e debate	64
Propostas de dinâmicas de grupo	64
Textos de apoio	68
Estresse	69
Objetivos	69
Conteúdo básico	70
Pontos para reflexão e debate	73
Propostas de dinâmicas de grupo	73
Textos de apoio	75
Sexualidade	77
Objetivos	77
Conteúdo básico	78
Pontos para reflexão e debate	83
Propostas de dinâmicas de grupo	83
Textos de apoio	84
Memória	86
Objetivos	87
Conteúdo básico	87
Propostas de dinâmicas de grupo	93
Textos de apoio	95

Depressão	98
Objetivos	98
Conteúdo básico	99
Pontos para reflexão e debate	102
Propostas de dinâmicas de grupo	102
Textos de apoio	104
Hipertensão arterial	106
Objetivos	106
Conteúdo básico	107
Pontos para reflexão e debate	111
Propostas de dinâmicas de grupo	112
Textos de apoio	114
Diabetes mellitus	115
Objetivos	115
Conteúdo básico	116
Pontos para reflexão e debate	121
Propostas de dinâmicas de grupo	121
Textos de apoio	122
Alterações osteoarticulares	124
Objetivos	124
Osteoartrose	124
Conteúdo básico	125
Osteoporose	128
Conteúdo básico	129
Pontos para reflexão e debate	134
Propostas de dinâmicas de grupo	134
Textos de apoio	136
Participação social e cidadania	138
Objetivos	138
Conteúdo básico	139
Pontos para reflexão e debate	140
Propostas de dinâmicas de grupo	140
Textos de apoio	143
Palavras finais	145

Prefácio

É com grande orgulho que apresentamos a série *Livros Eletrônicos: Programas de Atenção ao Idoso*.

O objetivo central dos conteúdos veiculados nesta série corresponde à disponibilização de informações que permitam a profissionais e técnicos, das mais distintas regiões do Brasil, o desenvolvimento de projetos voltados para a população idosa, com ênfase na área da saúde.

Fazem parte desse conjunto as seguintes publicações:

Repensando aposentadoria com qualidade: um manual para facilitadores de programas de educação para aposentadoria em comunidades, de autoria de Lucia Helena França;

A implantação de um centro de convivência para pessoas idosas: um manual para profissionais e comunidades, desenvolvido por Sidney Dutra da Silva;

Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos, coletânea de manuais e textos organizada por Mônica de Assis; e

Otimização cognitiva para idosos: um guia de atividades sobre memória para profissionais de saúde, tendo por autoras Tânia Guerreiro e Regina Rodrigues.

Trata-se de iniciativa da UnATI apoiada pelo Ministério da Saúde que, por meio de convênio estabelecido com a UERJ, financiou a produção dos textos aqui divulgados.

Sua implementação contou também com o apoio da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da UERJ, que propiciou suporte à infra-estrutura da UnATI e, de modo mais específico, ao nosso Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – CRDE. Por esses caminhos, a UERJ coloca-se na vanguarda da disseminação de informações qualificadas sobre a temática do envelhecimento voltadas para profissionais e interessados na implementação de serviços orientados para a população idosa.

Em afinidade com a evolução das tecnologias de informação e buscando investir em seus aspectos mais democráticos, optamos pela produção eletrônica dessa obra. Por esse meio, é possível acessar de forma ágil e livre o conteúdo integral das publicações.

Nos dias de hoje, vemos o crescimento dos processos de informatização acontecendo a passos largos – tanto quanto as polêmicas sobre a exclusão digital. Nesse cenário, temos estabelecido, por meio de nossa página na internet, uma política de investimentos em conteúdos e tecnologias de informação que, certamente, estão contribuindo para que a população idosa brasileira venha a ganhar em cidadania.

Renato Peixoto Veras
Célia Pereira Caldas
Shirley Donizete Prado

Apresentação

Há sete anos a equipe interdisciplinar do ambulatório Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI-UERJ vem desenvolvendo um trabalho educativo-assistencial, denominado *Projeto de Promoção da Saúde*, com o objetivo de contribuir na promoção do envelhecimento saudável.

Esta experiência tem como estratégia central a realização dos *Grupos Encontros com a Saúde*, um espaço semanal, ao longo de três meses, no qual idosos e profissionais de saúde partilham as tarefas de debater informações e de refletir sobre a saúde no envelhecimento.

No curso deste trabalho, surgiu a idéia de sistematizar a proposta educativa desenvolvida nos grupos para que servisse de apoio não só para os alunos e profissionais que deles participam, como também para profissionais de saúde e outros agentes educativos que buscam subsídios para o desenvolvimento de ações nesta área.

Esta sistematização teve como impulso o Projeto de Desenvolvimento de Tecnologias Educacionais (Convênio Ministério da Saúde – UnATI), em sua proposta de produção de materiais de apoio à formação de multiplicadores de ações educativas na área do envelhecimento.

O material que aqui apresentamos é fruto de um esforço coletivo de compreender e trabalhar a saúde, a partir de uma visão da educação como processo participativo de afirmação de sujeitos e construção de cidadania. Este referencial de atuação é apresentado na parte inicial do texto, na qual apontamos princípios que devem orientar o desenvolvimento de práticas educativas em saúde e o trabalho em grupo com idosos. São aqui destacadas a metodologia da Educação Popular em Saúde, traço que diferencia a experiência das ações

educativas tradicionais nos serviços, bem como a referência conceitual da promoção da saúde, a qual aponta inquietantes desafios no sentido de expandir os limites do trabalho institucional.

Em seguida, apresentamos a proposta de programação que foi sendo delineada através da experiência com os *Grupos Encontros com a Saúde*. Os temas abordados são: envelhecimento, fatores gerais de saúde (alimentação, atividade física, estresse, sexualidade, memória), algumas doenças comuns na terceira idade (hipertensão arterial, diabetes, alterações ósteo-articulares, depressão) e direitos sociais do idoso.

Em cada eixo temático, pontuamos sua relevância na questão da saúde e envelhecimento e traçamos as linhas gerais de como podem ser trabalhados nos grupos educativos, a partir de um roteiro com objetivos, conteúdo básico, sugestões de dinâmicas de grupo e algumas fontes bibliográficas para aprofundamento específico.

O conteúdo mínimo de cada tema foi aqui proposto a partir de um intenso processo de troca entre os profissionais que atuam nos grupos, momento que nos possibilitou repensar a experiência cotidiana e aprofundar o exercício de interação dos saberes, reforçando o pressuposto da necessária configuração de um campo de conhecimento comum a todos e vislumbrando uma produção final mais integrada, que fosse além da simples soma das partes. O resultado traduz o consenso que no atual momento a equipe considera um referencial de atuação. É útil ressaltar a postura atenta e crítica que deve ser adotada quando se atua com base em informações científicas. O conhecimento é dinâmico, histórico, e não raras vezes acompanhado de polêmica e contradições internas. Isto reitera a necessidade de permanente atualização da equipe e, sobretudo, de uma postura profissional que estimule o pensamento crítico, se abra ao diálogo com outras racionalidades e não se reduza à transmissão de informações.

As sugestões de dinâmicas de grupo resultaram de um trabalho de seleção e organização de todos os relatos de reunião dos grupos, sistematizados em relatórios anuais do projeto. Buscamos escolher as mais interessantes e significativas a partir de nossa experiência, procurando diversificar o tipo de técnica grupal para tornar disponível um leque maior de opções. A idéia é que as dinâmicas estimulem sua própria recriação/adaptação nos variados temas. As possibilidades de abordagens grupais são inesgotáveis e a criatividade é requisito desejável a um trabalho estimulante para idosos e profissionais.

Um cuidado que procuramos ter na redação deste material de apoio foi o uso de uma linguagem menos técnica e acadêmica, que fosse acessível a um grupo mais amplo que o de profissionais de saúde. A promoção do envelhecimento saudável é uma diretriz central da Política Nacional de Saúde do Idoso e o que se espera é que experiências nessa área sejam expandidas, podendo ser assumidas por agentes educativos que possam atuar como multiplicadores, mediante adequada preparação.

As propostas de trabalho aqui sugeridas não devem ser vistas como modelos aplicáveis a qualquer realidade. Temos claro o quanto o envelhecimento é uma experiência heterogênea, sobretudo em sociedades como a brasileira, tão marcada por desigualdades sociais e regionais. As questões de saúde devem, pois, ser definidas a partir da realidade local, contemplando a vivência e o interesse dos sujeitos, as doenças e agravos mais comuns e as questões sociais, econômicas e culturais imbricadas na busca do envelhecimento com qualidade de vida.

Independente dos conteúdos e formatos possíveis, o que pretendemos mostrar foi uma forma de trabalhar educação e saúde com idosos como encontro afetivo, politizante, de informação/reflexão sobre conhecimentos e trajetórias de vida, sintonizado com a abrangência do conceito de promoção da saúde.

Esperamos que o presente trabalho oriente e estimule o desenvolvimento de práticas educativas em saúde do idoso, por parte de todos os agentes que se disponham a atuar em prol do envelhecimento saudável em meio às adversidades de nosso contexto.

O trabalho se encerra destacando o papel estratégico da avaliação para o amadurecimento, coerência teórica e visibilidade das práticas educativas em saúde.

Promoção da saúde e envelhecimento saudável

Atualmente, a importância do desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde vem sendo destacada em nível mundial. Trata-se de uma idéia antiga na Saúde Pública e que tem origem no reconhecimento de que para a melhoria da saúde da população é necessário garantir o acesso a boas condições de vida e de trabalho.

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde definiu a promoção da saúde (...) *como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma* (WHO, 1986).

Nos últimos 20 anos, o conceito de promoção da saúde vem sendo debatido em diversos eventos internacionais que apontam diretrizes para as políticas de saúde.

De acordo com a visão mais recente, para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças.

Como apontado na Lei Orgânica da Saúde no Brasil (1990), a saúde da população é resultante do acesso ao conjunto de direitos sociais, tais como a paz, a segurança, a educação, o trabalho, a justiça, a moradia, a alimentação, o transporte e o lazer. É, portanto, multideterminada e depende de ações intersetoriais e integradas.

A promoção da saúde reconhece tais implicações e preconiza um conjunto de estratégias que incluem a implementação de *políticas públicas saudáveis* e a *criação de ambientes favoráveis à saúde* como

dimensões fundamentais da responsabilidade social da saúde. Isto significa que a saúde não deve se encerrar nas ações do próprio setor, mas envolver todas as áreas, governamentais ou não, cujas ações repercutam na qualidade de vida da população.

Esta visão encontra-se presente na Política Nacional do Idoso, na qual são previstas ações nas diversas áreas sociais, como saúde, previdência social, educação, habitação, trabalho, justiça, dentre outras. *A reorientação dos serviços* é uma estratégia da promoção da saúde necessária para que a lógica de articulação e integração das políticas possa na prática se efetivar.

Promover o envelhecimento saudável é, portanto, tarefa complexa que inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível, considerando os conhecimentos atualmente disponíveis.

É vital ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para manutenção da saúde no processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população em suas lutas por cidadania e justiça social. *O desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária* são outros campos centrais da promoção da saúde que compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar.

A Educação em Saúde, como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde é, nesse contexto, uma ação fundamental.

Ação educativa em saúde com idosos

Mônica de Assis
Teresinha Mello da Silveira

Por que, como e para que educar?

Saúde e educação são temas intimamente relacionados e interdependentes. Não é possível pensar em promover saúde sem educação, da mesma forma que o contrário também não seria verdadeiro. Por essa razão, é desejável que as práticas sociais nesse campo busquem sempre maior aproximação e intercâmbio.

Em toda sociedade, as formas de cuidados com a saúde são normalmente mediadas por processos educativos informais e institucionais presentes nas relações sociais. Nos serviços de saúde, na maior parte das vezes a ação de saúde envolve, em maior ou menor grau, um componente educativo que pode ou não ser potencializado.

Em nosso contexto não é ainda comum o reconhecimento e a valorização da educação nas práticas de saúde. Muitos profissionais desconhecem que educam mesmo quando não têm este propósito, enquanto outros reproduzem uma ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença e de educação como mera transmissão de informações.

Essa visão vem sendo questionada nas últimas décadas, a partir da referência teórico-prática da Educação Popular e do processo histórico em curso por mudanças conceituais e práticas no campo da saúde. Vem sendo reconhecido que não basta atuar visando à mudança de comportamento das pessoas sem considerar os inúmeros fatores que

predispõem ou limitam a relação de cada uma com sua saúde. Saúde tem a ver com qualidade de vida e a educação deve ser pensada, por isso, em seu sentido emancipatório, de constituição de sujeitos capazes de atuar individual e coletivamente em prol de uma vida melhor.

No sentido de fortalecimento da autonomia de indivíduos e grupos sociais, não basta apenas informar. A reflexão e o debate crítico sobre a saúde são ingredientes fundamentais. Daí a necessária desconstrução da polarização entre aquele que ensina e aquele que aprende. Ambos aprendem e ensinam, se enriquecem mutuamente com as experiências de vida, se fortalecem na mobilização pela promoção da qualidade de vida no envelhecer.

As práticas educativas devem abrir espaços ao diálogo efetivo sobre saúde, no qual seja valorizada a forma como cada pessoa lida com a saúde/doença no cotidiano, as dificuldades que enfrenta e as alternativas que utiliza no atual contexto de alta exclusão social. Espaços nos quais o saber técnico-científico possa ser compartilhado e se abrir à interação respeitosa com a cultura popular, ampliando as visões de ambos os lados, num processo de construção compartilhada do conhecimento.

Esta aproximação tem especial significado quando o tema é a saúde do idoso. A desvalorização social da velhice e sua associação imediata à doença desestimulam muitas vezes o idoso a ter uma postura de maior investimento em sua saúde, como se nada pudesse repercutir positivamente ou amenizar limitações em face do avançar dos anos.

De outra parte, o aprendizado junto aos serviços de saúde tende a não ser também estimulante. Limita-se freqüentemente à burocrática e repetitiva prescrição de remédios para o controle de doenças crônicas e, quando muito, volta-se às orientações para a mudança de hábitos de vida, que acabam sendo “prescritas” como se fossem remédios, sem

conexão com a vida prática de cada pessoa, sua disponibilidade, interesse e condições efetivas para o autocuidado.

As ações educativas em saúde procuram romper com este papel de objeto tradicionalmente dado à população, buscando, a partir do encontro afetivo entre agentes educativos e idosos, recuperar para estes:

- direito à informação e ao debate crítico sobre aspectos gerais de saúde e sobre prevenção e controle de doenças e agravos no processo de envelhecimento;
- sentido de humanidade, pelo reforço da auto-estima e reconhecimento e valorização de sua história de vida, suas percepções sobre a velhice e seus direitos e possibilidades de ação;
- sentido da autonomia e o papel de sujeito político na construção da dignidade do envelhecer.

Este potencial existe, com maior ou menor limite, em todas as relações terapêuticas e/ou que envolvam saúde. Um atendimento individual pode e deve ser um momento de rico aprendizado mútuo. É nos grupos, entretanto, que há condições mais propícias ao seu desenvolvimento, como a maior disponibilidade para a apreensão e debate de informações e a troca de experiências entre os participantes. O grupo é o espaço privilegiado para ações educativas em saúde. É por essa razão que é especialmente relevante conhecer o que acontece no espaço grupal.

O trabalho com grupos

O ser humano nasce, cresce e morre em grupo. No grupo ele aprende, se desenvolve, se modifica, se protege, se arrisca, se identifica e se diferencia.

As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes. A dinâmica grupal permite que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente. É por isso que as instituições que fazem trabalhos multidisciplinares utilizam, além do atendimento individual, as práticas grupais.

Os pequenos grupos, ou seja, aqueles nos quais as pessoas podem ver umas às outras, são úteis para informar, esclarecer e estimular a reflexão sobre temas diversos, sendo muito usados nas áreas da educação e da saúde. Eles podem levar seus membros a melhorar sua qualidade de vida, como os grupos de promoção de saúde; favorecer a modificação de hábitos, como o grupo de obesos; dar apoio emocional e prático, como é o caso dos grupos para familiares de pacientes crônicos; ou ainda ter objetivos psicoterapêuticos.

Por tudo que podem favorecer, os grupos são importantes em qualquer idade. Existem, no entanto, aspectos que se destacam em cada uma das etapas do curso de vida. A criança aprende a se socializar em grupo. O adolescente se identifica com os companheiros de sua faixa de idade e se sente mais seguro. O adulto troca experiências, aumentando o seu repertório de respostas frente ao mundo. O idoso encontra fundamentalmente suporte social, suporte esse que vai apoiar seu aprendizado, suas mudanças e, mais que tudo, permitir o relacionamento interpessoal tão necessário neste estágio da vida.

O que é grupo?

Grupo é um conjunto de pessoas que têm um objetivo em comum. Os grupos têm fenômenos e dinâmicas próprias diferentes do encontro individual. Dependendo do objetivo do grupo ele pode ser chamado de

grupo operativo ou de grupo terapêutico. Os grupos operativos têm como objetivo a realização de uma tarefa, como por exemplo, aprender. Os grupos terapêuticos pretendem mudanças e/ou extinção ou alívio de sintomas variados.

Dinâmica, fenômenos e funcionamento grupal

Num grupo, a maneira como cada participante se apresenta vai refletir nos outros, que influirão no primeiro e nos demais, que por sua vez também agirão de determinada maneira, criando uma dinâmica própria.

A dinâmica grupal é realizada por meio do papel e da função que cada um representa a cada momento. Um componente fala mais e o outro menos, um é colaborador e outro é alheio, um é julgador e o outro é benevolente, assim por diante. Esses papéis variam de pessoa para pessoa e de momento para momento. Assim, uma pessoa que num momento se mostra como precisando de ajuda, num outro pode se mostrar auto-suficiente, por exemplo.

No grupo também são expressos alguns fenômenos que o caracterizam. Um deles é a coesão, que se refere à tentativa do grupo de se manter sempre unido. Um outro fenômeno são as resistências que surgem impedindo ou dificultando que o grupo atinja suas metas.

Por intermédio de sua dinâmica interna, o grupo caminha até alcançar seus objetivos. A interação dos seus membros possibilita ou não a realização da tarefa. Nesta interação estão presentes solidariedade, cooperação, competição, acolhimento, rejeição, riscos, tudo numa dosagem adequada para que seus membros se movimentem sem sofrerem maiores danos.

Quando o intercâmbio grupal obtém êxito, a mudança é potencializada e os participantes se transformam. No caso das pessoas

com mais idade, o acúmulo de experiência conduz à integração do conhecimento de tal forma que elas se tornam mais enriquecidas, favorecendo sua sabedoria. Para tanto o grupo precisa estar motivado e confiante, e aí entram as habilidades do coordenador.

A equipe e o papel da coordenação

Além da experiência na dinâmica de trabalho com grupos, o coordenador deve ter conhecimentos sobre o tema a ser tratado e sobre a clientela que comporá o grupo.

O coordenador deve ser sensível, empático, acolhedor e, ao mesmo tempo, firme e hábil para estabelecer limites. Uma atitude democrática, capaz de ouvir e acatar as diversas opiniões, é fundamental para que o grupo possa caminhar num clima de confiança mútua, confiança essa que será a base para a dinâmica que irá se desenvolver.

Quando há mais de um coordenador, eles devem se completar. Nos grupos de promoção da saúde dá-se preferência a coordenadores de áreas diferentes, pois poderão contribuir mais, a medida que têm diferentes compreensões de um mesmo assunto.

Ao final de cada encontro, eles devem conversar com muita sinceridade sobre suas intervenções. Este hábito facilita que a dupla de coordenadores se entrose mais rapidamente, aumentando a possibilidade de um bom resultado dentro do que se espera. Além do mais, o entrosamento ou não dos coordenadores é captado pelo grupo, que reagirá positiva ou negativamente, conforme o caso.

A coordenação tem o papel de facilitar, mediar, aproveitar, valorizar e reforçar as falas adequadas; mostrar a importância das diferenças; interferir nos impasses; esclarecer sem rigidez; quebrar estereótipos e criar um clima de confiança.

O sucesso de um grupo depende dos participantes e da coordenação. No entanto, há sempre o risco de ruptura. Eis alguns exemplos de situações potencialmente desagregadoras e de formas de mediação:

- a competição exagerada de um dos membros que acha que sabe mais que os outros é perigosa e o coordenador deve mostrar que tudo que é dito tem importância;
- existem pessoas que adoram dar conselhos de cunho moralista ou preconceituoso. Esta é mais uma questão perigosa que pode ser diluída se o coordenador perguntar como cada um vive a situação;
- as pessoas mais silenciosas devem ser estimuladas a falar, embora devam ser respeitadas se não o quiserem;
- as pessoas que desvalorizam os sentimentos dos outros devem ser indagadas sobre como se sentiriam diante de fato similar;
- as pessoas que fogem do tema, devem ser indagadas sobre qual é a relação entre o que elas estão falando e o tema proposto.

Assim, cada comportamento de resistência pede uma forma de intervenção do coordenador. A principal atribuição do coordenador, contudo, é de incentivar a troca de experiência entre os participantes. Os componentes do grupo aprendem muito mais com a experiência do companheiro do que com qualquer informação do coordenador. Aliás, o coordenador deve, dentro do possível, se abster de dar recomendações.

Como organizar os grupos

A metodologia inclui três momentos do grupo: planejamento, execução e avaliação.

O *planejamento* abarca as atividades anteriores ao início do grupo. Nesta etapa é preciso pensar em diversos aspectos:

- local;
- tamanho do grupo;
- número de encontros;
- periodicidade;
- tempo de cada encontro;
- temas a serem discutidos;
- técnicas utilizadas;
- recursos auxiliares;
- critérios de seleção dos participantes;
- seleção;
- coordenação.

Um grupo operativo de caráter informativo ou reflexivo sobre determinado assunto deve ter de 6 a 12 pessoas. O espaço deve permitir que as pessoas possam ficar em círculo, visíveis uma às outras. Cada encontro deve ter no mínimo 60 e no máximo 120 minutos. Os encontros podem ser semanais ou quinzenais, durante o tempo necessário para que os temas escolhidos sejam devidamente trabalhados.

Há de se cuidar para que as pessoas selecionadas para participar sejam aquelas que possam se beneficiar e contribuir para que os outros membros também se beneficiem da troca que vai ocorrer no grupo. Para isso é importante observar a coerência entre os objetivos do trabalho e as necessidades e motivações das pessoas envolvidas.

As atividades programadas devem ser de interesse das pessoas que vão compor o grupo. Para isso é importante envolver os participantes na programação. No caso de pessoas idosas é comum o interesse por atividades lúdicas e/ou festivas, por comunicação oral, por relato de experiência, por trabalhos artísticos, relaxamento e música.

Deve-se evitar, por razões óbvias, exercícios que exijam muito esforço físico ou rapidez. Conhecer as pessoas que vão participar facilita a escolha das técnicas que serão usadas.

A coordenação de grupos de promoção da saúde pode ser composta por profissionais de saúde das diversas áreas, agentes de saúde ou pessoas que já desenvolvem trabalhos comunitários com a população (líderes comunitários, professores, etc.). O fundamental é que essas pessoas possam ser treinadas e capacitadas nos temas a serem abordados.

A *execução* refere-se à maneira como o grupo é conduzido desde o primeiro momento até o seu término.

Desta forma, o coordenador começa acolhendo os membros do grupo, promovendo as devidas apresentações e facilitando o entrosamento dos diferentes membros. Ele poderá propor que cada um se apresente dizendo seu nome, por que está no grupo e o que espera dos encontros.

Verificar as expectativas e agir quando possível dentro delas é importante para alcançar as metas planejadas. Quando se percebe que algumas pessoas têm objetivos diferentes dos estabelecidos, é necessário esclarecer o que se pretende, no intuito de corrigir distorções. Por exemplo, se uma pessoa espera resolver conflitos familiares num grupo de informação sobre envelhecimento, deve ser esclarecido que esta não é a pretensão do grupo, podendo-se indicar um grupo terapêutico.

Também é nesta fase inicial que são estabelecidas em conjunto com o grupo as regras e normas de funcionamento que devem ser seguidas por todos os participantes. Essas regras marcam os limites do que deve e do que não deve ser feito no grupo. Discute-se o respeito aos horários, a duração dos encontros, a necessidade de estar presente, o respeito à opinião do outro, a importância da participação de todos, de

ouvir os companheiros, de não expor particularidades tratadas no grupo fora deste espaço, de não se colocar como quem sabe tudo e demais assuntos que for preciso esclarecer. A discussão efetiva e clara das regras do grupo reduz em muito os riscos de ruptura.

Depois dessa parte inicial, os sucessivos encontros devem obedecer a uma ordem lógica de prioridades, importância e dificuldades. De maneira geral, cada encontro começa com o coordenador lançando o tema, situando sua importância dentro da programação, e propondo a seguir uma forma de desenvolvê-lo, valendo-se das inúmeras técnicas de dinâmica de grupo e dos recursos audiovisuais e pedagógicos existentes.

Das técnicas usadas, as mais comuns são as expositivas. No entanto, podem ser usados outros meios como a expressão gráfica (escrita e desenho), as dramatizações, a utilização de gestos e expressão corporal, pinturas, trabalhos em dupla, música, relaxamento, vídeo, textos, recorte e colagem e tantos outros que sejam adequados para a assimilação do que se pretende passar. A utilização do tempo deve ser bem planejada para que todos os membros possam participar. Uma boa idéia é dividir o tempo em três etapas:

- preparação ou aquecimento – refere-se ao momento em que o tema é lançado, a proposta é feita e o grupo é estimulado a se envolver na tarefa;
- desenvolvimento – diz respeito ao tempo no qual os participantes estão envolvidos com a tarefa, realizando atividades e/ou buscando soluções;
- fechamento – é a etapa na qual são apresentadas as conclusões e o coordenador e/ou algum componente acrescenta algum ponto ou questão; uma breve avaliação com o grupo deve fazer parte do fechamento.

Ao término da programação global prevista para o grupo operativo deve ser feita uma avaliação mais ampla do trabalho realizado. Isto servirá para analisar os resultados do grupo e repensar os rumos a serem tomados no desenvolvimento do projeto.

Algumas considerações sobre grupo para idosos

Trabalhar com idosos implica em abrir mão de preconceitos e estereótipos sobre as possibilidades deles aprenderem. O coordenador deve ser o primeiro a acreditar no potencial de aprendizado e mudança das pessoas mais velhas pois, muitas vezes, presas a crenças distorcidas e prejudiciais, elas também não acreditam que seja possível.

Estereótipos comuns são, por exemplo, o de que as pessoas mais velhas são interessantes, sábias, ranzinzas ou desmotivadas. Os idosos têm tantas características de personalidade quanto qualquer adulto da população em geral. É preciso que o grupo ofereça apoio suficiente para que não haja proteção exagerada, para que o clima seja de confiança e os membros se identifiquem uns com os outros e, conseqüentemente, não se sintam sós.

Certamente as metas serão atingidas e mais que isso, ocorrerá o restabelecimento dos vínculos sociais, os participantes se sentirão úteis, ativos e com a sua auto-estima aumentada.

Facilitar grupos com idosos traz agradáveis surpresas pelos resultados obtidos. A pedagogia grupal é favorecedora da aprendizagem da pessoa idosa. A oportunidade de colocar em prática ali mesmo no grupo o que se aprendeu é um recurso a mais.

Vale a pena lembrar que para uma assimilação que leve a mudanças devem ser consideradas as dimensões cognitivas, afetivas, emocionais e motoras. Essas dimensões devem estar presentes na pedagogia grupal.

Textos de apoio

ANDRADE, Suely Gregori. *Teoria e Prática de Dinâmica de Grupo: jogos e exercícios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 207 p.

ASSIS, Mônica de. Educação em Saúde: para além dos modelos, a busca da comunicação. *Estudos em Saúde Coletiva*. RJ, IMS-UERJ, nº 169, 1998. 30 p.

BLEGER, José. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. Trad: Rita Maria Manso. Revisão: Luis Lorenzo Rivera, Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1980. 113 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília: 1990.

_____ *Lei nº 8842/94 Política Nacional do Idoso*. Brasília, 1994.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. *Promoção da Saúde e Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 1998. 157 p.

_____ *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 197-203, jul./ago. 1999.

GORDILHO, Adriano et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ, 2001. 92 p.

GURFEIN, Hadassah Neinam e STUTMAN, Gabrielle F. Psicoterapia de Grupo com Idosos. IN: KAPLAN, Harold I. e SADOCK Benjamin J. (Orgs.). *Compêndio de Psicoterapia de Grupo*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 636 p. p. 486-495.

KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud. IN: Organização Panamericana de Salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: OPS, (Publ. Cient. 557), 1994. 403 p. p. 235-245.

MINICUCCI, Agostinho. *Dinâmica de Grupo: Teorias e Sistemas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1993. 314 p.

MORAES, Nereide Herrera Alves e FAGUNDES, Aristel Gomes Bordini. A promoção da saúde e a construção de políticas para o setor. *Promoção da Saúde*. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, ano 1, n. 2, p. 11-14, nov./dez. 1999.

Organização Panamericana de Salud. *Promoción de la Salud: una Antología*. Washington: OPS, 1994 (Publ. Cient. 557). 403 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Desenvolvimento Social. *Caderno de Educação em Saúde: percepções teóricas e metodológicas*. Pernambuco, 1998. 140 p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde. IN: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. 281 p. p. 11-20.

ZIMERMAN, Guite. Grupos com Idosos. IN: ZIMERMAN, David. E. e OSORIO, Luís Carlos. *Como Trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424 p. p. 331-342.

Envelhecimento: limites e possibilidades

Mônica de Assis

A reflexão sobre envelhecimento é um ponto de partida para a abordagem do tema saúde. A forma como a pessoa lida com as mudanças no processo de envelhecimento repercute inevitavelmente na relação que ela estabelece com o seu próprio corpo e saúde.

Os preconceitos quanto à velhice em nosso meio levam, muitas vezes, à percepção desta fase da vida como se fosse necessariamente marcada pelo declínio absoluto e progressivo da saúde. As doenças dos idosos são vistas como naturais, inevitáveis, próprias da idade, perdendo-se de vista suas implicações sociais e as possibilidades de prevenção, cuidados e reabilitação.

É preciso, portanto, trazer o envelhecer para o debate, conhecer as formas através das quais os idosos lidam com as questões do envelhecimento no cotidiano, identificando preconceitos e ampliando as possibilidades de estratégias e ações pela saúde em seu curso de vida.

A mobilização pela saúde, seja no plano individual (investimento no autoconhecimento e no autocuidado) ou coletivo (participação social pelos direitos de cidadania), requer uma boa auto-estima e disposição diante da vida. Não é possível trabalhar neste sentido sem perceber de que maneira os sujeitos vivenciam seu envelhecimento e enfrentam as questões de seu cotidiano.

Os limites e dificuldades ligados à velhice devem ser vistos de forma crítica, buscando-se problematizar as influências culturais e ideológicas que marcam a visão do idoso em nossa sociedade. Isto não significa dizer que não existam situações difíceis (sobretudo referentes às perdas afetivas e ao luto), mas que é necessário contextualizá-las para que se possa perceber como as determinações sociais (pobreza,

insuficiência das políticas, exaltação dos valores da juventude, etc.) contribuem para uma vivência negativa do processo de envelhecer.

Objetivos

- Estimular a reflexão sobre o envelhecimento como processo contínuo de mudanças no curso de vida.
- Favorecer a percepção crítica quanto às implicações socioculturais dos limites e dificuldades comuns na velhice.
- Estimular as potencialidades e a retomada/descoberta de projetos de vida.

Este tema é basicamente vivencial, não há conteúdos informativos previamente definidos, devendo ser abordado de forma a garantir a expressão de todos os participantes. A coordenação deve trabalhar com os temas que emergirem e, oportunamente, destacar alguns aspectos relevantes polemizados na literatura gerontológica, traduzindo-os em questões para o debate. Alguns destes temas são abordados a seguir.

Trabalho e vivência da aposentadoria

A aposentadoria é um dos marcos do envelhecimento que traz em si grande ambigüidade. O afastamento do trabalho produtivo, quando efetivamente acontece, é vivenciado pelos idosos como possibilidade de dedicação a atividades prazerosas e gratificantes ou como empobrecimento e desqualificação?

Na realidade, aposentar-se pode ser negativo ou positivo em função de aspectos relacionadas ao trabalho em si (desgaste físico e mental, interesse pela atividade, satisfação profissional, remuneração, rede de amizades), bem como à vida do indivíduo de modo geral (estado de saúde, segurança econômica, projetos futuros). Ou seja,

depende do que o trabalho representava na vida da pessoa e de suas condições de vida, as quais vão determinar as possibilidades disponíveis no período após a aposentadoria.

As vivências dos idosos quanto à aposentadoria e à relação com o trabalho podem ser as mais diversas, como mostra o quadro abaixo.

Alguns aspectos da aposentadoria

NEGATIVOS	POSITIVOS
Diminuição dos contatos sociais	Maior tempo livre
Empobrecimento	Exercício de novas habilidades
Sentimentos de inutilidade, "vazio"	Redefinição do ser produtivo
Baixa auto-estima	Sentimento de dever cumprido

A questão econômica da aposentadoria é de especial relevância e não pode ser desconsiderada. A imensa maioria dos aposentados no Brasil tem rendimento em torno de um salário-mínimo, o que limita as possibilidades de gozar o tempo livre com tranquilidade, bem como obriga muitos idosos a reingressar no mercado de trabalho por estrita questão de sobrevivência.

É um fato também que à perda econômica soma-se, em muitos casos, um sentimento de perda da identidade social e do próprio sentido da vida, especialmente quando o trabalho ocupa o centro quase exclusivo de interesse e dedicação do indivíduo.

A conotação pejorativa de inativos atribuída aos aposentados contribui para este sentimento e tende a forçar a idéia de aposentadoria como benesse ou concessão do Estado, perdendo-se de vista seu sentido de direito conquistado pelos trabalhadores.

É importante a discussão sobre as oportunidades de requalificação e reingresso do idoso ao mercado de trabalho – por certo ainda escassas

– mas também sobre a necessidade do indivíduo poder identificar novas formas de ser produtivo e criativo, não necessariamente ligadas à lógica do trabalho e da produção que marca a nossa sociedade.

Pontos para reflexão e debate

- Valor insuficiente das aposentadorias – dificuldades para satisfação das necessidades básicas e limites para ocupação do tempo livre.
- Reingresso no mercado de trabalho: desejo X oportunidades.
- A escassez de opções para a manutenção de vida social dos aposentados.
- A importância dos programas de preparação para a aposentadoria.
- A questão da aposentadoria dos que ficam desempregados precocemente por estarem “velhos” – experiência e maturidade X valores da juventude.

Relações familiares e afetivas

No âmbito das relações familiares, o sentido de perda da ocupação e tendência à solidão podem também surgir como consequência do esvaziamento da casa, motivado pela independência dos filhos ou pela viuvez. Por outro lado, o desemprego, as questões financeiras e o crescente número de separações entre os mais jovens têm gerado uma tendência oposta, de agregação familiar pela dificuldade de emancipação.

O suporte familiar inadequado e os conflitos gerados pela convivência relacionam-se muitas vezes, a questões práticas da vida, resultando na falta de condição, tempo e/ou interesse de adultos e

jovens para o contato estreito com seus familiares idosos. Para isso contribue o acelerado ritmo das mudanças tecnológicas e de valores sociais que torna um desafio a comunicação e a busca de interesses comuns entre as gerações.

O relacionamento afetivo no âmbito familiar é um dos principais fatores de equilíbrio e bem-estar dos que envelhecem. A reflexão junto aos idosos visa a estimular um olhar mais amplo sobre as questões afetivas envolvidas, contextualizando a realidade das famílias, os impasses de ordem material e emocional e as possibilidades de remapeamento das relações familiares, com base no respeito e na solidariedade intergeracional.

A fragilização pelo luto, a solidão e a dificuldade de recomposição e/ou reconstrução da vida afetiva na velhice são outros fatores que debilitam a saúde dos idosos. A viuvez e a morte de contemporâneos tendem a mobilizar nos indivíduos a sua condição de confronto com a morte, não exclusiva da velhice, porém bem mais real nessa fase.

É importante que os sujeitos possam elaborar seus lutos e progressivamente reorganizar sua existência. Daí a importância de oportunidades sociais de inserção dos idosos para que projetos de vida possam ser construídos e/ou retomados, possibilitando ao indivíduo ter um horizonte de futuro e com isso revitalizar seu presente.

Pontos para reflexão e debate

- Impacto das transformações tecnológicas e o intercâmbio de gerações.
- A importância da afirmação do espaço do idoso na família.
- Velhice = intolerância e rabugice?
- A presença da morte e da doença em todo ciclo vital.

Saúde e autonomia

A associação de velhice à doença e decadência é fortemente arraigada no imaginário social. Para isso contribui o próprio modelo médico tradicional ao definir o envelhecimento em termos de déficit e involução.

Entretanto, em que pese o declínio biológico no decorrer dos anos, velhice não é igual à doença e incapacidade, pois o organismo trabalha com níveis diferenciados de reserva e superávit. Além do que, é possível evitar, contornar e/ou controlar muitos problemas de saúde comuns nessa etapa por meio de condições de vida e assistência adequadas.

As alterações da saúde com o envelhecimento podem contribuir de modo considerável para a redução dos vínculos sociais dos idosos. As perdas sensoriais (déficit visual e auditivo), os problemas ósteo-articulares, os déficits cognitivos, dentre outros, são fatores que interferem na autonomia e independência dos que envelhecem, prejudicando a sua sociabilidade e bem-estar.

Nas práticas educativas é importante alertar para papel da promoção da saúde ao longo da vida como forma de reversão gradual da imagem da velhice como sinônimo de doença. Por intermédio de políticas públicas adequadas é possível, sem sombra de dúvida, ampliar as possibilidades de envelhecimento saudável e garantir condições mais dignas de lidar com as questões de saúde/doença dos idosos.

Pontos para reflexão e debate

- A qualidade de vida e seu impacto para a saúde no envelhecimento.

- O papel do sistema de saúde na manutenção da capacidade funcional.
- A velhice dependente e a necessidade de suporte social e políticas públicas.
- Autocuidado e o contexto social – possibilidades e limites para escolhas saudáveis.
- Os programas para a terceira idade e seu papel na promoção da saúde.

Desvalorização social na velhice

O que é ser velho em nossa sociedade? Como é envelhecer em um contexto cultural no qual predominam os valores ligados à produtividade, beleza e juventude?

Este tópico refere-se aos preconceitos e tabus que, incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam a tendência de segregação dos mais velhos, sustentada pela idéia de que são pessoas que existiram no passado e que aguardam seu momento de “sair inteiramente da cena do mundo” (Birman, 1994).

De que maneira isto interfere no investimento do sujeito em sua vida presente? Como os estereótipos do que é ser velho podem limitar a capacidade desejante e criativa do indivíduo que envelhece?

A percepção crítica desses aspectos é aqui o objetivo principal. A partir das vivências cotidianas de preconceitos e desqualificação da velhice, assim como das formas de resistência e contradição, a prática educativa vai desenhando um novo contexto cultural, no qual o respeito flua da percepção de que velho não é o “outro”, mas, antes de tudo, expressão de nossa humanidade na trajetória vital.

Pontos para reflexão e debate

- Os padrões de beleza e juventude – sentidos para a sociedade de consumo.
- Temporalidade e velhice – passado, presente e futuro.
- O que “não fica bem para a idade” x direito à singularidade.
- Desrespeito aos direitos do idoso.

A visibilidade social das questões do envelhecimento é um convite à reflexão dos idosos e de toda a sociedade, para que possam rever atitudes que reproduzem estigmas e desenvolver um olhar que considere a humanidade do velho, seu papel enquanto sujeito que tem uma história pessoal, uma vivência de trabalho e relações sociais, gostos, habilidades e interesses. Traduzindo em ações: o que pode ser feito para favorecer seu potencial de crescimento e realização, o que pode ou não ser mudado, o que contribui para o seu bem-estar e dignidade enquanto pessoa.

É também um convite à reflexão sobre o próprio envelhecimento, de que maneira estabelecer reservas físicas e emocionais que permitam, na terceira idade, manter o ânimo e vigor para desenvolver o potencial de aprendizado, lazer e sociabilidade que o tempo, finalmente mais livre, pode proporcionar.

Propostas de dinâmicas de grupo

Refletindo sobre mudanças na trajetória do envelhecimento

O coordenador solicita que cada membro do grupo pense em seu processo de envelhecimento e que identifique as mudanças que têm

marcado essa trajetória (pode ser utilizada aqui uma proposta de relaxamento). Após esse momento, cada participante deve registrar em dois pedaços de papel o que considera em sua vida uma mudança positiva (ganho) e uma mudança negativa (perda/limite). Os papéis são colados em uma cartolina presa à parede e, em seguida, lidos em conjunto para o grupo. A partir dessa visão geral, que pode ser comentada pelo coordenador e/ou participantes, são definidos os temas centrais de discussão, abrindo-se para as falas individuais e posterior debate.

Trabalhando com grupos temáticos

O coordenador introduz brevemente o tema do envelhecimento e propõe o debate em subgrupos (mínimo de três pessoas) de alguns aspectos específicos, como: família, trabalho/aposentadoria, previdência/recursos econômicos, saúde, lazer e sociabilidade. Esses temas são sorteados e cada subgrupo deve debatê-lo à luz das experiências e conhecimentos individuais, registrando posteriormente as principais idéias em um cartaz. Esgotado o tempo proposto (em torno de 40 minutos), abre-se o grupo para a apresentação de cada tema pelos subgrupos, seguindo-se o debate. O coordenador fecha o trabalho procurando sintetizar as principais questões apontadas e solicita que cada participante expresse, em uma palavra, o que ficou de mensagem ou idéia mais significativa sobre o tema envelhecimento.

A história de vida de cada um

O coordenador inicia o trabalho com uma técnica de relaxamento e propõe uma reflexão sobre a história de vida de cada um até o momento atual, com destaque para as mudanças ocorridas no processo

de envelhecimento. Em uma folha grande de papel colocada no centro da sala, cada pessoa deve traçar uma linha simbolizando a sua trajetória de vida e assinalará com um sol os momentos mais alegres e gratificantes e com chuva os momentos mais difíceis. Abre-se um momento para os depoimentos pessoais e troca de experiências. O coordenador destaca os pontos mais significativos e lê para o grupo, ao final, uma pequena mensagem (texto, poesia, notícia de jornal ou revista) que, partindo do balanço sobre aspectos positivos e negativos do envelhecimento, ressalte e estimule as possibilidades de realização na velhice.

Um bom envelhecer

Usando uma cartolina em branco afixada na parede, o coordenador propõe a construção conjunta com o grupo sobre o que poderia ser considerado um "bom envelhecer". Após essa idealização, o grupo é dividido em dois subgrupos para discussão sobre os aspectos que facilitam e que dificultam o bom envelhecimento. Cada subgrupo deve sintetizar as idéias principais em um cartaz com gravuras, desenhos e/ou frases e, em seguida, apresentá-lo para discussão geral no grupo. O coordenador estimula o debate a partir dos pontos levantados e encerra o trabalho ressaltando a necessidade da busca individual e coletiva do envelhecimento com qualidade de vida.

A árvore e os frutos

A partir de uma árvore de cartolina na parede que simboliza a vida, o coordenador introduz uma reflexão sobre o envelhecimento e pede que cada participante escreva em pedaço de papel, na forma de maçã ou outro fruto, o que o envelhecimento trouxe na vida de cada um

como conquista, realização, dificuldades ou limites. Os frutos são colados à árvore e, após leitura geral, abre-se para aprofundamento e debate em torno das experiências. Na segunda parte, é solicitado ao grupo que “adube a árvore da vida”, registrando em pequeno pedaço de papel e colando na raiz da árvore, o que deveria ser mudado para que bons frutos possam ser mais acessíveis aos idosos. O coordenador encerra o trabalho sintetizando e ampliando, se necessário, os caminhos de construção social do envelhecimento saudável.

Textos de apoio

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento e suas conseqüências sociais. IN: Caldas, Célia Pereira (Org.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1998. 213 p. p. 39-48.

BEAUVOIR, Simone de. *A velhice*. São Paulo: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BERNARDES, D.A.M. Aposentadoria x Cidadania. *A terceira idade*. Sesc-São Paulo, ano XI, n. 19, abril, 2000.

BIRMAN, Joel. O futuro de todos nós. Temporalidade, memória e Terceira Idade na Psicanálise. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1995. 110 p. p. 29-48.

CALDAS, Célia Pereira. Memória, Trabalho e Velhice. Um estudo das memórias de velhos trabalhadores. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1997.

DEBERT, Guita Grin. As Representações (estereótipos) do Papel do Idoso na Sociedade Atual. IN: *Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional. Uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS, SAS, 1996.

FRANÇA, Lúcia M. e SOARES, Neusa Eiras. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1997.

FRUTUOSO, Dina. *A terceira idade na universidade: relacionamento entre gerações no terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha, 1999. 162 p.

LAZAETA, Carmem Barros. Aspectos sociales del envejecimiento. IN: PÉREZ, Elias Anzola et al. (Editores) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington, D.C., OPS, 1994. (Publicação Científica 546) 488 p. p. 57-66.

MOTTA, Edith Magalhães. Envelhecimento Social. IN: SALGADO, Marcelo Antônio (Org.). *Gerontologia Social. Teorias do Envelhecimento*. Rio de Janeiro: CBCISS, 1990. p. 40-93 (Temas Sociais n. 230).

NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Qualidade de vida e Idade Madura*. Campinas, S.P: Papyrus, 1993.

Alimentação

Liliane Carvalho Pacheco
Maria Fátima Garcia de Menezes

A alimentação é um dos fatores centrais para a saúde e qualidade de vida do indivíduo. Um padrão alimentar equilibrado proporciona melhor condição de saúde e contribui diretamente na prevenção e controle das principais doenças que acometem os idosos, como constipação intestinal, excesso de peso corporal, dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, câncer e outras.

Algumas alterações no processo de envelhecimento podem afetar o padrão alimentar do indivíduo, tais como a diminuição das papilas gustativas, com prejuízo do paladar; redução do olfato e da visão; diminuição da secreção salivar e gástrica; falha na mastigação pela ausência de dentes ou uso de próteses impróprias; redução da motilidade intestinal.

Tais mudanças se dão individualmente, afetando diretamente o apetite, o reconhecimento alimentar, a habilidade de se alimentar, de digerir e absorver os alimentos. Além destas limitações físicas, o padrão alimentar do idoso também é afetado por questões econômicas, isolamento social e depressão, além do uso de muitos medicamentos que interferem no aproveitamento adequado dos nutrientes.

Abordar a alimentação envolve refletir inicialmente a complexidade da construção de um comportamento ou hábito alimentar. O que se compra, as formas de preparo, a organização em diferentes refeições e em diferentes momentos da vida fazem parte do que se chama hábito alimentar. Este não pode ser considerado apenas como fato individual. Um hábito alimentar é uma construção coletiva,

permeada por diferentes fatores que atuam de forma interligada, tais como:

- a disponibilidade objetiva do alimento, isto é, se é produzido e/ou comercializado;
- o conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos e sua relação com a saúde;
- a situação econômica, que define o acesso aos alimentos;
- a cultura e os aspectos simbólicos de ordens distintas – o que é comestível, os tabus e crenças, a origem histórica da formação alimentar brasileira, a pressão da propaganda e da indústria de alimentos (a praticidade substituindo o gosto), a religião, o pertencimento a um grupo etário, os rituais alimentares em festas e lazer.

Atualmente a urbanização e a globalização vêm influenciando o hábito alimentar significativamente, estimulando a preferência por alimentos ricos em gorduras e açúcares e pobres em fibras.

Dessa forma, compreende-se que o processo de mudanças no hábito alimentar envolvem diversos fatores. Não é apenas a aquisição de novos conhecimentos científicos que garantem uma mudança de comportamento. Um desafio para os profissionais de saúde é ampliar a discussão sobre alimentação trazendo diferentes questões para o debate.

Objetivos

- Apresentar e discutir os princípios básicos de uma alimentação equilibrada.
- Estimular a reflexão acerca dos hábitos alimentares e suas implicações psicológicas, sociais, econômicas e culturais.

Conteúdo básico

O que são os nutrientes?

Os nutrientes são substâncias essenciais ao organismo humano, presentes nos alimentos. Não existe alimento completo, isto é, capaz de suprir completamente as necessidades do organismo. Por outro lado, cada indivíduo possui uma necessidade própria de nutrientes e de energia diárias.

Assim, para desenvolver qualquer atividade como andar, falar, pensar, enfim, para o organismo funcionar, gasta-se uma quantidade de energia que precisa ser repostada. A energia necessária para esta reposição é encontrada nos alimentos e é medida em calorias. Desse modo, ao se consumir mais calorias do que se gasta, este excesso é armazenado no organismo sob a forma de gordura e, conseqüentemente, ganha-se peso. Da mesma forma, quando se ingere menos calorias do que se gasta, o organismo vai buscar as reservas armazenadas sob a forma de gordura e perde-se peso.

O equilíbrio entre consumo e gasto calórico é o princípio básico para a manutenção de um peso corporal saudável. O excesso de peso hoje tão comum na população adulta brasileira, atingindo cerca de 40% das mulheres e 27% dos homens, deve ser evitado, pois constitui fator de risco para doenças de alta prevalência em idosos, como hipertensão arterial, doenças cardio e cerebrovasculares, diabetes mellitus, câncer e osteoartroses.

Os nutrientes encontrados nos alimentos são apresentados a seguir.

- *Carboidratos* ou *açúcares* ou *glicídeos*: são úteis ao organismo como fonte de energia. Segundo sua complexidade, os carboidratos são classificados da seguinte forma:

- simples – monossacarídeos (como a glicose, a levulose e a galactose) e dissacarídeos (como o açúcar comum ou sacarose, do leite ou lactose, da fruta ou frutose e do malte ou maltose);
- complexos – são os polissacarídeos, como o amido, o glicogênio e a celulose. A celulose está presente nos cereais e leguminosas, ricos em fibras. Os carboidratos complexos são absorvidos mais lentamente que os simples, concentrando-se menos no sangue.
- *Proteínas*: são responsáveis pela construção, manutenção e reparação dos tecidos do organismo. São formadas por unidades menores chamados de aminoácidos. Desse modo, diferentes combinações de aminoácidos dão origem às diversas proteínas. O organismo humano necessita formar suas próprias proteínas a partir dos alimentos que ingere. As proteínas que são formadas por grande quantidade de aminoácidos essenciais são chamadas de proteínas de alto valor biológico ou completas. Pertencem a este grupo as proteínas do ovo, do leite e derivados e das carnes. Outras proteínas não apresentam aminoácidos essenciais em quantidade suficiente. Estas, recebem o nome de proteínas incompletas ou de baixo valor biológico. São, geralmente, as de origem vegetal, e devem ser consumidas em associação às proteínas de origem animal ou combinando-se várias fontes de proteínas vegetais.
- *Lipídeos* ou *gorduras*: são considerados a “reserva de combustível” do indivíduo. São altamente calóricos e servem de proteção a diversos órgãos delicados, bem como contra o frio. Também são responsáveis pelo transporte e absorção das vitaminas lipossolúveis, isto é, que só são absorvidas na presença de gordura. São encontradas em alimentos de origem

animal (carnes, manteiga, gema do ovo, leite) e vegetal (óleos, azeite de oliva, amendoim, nozes). Atualmente recomenda-se uma ingestão reduzida de gorduras na dieta, dando-se preferência às gorduras insaturadas presentes nos óleos vegetais, que não contêm colesterol, e ainda contribuem para a redução do colesterol “ruim” (LDL) e aumento do colesterol “bom” (HDL), auxiliando assim, na diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares. O LDL colesterol se deposita na parede das artérias, formando as placas gordurosas que propiciam a aterosclerose. O HDL colesterol contribui para a remoção destas placas, diminuindo o risco de doenças cardiovasculares. Existem dois tipos de gorduras que se diferenciam na composição química e na forma como afetam o organismo. São elas:

- saturadas – encontradas em produtos de origem animal; sua alta ingestão tende a aumentar o nível de colesterol no sangue;
 - insaturadas – encontram-se nos alimentos de origem vegetal.
- *Vitaminas*: regulam o funcionamento do organismo e aumentam a resistência à doenças e infecções; podem ser encontradas em grande variedade de alimentos, principalmente frutas e hortaliças. São divididas em dois grupos:
- lipossolúveis – são absorvidas com outras gorduras e armazenadas nos tecidos; os excessos não são excretados pela urina, acumulando-se no organismo e tornando-se tóxicas. Pertencem a este grupo as vitaminas A, D, E e K;
 - hidrossolúveis – são aquelas que se dissolvem na água e são excretadas pela urina; pertencem a este grupo a vitamina C e as do Complexo B.

- *Minerais*: os principais são magnésio, ferro, cálcio, potássio, sódio, zinco, cobre, selênio, flúor e iodo, indispensáveis a muitos processos químicos do organismo. São encontrados em grande variedade de alimentos.
- *Fibras*: apesar de não serem classificadas como nutrientes, as fibras são essenciais para uma alimentação saudável, especialmente porque favorecem um bom funcionamento do sistema digestivo; são encontradas em frutas, vegetais e grãos; há dois tipos principais de fibra dietética:
 - solúvel – é encontrada na aveia, ervilhas, feijões, legumes, cevada, algumas frutas como maçã e frutas cítricas. Além dos benefícios no sistema digestivo, este tipo de fibra contribui para a diminuição dos níveis de colesterol sanguíneo, por meio do aumento da secreção biliar;
 - insolúvel – é encontrada no trigo, farelos, nozes, vegetais, grãos integrais, frutas e cereais. Auxilia no combate à constipação intestinal, alguns tipos de diarreia e sintomas de irritabilidade nos intestinos, além de reduzir o risco de hemorróidas.

É necessário alertar, porém, que consumo excessivo de fibras, agravado pela ingestão insuficiente de líquidos, pode causar obstrução intestinal, principalmente em pessoas idosas e inativas.

O que é alimentação equilibrada?

Os alimentos são agrupados de acordo com os principais nutrientes que apresentam e com a sua função que. Para uma alimentação equilibrada o indivíduo deve ingerir por dia um total de calorias que atenda às suas necessidades, levando em consideração o

sexo, a idade, o peso, a altura e nível de atividade física. Além da quantidade, que deve ser adequada, é importante observar a variedade.

A pirâmide alimentar (Figura 1) é um recurso pedagógico que auxilia a demonstração dos grupos de alimentos e suas diferentes funções no organismo, agrupando-os segundo a proporção em que devem ser incluídos no consumo diário.

Os alimentos são divididos em energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras. Deve-se utilizar em cada refeição pelo menos um alimento de cada grupo, de modo a fornecer todos os nutrientes essenciais às necessidades do indivíduo.

Esses alimentos devem ser consumidos em ordem decrescente, ou seja, deve-se consumir em maior quantidade os energéticos, seguidos dos reguladores, dos construtores e por último os energéticos extras, de consumo limitado.

FIGURA 1: PIRÂMIDE DE ALIMENTOS



Os grupos de alimentos

- *Energéticos*: fazem parte deste grupo todos os alimentos que apresentam em sua composição uma quantidade importante de carboidratos, cuja função é fornecer energia ao organismo para que ele a transforme em força, movimento e calor e possa realizar suas funções normais; são exemplos os cereais (arroz, pão, massas, milho, trigo, farinhas) e os vegetais feculentos (batata, inhame, mandioca).
- *Reguladores*: são responsáveis por "regular" as várias funções e reações químicas que ocorrem no organismo; fazem parte deste grupo as frutas e os verduras, que são ricas fontes de vitaminas, sais minerais e fibras.
- *Construtores*: neste grupo estão os alimentos que têm a função principal de fornecer material de construção e promover a manutenção do organismo, além da reparação do desgaste natural dos tecidos; incluem-se aqui todos os alimentos ricos em proteínas, como as carnes, ovos, leite e derivados, e as leguminosas (feijões, lentilha, grão de bico, ervilha seca e a soja).
- *Energéticos Extras*: composto pelas gorduras e óleos (azeite, margarina, manteiga, maionese), pelos açúcares e doces e pelas frutas oleaginosas (azeitona, noz, castanha de caju, amendoim), com a função de fornecer energia para as diversas atividades do organismo.

Medidas gerais para uma alimentação saudável

- Aumento do consumo de alimentos ricos em fibras na dieta – uso de alimentos integrais, hortaliças cruas, frutas com casca, sucos de frutas sem coar, leguminosas.
- Redução do consumo de gorduras saturadas – uso de preparações de carnes sem adição de gordura, leites e queijos com menor teor de gordura, óleos vegetais em vez de gordura animal.
- Substituição dos alimentos ricos em carboidratos simples pelos complexos, já que estes possuem outros nutrientes e não são tão calóricos, ou seja, estímulo ao consumo de cereais, grãos, raízes, frutas e legumes;
- Uso não abusivo de bebidas alcoólicas, altamente calóricas e sem outros nutrientes, predispondo ao excesso de peso corporal.
- Redução do consumo de sal e alimentos ricos em sódio por seu efeito na elevação da pressão arterial; uso de temperos naturais (salsa, cebolinha, coentro, manjericão, alho, cebola, limão) em substituição aos industrializados (ricos em aditivos químicos, muitos com sódio).
- Realização de 4 a 6 refeições por dia, em horários regulares e em pequenas quantidades.
- Ingestão de, no mínimo, dois litros de líquido por dia, nos intervalos das refeições, para melhorar o funcionamento intestinal e evitar a desidratação.
- Preferência para o consumo de alimentos da época, pois são mais baratos, nutritivos e saborosos.
- Mastigação adequada dos alimentos para facilitar a digestão e o aproveitamento dos nutrientes.

Questões que geram curiosidade e polêmica

Como conciliar uma dieta saudável sem que se abra mão do prazer de se alimentar? A alimentação é, muitas vezes, o único prazer do idoso. É um momento de interação social, de possibilidade de convívio, logo deve-se considerar as necessidades afetivas de cada indivíduo para que ele não perca o interesse em se alimentar. É importante salientar que a mudança de hábitos alimentares deve se dar de uma forma gradativa e permanente, para que o idoso incorpore este novo hábito em sua vida, sem proibições drásticas, levando o idoso a refletir sobre o que ele está comendo e que valores este alimento tem para a sua vida.

Como a mídia e a propaganda têm influenciado a alimentação da população? Deve-se ter cuidado ao analisar as informações veiculadas por intermédio destes meios. Normalmente há interesses econômicos em jogo e/ou estudos ainda iniciais e polêmicos. Não se deve aceitar como verdade inquestionável tudo o que é transmitido nos meios de comunicação.

É necessário tomar suplementos alimentares? Na maioria das vezes não, quando se faz uma alimentação balanceada e equilibrada; porém algumas situações podem levar o indivíduo a perder nutrientes essenciais que devem ser suplementados.

“Beliscar” entre as refeições é prejudicial? Não, desde que sejam escolhidos alimentos saudáveis e de preferência não muito calóricos, pois levariam a um acúmulo de calorias em excesso e conseqüente aumento do peso corporal.

Qual a diferença entre alimentos *diet* e *light*? *Diet* é um alimento que não contém açúcar. Este é substituído por edulcorantes ou adoçantes artificiais, como ciclamato de sódio, sacarina, aspartame e outros. Pode conter gordura, logo também pode ser calórico. *Light* é um

alimento com menor teor calórico ou energético, pois possui menor proporção de gordura e/ou açúcar. Vale a pena sempre comparar os rótulos destes alimentos com os ditos “normais”, pois a diferença pode não ser tão significativa e às vezes paga-se um preço maior por pouco ou nenhum benefício.

É importante ler os rótulos dos alimentos industrializados? Tal ação deve sempre ser feita para verificar a sua composição, uso de aditivos químicos e prazo de validade. Além disto, é muito importante verificar a integridade das embalagens.

O consumo de colesterol é dispensável ao organismo? Praticamente todo o colesterol que chega ao sangue é fabricado no fígado a partir do metabolismo de uma grande variedade de alimentos, principalmente os ricos em gorduras saturadas, sendo o suficiente para cobrir as necessidades diárias. Apenas uma pequena quantidade é absorvida diretamente dos alimentos ricos em colesterol como os ovos e mariscos. Logo, o consumo de colesterol dos alimentos é desnecessário, desde que se ingira uma quantidade adequada de gorduras. Porém, para evitar que se elevem os níveis de colesterol no sangue, é preciso também evitar o consumo de alimentos ricos em gordura, principalmente a saturada.

Pontos para reflexão e debate

- A importância da consciência alimentar e seu impacto na saúde.
- Alimentação variada e balanceada x limite econômico para acesso aos alimentos.
- A praticidade dos alimentos industrializados e as mudanças culturais dos hábitos alimentares.
- O prazer da alimentação e a construção de escolhas saudáveis.

Propostas de dinâmicas de grupo

Hábitos e alimentação saudável

O coordenador propõe um levantamento geral dos hábitos alimentares dos participantes do grupo e do conhecimento prévio dos mesmos sobre o que seria uma alimentação saudável. A partir daí, o coordenador faz uma exposição do conteúdo já descrito e mobiliza o grupo para a discussão sobre o que cada pessoa gostaria de mudar e quais as dificuldades que encontra para ter uma alimentação mais saudável.

Alimentação equilibrada

O grupo é dividido em subgrupos para produção de cartazes sobre “o que é uma alimentação equilibrada”, a partir de revistas e recortes de figuras. Após a tarefa, cada subgrupo apresenta o seu cartaz e o coordenador mobiliza a discussão com esclarecimento de dúvidas e conceitos básicos relacionados ao assunto. Posteriormente, o coordenador solicita ao grupo que reflita sobre as dificuldades mais comuns no dia-a-dia para manter uma alimentação saudável e aponte alternativas. Os pontos são anotados numa cartolina afixada na parede e segue-se a discussão.

Partindo de um questionário

É solicitado aos membros do grupo que preencham individualmente um pequeno questionário (*) sobre a sua alimentação diária. Concluída a tarefa, são formadas duplas para discussão mútua

das respostas. As duplas posteriormente apresentam para o grupo os aspectos discutidos, e abre-se o debate com o coordenador destacando informações sobre o tema, focando especialmente a questão das dificuldades encontradas para uma alimentação saudável.

(*) Questionário alimentar

- Quantas refeições você faz por dia?
- Quantos copos de água você bebe por dia?
- Que alimentos você combina em cada refeição?
- Que tipo de alimento você prefere?
- Você faz algum tipo de dieta? Como?
- Qual a sua maior dificuldade na alimentação?

Trabalhando com frases polêmicas

O coordenador introduz o tema abordando a importância da alimentação na saúde e lança a seguinte pergunta para o grupo: o que você acha que facilita e o que dificulta uma alimentação saudável? Os participantes devem expor suas opiniões e dúvidas e o coordenador oportunamente introduz os conceitos básicos. Posteriormente são sorteadas frases sobre questões polêmicas quanto à alimentação para que cada um leia e manifeste uma opinião, seguindo-se o debate.

Exemplos de frases para uso em dinâmicas de grupo

- Os alimentos que você consome são saudáveis?
- Como você vê a questão dos agrotóxicos?
- Você costuma ler os rótulos dos alimentos?
- Você tem dificuldade para manter um peso saudável?
- É difícil para você fazer uma alimentação equilibrada?
- Seu consumo de açúcar e gordura é elevado?
- Como é o momento da refeição para você?

Trabalhando com a pirâmide de alimentos

Após uma exposição inicial sobre alimentação equilibrada e a pirâmide de alimentos, o coordenador distribui para cada participante uma folha com desenho de um prato com três subdivisões, uma para cada grupo de alimento: construtores, energéticos e reguladores. Cada participante deve escrever o que comeu na última refeição, separando os alimentos em seus respectivos grupos. Posteriormente cada membro do grupo apresenta o seu prato e abre-se a discussão sobre a apreensão dos conceitos apresentados, os pontos positivos e negativos de cada refeição e as dúvidas e/ou dificuldades relativas aos hábitos alimentares.

Textos de apoio

ALENCAR, Yolanda Maria Garcia de e CURIATI, José Antônio Esper. Nutrição e Envelhecimento. IN: CARVALHO FILHO, Eurico Thomás e PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994. 435 p. p. 335-344.

CERVATO, Ana Maria e ILLES PEREIRA, Frances Aparecida Illes. Recomendações Nutricionais. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p. 248-261.

NASCIMENTO, Maria de Lourdes do e DUARTE, Ana Lúcia Nascimento. Condutas Dietéticas. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p. 262-272.

PRADO, Shirley Donizete, TAVARES, Elda Lima e VEGGI, Alessandra Bento. Nutrição e Saúde no processo de envelhecimento. IN: VERAS, Renato. *Terceira Idade. Alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: UnATI/Relume-Dumará, 2000. 214 p. p. 125-136.

ROZOVSKI, Jaime. Nutrición en los ancianos. IN: PÈREZ, Elias Anzola et al. (Editores). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Publicación Científica nº 546) 488 p. p. 245-266.

SACHS, Anita e NAJAS, Myriam Spinola. Avaliação Nutricional do Idoso. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p. 242-247.

SHUMAN, Jill M. Nutrição no envelhecimento. IN: MAHAN, L.Kathlen e ESCOTT-STUMP, Sylvia. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* 9 ed. São Paulo: Roca, 1998. 1179 p. p. 293-315.

Atividade física e postura corporal

Therezinha Duarte Araújo

A atividade física regular e orientada é reconhecida como fator geral na preservação da saúde e na prevenção e controle de doenças de grande expressão na atualidade. A tendência ao sedentarismo vem aumentando com o desenvolvimento urbano e tecnológico e é normalmente acentuada na velhice, pela falta de estímulo e possibilidades do idoso para manutenção de sua vida social.

Ao que se sabe hoje, contudo, a manutenção do movimento do corpo é fundamental na busca de preservação da autonomia na velhice, em face das perdas fisiológicas próprias do envelhecimento.

É também relevante a atenção para a consciência corporal – ter conhecimento do seu corpo e de como ele funciona – e a adoção de certos cuidados posturais na prevenção e controle dos desgastes articulares comuns na velhice.

A intenção dos grupos é não apenas aprofundar as informações sobre os benefícios da atividade física regular, mas debater as possibilidades, limites e alternativas para a incorporação deste hábito na vida cotidiana dos idosos, não como obrigação, mas como atividade prazerosa que pode lhe proporcionar um viver melhor. A isso acrescenta-se a difusão de noções de orientação postural, ergonomia e prevenção de quedas, que contribuam para o autocuidado na saúde.

Objetivos

- Socializar informações sobre os efeitos positivos da atividade física regular e orientada para a saúde no envelhecimento.
- Estimular a reflexão e o debate sobre as dificuldades e estratégias para incorporação da atividade física como hábito de vida.
- Oferecer noções e pequenas vivências que favoreçam a consciência postural.

Conteúdo básico

A informação de que a atividade física é benéfica à saúde tem sido cada vez mais popularizada. Os motivos dos benefícios, porém, nem sempre são aprofundados. O conteúdo informativo nos grupos deve focar este aspecto, contrastando-o com uma visão geral das alterações que ocorrem no corpo com o processo normal do envelhecimento.

Alterações músculo-esqueléticas no envelhecimento

A diminuição das fibras musculares, em quantidade e tamanho, é um dos principais aspectos responsáveis pela diminuição da força com o passar dos anos.

A fraqueza muscular e/ou o encurtamento muscular e a diminuição da amplitude dos movimentos podem levar a alterações no equilíbrio e dores articulares, com conseqüente restrição da capacidade funcional e aumento do risco de quedas e fraturas.

Outras alterações importantes que ocorrem com o envelhecimento são:

- diminuição de massa óssea;
- alterações posturais;
- flexão da coluna cervical para frente (tronco curvado);
- diminuição da largura do passo e dificuldade para levantar a perna, com tendência a arrastar o pé;
- aumento do tecido adiposo (gordura);
- aumento do tecido conjuntivo (não contrátil), que colabora para o encurtamento da musculatura, dificultando o movimento. A inatividade física somada às mudanças fisiológicas do envelhecimento favorecem a ocorrência de processos patológicos que podem levar o idoso à progressiva perda de autonomia e independência.

Benefícios da atividade física

A prática regular de atividade física contribui para que os músculos se conservem fortes, alongados, em equilíbrio, e para que as articulações se mantenham íntegras, preservando o arco de movimento completo.

Os exercícios físicos são importantes para manter o idoso ativo e aumentar sua disposição para as atividades do dia-a-dia. Sua prática regular possibilita a prevenção de quedas, favorece a auto-estima, contribui para a diminuição da ansiedade e o controle da depressão e fazem com que o idoso aprenda a conhecer melhor o seu corpo e suas funções.

Principais benefícios da atividade física:

- aumento da flexibilidade e amplitude dos movimentos;
- aumento da massa muscular e diminuição da gordura corporal;
- perda de peso pelo consumo energético;
- melhora do sono;

- controle da ansiedade e depressão;
- melhora da circulação local e da nutrição dos músculos;
- redução da perda óssea;
- melhora da capacidade cardiopulmonar;
- melhora das dores articulares relacionadas à má postura.

Que atividades o idoso pode fazer?

Vários tipos de atividade física são adequados aos idosos. Seguem-se alguns exemplos.

- Caminhada
- Dança folclórica
- Dança de salão
- Ioga
- Natação
- Hidroginástica
- Hidroterapia
- Tênis de mesa
- Ginástica
- Jardinagem
- *T'ai chi ch'uan*

Dentre estas atividades, a caminhada tem destaque por ser relativamente simples e acessível de ser praticada. O ideal, contudo é que ela seja feita com o objetivo específico de exercitar-se, para que tenha ritmo adequado e se evite interrupções.

Sempre que possível deve-se reservar um tempo só para isso e escolher um local agradável, de preferência ao ar livre. Não adianta andar dentro de casa, indo da sala para o quarto ou para a cozinha. O quintal, o quarteirão e a praça podem ser um começo.

Antes de iniciar um programa de atividade física, é fundamental que o idoso passe por uma avaliação médica para conhecer melhor sua condição de saúde e os eventuais limites a ela relacionados.

Postura corporal

É importante lembrar que nem todo o movimento que fazemos diariamente com o corpo pode trazer os benefícios potenciais da atividade física regular. Muitas tarefas domésticas e/ou relativas a outras ocupações, apesar de atuarem contra a inatividade, podem prejudicar as articulações e os músculos quando feitas sem a observação e o cuidado quanto à postura corporal. Uma boa postura evita a sobrecarga dos músculos das costas, e conseqüentemente a dor provocada por este motivo.

Por isso é fundamental que todos aprendam a perceber melhor o seu corpo e suas funções em relação ao movimento e à posição estática. Deve-se evitar, por exemplo, a postura curvada para frente. Tendo consciência disto, o idoso é orientado a estar sempre corrigindo sua postura.

Outro exemplo é a forma de se levantar algum peso. Ao pegar o peso do chão curvando a coluna, a mesma irá agir como uma alavanca para erguer o peso com a ajuda dos músculos das costas. A musculatura sobrecarregada acaba por agredir toda a coluna e os discos vertebrais. Levantar peso de forma incorreta e fazer torções podem ser prejudiciais à coluna e ocasionar dor e complicações mais sérias.

A forma correta de levantar um peso é a seguinte: dobre os joelhos, pegue o objeto com as mãos, aproximando-o do corpo, e levante-o com a coluna reta. Desta forma a força é feita com as pernas e não há sobrecarga muscular da coluna.

Isso deve ser feito também toda vez que for necessário se abaixar. Deve-se dobrar sempre os joelhos e nunca a coluna. Os discos intervertebrais não suportam tanta pressão e, com a continuidade dessas agressões ao disco, pode haver uma lesão na coluna, que o bom posicionamento poderia evitar.

Outras dicas importantes

- As prateleiras e armários devem estar sempre ao alcance, nunca muito altos.
- Ao se abaixar para pegar uma roupa na gaveta ou um objeto embaixo da pia é melhor dobrar os joelhos de forma que a coluna se mantenha reta ou sentar-se em um banquinho.
- varal de roupas deve estar numa altura adequada para que a pessoa não precise ficar na ponta dos pés ou esticando os braços.
- É melhor utilizar um carrinho para empurrar um peso do que puxá-lo ou carregá-lo.
- Deve-se evitar torções com a coluna lombar ao pegar objetos.
- Ao carregar peso, deve-se distribuí-los por ambos os braços, de forma que não sobrecarregue um lado da coluna.
- Não passar pano no chão usando uma vassoura, pois a postura curvada sobrecarrega a musculatura da coluna. A limpeza pode ser feita colocando-se o pano no chão, pisando sobre ele e andando com passos curtos. Desta forma, a coluna fica reta, equilibrando a musculatura anterior e posterior.

Cuidados gerais para evitar quedas

As alterações da postura do idoso, que são fisiológicas ou normais, podem se agravar com a má postura, causando dores e favorecendo as quedas.

A postura fletida que muitas vezes o idoso adota (pernas, braços e coluna levemente dobrados), os passos curtos, o andar em “bloco” (como se fosse um robô), a diminuição da visão, audição e movimento, contribuem para a ocorrência de queda, pois se a forma de andar está prejudicada, o equilíbrio também estará.

Com uma marcha adequada e um trabalho muscular de fortalecimento e alongamento orientado, é possível evitar-se as quedas.

Orientações quanto à forma de andar.

- Deve-se andar levantando os pés, os quais devem estar levemente separados.
- Ao andar, deve-se balançar os braços, alternando-os.
- É melhor andar com sapatos fechados do que com chinelos de dedo.
- É importante prestar atenção na forma de andar e nos obstáculos do caminho.

Para manter a segurança do ambiente é importante, sempre que possível, utilizar corrimões; liberar os espaços de circulação da casa; evitar obstáculos no chão, como fios, tapetes, sacolas e objetos espalhados; evitar constantes mudanças na disposição dos móveis da casa; manter iluminação adequada das entradas e escadas; manter à noite uma luz fraca acesa no banheiro ou corredor; evitar pisos derrapantes.

Pontos para reflexão e debate

- A necessidade de ampliação das praças públicas e de locais adequados para caminhadas nos bairros periféricos.
- A importância de programas sociais que ampliem o acesso às atividades físicas dirigidas.
- Cuidar da casa e cuidar do corpo – encontros e desencontros entre atividades física e doméstica.
- As idas à padaria ou ao jornaleiro devem ser consideradas caminhadas?
- A vida cotidiana e as possibilidades e limites para a prática de atividade física regular.

Propostas de dinâmicas de grupo

Iniciando com um cartaz

O coordenador inicia o grupo afixando um cartaz em branco na parede, solicitando que os participantes indiquem o que sabem sobre os benefícios da atividade física regular. Após esse primeiro momento, o coordenador complementa as informações procurando destacar o porquê dos benefícios indicados. Na segunda parte, é solicitado que cada componente mencione se faz ou não alguma atividade física regular, qual e com que frequência, e aponte fatores que facilitam ou dificultam este hábito na vida cotidiana.

Trabalhando a partir de uma pergunta

O coordenador inicia a abordagem do tema com a pergunta sobre a prática de exercícios físicos de cada pessoa em seu cotidiano,

estimulando a discussão sobre se há ou não opções disponíveis no local de moradia de cada um e o que pensam sobre o assunto. Após este momento, faz breve exposição sobre os efeitos no organismo da atividade física regular, destacando os aspectos relativos ao envelhecimento.

Trabalhando com painéis

O coordenador solicita a montagem de dois painéis: o primeiro com atividades físicas desenvolvidas pelos idosos e o segundo com os aspectos que dificultam a prática regular de atividade física. Ao final, o coordenador discute com o grupo as dificuldades expostas e estimula o debate sobre a busca de alternativas.

Verdades e mitos

O coordenador entrega cartões a cada participante, contendo frases em relação às verdades e mitos quanto à prática de exercícios físicos. Ao receber o seu cartão, cada pessoa deve fixá-lo num quadro dividido em dois espaços: falso ou verdadeiro. Após essa etapa, o coordenador pede que cada pessoa leia e comente o que achou de sua frase, abrindo-se em seguida o debate para o esclarecimento de dúvidas. Posteriormente é feita leitura de um *folder* sobre atividade física, solicitando-se que cada participante leia um parágrafo do texto. Encerra-se o encontro com exercício de relaxamento, orientando que cada um, de olhos fechados, observe sua respiração e postura à cadeira e reflita sobre sua postura e movimentação corporal no dia-a-dia.

Exemplos de frases sobre atividade física para uso em dinâmica.

- O idoso tem ossos frágeis e deve evitar o exercício físico pelo risco de fraturas.

- Idoso com artrose não pode fazer exercício físico.
- Começar a fazer exercício físico só na velhice não traz benefícios.
- O exercício só é eficaz quando feito com regularidade.

Partindo de gravuras

O coordenador divide o grupo em dois subgrupos e solicita que cada um elabore um cartaz utilizando gravuras de revistas sobre exercícios físicos regulares que considere benéficos. Concluída a tarefa, cada subgrupo apresenta o seu trabalho e o coordenador resume e complementa os conceitos. Na parte final, o coordenador estimula a discussão sobre a atividade física no dia-a-dia dos idosos: que atividade cada um realiza, como, com que frequência, quais as dificuldades e as alternativas possíveis para torná-la uma prática regular.

As dinâmicas de grupo podem ser complementadas com exercícios que objetivam despertar o interesse pela percepção de como funcionam algumas partes de nosso corpo e como se dá a interação global na busca da coordenação, do equilíbrio e de outras funções. Seguem alguns exemplos.

Objetivo – percepção da postura

O coordenador pede aos idosos que fiquem encostados na parede, observando se são capazes de encostar todo o corpo, a cabeça, os ombros, a coluna e o quadril de maneira alinhada. Depois os participantes devem dar um passo a frente e se olhar, observando a diferença entre a postura habitual e a retificada pelo exercício.

O coordenador pede aos idosos que fiquem encostados na parede observando a postura retificada, com a cabeça, ombros e quadris

encostados o máximo possível sem forçar muito (no caso de pessoa muito curvada para frente) e pede para que levantem os braços e observem se conseguem ou não encostar as mãos na parede. Caso não consigam, possivelmente haverá encurtamento muscular.

Objetivo – percepção da forma de caminhar e do equilíbrio para prevenir quedas

O coordenador solicita aos componentes do grupo que caminhem e observem como pisam no chão e de que forma mudam as passadas. Cada participante deve observar o espaço entre os pés durante a marcha e, se for pequeno, procurar dar uma passada mais larga.

O coordenador pede aos componentes do grupo que fiquem apoiados em uma perna só e observem seu equilíbrio; solicita que troquem a perna ficando apoiados na oposta e por fim, solicita que os participantes verifiquem qual das pernas tem maior equilíbrio.

Objetivo – observar a distribuição do peso do corpo sobre os pés para evitar sobrecarga

O coordenador propõe aos idosos que caminhem observando como apoiam os pés, verificando se o peso do corpo fica mais localizado nas pontas ou nos calcanhares. Os componentes devem continuar caminhando, observando como é o impulso dado com o hálux (dedão) para continuar o passo com o pé oposto.

Textos de apoio

BARBOSA, José Sílvio de Oliveira. Atividade Física na Terceira Idade. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1999. 214 p. p. 149-160.

BRASIL. Ministério Extraordinário dos esportes/INDESP. FARIA Jr., Alfredo Gomes de et al. *Atividades físicas para a terceira idade*. Brasília: CNI/SESI-DF, 1997. 96 p.

FARIA Jr., Alfredo Gomes, NOZAKI, Hajime T. e RIBEIRO, Maria das Graças Ribeiro (Orgs.). *Idosos em Movimento: mantendo a autonomia*. Série IMMA 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, jan. 1996. 133 p.

GORINCHTEYN, Jean Carlo. Os benefícios da atividade física na terceira idade. *A Terceira Idade*. Sesc-São Paulo, ano XI, nº 16, p. 63-69, maio, 1996.

NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas, FREITAS, Elizabete Viana, OLIVEIRA, Marcos Aurélio Brazão et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 4, nº 1, p. 28-32, 2000.

TEIXEIRA, José Antônio Caldas. Atividade física na Terceira Idade. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, ano 0, nº 0, p. 15-17. 1996.

Estresse

Teresinha Melo da Silveira

Mônica de Assis

As contingências da vida atual (violência, ameaças de todos os tipos, desemprego, preocupações financeiras, excesso de trabalho ou de compromissos, barulho, conflitos familiares, desamparo e outros) têm multiplicado as situações geradoras de estresse em nosso contexto, contribuindo para a sua expressão como desencadeador de doenças e agravos à saúde.

No caso das pessoas mais velhas, somam-se as perdas sucessivas, a preocupação com os filhos, a solidão, a desinformação e o medo de doenças e incapacidades. Ter consciência do que é o estresse, de modo a reconhecer situações que o provoquem e os possíveis recursos para enfrentá-lo, envolve questões essenciais na busca de uma vida mais tranqüila e menos sujeita às doenças.

Nos grupos, busca-se não apenas informar sobre o assunto, mas abrir espaço à reflexão sobre os agentes estressores da vida cotidiana e a maneira como cada pessoa reage a eles, estimulando o pensar **juntos** sobre possíveis saídas para os impasses. A dinâmica grupal permite ainda desenvolver pequenas técnicas de consciência corporal e de relaxamento, a fim de auxiliar os participantes a reconhecer e a controlar o estresse.

Objetivos

- Apresentar e discutir o conceito de estresse.
- Definir os principais sintomas e conseqüências para a saúde.

- Identificar fatores psicológicos e sociais que favorecem o estresse.
- Estimular a reflexão e a troca de experiências sobre o lidar com o estresse.
- Vivenciar técnicas de relaxamento.

Conteúdo básico

O que é o estresse?

A palavra estresse vem do latim e quer dizer “força”, “pressão” ou “esforço” que determinadas situações impõem, exigindo do organismo uma importante adaptação para que possam ser suportadas. Hans Selye, médico austríaco que estudou e definiu o estresse na década de 1920, o caracterizou como *Síndrome de Adaptação Geral*. O termo foi trazido da engenharia e significa o “peso que uma ponte suporta até que ela se parta” (*apud* Lipp e Novaes, 1996), imagem que retrata a idéia de reação a uma pressão e do risco de uma exposição prolongada.

A síndrome do estresse pode ser dividida em três fases: a primeira é conhecida como fase de alerta e ocorre quando a pessoa **entra** em contato com a fonte geradora de estresse. As sensações típicas são sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante, boca seca, entre outras. A segunda fase caracteriza-se como de resistência, situação em que o organismo tenta se recuperar do desequilíbrio da fase anterior. Se não houver uma adaptação e o reequilíbrio de forças, o processo de estresse pode chegar à fase de exaustão ou esgotamento, na qual os sintomas iniciais agravam-se, surgindo maior comprometimento físico e doenças.

Principais sintomas

A tensão continuada pode levar à contratura muscular, provocando dor e danos significativos na postura, no equilíbrio e na coordenação motora do indivíduo. Outros sintomas como insônia, ansiedade, cansaço físico e mental, perda de apetite, dor de cabeça, problemas digestivos, alterações sexuais, dentre outros, podem também estar relacionados a um alto nível de estresse. É necessário, portanto, um acurado diagnóstico médico para distinguir os sintomas do estresse daqueles ligados a uma doença específica.

Estresse positivo e estresse negativo

É incorreto considerar o estresse como algo basicamente ruim, pois ele faz parte da vida e é necessário à sua própria preservação. É ele o responsável pela capacidade inata do indivíduo de lutar ou fugir diante do perigo. Viver totalmente livre de estresse é uma ilusão e pode implicar o risco de uma existência monótona. Em nível baixo e ocasional, o estresse pode significar vitalidade e entusiasmo adicional, necessários à saúde e à capacidade produtiva. Situações felizes como, casamento, nascimento de filho, recebimento de prêmios também geram estresse. A busca, então, deve ser a de manter o equilíbrio de energia e o fortalecimento da capacidade de adaptação do organismo aos estímulos e às pressões que o cercam.

Lidando com o estresse

Há muitas situações estressantes no cotidiano que são difíceis de mudar e que geralmente levam a um grande sentimento de impotência. Dentre essas estão as questões sociais, econômicas, políticas e

ambientais que requerem um investimento efetivo dos governos e da sociedade para que sejam superadas.

No plano pessoal, alguns cuidados tornam-se indispensáveis para reduzir os níveis de tensão e desgaste do dia-a-dia que resultam em sintomas variados de estresse. Alguns exemplos são mencionados a seguir.

- Procurar formas de lazer, exercícios físicos ou caminhadas.
- Aprender e exercitar técnicas de relaxamento.
- Saber expressar adequadamente sentimentos positivos e negativos.
- Procurar despreocupar-se quanto ao futuro e desapegar-se do passado.
- Compartilhar os problemas.
- Perceber e respeitar seus próprios limites.
- Poder e saber dizer não.

Para uma vida com menos tensão é preciso, primeiramente, que cada um tome consciência dos fatores que agem como estressores e procure eliminá-los, quando possível, ou exercite formas de lidar com eles de maneira menos desgastante.

Mudanças nesse nível exigem organização. Um ponto de partida pode ser:

- escrever em um papel um roteiro do que precisa e/ou pode ser mudado para controlar o estresse;
- colocar esse papel num lugar onde você possa vê-lo todos os dias e avaliar ao longo do tempo seus avanços e limites.

Pontos para reflexão e debate

- Que fatores da vida moderna são geradores de estresse?
- Como é possível evitar e/ou administrar um alto nível de estresse?
- Situações positivas podem ser estressantes?
- Que medidas sociais ajudariam a minimizar o nível de estresse?

Propostas de dinâmicas de grupo

Partindo de uma exposição oral

Após uma breve exposição sobre o estresse, o coordenador pede que os participantes lembrem, mas não falem, de situações em que se sentiram tensos ou estressados. Ainda sem falar, cada membro vai fazer dupla com um companheiro e relatar o que lembrou e como se sentiu. O companheiro ouvirá atentamente e deverá opinar sobre como a pessoa que relatou poderia fazer frente a situações semelhantes para não ficar tensa. A pessoa que relatou avalia as dicas recebidas. Posteriormente trocam-se os papéis e a pessoa que ouviu passa a contar o que lembrou e receberá sugestões de como lidar com o estresse frente a situação apresentada. Ao final, o coordenador abre a discussão com todo o grupo e solicita que cada um comente o que aprendeu com o outro.

Trabalhando com figuras

O coordenador apresenta ao grupo uma série de figuras nas quais sejam evidentes a ação dos estressores externos (barulho, pressa, perigo, fila de espera, assalto, doença, e outros) e pede que os participantes digam ou escrevam sobre o que fariam em cada uma

daquelas situações. Ao final, o coordenador abre o debate sobre a adequação ou não das respostas e outras informações sobre estresse.

Relaxamento com música

O coordenador pede aos participantes que percebam como estão se sentindo, sem falar, só se percebendo. Posteriormente ele coloca uma música tranqüila e pede ao grupo que feche os olhos. A seguir faz a seguinte proposta: "Deixe essa música entrar pelos seus ouvidos e tomar conta de todo o seu corpo. Perceba que na medida em que ela entra no seu corpo, ele vai ficando leve, solto, relaxado... e cada vez mais você fica tranqüilo. Preste atenção a cada parte do seu corpo. Verifique como você vai se sentindo cada vez mais leve, mais relaxado. Agora, eu quero que vocês abram os olhos bem devagar e digam como estavam se sentindo antes e como se sentem agora após o relaxamento."

Relaxamento e respiração

O coordenador solicita aos participantes do grupo que procurem uma posição bem confortável (sentado ou deitado) e que fechem os olhos. Seguem as seguintes instruções: "De olhos fechados, procurem prestar atenção à respiração, sentindo o ar entrar e sair pelas narinas, entrar e sair, calmamente... (repete-se). Sem mudar o ritmo da respiração, imaginem que cada vez que você inspira entra no seu organismo paz, tranqüilidade, liberdade, alegria... deixando você leve, relaxado... Da mesma forma quando você expira você tira de dentro do seu organismo tudo que vai lhe causar mal: tensões, medos, preocupações... e o ar vai entrando, trazendo paz, leveza, tranqüilidade e saindo, jogando fora todas as coisas que podem lhe fazer mal,

entrando e saindo, entrando e saindo, e aos poucos você vai ficando mais leve, mais relaxado... (repetir algumas vezes). Dentro de pouco tempo eu vou pedir a vocês que abram os olhos bem devagar, cada um no seu ritmo.” Após o relaxamento, o coordenador pede que cada um diga como está se sentindo. O coordenador pode partir daí para falar sobre estresse ou usar essa técnica depois de ter discutido o tema com os participantes.

Observação: as instruções devem ser dadas pausadamente e com voz baixa. Pode-se colocar uma música tranquila.

Partindo de perguntas sobre o estresse no cotidiano

O coordenador lança as seguintes perguntas para o grupo: vocês se consideram pessoas estressadas? Que fatores geram estresse no seu dia-a-dia? O que vocês costumam fazer quando sentem que estão muito tensos? Após esse primeiro momento, o coordenador introduz conceitos básicos e estimula a discussão no grupo.

Textos de apoio

LIPP, Marilda Novaes. Stress: conceitos básicos. IN: LIPP, Marilda Novaes (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil. Saúde, Ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus, 1996.

_____. e cols. *Relaxamento para todos: controle o seu estresse*. 2 ed. Campinas: Papirus, 1998.

_____ e NOVAES, Lucia Emmanuel. *O stress. Mitos e Verdades*. São Paulo: Contexto, 1996. 63 p.

PIMENTEL-SOUZA, Fernando, BRAGA, Aline Moreira , ANDRADE, Celina da Piedade Camilo et al. *O estresse forte e o desgaste geral. Revista de Psicofisiologia*, v. 3, n. 1, 1999. Disponível na internet. <<http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/monografia8>>.

Sinal de Alerta. Material educativo produzido pelo Banco do Brasil. S/d.

Sexualidade

Isis Simões Menezes

O relacionamento sexual é fonte de satisfação e realização e deve, tanto quanto possível, se estender por toda a vida. Há um número cada vez maior de pessoas que chegam à velhice motivadas a manter sua vida sexual ativa, apresentando boas condições físicas e psicológicas para desfrutá-la.

Entretanto, para muitos idosos a sexualidade é ainda carregada de mitos e preconceitos que têm origem na educação repressiva que tiveram ao longo da vida. Muitos trazem dentro de si o pensamento de que o velho é assexuado, o que reproduz o pensamento de grande parte da sociedade.

Discutir a sexualidade em grupo pode ser constrangedor devido à ausência de um diálogo franco e aberto sobre o tema ao longo da vida, mas é certamente desafiador e necessário para muitos que anseiam por um espaço onde possam tirar dúvidas e refletirem sobre sua própria sexualidade.

Trata-se de um tema especialmente vivencial, cuja maior atenção deve ser dada para que o clima seja favorável à livre expressão de cada um e para que haja a convivência respeitosa de opiniões e experiências diversas.

Objetivos

- Estimular a reflexão acerca do exercício da sexualidade na terceira idade, enfocando-a do ponto de vista das mudanças fisiológicas e suas relações com o contexto social,

problematizando os preconceitos nesse campo e valorizando a possibilidade de sua expressão como fator de saúde.

- Divulgar informações sobre a prevenção do câncer ginecológico (cérvico-uterino e de mama) e do câncer de próstata, assim como das Doenças Sexualmente transmissíveis e a SIDA.

Conteúdo básico

Sexualidade, velhice e sociedade

A forma como a sociedade lida com as transformações físicas normais no processo de envelhecimento pode contribuir para a negação da sexualidade do idoso. A todo o momento a mídia associa a imagem de sexo a corpos jovens e bonitos. Quando um idoso aparece nessas imagens é, em geral, de forma estereotipada ou infantilizada.

Os idosos, em especial as mulheres, costumam expressar sentimentos de mágoa e desvalorização por não terem mais o corpo da juventude e não conseguirem se fazer desejáveis a seus parceiros. Os homens, por sua vez, tendem a perceber as mudanças normais no seu desempenho sexual como perda da potência, privando-se a partir daí de experimentar novas possibilidades de reinvenção e crescimento de sua vida afetiva e sexual.

Tal realidade pode e deve se modificar. Nossos corpos modificam-se com o tempo e junto com ele deve vir o amadurecimento, o conhecimento do próprio prazer, a experiência de saber que a sexualidade não se resume ao ato sexual, nem tão-somente é mobilizada pela exuberância de formas físicas. Ela é, com certeza, muito mais do que isso. É possibilidade de encontro, satisfação e prazer, de forma ampla, o que é, no fundo, a própria energia de vida, o motor das realizações humanas.

Outra situação é o grande número de mulheres viúvas ou separadas que têm dificuldade em construir novos relacionamentos. Deve-se abordar no grupo que há práticas legítimas de sexualidade, como a masturbação e as fantasias eróticas, e que a busca por um novo parceiro/parceira não deve ser acompanhada de vergonha e culpa.

Não se deve deixar que preconceitos e desinformação privem os idosos de uma vida sexual saudável, com as características próprias desta fase da vida.

Modificações fisiológicas com o envelhecimento

Este tema é fundamental para a compreensão das mudanças corporais que podem interferir na atividade sexual. Tais mudanças devem ser identificadas e corrigidas, quando possível, ou assimiladas de modo a permitir um novo aprendizado da própria sexualidade. A criatividade deve substituir a pressa e a ansiedade para que a vida sexual possa mudar sem perder seu potencial de gratificação.

Na mulher, após a menopausa, o nível do hormônio estrogênio diminui gradativamente, causando, dentre outras, as seguintes alterações:

- atrofia da vulva, vagina, seios, bexiga e esfíncter uretral;
- ressecamento vaginal, o que pode provocar dores nas relações sexuais;
- perda da elasticidade e ressecamento da pele;
- maior facilidade para infecções urinárias;
- fogachos.

Tais alterações não ocorrem ao mesmo tempo e algumas podem nunca acontecer. A intensidade de cada uma é também característica de cada mulher, podendo causar grandes ou pouquíssimos transtornos.

Atualmente, há tratamento para as alterações causadas pela menopausa. A reposição hormonal e outros medicamentos, a prática regular de exercícios físicos e um controle alimentar podem evitar ou minimizar em muito as alterações mencionadas.

No homem, também há diminuição dos níveis hormonais, mas esta é mais gradativa, ocasionando menor impacto do que na mulher. Com o passar dos anos, algumas mudanças podem ocorrer, tais como:

- diminuição da sensibilidade na pele do pênis;
- ejaculação menos vigorosa, porém com preservação da fertilidade;
- necessidade de um tempo maior para atingir a ereção;
- necessidade de maior espaçamento de tempo entre as relações sexuais.

Outra alteração que ocorre com freqüência é a disfunção erétil ou impotência. Na grande maioria das vezes esta se deve a fatores emocionais. Por ser educado culturalmente para sustentar o seu papel de macho, de plena e ativa masculinidade, o homem não compreende bem as mudanças em seu desempenho sexual com o envelhecimento, interpretando-as como impotência.

Por outro lado, alguns fatores podem, de fato, contribuir para o surgimento da impotência masculina, tais como:

- algumas doenças – diabetes e hipertensão, por suas conseqüências circulatórias;
- efeito adverso de alguns medicamentos – ansiolíticos e anti-hipertensivos;
- uso abusivo de álcool e o fumo.

Hoje em dia há diversos tratamentos para a disfunção erétil, como medicamentos e próteses. No caso de doenças, é fundamental, no entanto, o controle adequado das mesmas e o esclarecimento franco sobre os possíveis efeitos no desempenho sexual.

Mudanças no ciclo de resposta sexual

Desejo: etapa do ciclo sexual em que os indivíduos possuem interesse por uma possível troca afetiva sexual – No homem e na mulher idosos ele continua presente e até mesmo pode apresentar um aumento devido à diminuição das preocupações familiares e sociais.

Excitação: etapa do ciclo sexual em que os indivíduos encontram-se numa elevação de sua capacidade de troca afetiva sexual na qual, geralmente, os homens apresentam ereção e as mulheres uma lubrificação – No homem idoso pode existir uma demora na aquisição de ereção, precisando até uma maior participação da mulher na troca amorosa entre o casal. Na mulher idosa, teoricamente, a fase da excitação poderá ser mais rápida, pois o bom conhecimento do seu corpo, facilitará um rápido aumento de sua excitação.

Platô: etapa do ciclo sexual em que os indivíduos apresentam em seu jogo amoroso um grande nível de excitação – No homem idoso esta fase apresenta-se mais longa, facilitando assim um aumento das brincadeiras sexuais com sua parceira. Na mulher idosa esta fase poderá ser mais curta, pois como ela conhece bem o seu corpo, sabe quais os seus pontos mais sensíveis.

Orgasmo: etapa do ciclo sexual em que os indivíduos atingem o mais alto nível de excitação, chegando ao clímax da relação sexual – No homem esta fase apresenta-se normal, porém poderá não atingir novos orgasmos numa única relação. Na mulher esta fase poderá apresentar-se mais de uma vez na mesma relação;

Resolução: etapa do ciclo sexual em que os indivíduos, ao atingirem o orgasmo, entram na fase do relaxamento – Mantém-se como um período de relaxamento em ambos os sexos.

É importante salientar que as mudanças na sexualidade dependem de fatores relacionados à individualidade de cada ser humano. Além disso, um encontro a dois se faz com amor, respeito e muito carinho.

Prevenção do câncer, das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

Pela afinidade com o tema, é oportuno inserir nesta temática a questão da prevenção do câncer de mama e de colo de útero (para mulheres) e de próstata (para os homens).

Muitos idosos pensam que pelo fato de não terem mais vida sexual ativa estão automaticamente protegidos de tais problemas. Informações sobre estes pontos devem ser amplamente divulgadas, seguidas de orientação quanto à realização periódica de:

- preventivo ginecológico e auto-exame de mama para a mulher;
- preventivo urológico para o homem.

Cabe aqui a discussão dos preconceitos que cercam tais procedimentos e de como lidar na prática com isso, considerando as dificuldades assistenciais normalmente encontradas nos serviços públicos de saúde.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) devem também ser enfocadas. Não fazê-lo seria reproduzir o imaginário social de que a velhice é assexuada. Isso é desmentido por dados epidemiológicos que mostram a incidência das DST's/AIDS em idosos.

Pontos para reflexão e debate

- A visão ampla de sexualidade como princípio de energia vital.
- As mudanças físicas do envelhecimento x possibilidades de erotização.
- As doenças e limitações físicas que interferem no ato sexual x alternativas possíveis.
- A questão da potência sexual masculina: papéis sociais e recursos.
- Os preconceitos acerca da sexualidade do idoso.
- Os fatores sociais e culturais que dificultam o encontro amoroso na velhice.

Propostas de dinâmicas de grupo

Trabalhando com frases

São afixados previamente em diversos pontos da sala pequenos cartazes com frases sobre a sexualidade e velhice (por exemplo: *a sexualidade acaba com a idade, a masturbação é pecado, o envelhecimento físico anula o desejo sexual, velho que gosta de sexo é sem-vergonha*, etc.). O coordenador pede que as pessoas se levantem e andem pela sala, lendo e refletindo sobre as frases propostas. A partir desse primeiro contato, solicita que cada componente se dirija para próximo da frase que mais lhe chamou a atenção e forme, com os demais interessados, um subgrupo para discuti-la. Após o tempo de discussão, os subgrupo se apresentam e o debate é aberto para todos.

Partindo de pensamentos dos idosos

O coordenador solicita que cada pessoa pense sobre a questão da sexualidade no envelhecimento e escreva em um pequeno pedaço de papel uma dúvida ou afirmação que gostaria de debater quanto ao tema. Os papéis são misturados em um saco e sorteados entre todos. Uma pessoa de cada vez lê o que veio escrito no papel que retirou e comenta, dando a sua resposta ou opinião sobre o assunto. Os demais participantes podem complementar ou discordar, ampliando o debate. Durante a dinâmica e ao final, o coordenador contribui com informações e questões oportunas para reflexão.

Trabalhando com folheto ou folder

É distribuído ao grupo um folheto ou *folder* sobre a sexualidade de idosos e é proposta uma leitura conjunta do mesmo. Cada componente deve ler um pequeno trecho e, ao terminar, comentar o que entendeu, se concorda ou não, se houve dúvida. O coordenador mobiliza o debate, estimulando a participação dos demais para responder ou polemizar o ponto abordado.

Textos de Apoio

PEREZ, Elias Anzola. Sexualidade en los ancianos. IN: PEREZ, Elias Anzola et al. (Editores). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Publicación Científica nº 546) 488 p. p. 302-308.

Revista A Terceira Idade. Sesc-São Paulo, ano VII, n. 11, mar. 1996. 68 p.

RIBEIRO, Alda. Sexualidade na Terceira Idade. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 534 p. p. 124-135.

RISMAN, Arnaldo. Atividade Sexual na Terceira Idade. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1995. 110 p. p. 29-48.

_____ Corpo-Psique-Sexualidade: uma expressão eterna. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1999. 232 p. p. 161-172.

RODRÍGUEZ, A. Borórquez. La sexualidad en el anciano. IN: LLERA, Francisco Guillén e MARTÍN, Jesus Pérez del Molino (Orgs.). *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994. 446 p. p. 285-294.

Memória

Tânia Guerreiro

Regina Rodrigues

Queixas subjetivas de falhas de memória são extremamente comuns na população e sua prevalência aumenta com o avançar da idade. A maior prevalência de queixas entre os idosos vem sendo atribuída às mudanças cognitivas¹ próprias do envelhecimento associadas à depressão, a certas características da personalidade (presença de fortes traços neuróticos e insegurança) e à presença de caso de demência em familiar próximo. Diversos estudos vêm demonstrando que essas queixas não estão relacionadas a perdas na capacidade de memória avaliada nos testes neuropsicológicos.

Por outro lado, os transtornos cognitivos encontrados na população idosa se apresentam num amplo raio de manifestações, compreendendo desde situações em que se processam leves déficits atencionais ou de memória, até os quadros complexos de extenso comprometimento, nos quais se configura uma síndrome demencial. Assim, a ineficácia das funções mnésicas para o idoso pode representar a possibilidade de quebra da sua identidade pessoal, da capacidade de interagir com eficácia no mundo, de gerir sua própria vida, e ser a expressão de um adoecimento no plano físico e/ou mental e/ou emocional. É preciso destacar que embora as queixas subjetivas de falhas de memória sejam extremamente comuns entre os idosos e que a presença de uma série de fatores possa contribuir para um desempenho

¹ Funções cognitivas – relativas à cognição. O conceito de cognição inclui entidades como a percepção, as imagens mentais, a memória, o aprendizado, o conhecimento, a consciência, a inteligência, o pensamento, a imaginação, dentre outras.

ineficaz, é a minoria de indivíduos – cerca de 15% acima de 65 anos – que apresenta algum tipo de demência em evolução.

Nesse contexto, faz-se necessário tratar a questão da memória do idoso dentro de uma perspectiva ampla em que se considere a contribuição de diversos fatores (genética, educação, ambiente familiar, ambiente sociocultural, condições psico-afetivas, condições de saúde, estilo de vida, etc.) na expressão das capacidades cognitivas do indivíduo.

Pesquisas realizadas com idosos indicam que a percepção da perda de controle sobre a própria vida resulta em enfraquecimento da capacidade de adaptação, baixos níveis de atividade e diminuição da saúde física. Desse modo, entendemos que uma boa performance cognitiva constitui-se num importante fator para a promoção e a manutenção da autonomia e qualidade de vida ao longo do envelhecimento.

Objetivos

- Refletir sobre crenças negativas acerca do desempenho de memória no envelhecimento.
- Abordar os fatores de risco para o comprometimento cognitivo do idoso.

Conteúdo básico

Quebrando mitos

Desmitificar as generalizações sobre o desempenho cognitivo e global de adultos idosos parece-nos uma condição básica na busca do envelhecimento bem-sucedido. O profissional que irá utilizar esse

material para discussão ou apresentação teórica, deverá ficar atento para não destacar os mitos em demasia e, sim, valorizar os argumentos que favorecem à quebra dos mitos para que o trabalho não tenha um efeito contrário ao desejado.

Mito 1. Sabendo que, com o passar dos anos, perdemos neurônios e que essas células não se multiplicam, imaginamos o dia em que poucas restarão, comprometendo nosso raciocínio e memória.

A perda neuronal ocorre ao longo de todo o desenvolvimento do sistema nervoso e é parte do próprio processo de organização do sistema, estando associada, inclusive ao processo de aprendizagem. As células nervosas quando atingem a etapa máxima de diferenciação não se multiplicam mais; desse modo, o patrimônio neuronal perdido não é renovado. A partir dos 30 anos, perdemos cerca de 100 mil neurônios a cada dia. Dos 30 aos 80 anos, tendo o indivíduo um estilo saudável de vida (sem excesso de bebida alcoólica, ausência de tabagismo, sem condições de estresse acentuado, etc.), a perda é da ordem de 2 bilhões de neurônios. Nascemos com cerca de 100 bilhões de células nervosas e, portanto, contamos com um grande potencial neuronal excedente. De acordo com alguns estudiosos, utilizamos cerca de 10 a 20% do potencial cerebral e, se, por um lado, perdemos conexões neuronais estabelecidas, por outro, a capacidade de criação e estabilização de conexões sinápticas se mantém presente no curso de toda a vida, estando na dependência do exercício do intelecto para sua utilização. Desse modo, a perda que ocorre no envelhecimento fisiológico, não compromete, por si só, o desempenho do adulto idoso (neste caso não estamos considerando doenças que atinjam o sistema nervoso).

Mito 2. O esquecimento é sempre um sinal de que algo ruim está acontecendo em nosso cérebro, em nossa mente.

O esquecimento é um mecanismo fisiológico de eliminação de informações irrelevantes, sem o qual sobrecarregaríamos o sistema desnecessariamente. Naturalmente, tendemos a eliminar os conteúdos que não tenham um importante significado afetivo ou que sejam pouco utilizados. Na verdade, esse processo de eliminação inicia-se na própria percepção, isto é, captamos mais facilmente aquilo que faz sentido em nossas vidas e deixamos de perceber muitas coisas que não se afinam com nossa estrutura de percepção. Com freqüência, atribuímos, equivocadamente, nossos insucessos a falhas de memória quando, na maioria das vezes, a informação foi mal percebida ou sequer registrada.

Mito 3. Com o envelhecimento, só podemos esperar o declínio de capacidades.

Como foi citado anteriormente, novos estudos se direcionam para o reconhecimento de capacidades que se mantêm estáveis ou que se aprimoram ao longo do envelhecimento. Segundo Vargas (1994), *“há maior capacidade de aprendizagem em situações práticas; maior habilidade e/ou capacidade de enfrentar trabalhos que requeiram paciência e precisão; sagacidade no manejo de experiências acumuladas e ampliação das relações já existentes; capacidade de compensação e estratégias mais aguçadas”*. Algumas dessas características estão associadas à expressão de sabedoria nesse período da vida. No tocante à inteligência, se, por um lado, existe um declínio na inteligência mecânica (associada a fatores biológicos, genéticos e de saúde), a inteligência pragmática (associada a fatores socioculturais) se mantém estável, podendo, mesmo em idade avançada, expressar progresso. Se

olharmos para os exemplos de adultos idosos que, no avançar da idade, dão continuidade e/ou expandem a sua produção intelectual e artística, poderemos entender a importância da conquista permanente de recursos ao longo de nossas vidas (inteligência pragmática) que, além de amenizarem a expressão das mudanças biológicas, permitem ao indivíduo viver o auge de sua produção.

Mito 4. Para avaliarmos se nossa memória está normal, basta comparar nosso desempenho com o de outras pessoas.

Nossas habilidades e capacidades são bem diferenciadas quando comparadas às de outras pessoas. Alguns possuem especial talento no campo da música, enquanto outros recordam-se facilmente de nomes. Uma mesma pessoa, em diferentes momentos de sua vida, apresenta desempenhos distintos, e isso pode acontecer em qualquer faixa etária. O desempenho cognitivo em adultos idosos varia em função dos fatores próprios ao sujeito (seu nível escolar e intelectual, sua motivação, seus conhecimentos prévios sobre o assunto, sua saúde, sua personalidade, etc.), das características do material a ser tratado (sua riqueza, sua estrutura, sua organização, sua dificuldade, etc.) e das condições de realização da tarefa (a velocidade e o modo de apresentação, as condições de recuperação, etc.).

Para avaliarmos nossa memória, é preciso dar, em primeiro lugar, crédito a ela e nos observarmos em diferentes situações, procurando identificar o que se passa em nosso mundo interior e nas circunstâncias que nos envolvem, a fim de entendermos melhor esse desempenho. Em caso de insucessos mnésicos persistentes é importante levar em conta a época em que surgiram, o comportamento de sua evolução (variável, estável, ou com piora progressiva) e como vêm comprometendo o desenvolvimento de nossas atividades diárias para não nos

acomodarmos com perdas e limitações, justificando-as como sendo próprias do envelhecimento, deixando ao acaso o desenrolar de eventos que podem ou não expressar um estado patológico, passível de tratamento e, muitas vezes reversível.

Mito 5. O indivíduo idoso não é capaz de aprender coisas novas.

O aprendizado é possível para os idosos, estando sujeito à influência de fatores comuns a qualquer idade e outros associados às mudanças biológicas do envelhecimento. Essas mudanças são expressas na lentidão no processamento de informações, interferindo na retenção e prontidão de resgate; cansaço precoce em tarefas que exijam a manutenção da concentração por longo período; maior sensibilidade às interferências, facilitando a ocorrência de distração; menor rendimento na execução de tarefas simultâneas; menor eficácia, por menor rapidez, no estabelecimento de novas estratégias de pensamento. Essas alterações modulam a performance do indivíduo sem que isso signifique comprometimento, incapacitação. Sabemos hoje que o cérebro possui uma enorme plasticidade que permite a continua incorporação de novos conteúdos ao longo de toda a vida.

Mito 6. Quanto mais memorizamos, mais "gastamos" nossa capacidade. É preciso economizar, memorizando só o que for mais importante.

A prática da memorização favorece ao desenvolvimento de habilidades específicas. A realização de tarefas específicas de memorização facilita um melhor desempenho apenas no campo mnêmico correspondente. Por outro lado, o domínio de habilidades de memorização constitui um conhecimento diferencial que amplia direta

(ao atuar no sistema, tornando-o mais complexo) e indiretamente (por favorecer o aumento da auto-estima, da autoconfiança e do prazer na aquisição de novos conhecimentos) a capacidade de aprendizagem. Desse modo, a preocupação em poupar nossa capacidade de memória não se justifica, sendo importante ressaltar que a utilização equilibrada de nossos recursos cerebrais previne situações de estresse decorrentes de sobrecarga de trabalho, atuando, assim, como fator promotor de saúde mental.

Mito 7. Nossa saúde intelectual no envelhecimento encontra-se na dependência do consumo de complementos vitamínicos e de outras drogas que previnam a deterioração do cérebro.

Apesar de inúmeras drogas promissoras estarem sendo pesquisadas para o tratamento de doenças neurodegenerativas, nenhuma até o momento teve comprovada sua eficácia para o tratamento preventivo desses males. Por outro lado, o cuidado com a saúde em geral (estilo de vida saudável – repouso adequado, atividade física regular, alimentação rica em nutrientes e balanceada –, controle da hipertensão arterial e do diabetes, tratamento das dislipidemias, da depressão, etc.) contribui de forma importante para a saúde do cérebro.

No tocante ao uso de medicamentos que visem a deter ou reverter o processo de envelhecimento, temos a dizer que, em toda história do homem, nenhum procedimento foi ainda capaz de alcançar essas metas, por mais que tenham sido inúmeras e extravagantes as tentativas. Crenças equivocadas sobre o envelhecimento fazem parte de nossa cultura há milhares de anos e até hoje persistem, muitas vezes maquiadas, como a busca da fonte da juventude, que hoje se expressa no consumo de panacéias modernas. Os “medicamentos para o envelhecimento” ressurgem hoje incorporados de maior valor simbólico,

propondo-se proezas que deixaria Fausto, de Goethe, louco de inveja do homem do final do século XX.

Propostas de dinâmicas de grupo

Jogo dos cinco erros

Objetivos – Exercitar a atenção, a percepção visual e a memória de trabalho. Incentivar o desenvolvimento de uma nova atitude que possibilite uma interação mais rica com o ambiente e uma retenção de informações mais plena.

Apresentação da tarefa – Organizar duas fileiras de alunos, uma de frente para a outra, de tal forma que sejam pareados alunos pertencentes a fileiras diferentes. Será solicitado que cada aluno fique atento ao colega que está a sua frente, por 3 a 5 minutos, observando suas roupas, calçados, adornos, maquiagem, penteado, etc. Após esse período, uma das fileiras será retirada da sala para que sejam feitas cinco mudanças em cada aluno (tanto os alunos que permanecerem na sala quanto os que saírem), sem que o seu par possa ver.

Os alunos deverão memorizar as cinco mudanças feitas em sua aparência, e, em seguida, as duas fileiras serão reorganizadas em sua posição original para que os alunos identifiquem as mudanças ocorridas em seus respectivos pares. Os instrutores poderão ajudar na realização das mudanças oferecendo peças para adornos e sugestões.

Seqüências de gestos

Objetivo – Exercitar a atenção, a concentração, a coordenação motora, a memória de trabalho.

Apresentação da tarefa – Os instrutores deverão estar sentados de frente para o grupo, de forma que todos possam vê-los; a seguir

alternadamente irão criar seqüências de movimentos para serem imediatamente reproduzidas pelos alunos. O tamanho das seqüências deverá ser aumentado paulatinamente de modo a atrair a atenção de todos e ampliar o grau de dificuldade (Exemplo: Uma batida com o pé direito no chão, duas batidas com o pé esquerdo, um toque no joelho direito com a mão esquerda, uma batida com o cotovelo direito da cintura estando o braço dobrado, etc.).

Associação de idéias

Objetivo – Exercitar a atenção, a rapidez de raciocínio, a memória de curta e de longa duração.

Apresentação da tarefa – O grupo estará sentado em círculo, incluindo o instrutor. Será feita uma pergunta sobre um determinado tema (Exemplo: o que tem numa escola?). Cada aluno, seguindo a ordem do movimento do relógio, falará uma palavra, respondendo a questão, entretanto, não poderá repetir o que já foi dito, devendo sempre acrescentar algo novo. Caso não saiba, passar a vez para o colega seguinte.

Sugestões de perguntas – O que tem num parque de diversões? O que tem numa fazenda? O que tem numa academia de ginástica? O que tem numa farmácia?

Material informativo – Ao final do trabalho poderá ser entregue um folheto contendo o resumo das principais idéias abordadas e dicas para o dia-a-dia.

Textos de Apoio

GUERREIRO, Tânia e CALDAS, Célia Pereira. *Memória e Demência: Reconhecimento e Cuidado*. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ, 2001. 212 p.

NERI, Anita Liberalesso. (Org.). *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995. 276 p.

VARGAS, Heber Soares. *Psicogeriatría geral*. V.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 148 p.

GUERREIRO, Tânia e RODRIGUES, Regina. Envelhecimento Bem-Sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. IN: VERAS, Renato (Org.). *Terceira Idade – Alternativas para uma Sociedade em Transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1999. 232 p. p. 50-69.

3. Aprendendo sobre algumas doenças

Neste bloco são apresentados quatro temas relativos a doenças de alta prevalência em idosos: depressão, hipertensão arterial, diabetes mellitus e alterações ósteo-articulares (artrose e osteoporose).

Por que essas e não outras doenças?

Como já dito, são patologias bastante comuns no processo de envelhecimento e que, se não devidamente tratadas, evoluem para formas mais graves ou complicações, que podem resultar em prejuízos e incapacidades para as atividades da vida cotidiana.

Há outros aspectos comuns entre elas:

Podem passar despercebidas por longo tempo.

É necessário lidar com elas quase sempre para toda a vida.

A informação é fundamental para a prevenção e controle adequado.

O atendimento individual é limitado para o aprofundamento e debate das informações.

As mudanças propostas na prevenção e no tratamento têm fortes implicações sociais.

A definição de que doenças abordar em um programa educativo, ou mesmo se vale a pena focá-las de forma específica, vai depender da realidade de saúde de cada local e dos interesses e disponibilidade dos sujeitos envolvidos. Por isso é importante colher, organizar e/ou pesquisar informações sobre os problemas que afetam a saúde e bem-estar dos idosos para que haja uma correspondência adequada entre a programação e suas necessidades e conveniências.

Há nesta parte um predomínio inevitável do caráter informativo dos grupos, dado o grande o volume de informações técnicas atualmente disponíveis sobre cada doença. Contudo, é fundamental:

☺ Identificar, valorizar e buscar o diálogo com as informações que os idosos já possuem sobre as doenças.

☺ Desmistificar o sentido de verdade absoluta e inquestionável do conhecimento científico => reconhecer seu caráter histórico e limites.

Voltando a um dos princípios da prática educativa apresentados no início, a pretensão aqui é não perpetuar a forte polaridade na saúde entre o saber técnico e o saber popular, como se a verdade estivesse sempre do primeiro lado e os erros, mitos e tabus sempre no segundo. O que se busca é o diálogo entre o saber técnico-científico e a experiência e conhecimentos que informam a vida prática das pessoas.

Por fim, focar a doença não tem aqui o sentido de insistir numa visão que privilegia a doença em sua dimensão biológica, mas é, antes de tudo, um pretexto para retornar à saúde. Ou seja, de que modo as dificuldades e limites para atender às necessidades básicas de equilíbrio e bem-estar, vistas na primeira parte, abrem caminhos para as desordens orgânicas.

Vamos a elas.

Depressão

Teresinha Mello da Silveira

As dificuldades socioeconômicas que marcam a realidade atual brasileira repercutem na saúde, propiciando desconforto e sofrimento. Muitas doenças surgem e outras são agravadas em função da precariedade de recursos nas diversas áreas, tais como educação, saúde, lazer e cultura, entre outras.

Dentro deste contexto, as problemáticas pessoais se agravam, ocasionando sintomas de patologias físicas e psíquicas, entre as quais destaca-se a depressão.

As síndromes depressivas acometem 15% da população em geral e representam o quadro psicogeriatrico mais comum, trazendo intenso sofrimento.

A depressão atinge pessoas de qualquer idade, mas são os idosos os mais suscetíveis, provavelmente pela vulnerabilidade gerada pelos limites e perdas, sobretudo em contextos sociais desfavoráveis.

É necessário ampliar informações sobre este assunto. O conhecimento da doença pode levar o idoso a se cuidar para evitá-la e/ou buscar ajuda adequada quando não for possível impedi-la.

Objetivos

- Conceituar a depressão e abordar os possíveis fatores que a predispõe, os principais sintomas e o impacto sobre a qualidade de vida.
- Refletir sobre as situações concretas vividas pelos idosos e as formas de enfrentamento utilizadas.
- Discutir possíveis meios de evitar a eclosão da doença.

Conteúdo básico

O que é depressão?

Depressão é um processo patológico que se caracteriza por humor deprimido, lentidão psíquica, baixa de energia, impossibilidade ou dificuldade de sentir alegria e prazer, falta de interesse, apatia, dificuldade de concentração, pensamentos negativistas, desesperança, sensação de vazio, sentimento de inutilidade, culpa e distorção da realidade. Algumas vezes podem ocorrer irritabilidade, agressividade e agitação psicomotora e, finalmente, idéias suicidas.

Alguns transtornos aparecem com mais freqüência na depressão. Entre eles pode-se citar:

- hipocondria (mania de doença) e vigilância exacerbada do próprio corpo;
- alterações da pressão sangüínea e do processo digestivo;
- alterações na função sexual;
- mal-estar corporal difuso, dores e opressão em diversos lugares do corpo;
- perda do apetite e alterações do sono;
- expressão facial de sofrimento, apatia;
- inibição dos gestos e falta de iniciativa.

Quando a pessoa está por mais de 15 dias com humor deprimido, perda de interesse ou prazer e melancolia, acompanhado de pelo menos mais três outros sintomas, pode-se fazer o diagnóstico de depressão.

Na população idosa observa-se, comumente, queixas de dores variadas, preocupações hipocondríacas e insônia. Os sintomas de agitação, ansiedade e agressividade não são muito comuns nessa faixa etária, estando mais presente a apatia, o desânimo e o desinteresse pela vida, levando muitas vezes à idéia de suicídio.

A depressão pode ser:

- discreta – quando a pessoa tem que se esforçar para fazer o que é preciso;
- moderada – quando a pessoa não consegue cumprir suas obrigações e tem muitos sintomas;
- grave – quando a pessoa fica impedida de exercer quase todas as atividades de vida diária e apresenta quase todos os sintomas.

É importante distinguir a depressão da tristeza e luto por uma perda, que são sentimentos naturais. A depressão, ao contrário, é uma doença com sintomas bem definidos.

Quais as causas?

Fatores biológicos, genéticos e psicológicos estão incluídos na tendência à depressão. No entanto, o surgimento da doença na maioria das vezes depende de fatores desencadeantes de ordem pessoal (doenças, perdas físicas, mortes, crises nos relacionamentos amorosos ou familiares, etc.), ou de ordem social (perda econômica, desamparo familiar e social, abandono, desemprego, entre outros).

O tratamento diminui gradativamente o sofrimento, eliminando os sintomas e permitindo que o sujeito retorne a uma vida normal. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico, mais rápido o tratamento e mais rápida a recuperação. É importante saber, no entanto, que a recuperação completa só será alcançada após várias semanas e algumas vezes o primeiro tratamento não dá certo, sendo necessário tentar pela segunda ou terceira vez. O tratamento inclui o uso de antidepressivos e psicoterapia. A manutenção dos efeitos positivos do tratamento é favorecida pelo exercício de uma nova postura diante da vida.

É possível evitar a depressão na velhice?

Uma vida digna, na qual os cidadãos sejam respeitados, apoiados, acolhidos, podendo ter planos e metas a serem alcançadas, na qual seja possível ter autonomia e aproveitamento do seu potencial de saúde e de crescimento, na qual haja equilíbrio entre trabalho, amigos e lazer, que permita que a pessoa idosa possa desfrutar dos benefícios dos exercícios físicos e da alimentação adequada, são os melhores antídotos contra a depressão.

Lamentavelmente as dificuldades econômicas e sociais que atingem mais fortemente esta faixa da população conduzem ao sofrimento. Também as doenças físicas, os conflitos nos relacionamentos familiares e interpessoais podem trazer uma sobrecarga física e/ou emocional que por vezes ultrapassam os limites e causam doenças.

Entretanto, quando devidamente orientada, uma pessoa mais velha pode empregar seus recursos para diminuir a possibilidade de ficar deprimida. São dicas oportunas:

- aprender a respeitar os próprios limites;
- buscar apoio de familiares e amigos;
- desenvolver trabalhos e/ou estudos que sejam úteis e prazerosos;
- participar de atividades sociais, culturais e religiosas;
- ocupar-se em vez de preocupar-se;
- valorizar os bons momentos e não apenas os ruins;
- pôr o corpo em movimento (caminhar, dançar, etc.).

Pontos para reflexão e debate

- Velhice e projetos para o futuro.
- A importância de vivenciar e elaborar o luto.
- Os fatores da vida cotidiana que podem levar à depressão.
- A (in)disponibilidade de opções para o tratamento adequado.

Todos os pontos do conteúdo básico devem ser abordados de alguma forma, dentro de uma metodologia adequada à dinâmica própria do grupo e ao assunto em debate. É necessário que o grupo possa refletir, participando ativamente da discussão do tema. Os depoimentos pessoais dos participantes são um bom ponto de partida para o surgimento de um rico material para aprofundar a temática.

Propostas de dinâmicas de grupo

Partindo de uma pergunta

O coordenador inicia perguntando ao grupo sobre o que sabe a respeito da depressão. Após esse momento, propõe que conversem entre si sobre as causas, os sintomas, as formas de prevenir e tratar. O coordenador observará e só intervirá quando for preciso algum esclarecimento ou quando surgir algo que impeça o prosseguimento da dinâmica. Depois que o tema estiver bem discutido, o coordenador organizará no quadro as respostas às questões propostas, acrescentando outros dados importantes que não foram abordados.

Começando por um texto

O coordenador lê para o grupo um texto ou uma frase relativa à depressão e pede que cada um expresse o que pensa a respeito da depressão, citando exemplos pessoais ou de seu conhecimento. O coordenador deve estimular o grupo, favorecendo o aprofundamento do tema.

Utilizando gravuras

A dinâmica inicia com a observação conjunta de gravuras sugestivas de pessoas com e sem depressão. É solicitado ao grupo que separe as figuras em dois grupos conforme os indícios ou não de depressão, e que apontem quais são esse indícios na identificação da pessoas deprimida (por exemplo: olhos caídos, ombro curvado, pele desvitalizada ou empalidecida, emagrecimento, descuido com as indumentárias, etc.). A partir dessa caracterização do problema, abre-se uma discussão maior sobre os demais itens do conteúdo.

Trabalhando com grupos temáticos

O tema é dividido em partes a serem trabalhadas em subgrupos (por exemplo: sintomas, causas, formas de prevenção e tratamento). Cada subgrupo deverá discutir o tema e expressá-lo por meio de uma produção grupal que poderá ser verbal (relato oral da discussão), expressiva (dramatização ou expressão corporal) ou gráfica (desenho ou pintura). Depois das apresentações, o coordenador complementa informações e dá um fechamento. Ao final, é importante verificar o que os participantes puderam aprender com a vivência grupal.

Partindo de um cartaz

O coordenador inicia o trabalho com a apresentação de um cartaz sobre os sintomas da depressão e pergunta ao grupo quem já sentiu ou experimentou sintomas semelhantes. A partir dos depoimentos, parte-se para uma discussão mais ampla sobre as experiências individuais, acrescentando-se oportunamente informações sobre os demais aspectos relativos ao assunto.

Textos de apoio

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. 4 ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830 p.

ANDERSON, Maria Inês Padula. Depressão. IN: CALDAS, Célia Pereira (Org.). *A Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. RJ: EdUERJ, 1998. 213 p. p. 78-83.

TAVARES Jr., Almir R. Enfermedades mentales. IN: PEREZ, Elias Anzola et al. (Editores). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica nº 546), 1994. 488 p. p. 172-179.

FERNANDEZ, Maria Edila Davila e CARVALHO, Valdecir de Fátima. Depressão no Idoso. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. 524 p. p. 160-173.

ROCHA, F.L. Tratamento psicofarmacológico da depressão em idosos. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, ano 0, nº 0, p. 27-29, 1996.

MACHADO, Laura Machado. A abordagem psicoterápica da depressão em idosos. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, ano 0, nº 0, p. 30-32, 1996.

Hipertensão arterial

Antônio Carlos Bertholasce

Liliane Carvalho Pacheco

A hipertensão arterial atinge cerca de 15 a 20% da população adulta brasileira e é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardio e cerebrovasculares, principais causas de morbimortalidade em nosso país.

A prevalência de hipertensão arterial em idosos é ainda mais elevada, podendo chegar a 65%, e nas mulheres acima de 75 anos, a 80%. Atualmente acredita-se que a tendência para um aumento da pressão arterial com o avançar da idade, acima dos níveis normais, não deve ser considerada fisiológica ou natural, havendo benefícios com o tratamento.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são fundamentais para o controle da hipertensão e a redução de complicações. Em nosso país, infelizmente ainda é grande o número de hipertensos que desconhecem a doença, bem como o número de hipertensos que abandonam o tratamento ou não fazem o controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais.

A prevenção, por sua vez, deve ser especialmente valorizada, já que se evitariam as dificuldades e o elevado custo social do tratamento desta patologia.

Objetivos

- Socializar e debater informações sobre a hipertensão arterial: conceito, fatores de risco, conseqüências e tratamento.

- Discutir as implicações socioculturais da busca de prevenção, tratamento e controle adequados desta patologia.

Conteúdo básico

Conceito

Antes de abordar propriamente o conceito da hipertensão, é fundamental trabalhar a compreensão geral do que é a pressão arterial e o papel do coração no sistema vascular.

O sangue é bombeado pelo coração e levado para todas as partes do corpo pelos canais chamados artérias. Quando o sangue é bombeado, ele é empurrado contra as paredes das artérias. Esta pressão do fluxo sanguíneo é chamada de *pressão arterial*.

A pressão arterial é a pressão com a qual o sangue passa pelas artérias. Quando ela se mantém alta pode trazer prejuízo a diversos órgãos do corpo.

Existem dois níveis de pressão arterial:

- pressão arterial sistólica ou máxima – corresponde ao momento em que o coração se contrai para bombear o sangue;
- pressão arterial diastólica ou mínima – corresponde ao momento em que o coração relaxa entre as batidas.

Quando ocorre um estreitamento das artérias, seja por formação da placa ateromatosa (depósito de gordura) ou outros motivos, o sangue passa a ter dificuldade para circular, exigindo maior esforço do coração. Quando a pressão arterial aumenta acima do nível normal e permanece assim, tem-se a hipertensão arterial.

A hipertensão caracteriza-se quando a pressão arterial sistólica se apresenta com valor igual ou maior que *140 mmHg* e/ou a pressão

arterial diastólica igual ou maior que 90 mmHg , e assim se mantém permanentemente.

Classificação

A hipertensão arterial pode se apresentar de forma leve, moderada ou severa. Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1999), os níveis de pressão arterial para indivíduos com mais de 18 anos, classificam-se conforme o quadro que se segue.

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	Classificação
<130	<85	Normal
130-139	85-89	Normal limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão arterial leve
160-179	100-109	Hipertensão arterial moderada
≥ 180	≥ 110	Hipertensão arterial severa
≥ 140	<90	Hipertensão sistólica isolada

Sintomas

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois costuma cursar sem qualquer sintoma ao longo de anos. Este é um aspecto a ser frisado nos grupos, já que muitas vezes ela só é diagnosticada quando ocorre um comprometimento maior como, por exemplo, um ataque cardíaco fatal ou um acidente vascular cerebral.

Fatores de risco

Aproximadamente 90 a 95% dos hipertensos apresentam hipertensão essencial ou primária, cuja causa é até hoje desconhecida. Em apenas 5 a 10% dos casos a hipertensão é causada por outra doença, em geral renal ou endócrina, sendo chamada, então, de hipertensão secundária.

Os fatores de risco que podem favorecer o aparecimento da hipertensão e/ou contribuir para o aumento dos riscos de complicações ateroscleróticas, agravando o prognóstico e dificultando o tratamento, são apresentados a seguir.

- Dislipidemia
- Tabagismo
- Idade acima de 60 anos
- História de hipertensão na família
- Excesso de peso
- Sedentarismo
- Consumo excessivo de sal
- Consumo de álcool
- Estresse
- Diabetes Melittus

Complicações

Quando não controlada, a hipertensão arterial pode levar a comprometimentos em diversos órgãos, principalmente:

- coração – hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e doença coronariana;
- cérebro – episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral (AVC);
- rins – insuficiência renal;
- olhos – retinopatia hipertensiva.

O infarto e o AVC – “derrame” – são as complicações mais comuns e que aparecem exatamente entre as principais causas de mortalidade geral.

Como tratar?

- Modificações de hábitos de vida: são úteis por serem relativamente de baixo custo, aumentarem a eficácia do tratamento medicamentoso e o controle de outros fatores de risco cardiovascular. É interessante mostrar que a hipertensão leve pode ser controlada apenas com a adoção de tais medidas. São elas:
 - alcançar um peso saudável – a adequação dietética deve ser individualizada e considerar os aspectos socioeconômicos e culturais e a motivação dos idosos para resultar em efeitos de longo prazo;
 - evitar o consumo excessivo de bebida alcoólica – aspecto significativo na resistência e abandono do tratamento medicamentoso;
 - fazer exercícios físicos regularmente – reduz a pressão arterial e é coadjuvante na redução do peso corporal, no tratamento das dislipidemias e da resistência à insulina, no abandono do fumo e no controle do estresse;
 - diminuir a ingesta de sal para 6 gramas por dia (1 colher de chá) – a alta ingesta de sal e alimentos ricos em sódio predispõe ao aumento progressivo da pressão arterial que ocorre com o envelhecimento;
 - diminuir tabagismo – o fumo eleva a pressão arterial e a frequência cardíaca durante o ato de fumar possui um efeito

- contrário ao tratamento para redução dos lipídeos no sangue e provoca resistência ao efeito das medicações;
- diminuir a ingestão de gorduras saturadas, colesterol e açúcares simples na dieta;
 - evitar o uso de medicamentos que potencialmente elevem a pressão arterial;
 - adotar medidas de controle do estresse.
- Medicamentos anti-hipertensivos: devem ser utilizados de forma regular e com acompanhamento médico, respeitando-se características individuais, a alta prevalência de co-morbidade e os efeitos das interações medicamentosas na qualidade de vida.
 - Controle de outros fatores de risco cardiovascular: para o controle das dislipidemias e diabetes, observar os seguintes níveis de normalidade: Colesterol total sérico abaixo de 200mg/dl, LDL-colesterol abaixo de 130mg/dl, HDL-colesterol acima de 40mg/dl e triglicérides abaixo de 150mg/dl.

Pontos para reflexão e debate

- A importância da verificação adequada e periódica da pressão arterial.
- As modificações de hábitos de vida x questões culturais e socioeconômicas.
- As dificuldades para o controle do estresse e seu impacto na elevação da pressão.
- Acesso à medicação anti-hipertensiva e tratamento adequado na rede pública.
- Consumo elevado de sal em nosso contexto cultural.

Propostas de dinâmicas de grupo

Trabalhando com grupos temáticos

O coordenador procura saber inicialmente o que o grupo sabe sobre hipertensão, pedindo que cada um fale o que lembra quando ouve esta palavra. Após esse momento, o coordenador divide o grupo em subgrupos e sorteia questões específicas relativas a hipertensão (por exemplo: *o que é? Quais os fatores de risco? Quais as complicações? É possível preveni-la?*). Cada subgrupo apresenta o assunto proposto, por meio de um cartaz ou oralmente, e o coordenador e o grupo complementam, corrigem e debatem as informações.

Partindo de um texto básico

O coordenador propõe a leitura conjunta de um texto básico sobre hipertensão. Cada participante deve ler um trecho e lançar questões ou comentá-lo a partir de seu conhecimento prévio sobre o assunto. As informações vão sendo complementadas e, ao final, abre-se para o debate geral sobre o tema.

Iniciando com uma exposição oral

Exposição do tema pelo coordenador, abordando os principais aspectos da hipertensão, com posterior divisão do grupo em duplas para discussão de frases contendo afirmações verdadeiras e falsas sobre hipertensão, distribuídas pelo coordenador. Depois serão expostas para todo o grupo com o comentário de cada dupla. O grupo deve ser mobilizado para aceitar, corrigir ou complementar o comentário.

Sódio e alimentos industrializados

Para a discussão sobre o efeito do elevado consumo de sódio na elevação da pressão arterial, o coordenador subdivide o grupo para observação de rótulos de alimentos industrializados e reconhecimento da adição de sal e/ou outros compostos de sódio e sua quantidade. Os rótulos podem ser selecionados previamente pela coordenação ou trazidos pelos componentes do grupo. Em seguida, abre-se para o debate geral sobre as observações de cada subgrupo e para a elaboração conjunta de estratégias de controle da quantidade de sódio na alimentação.

Exemplos de afirmações (falsas e verdadeiras) para uso em dinâmicas de grupo.

- Pressão alta e hipertensão são a mesma doença.
- Quando a pressão está alta a pessoa sente dor de cabeça, mal-estar, zumbido no ouvido ou tontura.
- As pessoas nervosas e obesas são hipertensas.
- Tratamento regular com medicamentos cura a hipertensão.
- Remédio da hipertensão deve ser tomado quando a pessoa se sente mal.
- A prática de exercícios físicos ajuda a fortalecer o coração e a baixar a pressão.
- A pessoa que tiver alguém na família com pressão alta também será hipertensa.
- Todas as pessoas com pressão alta devem tomar remédio.
- Remédio deve ser somente usado na crise hipertensiva para não causar dependência no organismo.
- Quem tem pressão alta não pode comer nada com sal.
- Alcançando o peso saudável a pressão arterial fica normal.

Textos de apoio

NÚÑEZ, Juan Macías. Hipertensión Arterial. IN: PEREZ, Elías Anzola Pèrez et al. (Editores.). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica nº 546), 1994. 488 p. p. 91-95.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomás de, PASINI, Urbano e PAPALÉO NETTO, Matheus. Hipertensão Arterial. IN: CARVALHO FILHO, Eurico Thomás e PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994, 435 p. p. 155-170.

KRUMMEL, Debra. Nutrição na Hipertensão. IN: MAHAN, L. Kathleen e ESCOTT-STUMP, Sylvia. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 9 ed., São Paulo: Roca, 1998, 1179 p. p. 569-582.

RIBEIRO, Artur Beltrame et al. *Tratamento da hipertensão arterial*. IN: RIBEIRO, Artur Beltrame. *Atualização em Hipertensão Arterial – Clínica, Diagnóstico e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1996, 329 p. p. 193-223.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Cardiologia*, ano 1, n. 3, 1999. Disponível na internet. <<http://www.cardiol.br>. 12/6/2000>.

III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz da Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Coord. Geral: Raul D. Santos. Disponível na internet. <<http://www.cardiol.br>. 11/11/2001>.

Diabetes mellitus

Liliane Carvalho Pacheco

Marília Costa Cunha

O diabetes é uma das principais doenças crônico-degenerativas que atingem a população, especialmente os idosos.

De acordo com o levantamento realizado em 1988 pelo Ministério da Saúde, a prevalência de diabetes no Brasil era de 7,6% entre pessoas de 30 a 69 anos de idade que residem em regiões urbanas. No Brasil estima-se que há aproximadamente cinco milhões de diabéticos, considerando-se todas as faixas etárias.

Na população idosa, o diabetes tipo II (não insulino-dependente) é o mais comum e está relacionado a uma taxa de mortalidade em torno de 44%, após dez anos do diagnóstico.

O diabetes é uma doença que apresenta importantes conexões culturais, relacionando-se diretamente aos aspectos gerais de saúde, como alimentação e bem-estar físico e emocional. A abordagem deste tema no grupo pretende caracterizá-lo como problema de saúde pública e oferecer subsídios para os idosos lidarem com a prevenção e controle desta patologia.

Objetivos

- Compartilhar e debater informações sobre o diabetes: principais tipos, fatores pré-disponentes, sintomas, complicações e tratamento.
- Discutir as implicações socioculturais, sobretudo relativas aos hábitos alimentares, presentes na busca de prevenção e controle adequados desta patologia.

Conteúdo básico

Conceito

O diabetes se caracteriza pelo aumento da glicemia, isto é, os níveis de açúcar (glicose) no sangue.

A glicose é a principal fonte de energia do organismo. Para poder gerar essa energia ela precisa, no entanto, estar dentro das células. O responsável para levar a glicose para dentro das célula é um hormônio produzido pelo pâncreas, chamado insulina. No diabetes, o pâncreas não produz insulina ou produz em quantidades insuficientes, ocasionando aumento de açúcar no sangue ou *hiperglicemia*. Pode ocorrer também a resistência do organismo à insulina, fazendo com que ela não possa cumprir adequadamente a sua função.

Para a apreensão do conceito é oportuno retomar a noção básica do papel da glicose no organismo e da insulina na nutrição celular. É importante também a decodificação dos termos técnicos, especialmente insulina, glicemia e hiperglicemia, proporcionando uma visão mais clara sobre o mecanismo fisiopatológico do diabetes.

Tipos de diabetes

Os dois tipos principais de manifestação do diabetes são:

- Tipo I ou insulino-dependente – Atinge mais os jovens e caracteriza-se por uma instabilidade metabólica grave. O pâncreas é incapaz de produzir insulina, devendo haver, portanto, a aplicação injetável regular desta substância no organismo.
- Tipo II ou não insulino-dependente – É a forma mais comum em idosos, e geralmente manifesta-se a partir de 40 anos,

aumentando sua incidência com a faixa etária. Resulta da combinação de fatores genéticos e ambientais e caracteriza-se pela incapacidade do pâncreas produzir insulina de forma regular e adequada para o controle fisiológico e permanente da glicemia.

A distinção dos dois principais tipos de manifestação da doença deve ser feita de modo a favorecer a compreensão sobre o papel da insulina em cada um, bem como demarcar a importância da interação de fatores biológicos e sociais no aparecimento do diabetes tipo II (90% dos casos de diabetes).

Fatores pré-disponentes

De acordo com o conhecimento técnico atual, não há uma causa específica do diabetes, mas um conjunto de fatores associados que contribuem para o seu aparecimento. Os principais fatores que predisõem ao diabetes, além da influência do fator genético, são:

- diminuição na produção de insulina e/ou má utilização da insulina pelo organismo;
- excesso de peso;
- sedentarismo;
- determinados medicamentos e doenças ou distúrbios coexistentes (por exemplo: hipertensão arterial e aumento de gorduras no sangue, denominados dislipidemias);
- repetidas infecções e tensão emocional.

Sintomas

Os sinais e sintomas mais comuns no diabetes tipo II são fome excessiva, aumento da frequência e do volume da urina, secura na

boca, emagrecimento rápido, obesidade, fraqueza, letargia (sensação de torpor), prurido vulvar (coceira na região genital), infecções de repetição, diminuição da acuidade visual e hiperglicemia.

É importante enfatizar que a apresentação clínica do diabetes no idoso é, de modo geral, mais discreta que no jovem. Muitas vezes o idoso apresenta apenas emagrecimento, fraqueza, infecções repetidas, não apresentando os demais sintomas típicos da doença.

Por este motivo, o diabetes às vezes é detectado apenas quando a sintomatologia clínica caracteriza quadro agudo e grave ou com o surgimento de uma ou mais complicações da doença (distúrbio visual, por exemplo).

Complicações

A falta ou a inadequação do controle do diabetes pode levar a complicações agudas e crônicas. As complicações crônicas são classificadas em microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia) e macrovasculares (aterosclerose e suas conseqüências).

As complicações agudas importantes a serem destacadas são:

- coma: forma extrema de descompensação diabética;
- hipoglicemia: ou diminuição do açúcar no sangue, geralmente associado ao tratamento com insulina (dose excessiva, alimentação inadequada em termos de quantidade ou horário, ou nível excessivo e não habitual de exercício físico).

As manifestações mais freqüentes de hipoglicemia no idoso são confusão mental e dormências no corpo, e as menos freqüentes são sudorese, tumores, fraqueza, sensação de fome intensa e tontura. Para melhorar este quadro, a pessoa deve, quando consciente, ingerir qualquer alimento que contenha açúcar (refrigerante, suco de frutas, etc.) até sentir a melhora dos sintomas.

Como tratar?

O tratamento do diabetes visa à manutenção de níveis adequados de glicemia e ao controle das doenças associadas, de modo a controlar os sintomas, prevenir as complicações e reduzir a mortalidade.

As medidas terapêuticas para o idoso diabético são as mesmas do paciente de qualquer faixa etária. Não é objetivo aprofundar os aspectos específicos relativos ao tratamento, mas apresentá-lo em linhas gerais, enfocando alimentação adequada (dieta), atividade física e medicação específica.

A dieta é essencial para a regulação do peso corporal e o controle dos níveis glicêmicos dentro dos limites convenientes. Por essa razão, a educação alimentar e a orientação profissional são fundamentais para que se possa garantir a particularização e a adequação da dieta para cada indivíduo, considerando seus padrões étnicos, culturais e sociais.

A principal idéia a ser aqui trabalhada é a de que o controle efetivo da glicemia depende do equilíbrio entre o valor energético dos alimentos e as necessidades do diabético, considerando o seu padrão de gasto habitual. O total de calorias de uma dieta deve, portanto, considerar o sexo, peso, altura e atividade física de cada pessoa.

A utilização de fibras solúveis (presentes na aveia, frutas, cevada, leguminosas) deve ser apontada como benéfica na dieta do diabético, pelo fato de permitir uma absorção mais lenta dos carboidratos e evitar os picos glicêmicos.

A redução de gordura saturada (carnes gordas, gordura vegetal hidrogenada, banha de porco, óleo de coco, etc.) é benéfica ao diabético, assim como a utilização da gordura poliinsaturada e monoinsaturada existente em óleos vegetais (canola, girassol, milho,

soja, azeite), em virtude de evitar o aumento dos níveis de colesterol e triglicérides no sangue.

Em relação aos alimentos dietéticos (geléias, pudins, chocolates, bolos, etc.), deve-se alertar para o fato de que o valor calórico destes alimentos esteja previsto no valor calórico total estimado para cada indivíduo.

Na discussão sobre a dieta do diabético, é importante discutir o sentido de “proibição” e “castigo”, com o qual se costuma identificá-la. Como é possível observar, os alimentos sugeridos e/ou desestimulados não diferem essencialmente daqueles previstos numa alimentação balanceada, exceto na restrição mais rigorosa quanto a quantidades e quanto ao consumo do açúcar branco, a sacarose.

Os benefícios da atividade física moderada e regular no controle do diabetes incluem:

- redução dos níveis de glicose no sangue;
- diminuição da necessidade de insulina;
- aumento da absorção de insulina pelos músculos;
- aumento do gasto calórico, especialmente quando é benéfica a perda de peso.

Para idosos diabéticos, a caminhada é uma das atividades mais recomendadas. Se a pessoa não puder fazer longas caminhadas, pode ser encorajada a fazer pequenas e múltiplas caminhadas ou buscar uma atividade física conveniente às suas possibilidades.

Cabe considerar, por fim, os cuidados especiais que a pessoa diabética deve dar à higiene pessoal devido a maior susceptibilidade a infecções. Destacam-se aqui, o cuidado com ferimentos na pele, em especial nos pés, e na área bucal.

Pontos para reflexão e debate

- A cronicidade da doença e a noção de controle como condição para uma vida normal.
- As dificuldades para assistência adequada e o alto custo do tratamento.
- O consumo elevado de açúcar branco (sacarose) em nosso contexto cultural.
- A questão do *diet* e *light* no diabetes.

Propostas de dinâmicas de grupo

Trabalhando com grupos temáticos

O coordenador procura saber inicialmente o que o grupo sabe sobre diabetes, pedindo que cada um fale o que lembra quando ouve esta palavra. Após esse momento, o coordenador divide o grupo em subgrupos e sorteia questões específicas relativas ao diabetes (Por exemplo: *o que é e quais são os sintomas? Quais as causas? Quais as complicações? É possível prevenir?*). Cada subgrupo apresenta, por meio de um cartaz ou oralmente, o assunto proposto e o coordenador e o grupo complementam, corrigem e debatem as informações.

Partindo de um texto básico

O coordenador propõe a leitura conjunta de um *folder* ou texto básico sobre o diabetes. Cada participante deve ler um trecho e lançar questões ou comentá-lo a partir de seu conhecimento prévio sobre o assunto. As informações vão sendo complementadas e, ao final, abre-se o debate geral sobre o tema.

Frases falsas e verdadeiras

O coordenador introduz o tema diabetes, falando sobre sua importância e apresentando o conceito e tipos de diabetes. Após esse momento, propõe a montagem, junto com o grupo, de cartazes sobre sinais e sintomas, complicações e tratamento. Posteriormente, sorteia entre os participantes diversas frases contendo afirmações verdadeiras e falsas sobre o diabetes. Cada um deve ler a sua frase e comentá-la. O grupo deve ser mobilizado para aceitar, corrigir ou complementar o comentário.

Exemplos de afirmações (falsas e verdadeiras) para uso em dinâmicas de grupo.

- Diabetes é uma doença incurável.
- A ferida do diabético cicatriza rapidamente.
- O tratamento do diabetes é feito com o uso da insulina.
- Produtos *diet* podem ser utilizados por diabéticos.
- O diabético deve seguir uma dieta rigorosa.
- O excesso de peso contribui para o diabetes.

Textos de apoio

GREGERMAN, Robert I. e KATZ, Michael S. Diabetes Mellitus en el anciano. IN: PEREZ, Elías Anzola et al. (Editores). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica nº 546), 1994. 488 p. p. 107-120.

MIGUEL MARCONDES, José Antônio e GRANDJEAN THOMSEN, Yvone Lo Grandjean. Diabetes Mellitus e Envelhecimento. IN: CARVALHO FILHO,

Eurico Thomás e PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994. 435 p. p. 267-286.

BARRETO, Ney Dilson Magalhães. Diabetes Mellitus na pessoa idosa. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 65-71, 1997.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos e RODRIGUES, Rosalina A. Partezane. Situação de saúde do idoso diabético. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 11-17, 1999.

FRANZ, Marion I. Cuidado Nutricional no Diabetes. IN: MAHAN, L. Kathlen e ESCOTT-STUMP, Sylvia. Krause: *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 9 ed., São Paulo: Roca, 1998. 1179 p. p. 697-732.

NASCIMENTO, Maria de Lourdes do e DUARTE, Ana Lúcia Nascimento. Condutas Dietéticas. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. p. 262-272.

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-degenerativas. *Manual de diabetes*. 2 ed., Brasília: 1994. 35 p.

Alterações osteoarticulares

Isis Simões Menezes

A manutenção da autonomia e independência para a realização das atividades diárias é uma condição almejável para a boa qualidade de vida no envelhecimento. A osteoartrose e a osteoporose são alterações osteoarticulares de grande prevalência que podem comprometer esta condição. Conhecê-las é importante para que o idoso possa cuidar de seus ossos e articulações, minimizando ou postergando a doença.

Objetivos

- Abordar o impacto da osteoartrose e da osteoporose no envelhecimento.
- Socializar informações sobre o que são, quais as causas, quais os seus sintomas, tratamento e prevenção.
- Apontar e discutir estratégias profiláticas no sentido de minimizar e/ou postergar os efeitos dessas doenças.

Osteoartrose

As articulações do corpo permitem, juntamente com outras estruturas, a mobilidade necessária para a execução de uma série de movimentos.

Entretanto, com o passar do tempo elas vão sofrendo modificações e podem ser acometidas por doenças. Uma delas é a osteoartrose, mais conhecida como artrose. Trata-se de uma doença de alta prevalência em idosos, mas que não necessariamente faz parte do

envelhecimento fisiológico. Acomete mais freqüentemente as mulheres e, nestas, as articulações das mãos e dos joelhos.

Conteúdo básico

O que é artrose?

A abordagem nos grupos pode ser iniciada com uma breve exposição sobre as articulações e como elas funcionam. Pode-se ilustrar tal exposição mostrando as articulações comumente atingidas pela doença, ou seja, a coluna vertebral e o joelho.

As articulações são compostas por ossos e outras estruturas como a cartilagem hialina e os discos intervertebrais (na coluna). O processo degenerativo articular se inicia nestas estruturas.

As articulações não só têm a função de mobilidade como também de metabolização de elementos para seu próprio funcionamento. Durante a vida, esta atividade metabólica acontece objetivando regenerar tecidos degradados por microtraumas. Quando o ritmo de degradação articular é maior que a atividade metabólica regeneradora, as articulações ficam com uma insuficiência osteocartilaginosa, denominada osteoartrose.

Fatores de risco

Há alguns fatores que podem propiciar o aparecimento da osteoartrose, mas que não a determinam obrigatoriamente.

O excesso de peso é um fator importante, pois articulações que suportam um corpo muito pesado prejudicam de maneira preponderante a cartilagem e o disco intervertebral.

Outras alterações como fraturas articulares, desvios, infecções, tumores, também podem favorecer o aparecimento da doença.

Principais sintomas

A pessoa com osteoartrose pode ficar sem sentir nada durante longos períodos. Isto ocorre porque as alterações nas articulações podem iniciar-se muito precocemente (antes de 35 anos), sendo vistas apenas ao exame radiológico. Os sintomas surgem quando a cartilagem articular é vencida pelo acelerado ritmo da degradação articular, marcando o início da doença.

Na fase aguda, os sintomas são:

- dor (é o mais significativo deles);
- vermelhidão;
- calor;
- aumento do volume articular.

Passada a fase aguda alguns sintomas podem persistir. Estes são:

- dor (de pouca intensidade);
- diminuição da mobilidade;
- fraqueza muscular (quando a articulação fica muito tempo sem movimentação);
- crepitação ou sensação de ter “areia” na articulação.

Como tratar?

O impacto da osteoartrose no cotidiano dos idosos é variado. Alguns terão um ritmo lento de evolução que, com controle dos fatores de risco, será mais lento ainda, nada ou pouco interferindo em suas vidas. Outros, entretanto, evoluirão para uma doença mais intensa, com sintomas que necessitarão tratamento.

O tratamento objetiva:

- aliviar a dor;
- mobilizar as articulações;
- manter a função articular;
- minimizar as deformidades;
- postergar ao máximo a evolução da doença.

As formas principais de tratamento são a farmacológica (remédios), a fisioterápica, a cirúrgica e a dietética. A escolha da melhor abordagem ou a combinação delas fica na dependência do grau de acometimento articular e os sintomas.

No momento em que surgirem as primeiras queixas, é importante que se procure o médico para que ele possa diagnosticar a doença e orientar quanto à abordagem terapêutica. Quando não tratada, a osteoartrose pode comprometer a articulação, provocando dores cada vez maiores, podendo evoluir, pela falta de movimento, para a anquilose, que é o endurecimento da articulação, situação que prejudica muito o caminhar, o equilíbrio e outras funções do idoso.

Como tratamento e prevenção deve-se poupar ao máximo as articulações que suportam peso. Para isso, o controle do peso corporal e os cuidados com a postura são fundamentais.

O exercício físico regular é também recomendável. Deve ser realizado no mínimo três vezes por semana, com roupas leves, em horário e local adequados. Deve ser feito quando o idoso já não apresenta sintomas. Dentre os benefícios específicos, incluem-se a:

- manutenção da mobilidade articular conseguida com o tratamento;
- melhora no tônus e trofismo musculares (força muscular);
- diminuição do excesso de peso, quando se faz necessária.

Osteoporose

A osteoporose é uma doença que leva ao enfraquecimento dos ossos, aumentando o risco de fraturas. Embora não atinja somente os idosos, é propiciada pelo processo normal do envelhecimento, devendo aumentar significativamente sua incidência com o crescimento da população idosa no mundo.

Quando as fraturas ocorrem, há comprometimento em graus variados para independência do idoso. É a fratura do quadril que apresenta o maior impacto socioeconômico, não só em função da necessidade de internação e de cirurgia, como também das complicações pós-fratura. A taxa de mortalidade é alta para este tipo de fratura, sendo que apenas uma parte dos idosos recupera sua mobilidade original. Após a fratura do quadril pode haver uma redução na expectativa de vida de 12 a 20% depois de seis meses de fratura. Metade dos indivíduos que sobrevivem podem necessitar de auxílio nas suas atividades cotidianas e 15 a 20% deles são institucionalizados.

Apesar de não se ter ainda trabalhos conclusivos sobre a prevalência da osteoporose no Brasil, estima-se que atualmente mais de 15 milhões de brasileiros estão propensos a desenvolver esta doença. O número de fraturas do fêmur pode atingir cerca de 5% da população, com idade acima de 65-70 anos.

As mulheres têm um risco quatro vezes maior de desenvolver a osteoporose do que os homens. Isto ocorre devido à perda óssea ser mais acelerada na mulher em função da menopausa e da maior longevidade feminina. Estima-se que de cada quatro mulheres, uma poderá ter um quadro de osteoporose relevante, com risco de fratura.

Conteúdo básico

Estrutura do osso

Para se compreender melhor a osteoporose, é importante abordar inicialmente o tecido ósseo e seu funcionamento.

O osso, além de proteger órgãos vitais do nosso corpo, permite que músculos se insiram nele, possibilitando os movimentos articulares. Tem também como função o depósito de cálcio e fósforo para que diversas funções no nosso organismo possam acontecer.

Apesar de o osso ser rígido, ele é composto de um tecido que se modifica contentemente. Durante a vida toda há substituição de osso velho por osso novo, processo denominado remodelagem óssea, isto é, a constante atividade de formação e reabsorção.

Entretanto, há um momento no qual a quantidade de massa óssea presente no organismo atinge seu ponto máximo, considerado o pico de massa óssea.

Formar um alto pico de massa óssea é um processo que se inicia na vida intra-uterina, continua na infância e na juventude e termina por volta dos 30 a 40 anos. Para manter os ossos saudáveis, é fundamental, ao longo da vida, a prática regular de exercícios físicos, a manutenção de bons níveis de vitamina D e a ingestão adequada de cálcio.

O que é osteoporose?

A osteoporose é uma doença caracterizada por perda gradual de massa óssea, que propicia maior fragilidade do osso e, conseqüentemente, aumenta o risco de fraturas. Estas podem ocorrer como conseqüência de pequenos ou grandes traumas ou quedas.

Principais tipos

Há vários tipos de osteoporose. Destacamos aqui dois:

- Pós-menopausal ou tipo I: acomete mulheres nos cinco a dez anos após a menopausa, ocorrendo principalmente em função da baixa do hormônio estrogênio, seguida por um período de perda óssea bem mais lenta. Sem tratamento, algumas mulheres podem perder entre 2 e 4% de massa óssea por ano.
- Relacionada ao envelhecimento ou tipo II: com o envelhecimento, há uma perda de massa óssea em ambos os sexos, em torno de 0,2 a 0,4% ao ano. O homem começa a ter perda significativa em torno dos 60 a 65 anos, mas a mulher já inicia sua perda após a menopausa. A perda óssea acima de 60 anos é atribuída, dentre outros fatores, à má absorção de cálcio e à diminuição dos níveis de vitamina D que circula em nosso corpo.

Fatores de risco

- Baixa massa óssea – Quanto mais massa óssea tivermos, menor será a vulnerabilidade a fraturas após a perda em função da menopausa ou do envelhecimento.
- Hereditariedade – Pessoas com casos da doença na família estão mais propensas à doença.
- Baixa ingestão de cálcio e magnésio na dieta – Uma ingestão inadequada de nutrientes priva o organismo de matérias-primas necessárias para a manutenção da força e da massa óssea.

- Uso crônico de alguns medicamentos – Pode interferir no metabolismo ósseo, como os corticóides que, dentre outros fatores, diminuem a absorção de cálcio.
- Fumo – Acelera o ritmo de perda óssea.
- Álcool – Altera o metabolismo da vitamina D.
- Cafeína – Interfere na absorção de nutrientes, dentre eles o cálcio.

Principais sintomas

Até que haja uma perda significativa de massa óssea, a osteoporose pode permanecer assintomática, ou seja, o osso vai fragilizando-se silenciosamente. As fraturas são o principal sinal clínico da doença.

Fraturas nas vértebras e no punho podem ocorrer, primeiramente na osteoporose pós-menopausal. As do quadril geralmente ocorrem na presença de osteoporose relacionada ao envelhecimento.

Os locais de fraturas mais freqüentes são:

- coluna vertebral;
- fêmur;
- punho;
- colo do úmero (braço);
- costelas.

As fraturas vertebrais, conforme o grau e o número de vértebras acometidas, geram deformidades, conhecidas popularmente como corcunda de viúva. Tais fraturas apresentam, na fase aguda, sinais e sintomas como dor na vértebra afetada, que geralmente fica muito sensível quando tocada.

Para o diagnóstico, os idosos devem procurar acompanhamento médico, assim como as mulheres quando entrarem na menopausa. Há

exames, como a densitometria óssea, que avaliam a densidade de massa óssea muito precocemente, e também exames de sangue e urina que apontam o ritmo de perda óssea (reabsorção), bem como a eficácia do tratamento realizado.

Como tratar?

A melhor maneira de controlar a osteoporose é a prevenção, ou seja, a adoção de medidas que favoreçam uma alta massa óssea para que, mesmo com o envelhecimento, as fraturas não aconteçam. Entretanto, mesmo para quem já tem uma perda de massa óssea importante, é recomendável observar:

- ingesta adequada e regular de alimentos ricos em cálcio e magnésio: por exemplo, leites e derivados, folhas escuras, etc.;
- exposição solar – a vitamina D tem a função de ajudar a fixar o cálcio no organismo. a exposição solar transforma a vitamina D existente na pele em sua forma ativa para que ela possa cumprir esta função;
- uma exposição solar diária de 15 minutos em 10% da superfície corporal (braços e pernas) – preferencialmente no horário matinal (até 9:00) e depois das 16:00 – é eficaz para que esses processos aconteçam;
- exercício físico regular: a pressão mecânica sobre os ossos estimula a formação óssea. Entretanto, para que seja eficaz, é necessária uma prática regular, com frequência mínima de três dias por semana. O caminhar vigoroso é uma boa possibilidade por ser de fácil execução e, em princípio, acessível a muitos idosos;
- uso de medicamentos – há remédios que atuam diminuindo a reabsorção óssea e outros que estimulam a formação óssea; a

terapia de reposição hormonal apresenta bons resultados quando bem indicada; ela objetiva frear a perda de massa óssea, aliviando também outras alterações relacionadas com a menopausa.

Prevenção de quedas e fraturas

É o ponto fundamental quando se trata de osteoporose e preservação da capacidade funcional dos idosos.

A mulher idosa deve tratar a osteoporose, monitorando-a por meio de abordagem médica adequada e acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados. Nunca é tarde para iniciar o tratamento, mas quanto mais precoce, maiores as chances de evitar fraturas.

Algumas medidas preventivas, como as que seguem, podem ser indicadas para discussão. Deve-se observar, entretanto, a realidade local e as situações de riscos específicas que podem apresentar no cotidiano. Para isso, é fundamental o envolvimento dos próprios idosos na identificação dos problemas e das alternativas possíveis para a prevenção:

- Prenda os tapetes ao chão e organize os fios para que não fiquem no caminho.
- Tanto quanto possível, deixe livres os espaços de circulação.
- Mantenha uma boa iluminação na casa.
- Instale corrimões nos banheiros, escadas ou outros locais da casa em que forem necessários.
- Utilize calçados que ofereçam segurança.
- Evite a pressa nos afazeres cotidianos.

Pontos para reflexão e debate

- O impacto das alterações ósteoarticulares e das fraturas osteoporóticas na qualidade de vida do idoso.
- A importância do controle do peso corporal e o cuidado com os movimentos do corpo, a fim de poupar as articulações de desgastes desnecessários.
- As implicações sociais e econômicas de algumas medidas de controle (recursos para a segurança doméstica, acesso a medicações e alimentação adequada, a negociação com outros membros da casa, etc.).
- A questão da reposição hormonal como medida preventiva da osteoporose.

Propostas de dinâmicas de grupo

Partindo das experiências dos idosos

Após introduzir a importância do tema, o coordenador solicita que cada componente do grupo fale de sua experiência própria ou de amigos/familiares sobre artrose e osteoporose. As informações de cada um vão sendo organizadas em um quadro ou cartolina na parede. A partir daí, o coordenador acrescenta outros aspectos não mencionados e mobiliza o debate sobre as dúvidas apresentadas e as medidas preventivas e de controle da doença.

Partindo de uma exposição oral

O coordenador faz uma apresentação sobre as principais alterações ósteo-articulares do envelhecimento, com o apoio de cartazes

e ilustrações sobre o tema. Nesta primeira fase enfoca a importância epidemiológica, o impacto na saúde do idoso, a caracterização geral de cada patologia (o que é, como reconhecer e fatores pré-disponentes). Durante a apresentação e/ou ao final dela os membros do grupo podem participar com exemplos de sua experiência. Na segunda parte, o grupo é subdividido em dois para que discutam e elaborem um cartaz sobre prevenção e controle da doença, incluindo medidas para a prevenção de quedas. Após a tarefa, cada subgrupo apresenta o resultado de seu trabalho e é aberto o debate sobre as implicações gerais que facilitam ou dificultam a adoção das medidas propostas.

Trabalhando com textos

É distribuído ao grupo um ou dois textos informativos sobre osteoartrose e osteoporose. O coordenador solicita que, conforme o interesse, o grupo se subdivida em dois para lerem e debaterem um desses temas. Ao final deste trabalho, cada subgrupo apresenta o seu tema para o grupo e o coordenador participa esclarecendo dúvidas e conceitos na medida em que se fizerem necessários.

Discutindo em grupos temáticos

O coordenador propõe ao grupo as seguintes perguntas: o que você sabe sobre a artrose e osteoporose? Quais são seus sintomas e fatores de risco? Como prevenir e como tratar? O grupo é dividido em dois ou três subgrupos para que troquem idéias sobre os temas e registrem as respostas. Após a tarefa, um representante de cada grupo apresenta suas respostas e o coordenador acrescenta as informações necessárias, esclarecendo pontos duvidosos e apontando questões para o debate.

Trabalhando a partir de perguntas

Em um saco são colocados pequenos papéis com perguntas sobre artrose e osteoporose. Cada pergunta receberá um número, obedecendo a uma ordem (por exemplo: o que é, quais os sintomas, quais as causas, como tratar e como prevenir). O coordenador pede que cada membro do grupo retire um papel e tente responder à questão proposta de acordo com seu conhecimento prévio, na hora em que for chamado o seu número. Os conceitos e informações vão sendo acrescidos de acordo com as respostas. Quando todos tiverem lido e respondido suas frases, abre-se o debate geral sobre o tema.

Textos de apoio

BANDEIRA, Francisco, MACEDO, Geísa, CALDAS, Gustavo et al. *Osteoporose*. Rio de Janeiro, Medsi, 2000. 390 p.

BORELLI, Aurélio. Envelhecimento ósseo: Osteoporose. IN: CARVALHO FILHO, Eurico Thomás e PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994. 435 p. p. 297-308.

CARNEIRO, Roberto A., LEDERMAN, Rubem. Osteoporose Saúde Pública no Brasil. IN: *ARS CVRANDI*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 17-20, junho, 1996.

FULLER, Ricardo e HIROSE-PASTOR, Elda Matilde. Osteoartrose. IN: YOSHINARI, Natalino Hajime e BONFA, Eloísa S.D. Oliveira.

Reumatologia para o clínico. São Paulo. Ed. Rocca, 2000. 275 p. p. 139-148.

MEIRELLES, Eduardo de Souza. Principais Artropatias e Conectivopatias. IN: CARVALHO FILHO, Eurico Thomás e PAPALÉO NETTO, Matheus (Orgs.). *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994. 435 p. p. 309-318.

MENDONÇA, Laura Maria Carvalho de. Osteoporose: um fato não consumado. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 0, n. 0, p. 39-41, 1996.

MILLÁN, Alberto e GONZÁLEZ, Nancy. Alteraciones musculoesqueléticas del anciano. IN: PÈREZ, Elias Anzola et al. (Editores). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Publicación Científica nº 546) 488 p. p. 136-152.

Participação social e cidadania

Mônica de Assis

Ao longo deste trabalho, procuramos mostrar a relação da saúde com as questões sociais, econômicas, políticas e culturais de nosso contexto.

As más condições de saúde dos idosos em nosso meio retratam, em grande parte, os problemas gerais de vida da população e as dificuldades de acesso para uma assistência à saúde adequada. É comum a situação de idosos com incapacidade ou graves prejuízos funcionais que poderiam ter sido evitados ou amenizados por intermédio de ações de controle e reabilitação adequadas.

A cidadania é, portanto, um tema indissociável da saúde. Promover o envelhecimento saudável implica na busca pela garantia dos direitos básicos e da melhoria da qualidade de vida para toda a população.

Na área do envelhecimento, é central a socialização de informações sobre os direitos dos idosos e a discussão do recente processo de construção de uma política especificamente dirigida a este grupo etário no país. A intenção é promover nos grupos um espaço de reflexão sobre a cidadania e os canais de participação popular nas políticas sociais, incluindo o enfoque sobre as dificuldades e potencialidades nesse processo.

Objetivos

- Estimular a reflexão sobre o exercício da cidadania e a participação social.

- Divulgar os direitos assegurados no âmbito da Política Nacional do Idoso.
- Promover o debate sobre o processo de implementação desta Política, confrontando-a com a realidade vivida pelos idosos.

Conteúdo básico

A questão da terceira idade vem ganhando maior visibilidade nos últimos anos, multiplicando-se experiências de trabalho junto à população idosa.

As linhas gerais de uma política nessa área no Brasil foram estabelecidas no ano de 1994, na lei que definiu a Política Nacional do Idoso. Esta Política é considerada um exemplo da promoção da saúde, já que prevê a integração de ações em diversas áreas, tais como, saúde, previdência social, trabalho, justiça, educação, habitação e urbanismo.

Tal como na área da saúde, são previstas instâncias de participação nos níveis municipal, estadual e federal e são os Conselhos do Idoso que têm o objetivo de propor e acompanhar as políticas públicas direcionadas à população idosa. Os Conselhos são órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações da sociedade civil.

Embora previsto em lei, nem todos os municípios têm ainda o seu Conselho do Idoso, pois trata-se de uma conquista que depende da organização e pressão da sociedade civil no acompanhamento e controle das políticas públicas.

Os eixos que podem ser trabalhados nos grupos são as próprias linhas de ação setorial da Política do Idoso, buscando-se promover o diálogo entre o que é proposto e as mudanças que vêm ocorrendo na prática. Por exemplo:

- Previdência social – benefício da prestação continuada, Centros de Convivência, Centros-dia;
- Saúde – assistência à saúde especializada, atendimento prioritário;
- Educação – universidades da terceira idade, ampliação do ensino da Gerontologia.

Pontos para reflexão e debate

- O papel dos Conselhos do Idoso.
- A expressão política da população idosa no país.
- A contribuição de cada um na construção da cidadania.

Propostas de dinâmicas de grupo

Debatendo em grupos temáticos

O coordenador inicia perguntando ao grupo sobre o que sabem a respeito da Política Nacional do Idoso. Após identificar o nível de informação acerca do assunto, introduz o tema e propõe uma discussão em pequenos subgrupos, divididos por assunto, sobre o conteúdo da lei e as mudanças observadas ou não pelos idosos em seu cotidiano (os temas podem ser, por exemplo, saúde, educação, trabalho, previdência, etc.). Ao término do trabalho nos subgrupos, seguem-se a apresentação e discussão geral sobre cada área da política analisada.

Dramatizando questões emergentes

O coordenador forma dois subgrupos e propõe que os participantes discutam a situação do idoso em nossa sociedade e que

elejam e preparem uma dramatização sobre algum aspecto que julguem significativo a partir de suas vivências. Após um tempo de preparação da atividade, cada grupo se apresenta e é aberto o debate sobre as questões emergentes. O coordenador oportunamente correlaciona os temas ao que está previsto na Política Nacional do Idoso, suscitando a reflexão sobre o grau de implantação das ações propostas, especialmente no contexto local.

Trabalhando com frases

Após breve introdução sobre o processo histórico de construção da Política Nacional do Idoso, o coordenador sorteia frases contendo ações ou serviços previstos nas diversas áreas da referida lei. Cada participante lê a sua frase para o grupo e comenta o que sabe sobre o tema em questão, opinando sobre sua relevância e avaliando, a partir de sua percepção, em que medida este direito está sendo ou não efetivado. O coordenador participa complementando e debatendo as informações. Finaliza o trabalho enfocando o papel dos Conselhos e a importância do controle social para o avanço na implementação dos direitos dos idosos.

Partindo de problemas e necessidades do idoso

Usando uma cartolina em branco afixada na parede, o coordenador propõe a elaboração conjunta de uma lista de problemas e necessidades dos idosos na sociedade atual. Concluído este quadro com os principais problemas, o coordenador distribui cópias da Política do Idoso e propõe uma leitura e análise crítica de seu conteúdo (cada pessoa lê uma parte e comenta de acordo com suas impressões e experiência pessoal). Ao final, o coordenador solicita que escrevam em

um pedaço de papel o que cada um pode fazer para que as idéias propostas saiam do papel e tornem-se realidade. Os papéis são colados em um quadro e lidos, seguindo-se o debate. O trabalho é encerrado com a solicitação de que cada participante expresse, numa palavra, o sentimento que ficou do encontro.

Elaborando cartazes

O coordenador disponibiliza para o grupo revistas, canetas, tesoura e cola, e solicita que elaborem, em subgrupos, um cartaz sobre cidadania e o papel do idoso na sociedade. Após a tarefa, cada subgrupo apresenta o seu trabalho e o coordenador mobiliza o debate, estimulando a fala de cada um sobre sua experiência de participação social e exercício de cidadania. Na parte final, são distribuídas cópias da Política Nacional do Idoso para leitura conjunta e debate.

Exemplos de frases sobre a Lei da Política do Idoso para uso em dinâmicas de grupo.

- Estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como Centros de Convivência, Centros de Cuidados Diurnos, Casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.
- Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde.
- Apoiar a criação de universidades abertas para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.
- Priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários.
- Diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas.
- Promover e defender os direitos da pessoa idosa.

- Propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais mediante preços reduzidos, em âmbito nacional.

Textos de apoio

ANG. *Políticas para a Terceira Idade nos anos 90*. Brasília: Associação Nacional de Gerontologia, 1989. 49 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Plano de Ação Integrada para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: 1997.

_____ *Lei nº 8842/94 Política Nacional do Idoso*. Brasília, 1994.

DONATO, Ausônia F. e CANÔAS, Cilene Swain. Idoso e Cidadania: a lógica da exclusão. IN: PAPALÉO NETO, Matheus (Org.). *Gerontologia*. São Paulo, Atheneu, 1997. 524 p. p. 453-457.

GOLDMAN, Sara Nigri. Velhice e direitos sociais. IN: PAZ, Serafim Fortes, GOLDMAN, Sara Nigri, PORTELA, Alice et al. (Orgs.). *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro: ANG-RJ/CBCISS, 2000. 151 p.

QUEIRÓZ, Zally P.V. Participação Popular na Velhice: possibilidade real ou mera utopia? *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 204-213, jul./ago. 1999.

SPOSATI, Aldaísa. Organização e Mobilização Política da Terceira Idade. *A terceira idade*. Sesc-São Paulo, ano X, n. 17, p. 17-21, ago. 1999.

VALLA, Victor Vincent e STOTZ, Eduardo Navarro (Orgs.). *Participação Popular, educação e saúde: teoria e prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

Palavras finais

A Educação é um processo vivo e dinâmico que une pessoas com diferentes histórias de vida numa experiência única e singular.

Os caminhos aqui apontados não são receitas fechadas, mas antes possibilidades que se abrem à permanente reinvenção. É a criatividade o motor de um fazer educativo não burocrático, capaz de mobilizar nos sujeitos o valor especial de sua participação, ingrediente indispensável na construção coletiva de uma saúde/vida/velhice melhores.

Neste final de percurso, gostaríamos de destacar a importância da avaliação para a qualidade do trabalho educativo. Este é, sem dúvida, um difícil terreno, para o qual deixamos algumas questões como estímulo ao debate. São elas:

- Como os idosos interagem com os temas propostos?
- A comunicação estabelecida nos grupos permite:
 - a compreensão de conteúdos informativos;
 - a expressão do saber popular em saúde;
 - o questionamento e debate crítico dos temas?
- Qual o efeito do trabalho dos grupos:
 - na interação social e na postura dos idosos diante da vida;
 - na auto-estima e na autonomia dos grupos envolvidos;
 - na mobilização coletiva pela garantia dos direitos sociais?
- Qual é o aprendizado proporcionado pela experiência aos profissionais e/ou agentes educativos?

As respostas a essas questões devem ser buscadas no diálogo franco com todos que participam do trabalho. A atitude de reflexão e autocrítica deve estar sempre presente, como também a iniciativa do registro (escrito, fotográfico, vídeo, etc.) para que haja reconhecimento

da experiência, e conseqüentemente possibilidades de seu aprimoramento.

A visibilidade das ações educativas com idosos é fundamental para que fique retratada a multiplicidade de caminhos possíveis diante da complexa realidade social. Diversidade para adequação às particularidades de cada população idosa, porém unidade no sentido de ações comuns, individuais e coletivas, locais e globais, por melhor qualidade de vida e saúde.

Que as histórias vividas ofereçam oportunidade de crescimento para idosos e profissionais envolvidos, e que possam efetivamente trazer mudanças favoráveis à saúde no envelhecer.

BOM TRABALHO!!!