

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**UFMG**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**GRUPOS: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS**  
**IDOSOS ACOMETIDOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

**MAÍRA RODRIGUES DE SOUZA**

**ARAÇUAÍ - MG**

**2013**

**MAÍRA RODRIGUES DE SOUZA**

**GRUPOS: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS  
IDOSOS ACOMETIDOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Eulita Maria Barcelos

**ARAÇUAÍ- MG**

**2013**

**MAÍRA RODRIGUES DE SOUZA**

**GRUPOS: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS  
IDOSOS ACOMETIDOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Eulita Maria Barcelos

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup> Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof<sup>ª</sup> Mara Vasconcelos

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dedico esse trabalho para meus pais, José Gonzaga e Cláudia Maria, e ao meu filho Marcello Henrique, que iluminam o caminho da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu amigo Rafael Enzo Mota por não medir esforços nas horas que precisei.

A minha orientadora Eulita Maria Barcelos por ter me acolhido e me ajudado com as suas precisas e incisivas pontuações.

*“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós”*

*Victor Hugo (1802-1885)*

## RESUMO

Na atualidade observa-se que o número de pessoas idosas está aumentando de maneira significativa, e como consequência a incidência de doenças crônicas como: doenças cardíacas, diabetes e hipertensão, vêm crescendo, pois essas são doenças comuns do envelhecimento. Diante dessa situação os cuidados com os idosos complicam, tornando a assistência de enfermagem uma parte integral da atenção à saúde dos idosos. Tendo Este trabalho como objetivo de realizar uma pesquisa narrativa sobre os estudos que abordam os grupos operativos para a promoção da Saúde do idoso portador de doença crônica. O trabalho apresenta no seu referencial teórico uma descrição sobre o envelhecimento e as doenças mais comuns encontradas na terceira idade e uma explicação sobre o que é Programa de Saúde da Família enfatizando o papel do profissional enfermeiro com essa parcela da população. Utilizou como método para elaboração deste estudo uma pesquisa narrativa da literatura. Foi utilizado como fonte diversos livros, revista científica e artigos científicos publicados. Ao final do estudo pode se concluir que o envelhecimento é uma realidade mundial, sendo de responsabilidade do profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, proporcionar um cuidado que promova a saúde, o bem estar e a dignidade do paciente idoso.

**Palavras Chaves:** Envelhecimento. Cuidado. Grupos operativos. Promoção de saúde.

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitário de Saúde

BVS-BIREME - Biblioteca Virtual de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Pressão arterial

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SESC - Serviço Social do Comércio

WHO - World Health Organization



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 OBJETIVO .....	11
3 METODOLOGIA .....	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
4.1 Envelhecimento.....	14
4.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).....	15
4.2.1 Hipertensão.....	16
4.2.2 Diabetes Mellitus.....	17
4.2.3 Doenças Cardiovasculares.....	18
4.3 O trabalho em grupo com pessoas idosas.....	19
5 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade mundial, diante disso é necessário desenvolver estratégias visando à melhoria da qualidade de vida desta população. Sabe-se que no Brasil o número de idosos cresceu nove vezes nas seis décadas. Em 1940 era de 1,7 milhões, e em 2000 aumentou para 14,5 milhões, tendo como perspectiva para 2020 aproximadamente 30,9 milhões de indivíduos com mais de 60 anos (BELTRÃO, *et al.*, 2004).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre a faixa etária de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres) (IBGE, 2009).

Os agravos crônicos são comuns nas pessoas idosas, requerem acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza, não tem cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas às comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante afetando a funcionalidade cotidiana de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida desses idosos (BRASIL, 2007, p.7).

Segundo Malta e Merhy (2010, p.593)

As doenças crônicas não transmissíveis pela sua magnitude e suas características: doença de longa duração, demanda o cuidado intenso de cuidadores, projetos terapêuticos e acessos aos serviços e ações integradas necessita de políticas de promoção, prevenção, vigilância e assistência.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo sobre grupos que abordam idosos acometidos com doenças crônicas: diabetes, hipertensão e doenças cardíacas.

Na estratégia saúde da família o enfermeiro é a peça chave para o trabalho de prevenção das patologias. A população idosa corresponde um número de indivíduos que são frequentemente acometidos por patologias crônicas. Diante desta situação cabe ao

profissional enfermeiro desenvolver ações educativas juntamente com sua equipe multiprofissional para o controle dos agravos decorrentes destas patologias.

No trabalho com grupo o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver as ações preconizadas para o controle e tratamento destas doenças. Trabalhar com grupos específicos é uma das muitas estratégias de cuidado utilizadas pela equipe de saúde que deve considerar “a singularidade e autonomia dos sujeitos na definição das opções terapêuticas adequadas ao seu contexto de vida” (MALTA e MERHY. 2010, p.598).

O Ministério de Saúde enfatiza que “é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível” (BRASIL, 2007.p.7).

Sendo a hipertensão arterial, doenças cardíacas e o diabetes doenças que acometem grande parte da população e principalmente os idosos é fundamental que a equipe planeje bem suas ações para atender estes usuários. As doenças crônico-degenerativas vêm merecendo, por parte do setor saúde, atenção cada vez maior, seja pela sua elevada prevalência em nosso meio, como também pelo alto custo que representam para os serviços de saúde. Neste sentido justifica-se a preocupação com a assistência à saúde dos idosos acometidos por doenças crônicas porque são doenças não transmissíveis, de curso prolongado, de grande magnitude, crescente morbimortalidade, frequentes agudizações (se não tratadas adequadamente), internações, sequelas, alto custo com medicamentos e outros procedimentos necessários. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde (2006), relata que na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso.

## **2 OBJETIVO**

Realizar uma pesquisa narrativa sobre os estudos que abordam os grupos para a Promoção da Saúde do Idoso portador de doença crônica.

### 3 METODOLOGIA

Para elaboração deste estudo foi escolhida a pesquisa narrativa. Para Rother (2007), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, próprias para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado tema. As revisões narrativas são constituídas basicamente de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

A revisão de literatura para Moresi (2003, p.29) é a “busca de informações e dados disponíveis em publicações, realizados por outros pesquisadores”. É o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre ele.

A revisão bibliográfica não produz conhecimento novo. Ela apenas supre as deficiências de conhecimento do pesquisador no tema de pesquisa (WAZLAWICK, 2009).

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Google acadêmico e *site* do Ministério da Saúde.

Como critérios de busca das publicações, definiu-se artigos no idioma português disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacional e um recorte temporal dos últimos 10 anos (2003-2013).

Foram utilizados na busca dos artigos científicos os seguintes descritores: envelhecimento, cuidado, grupos, promoção de saúde.

Após a pré-seleção, seleção e leitura dos artigos encontrados, os dados relacionados ao tema foram analisados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração do referencial teórico, segundo a compreensão da abordagem dos autores sobre o tema proposto. O referencial teórico “representa a base teórica que vai fundamentar a reflexão e a argumentação do pesquisador” (CRUZ; RIBEIRO, 2003, p. 84).

Para Rodrigues (2007, p.28) “é a construção de uma base conceitual organizada e sistematizada do conhecimento disponível pertinente pesquisado. Buscam-se teorias,

abordagens e estudos que permitam compreender o fenômeno de múltiplas perspectivas”.

A pesquisa bibliográfica além de produzir conhecimento científico a cerca do tema proposto, auxilia os profissionais da equipe de saúde, quanto aos cuidados, e ações tomadas para o controle e tratamento das patologias crônicas que acometem os idosos.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste trabalho, será abordada a saúde do idoso, contextualizando o processo de envelhecimento, e suas doenças crônicas não transmissíveis, tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus e as doenças cardiovasculares. Ressaltando ainda o papel do enfermeiro do PSF, bem como o trabalho em grupos realizados pelo enfermeiro com pessoas idosas portadores dessas doenças.

### 4.1 Envelhecimento

Envelhecimento é um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. “o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém é na velhice que esse processo aparece de forma mais evidente” (SANTOS, 2003, p.81).

É como outra etapa da vida. Tem certos problemas e dificuldade, mas também tem prazeres e compensações (ROACH, 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; a exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio desse processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta nas transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Tão pouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas da população (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009, p. 16).

O envelhecimento antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade na maioria das sociedades. “O mundo está envelhecendo tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou

mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento” (BRASIL, 2006, p. 8).

Na atualidade o número absoluto de brasileiros com mais de 60 anos passam dos 14 milhões, representando 9% de população, ou seja, mais de 170 milhões de habitantes (CAMÂMARA DE DEPUTADOS, 2001 citado por SILVA *et al.*, 2007). Diante destes dados, não tem motivos para dizer que o Brasil é um país de jovens.

Para conceituar idoso utilizo a citação de Sá (2002, p.1120)

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.

#### **4.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)**

No Brasil, está ocorrendo o processo de transição epidemiológica e demográfica devido o aumento do envelhecimento populacional que é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde especialmente a queda da fecundidade, da mortalidade, e o aumento da esperança de vida, com reflexo no aumento das doenças crônicas não transmissíveis, decorrente aumento da população de idosos e o acúmulo de pessoas obesas e com sobrepeso, bem como com outros fatores de risco que predisõem ainda mais ao aumento da morbi mortalidade por DCNT (MALTA e MERPHI, 2010).

As doenças crônicas não transmissíveis “se caracterizam por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais” (World Health Organization - WHO, 2005).

De acordo com Who (2005) a DCNT afeta países, sejam ricos ou pobres, todas as classes sociais e sexos. A estimativa que ocorrem 35 milhões de mortes por ano levando a OMS a estabelecer metas para sua redução. Entre essas doenças estão as cardiovasculares, os cânceres, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas.

A maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é antes exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o



idoso não possa gerir sua própria vida e viver o seu dia-a-dia de forma independente (GORDILHO, 2001).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), mostrou que as doenças crônicas atingem 75,5% dos idosos. Os 20% de idosos mais pobres apresentaram prevalência estatisticamente significativa menos elevada (69,9%) de doenças crônicas. Os demais declararam proporções semelhantes de aproximadamente 75%.

Segundo Roach (2001), aproximadamente 80% dos idosos têm no mínimo uma doença crônica, como: doença cardíaca, diabetes ou hipertensão. A incidência implica em maiores cuidados e torna a assistência de enfermagem uma parte integral da atenção à saúde dos idosos.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL .2007, p.9).

#### **4.2.1 Hipertensão Arterial**

A pressão arterial (PA) sistêmica é a pressão exercida sobre a parede das artérias durante a sístole e diástole ventriculares. Ela é afetada por fatores como débito cardíaco, distensão das artérias e o volume, velocidade e viscosidade do sangue (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Figueiredo; Viana; Machado (2010), hipertensão arterial é definida quando os níveis pressóricos estão superiores a 140 mmHg a sistólica e a diastólica 90 mmHg em adultos, é considerada uma patologia responsável pelo aparecimento de novas doenças como a insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e insuficiência renal.

A hipertensão é uma patologia crônica, incurável, de fácil controle através de educação em saúde dos clientes portadores. É uma das afecções mais comuns do mundo atual e que atinge um enorme número de pessoas, podendo resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada. Assim, fica claro que a mesma é um grande agravo de saúde pública, e que merece especial relevância em todos os níveis de atenção a saúde (SILVA, 2006).

Guyton (1998), afirma que a HAS atinge aproximadamente, uma de cada cinco pessoas antes do término de suas vidas, ou seja, na meia idade ou velhice.

Segundo Smeltzer; Bare (2005), a meta do tratamento da hipertensão consiste em evitar a morte e as complicações ao atingir a PA em 140 x 90 mmHg ou mais baixa.

O tratamento medicamentoso tem por finalidade manter a PA dentro das faixas de normalidades pelo meio mais simples e seguro possível, com os efeitos colaterais mínimos para cada paciente.

Segundo V Consenso de Brasileiro de Hipertensão Arterial (2006) existem condutas não farmacológicas que ajudam a diminuir os níveis pressóricos que são:

- As mudanças no estilo de vida:
- Redução do peso corporal;
- Redução na ingestão de sal/sódio;
- Aumento na ingestão de potássio;
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Exercício físico regular;
- Abandono do tabagismo;
- Controle das dislipidemias e do Diabetes Mellitus (DM).

#### **4.2.2 Diabetes Mellitus**

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), o Diabetes Mellitus é uma doença que com o aumento da idade se torna comum, apresentando alta morbi-mortalidade, comprometendo assim a qualidade de vida. Esta doença pode desenvolver várias outras complicações como: amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal e doenças cardiovasculares.

Segundo Smeltzer; Bare (2002), o Diabetes Mellitus pode ser definido como doença metabólica caracterizada por hiperglicemia, podendo ocorrer defeitos na secreção de insulina e/ou na ação desta. A insulina é um hormônio secretado pelo pâncreas que tem a função de controlar o nível de glicose no sangue ao regular a sua produção e armazenamento.

O mesmo relata ainda que quando a pessoa desenvolve a diabetes, a células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la.

A diabetes pode ser classificada principalmente em: Diabetes tipo I, conhecido como diabetes juvenil (insulino dependente), acometendo cerca de 10% dos casos; Diabetes tipo II, conhecido como diabetes do adulto (não insulino dependente),

acometendo 90% dos casos, sendo esta mais frequente nas pessoas idosas; existe também o diabetes gestacional, cuja a etiologia não esta esclarecida (BRASIL, 2002).

Em relação aos tratamentos Segundo Figueiredo; Viana; Machado (2010), existem os medicamentos hipoglicemiantes orais e a insulino terapia e tratamento não farmacológico:

- Realização de dietas alimentares que normalmente são hipercalóricas e sem açúcar;
- Prática de exercícios físicos, pois aumenta o efeito da insulina e ajuda a regular a glicemia;
- Monitorar, glicose e cetonas constantemente, através de exames laboratoriais ou glicemia capilar.

#### **4.2.3 Doenças Cardiovasculares**

As doenças cardiovasculares constituem o principal grupo de causas de mortalidade entre idosos, em países como os Estados Unidos da América e o Brasil (LIMA-COSTA *et al.*, 2000).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), a doença cardíaca no idoso é uma causa significativa de morte, devido alterações que ocorre na estrutura e função do coração. Pode-se observar como consequência a perda da elasticidade artérias e das válvulas cardíacas tornando-se mais espessas e rígidas. As veias se tornam cada vez mais tortuosas devido o acúmulo de depósitos de cálcio e gorduras dentro das paredes arteriais.

Os autores citados acima relatam ainda que a função normal do coração no processo do envelhecimento pode produzir o débito cardíaco adequado sob as circunstâncias comuns, mas pode exibir uma capacidade limitada para responder às situações que causam estresse físico e emocional. Já nos idosos menos ativos, o ventrículo esquerdo pode atrofiar devido o descondicionamento físico.

As complicações cardiovasculares podem apresentar sinais e sintomas como arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana, infarto do miocárdio, doença vascular periférica, arteriosclerose, hipertensão claudicação (dor na perna causada pela deambulação) ou acidentes vasculares cerebrais (SMELTZER; BARE, 2002).

A velhice é uma fase da vida na qual as patologias vão gradativamente ocorrendo. Visando a prolongar o tempo de vida com saúde, é necessário que o idoso se mantenha continuamente realizando atividades físicas e participando da vida social ( RIZZOLI; SURTE, 2010).

Foram abordados resumidamente neste estudo a hipertensão, diabetes e doenças cardíacas e a maior ênfase foi para atendimento de grupos que é o propósito deste estudo.

### **4.3 O trabalho em grupo com pessoas idosas**

Inicialmente vamos contextualizar grupos operativos. Pichon-Rivière, começou sistematizar a técnica dos grupos operativos, a partir de uma experiência no hospital de Las Mercedes, em Buenos Aires, por ocasião de uma greve de enfermeiras. A greve inviabilizou o atendimento aos pacientes portadores de transtornos mentais no que diz respeito à medicação e aos cuidados de uma maneira geral. A experiência foi muito produtiva na medida em que houve uma maior identificação entre os pacientes e profissionais e pôde-se estabelecer uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, trazendo como resultado uma melhor integração (BASTOS, 2010).

“A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros e do contexto que estão inseridos” (BASTOS, 2010, p.162).

A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações (BASTOS, 2010. p.162).

Por meio da aprendizagem percebe-se o grau de plasticidade do grupo diante das dificuldades encontradas e da criatividade para superar as contradições e mesmo integrá-las. A aprendizagem vai além da incorporação de informações e pressupõe o desenvolvimento da capacidade e criar alternativas (SOARES; FERRAZ, 2007).

Neste sentido, podemos compreender que no grupo operativo há uma rede de interações entre os indivíduos. “A partir destas interações, o sujeito pode referenciar-se

no outro, encontrar-se com o outro, diferenciar-se do outro, opor-se a ele e, assim, transformar e ser transformado por este (BASTOS, 2010, p.163).

Para Barros (2002, p.46) para caracterizar um grupo é preciso que:

- Os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum;
- No grupo, o todo é maior do que as partes, ou seja, um grupo se constitui como uma nova identidade sendo mais do que apenas o somatório dos seus membros;
- É preciso que se mantenham discriminadas as identidades individuais, de forma que as pessoas mantenham a sua individualidade e não virem uma massa indiscriminada;
- É preciso que haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, ou seja, que seja estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes;
- É inerente à formação de um grupo a presença de um “campo grupal dinâmico”, onde transitam fantasias e ansiedades.

O campo grupal dinâmico é constituído “por inúmeros fenômenos e elementos do psiquismo, estão articulados entre si, de tal modo que a alteração de cada um deles vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos” (Zimerman, 1997 citado por Bastos, 2010, p.49).

Zimerman (1997) citado por Bastos (2010) descreve seis fenômenos importantes que definem o campo grupal:

- A ressonância, onde a fala trazida por um participante do grupo vai ressoar em outro, transmitindo um significado afetivo equivalente, e assim, sucessivamente.
- O fenômeno do espelho, onde cada um pode ser refletido nos, e pelos outros; é a questão da identificação, onde o indivíduo se reconhece sendo reconhecido pelo outro, e assim vai formando a sua identidade;
- A função de “continente”, ou seja, o grupo coeso exerce a função de ser continente das angústias e necessidades de cada um de seus participantes.
- O fenômeno do pertencimento, que é o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo.
- A discriminação, que é a capacidade de fazer a diferença entre o que pertence ao sujeito e o que é do outro;
- A comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, é essencial em qualquer grupo onde mensagens são enviadas e recebidas, podendo haver distorção e reações da parte de todos os participantes do grupo.

Zimerman (1997) citado por Bastos (2010) classifica em dois tipos de grupos, segundo o critério de finalidade, em operativos e psicoterápicos.

Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender; o trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem como ensinam mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida. Os grupos operativos abrangem quatro campos:

- Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é o espaço para refletir sobre temas e discutir questões, os “grupos de reflexão”.
- Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses.
- Comunitários: utilizados em programas voltados para a promoção da saúde por exemplo, grupo de gestantes e de crianças, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas.
- Terapêuticos: como o nome já diz, objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto a nível físico quanto psicológico, que seriam os grupos de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos e outros

Os grupos psicoterápicos são formas de psicoterapia que se destinam prioritariamente, à aquisição de insights, dos aspectos inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal, com abordagens diversas como a psicanalítica, a teoria sistêmica, a abordagem cognitivo comportamental e a psicodramática.

É importante ressaltar, ainda, que tanto o grupo operativo pode propiciar um benefício para o psicoterápico, quanto os grupos psicoterápicos se utilizam do enfoque dos grupos operativos.

Segundo Bastos (2010), o estudo dos grupos é interessante porque existe, atualmente, uma proliferação de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”, que se fazem presentes em universidades públicas, em centros de saúde, em órgãos privados como o Serviço Social do Comércio (SESC), em espaços culturais e religiosos. Atualmente, a sociedade busca esses espaços, como forma de engajar e reintegrar os idosos ao meio social.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde : Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007, p.23) aborda “Trabalho em grupo com pessoas idosas” e define que “ o grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia”. Acrescenta que o trabalho de grupo “permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a auto-estima.” Amplia a possibilidade do fortalecimento do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um momento “complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento, de orientação e de educação em saúde”.

O objetivo da técnica do grupo operativo é abordar, através da tarefa, da aprendizagem, os problemas pessoais relacionados com a tarefa, levando o indivíduo a pensar. O indivíduo aprende a pensar, passando de um pensar simples para um pensar mais elaborado (RIVIÈRE, 1998).

O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que desenvolvem grupos de hipertensão, diabetes, puericultura de gestantes, adolescentes e idosos. Pichon Riviére (1986), afirma que todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna e que se propõem explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade é um grupo.

Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva. Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas a seguir (BRASIL, 2007).

- Para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e ter incluído essa atividade em seu planejamento. Convide as pessoas idosas usando algumas estratégias: fixar cartazes na Unidade de Saúde e em pontos estratégicos na comunidade - escolas, associações, supermercados – e durante a realização de procedimentos e consultas. A participação do agente comunitário de saúde é muito importante desde o convite à sensibilização do idoso para participar do grupo. Ele pode estar utilizando as visitas domiciliares para incentivar a participação do público alvo.
- Temas a serem abordados: um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas

doenças, exigem uma abordagem do processo de aceitação, resgate da autonomia, participação e responsabilidades no tratamento. As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais. Temas que geram a discussão, extraídos da prática de vida das pessoas. O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas, despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

- A escolha do local deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições socioeconômicas adversas. Os locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde entre outros. Nos casos em que a população adscrita à unidade de saúde for muito distante umas das outras, a equipe pode procurar parcerias (intersectorialidade) com a Secretaria de Educação para uso de transporte escolar.
- Coordenação do grupo: o grupo pode ser coordenado por qualquer membro da equipe. O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento da equipe (BRASIL, 2006). O coordenador tem como função refletir com o grupo sobre a relação que os seus integrantes estabelecem entre si e com a tarefa prescrita (PICHON RIVIÈRE, 1998).

Rivière (1998) refere-se ao papel do observador, que geralmente não é participativo, consistindo a sua função em recolher todo material verbal e não verbal expresso no grupo, com o objetivo de repassá-lo para o coordenador, facilitando a utilização das técnicas de condução. Além desses papéis formais, a plasticidade da técnica do grupo operativo permite que, dependendo de necessidades circunstanciais, outras funções sejam formalizadas por um supervisor, orientador de atividades especializadas.

Segundo Brasil (2006, p.25) os profissionais que coordenam grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, levando em conta algumas condições básicas: “as peculiaridades do contexto sócio econômico dos participantes, as mobilizações emocionais emergidas nos processos grupais, os saberes disponíveis nas comunidades em que se inserem”.

No primeiro dia do grupo, procura-se viabilizar um acordo ético de funcionamento entre os participantes, que vise:

- Respeito aos seus direitos e liberdade;
- Sigilo dos conteúdos expressos no grupo;



- Acolhimento e Escuta Ativa de todos os membros do grupo;
- Assiduidade e pontualidade dos participantes e do coordenador;
- Discussão do melhor dia da semana, horário e a frequência em que deve ser realizado o grupo (BRASIL, 2006. p.25).

Cabe ao coordenador intervir segundo seu referencial teórico, sensibilidade e tato para os quais não existem regras.

Recomenda-se que o médico e enfermeiro da equipe alternem sua participação no grupo, evitando sair ao mesmo tempo da Unidade de Saúde.

- Compromisso do gestor com o grupo: “cabe ao gestor municipal dar suporte para a realização das atividades em grupo garantindo a educação permanente dos profissionais e o fornecimento de recursos materiais” (BRASIL, 2006. p.26).

Em relação ao convívio em grupos de convivência ou de idosos é um espaço importante para desencadear, tanto na pessoa idosa quanto na comunidade, uma mudança de comportamento diante da situação de preconceito que existe nesta relação.

Os grupos de convivência procuram fortalecer o papel social do idoso (RIZZOLI; SURDI, 2010). A participação dos idosos nos grupos de convivência leva a um aprendizado, uma vez que compartilham ideias, experiências, e também ocorre reflexão sobre o cotidiano da vida destas pessoas (MATSUDO, 2001). Os programas de terceira idade são espaços de ocupação livre que oferecem diferentes propostas para lazer para o convívio e a interação entre os idosos. Eles possibilitam a construção de laços simbólicos de identificação, e onde é possível partilhar e negociar os significados da velhice, construindo novos modelos, paradigmas de envelhecimento e construção de novas identidades sociais (RIZZOLI; SURDI, 2010).

De acordo com Campos (1994) citado por Rizzoli; Surdi (2010) a sociedade valoriza muito a juventude, a beleza, o "produtivo", e a velhice é uma fase da vida vista ainda com preconceitos de inutilidade e dependência. Este fato reflete nas pessoas idosas criando dificuldades de se inserirem socialmente. Diante disso o idoso muitas vezes se isola, mesmo residindo com sua própria família, onde muitas vezes não possui poder de decisão, se sente sozinho, isolado em sua própria casa. Os idosos têm a necessidade de participar de atividades de lazer para não se sentirem sozinhos.

Existem múltiplas alternativas que buscam inserir esses indivíduos em diferentes espaços sociais, grupos de convivência, academias, grupos de caminhada, aulas de línguas estrangeiras, grupos religiosos, grupos de viagem e outros que visam uma

melhor qualidade de vida e seu reconhecimento como cidadão. O crescimento do número de idosos vem trazendo enorme visibilidade perante a sociedade, porém a mesma precisa reformular sua concepção sobre velhice, para ampliar os recursos e oferecer aos idosos serviços que atendam a suas necessidades específicas.

Segundo Matsudo (2001) na sociedade ainda persiste a ideia sobre a pessoa idosa que ela não é produtiva e, portanto, não merecedora de preocupação social. Isso deve ser repensado para que o idoso ocupe seu espaço e posição perante a sociedade.

A importância da formação de grupos especiais de idosos deve-se à possibilidade de contato entre os participantes, que trocam experiências sobre os resultados alcançados, tendo influência direta no sucesso do tratamento. Aplicar dinâmicas de grupo em idosos e grupos da terceira idade vem se mostrando uma atividade produtiva pois estimula os sentidos, promove a integração e a coordenação motora.

Rizzolli e Surdi (2010) realizaram uma pesquisa com um grupo de idosos sobre “Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade” as razões apontadas pelos idosos para a procura do grupo foram:

- A busca por melhores condições de saúde é referendada pelos entrevistados como uma das razões que os levam a participar de grupos de terceira idade;
- A necessidade de convivência grupal, característica de todo ser humano, a de estar inserido num grupo social, no qual possa interagir com outras pessoas;
- Amizade;
- A necessidade de realizar atividades físicas, sendo que estas geralmente são determinadas por orientação de médicos;
- Ter um grupo de referência, no qual se possa compartilhar alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, propicia ao idoso um suporte emocional e motivação para que este indivíduo tenha objetivos em sua vida.

Dentre os motivos apontados pelos idosos para frequentar os grupos de terceira idade, estão à melhoria da qualidade de vida, nos aspectos referentes à saúde física e mental. Buscam também aumentar o período de vida ativa, prevenindo perdas.

A possibilidade de ter um espaço no qual possa realizar diferentes atividades e, ao mesmo tempo, conversar, sorrir e estar com outras pessoas, conhecer novas pessoas,

construir amizades, viajar acompanhando o grupo, fazer exercícios físicos, divertir-se, dentre outras razões, são mudanças apontadas pelos entrevistados deste estudo como sendo um ponto positivo para os participantes que os induzem a continuar participando do grupo e a estimular outras pessoas para que frequentem o grupo. Tal situação favorece um aumento na autoestima, valoriza a pessoa e faz com que o idoso exerça sua cidadania (RIZZOLI; SURTE, 2010).

A partir da concepção de que a terceira idade é uma etapa de independência, maturidade e tempo de usufruir atribuições ligadas ao dinamismo, à atividade, ao lazer, os idosos passam a invadir progressivamente os espaços públicos, criando estratégias de sociabilidade que lhes permitem tecer novas relações sociais e fugir do isolamento (KNOPLICH, 2001). Ainda afirma que a participação dos idosos nos grupos de convivência leva a um aprendizado, uma vez que se compartilham ideias, experiências, e também ocorre uma reflexão sobre o cotidiano da vida dessas pessoas.

As ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser realizadas com grupos de paciente, seus familiares e a comunidade, a fim de alcançar um resultado satisfatório para o cliente (ANAIS V CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com Maciel (2002), para desenvolver um trabalho com grupo de idosos, algumas atividades são importantes para o relacionamento do profissional com o usuário, como: apresentar-se, aceitá-lo como ele é sem julgamentos, tratando-o de forma respeitosa, amável e humanizada.

A equipe de saúde precisa utilizar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação para conscientizar a população na mudança dos hábitos de vida. Assim ocorrerá uma diminuição dos fatores de risco cardiovasculares (ANAIS V CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Os trabalhos desenvolvidos pela equipe devem ser promovidos por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de convivência e apresentar a melhor relação custo - benefício. Para manter estas ações é primordial a aquisição do conhecimento. As mudanças podem ser lentas por dependerem de medidas educativas, necessitando assim de continuidade para adquirir resultados (ANAIS V CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Na revisão de literatura consultada constatei que os grupos voltados para a promoção da saúde, tem como objetivo, exatamente, o envelhecimento saudável, com qualidade de vida. Concluí que é importante que o grupo se configure como lugar que leva a reflexão e manutenção da autonomia no sentido da manutenção das escolhas, trabalhando com competências e não com perdas. Para se pensar no desenvolvimento de uma autonomia na velhice, é necessário, também, se pensar em uma rede de relações sociais, que favoreça o desenvolvimento de laços afetivos. Assim, o engajamento dos idosos em grupos, que promovem a saúde, faz com que haja uma ampliação de sua rede social e, portanto, se constitui como uma estratégia de promoção da saúde.

Diante de tantas opções de atividades grupais cabe ao enfermeiro optar por utilizar uma modalidade que traga benefícios aos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial, doença cardíaca e diabetes. Visto que todas as modalidades apresentam bons resultados. Como proposta pode ser utilizada um grupo de idosos hipertensos e diabéticos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, tendo como objetivo sensibilizar os participantes na adoção de hábitos saudáveis e adesão aos medicamentos e também participar de grupos de lazer na comunidade, com metas de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose e integração social dos idosos.

O resultado esperado é prevenir complicações da hipertensão e/ou da diabetes, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso e do diabético, estimulando o autocontrole.

O enfermeiro deve procurar envolver os outros membros da equipe e familiares no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso e/ou diabético, organizar o atendimento desses pacientes, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica.

Além disso, os estudos referem-se a intervenções que se limitam a um elenco de conferências, sobre informações a respeito da doença, suas complicações e os cuidados que elas demandam.

Silva *et al.* (2006, p.165), realizaram uma pesquisa sobre o “Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde em São Paulo. Foram acompanhados por 03 meses, por meio de atendimento em grupos para ação educativa, seguimento regular, fornecimento de medicação, controles periódicos e

atendimento de intercorrências. Na intervenção sobre os grupos de pacientes, foi utilizado um modelo de educação interativa, no qual os pacientes eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os membros do grupo foi estimulada para adequar a essa população específica os conhecimentos necessários sobre doença, seus determinantes e seu controle.

Foram formados grupos de pacientes hipertensos, e hipertensos/diabéticos. Nos primeiros 3 meses, ocorreram encontros mensais, seguidos de consultas periódicas, controle das doenças e dispensação da medicação por mais 27 meses. As autoras chegaram aos seguintes resultados: o conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Observou-se redução “relativa de 42% e absoluta de 26% no número de pacientes com pressão moderada e grave. Para os diabéticos, a redução absoluta foi de 22%, para aqueles com glicemia superior a 200mg/dl, e aumento de 33%, para aqueles com níveis inferiores a 125mg/dl”.

Concluíram que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional (SILVA *et al.*, 2006). O seguimento regular por longo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento.

Em relação às atividades recreativas, Guerra (1980 citado por Casagrande, 2006. p. 11), apresenta a definição:

[...] atividades recreativas são aquelas acima de tudo prazerosas e criadas para que o indivíduo possa melhor ocupar o seu tempo livre. Devem atender aos diferentes interesses das diversas faixas etárias e dar liberdade de escolha das atividades para que o prazer seja gerado. No caso do idoso, tenha o objetivo principal de contribuir para que as pessoas se integrem ao meio social onde vivem, segundo seus interesses e necessidades motoras, intelectuais e afetivo-sociais.

Acrescenta que elas devem ser desinibidoras, interessantes, capazes de ampliar as relações sociais e facilitar o convívio de pessoas que se identificam na participação do programa.

Por outro lado, sabe-se que o processo de envelhecimento é acompanhado por várias modificações físicas e mentais bem como pelo surgimento de doenças crônicas –

degenerativas advindas de hábitos de vida inadequada (tabagismo, alcoolismo, ingestão alimentar incorreta, tipo de atividades laborais, ausência de atividade física regular, e outros) (CASAGRANDE, 2006).

Considerando estes aspectos acima apontado

[...] a atividade física corretamente orientada, altera favoravelmente o metabolismo lipídico e dos carboidratos, induz ao aumento dos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL), tem efeito benéfico sobre a distribuição do tecido adiposo, melhora a sensibilidade insulínica, sendo importante na redução do risco cardiovascular. Apesar do pequeno número de trabalhos com idosos e reabilitação, é indiscutível a melhora de capacidade funcional desse grupo, justificando maior difusão dos benefícios da atividade física regular dos programas de reabilitação para essa faixa etária. A atividade física para idosos deve ter os seguintes objetivos: manter a capacidade funcional geral, preservar a integridade músculo-esquelético, aprimorar o estado psicológico, prevenir e tratar coronariopatia e o diabetes tipo II (CASAGRANDE, 2006, p.22).

Neste sentido é fundamental que os profissionais de saúde, compreendam como é importante a assistência junto aos idosos desenvolvendo atividades que favoreçam possibilidades de um envelhecimento saudável com novas perspectivas de vida.

Segundo (Matsudo, 2001. sp) os benefícios da atividade sobre o controle da pressão arterial acontecem por diversos fatores diretos e indiretos da atividade física no organismo e que foram sintetizados assim:

[...] “alterações cardiovasculares (diminuição da frequência cardíaca de repouso, do débito cardíaco em repouso, da resistência periférica e do volume plasmático, aumento da densidade capilar); alterações endócrinas e metabólicas (diminuição da gordura corporal, diminuição dos níveis de insulina, diminuição na atividade do sistema nervoso simpático, aumento da sensibilidade à insulina, melhora da tolerância à glicose); composição corporal (efeito diurético, aumento da massa muscular, aumento de força muscular); comportamento (diminuição do estresse, diminuição da ansiedade). Efeitos na saúde mental: melhora do autoconceito; melhora da auto estima; melhora do humor; melhora da imagem corporal; desenvolvimento da auto-eficácia; melhora da tensão muscular e da insônia; diminuição do consumo de medicamentos; melhora das funções cognitivas e da socialização.

A prática de atividade física melhora o andar e o equilíbrio; melhora a auto-eficácia; contribui para a manutenção e/ou aumento da densidade óssea; auxilia o controle do diabetes, da artrite, das doenças cardíacas e dos problemas com colesterol alto e hipertensão; melhora a ingestão alimentar; diminui a depressão; reduz as ocorrências de acidentes, pois os reflexos e a velocidade ao andar ficam melhores; contribui na manutenção do peso corporal e melhora da mobilidade do idoso (OKUMA, 2006).

Nesta nova conjuntura do SUS, a enfermagem ganhou mais espaço para a execução de atividades no campo da atenção primária em saúde, com as ações

educativas e assistenciais a determinados grupos de pessoas, dentre os quais podemos destacar as pessoas idosas (XIMENES e MELO, 2005).

A lei do exercício profissional estabelece no art.8, que compete ao enfermeiro, como membro da equipe de saúde, participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada, bem como participar em programas e atividade de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (COREN-MG, 2001).

Atribuições específicas do enfermeiro segundo Ministério da Saúde – Guia prático do programa saúde da família (2001): realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições Legais da Profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade Saúde da Família (USF); executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso; no nível de suas competência, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na ESF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001; Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Impõem-se ao enfermeiro desafios imprevisíveis, obviamente de esforço interdisciplinar, para que se possa proporcionar um cuidado que promova a saúde, o bem estar e a dignidade do paciente idoso (MACIEL, 2002).

## 5 CONCLUSÃO

Através da revisão de Literatura foi possível perceber que há um número crescente de idosos no mundo. Fato este que causa grandes preocupações, uma vez que à medida que aumenta a população idosa, aumenta também os problemas de saúde pública.

O envelhecimento é uma realidade mundial, as pessoas idosas requerem uma atenção contínua à saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida e evitar agravos. As doenças crônicas como a diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, são as que mais comentem essa parcela da população. Também ficou evidenciado a importância do atendimento dos idosos em grupo, pois eles sentem mais integrados e acolhidos. Este atendimento traz inúmeros benefícios para o idoso evitando o seu isolamento social e possibilitando a socialização e criação de vínculos afetivos entre os componentes do grupo. Neste momento a troca de conhecimentos constitui uma maneira simples de ensinar e aprender por meio de experiências vivenciadas pelos idosos.

Diante da dimensão do conhecimento sobre grupos cabe ao enfermeiro escolher a melhor opção que atende seus objetivos na abordagem do idoso acometido com patologias crônicas, cabendo a ele desenvolver estratégias de saúde quanto aos cuidados e ações tomadas para o controle e tratamento destas doenças que acometem os idosos.



## REFERÊNCIAS

BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação** ano 14, n, 14 jan./dez. 2010.

BARROS, T. M. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, 2002.

BELTRÃO, K. L.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, C.M.T. **Caminhos de envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p.67.

CASAGRANDE, M. **Atividade Física na Terceira Idade**. Trabalho de conclusão de Curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Faculdade de Ciências da Unesp, campus-Bauru.2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação e normas**. Belo Horizonte: COREN-MG, 2003.

CONSENSO V **Brasileiro de Hipertensão Arterial** . 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardio.br/consenso/sbc-palm/diretrizes.asp>> Acesso em: 20/04/2013.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CRUZ, C ; RIBEIRO. V. **Projeto de pesquisa: etapas de elaboração.**/ in: CRUZ, C. RIBEIRO V. Metodologia Científica: teoria e prática. 2. Ed. Rio de Janeiro: AXCEL, julho de 2003, cap.3, p.74-95.

FIGUEIREDO, N. M. A; VIANA, D, L; MACHADO, W. C. A. **Tratado Prático de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

FRANZEN, Elenara. *et al.* Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o Cuidado de enfermagem. **Revista HCPA**, v. 27, n.2 2007. [Documento da internet] Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/2045/1113>>. Acesso em 21 de Junho de 2013.

GORDILHO A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **BAHIA ANÁLISE & DADOS** Salvador - BA SEI v.10 n.4 p.138-153 Março 2001.

GUYTON, A. **Fisiologia humana**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p.253. cap.19.

**IBGE Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil em 2009**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1445&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1)>. Acesso em 02 de Abril de 2013.

KNOPLICH, J. **Osteoporose, o que você precisa saber**. 3. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001. p. 79.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas, 2001.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento: mitos e verdades**. São Paulo: Contexto. 1997

LIMA-COSTA, MFF, GUERRA, HL, BARRETO, SM, GUIMARÃES, RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS** 2000;9(1):23-41.

MACIEL, A. **Avaliação Multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p.107.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**,v.14, n.34,p.593-605, jul./set, 2010.

MATSUDO, SM. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf; 2001, p.49.

MORESI, E.(Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. Cidade: Universidade Católica de Brasília, 2003.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003, p.415

OKUMA, S. “Atividade Física, Qualidade de Vida e Envelhecimento”. Palestra realizada na Universidade de Londrina, PR, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. p.7.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. Paracambi: FAETEC/IST, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n.2. São Paulo. Abril/Junho, 2007. Editorial.

RIZZOLLI, D; SURDI. A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13 n.2 Rio de Janeiro ago. 2010

SANTOS, M. R. D. R. et al. Caracterização Nutricional de Idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Rev. Brasileira Geriatr. Gerontol.** v. 10, n.1. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:< <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo> >. Acesso em: 20 de Junho de 2013.

SANTOS, S. S. C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. **Textos Envelhecimento** v.6 n.2 Rio de Janeiro 2003. [Documento da internet]. Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282003000200006&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200006&lng=pt)>. Acesso em 01 de Setembro de 2013.

SILVA, C. A. et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: Orientação para o autocuidado. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. Bahia. v.30, n.1,p.179-188. 2006.

SILVA, D.F.; FRANCO, D.E.; RIEVERES, F.D. **O enfermeiro frente ao cuidado com idoso na atenção básica de Teófilo Otoni-MG**, Monografia (Graduação em enfermagem). Faculdades Doctum, Teófilo Otoni, 2007. p.13.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

\_\_\_\_\_. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

SOARES, S. M; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**. v. 11, n. 1, p. 52-57, mar./2007.

SILVA.T.R *et al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude e sociedade** v.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006

WAZLAWICK, R.S., **Metodologia de Pesquisa para Ciência da Computação**. CIDADE: Editora Elsevier, 2009.

XIMENES, F.R. N.; MELO, J. R. Controle da Hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. **Rev.Enfermagem Global**. n.6, 2005. Disponível em: <<http://um.es/eglobal>>. Acesso em: 20/07/2013.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas (SP – Brasil). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.2. p.285-294, fevereiro 2006.