



Artigos originais

Educação em Saúde como estratégia de intervenção em uma Universidade Aberta a Terceira Idade

Health Education as a intervention strategy of an Open University for elderly

Juliane Cristine Dias¹
Aline Cristina Martins Gratão¹
Diana Quirino Monteiro¹

¹ Departamento de Gerontologia - Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Resumo: Introdução: Dentre as intervenções, na área da Gerontologia, para a população, a Educação em Saúde (ES) pode ser importante escolha para atividades de promoção da saúde na velhice. O convívio com as diversidades deve acarretar em maior número de concepções o que é relevante para a identificação de problemas prioritários subjetivos, e sua auto percepção de saúde e envelhecimento. **Objetivos:** verificar a aplicabilidade da Educação em Saúde (palestras e orientações acerca de dúvidas elencadas pelo grupo) em indivíduos senescentes. **Método:** Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa para verificação do efeito de um grupo de Educação em Saúde (ES) em senescentes participantes de uma Universidade Aberta a Terceira Idade. Para análise dos dados utilizou-se o método de Análise Temática, buscando compreender a fala dos participantes no momento dos encontros grupais de ES. **Resultados:** Os participantes possuíam uma média de 67,2 anos de idade, maioria do sexo feminino (84,2, casados (63,2%), 8,1 anos de escolaridade e maioria de aposentados (78,9%). Notou-se melhora no estilo de vida dos participantes, no geral, com destaque para diminuição de tabagistas, maus hábitos alimentares (doces, embutidos e refrigerante) e maior adesão para atividade física, comparando o antes da intervenção com o depois. A partir dos encontros semanais, foram identificadas as categorias temáticas que foram agrupadas e analisadas associando as falas dos participantes. Dessa forma, foram elencadas três grandes temáticas a saber "Ciência Gerontologia", "Envelhecimento Fisiológico", Promoção da saúde na velhice". **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa sugerem que a implementação de grupo de Educação em Saúde, como a apresentada neste artigo, tem resultados benéficos para mudança de hábitos de vida saudáveis além de contribuir para o conhecimento dos participantes.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Gerontologia; Promoção de Saúde;

Abstract: Introduction: Among the interventions in the field of Gerontology, for the population, Health Education (HE) may be important choice for health promotion activities in old age. Becoming acquainted with diversity should lead to a greater number of ideas that is relevant to the identification of priority issues subjective, and your self perception of health and aging. Objectives: To verify the applicability of the health education (lectures and guidance on questions listed by the group) in senescent individuals. Method: a descriptive study with qualitative approach for checking the effect of a group of HE in senescent participants in an Open University to the Elderly. Data analysis used the thematic analysis method, trying to understand the speech of participants at the time of group meetings of HE. Results: The participants had an average of 67.2 years of age, mostly female (84.2%), married (63.2%), 8.1 years of schooling and most retired (78.9%) was noted. The results showed the improvement in the lifestyle of the participants, in general, with emphasis on reduction of smoking, poor eating habits (sweets, sausages and soft drink) and greater adherence to physical activity, comparing before the intervention to the next. From the meetings . weekly, the themes were identified, grouped and analyzed associating by the participants. Thus, three major issues were listed namely "Science Gerontology", "Aging Physiological" Health promotion in old age ". Conclusion: The results of this research suggests that the implementation of Health Education Group, as presented in this article, has beneficial results for change in healthy lifestyles and contribute to the knowledge of the participants.

Keywords: Health Education; Gerontology; Health Promotion;

Artigo extraído do Trabalho de Iniciação Científica – Educação em Saúde como Estratégia de Intervenção para Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve, financiado pela instituição FAPESP, nº do processo 2014/18919-3

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico que demanda novos desafios para a sociedade. A estrutura da pirâmide etária do Brasil revela efeitos de estreitamento em sua base e alongamento do topo, em função da diminuição dos níveis de fecundidade e a redução da taxa de mortalidade, respectivamente. Segundo o IBGE, considerando esses fatores e mantida as hipóteses de queda futura quanto aos níveis de fecundidade no País, estima-se que em 2050 o Brasil obtenha uma proporção de 226 idosos de 60 anos ou mais para cada 100 crianças adolescentes¹.

Segundo dados obtidos no Censo Demográfico de 2010, expressam que a população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo significativo o crescimento anual relativo da população de 12,3% em comparação ao Censo de 2000. Os dados também apresentam a diminuição da proporção de jovens e o aumento de idosos, os percentuais de crianças de zero a cinco anos caíram progressivamente, concomitantemente houve o crescimento da participação relativa da população idosa, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9 em 2000 e chegando a 7,4 em 2010. Além disso, estima-se que em 2025 13% da população brasileira tenham acima de 60 anos, tornando o País o 6º maior em número de população de idosos do mundo, e faixa de maior crescimento será de pessoas com mais de 80 anos, identificando o aumento da expectativa de vida².

Além do processo de transição demográfica, o Brasil passou por transformações epidemiológicas. A cada ano são incorporados à população 650 mil idosos, sendo esses em sua maioria portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e alguns com limitações funcionais. Esse perfil demanda do estado, família e do próprio indivíduo altos custos e cuidados constantes, exames periódicos e medicação adequada. Com o conseqüente e progressivo envelhecimento populacional surgem doenças próprias do envelhecimento que exigem maior atenção da sociedade³.

As doenças crônicas são caracterizadas por apresentarem associação à fragilidade orgânica natural dos indivíduos, além de serem morbidades de longo curso e irreversíveis. Essas são comumente relacionadas ao avanço da idade, por acometerem principalmente idosos. As mais prevalentes DCNT, segundo o Ministério da Saúde, são as doenças circulatórias (insuficiência cardíaca e hipertensão arterial), endócrinas (diabetes mellitus), respiratórias e o câncer. Além disso, essas doenças são associadas também a fatores sociais, como a baixa escolaridade, desigualdade social, desigualdade no acesso às informações, baixa renda, dificuldades no acesso aos bens e serviços, e aos hábitos de vida como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada⁴. Nesse contexto, há a necessidade de integrar a prevenção e a promoção de saúde no âmbito da atenção à saúde principalmente no nível de atenção primária. Essas medidas podem garantir a diminuição e morbidades e mortalidades na comunidade⁵.

A promoção de saúde é de responsabilidade não somente do setor de saúde, como a integração entre diversos setores que articulam ações e políticas que influenciam para a melhoria das condições de vida da população. Desta forma, as instituições de saúde e profissionais atuantes nesta área assumem um papel estratégico na absorção de conhecimentos de novas maneiras de agir e produzir integralidade em saúde. Ainda inseridas no eixo da integralidade, destacam-se a educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto atual de saúde e a busca de possibilidades de ações geradoras de mudanças a partir de cada trabalho em equipe, dos profissionais de saúde e de diversos serviços que procuram uma transformação no quadro de saúde da população⁶.

A prática da educação em saúde envolvem diversas dimensões, dentre estas, duas se destacam. A primeira envolve os fatores sociais que influenciam a saúde, abordando as linhas pelas quais divergentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente. A segunda abrange a aprendizagem sobre as doenças, como preveni-las, seus efeitos sobre a saúde e como recuperá-la⁷.

Para que as ações educativas como uma estratégia de intervenção sejam efetivas, é necessário que o profissional adote uma postura mais sensível para se atentar a possíveis demandas provindas dos pacientes, por meio de diálogo que permita o profissional identificar

dúvidas, saberes, crenças, necessidades, e questionamentos desses indivíduo⁸. Dessa forma, a prática pedagógica em saúde leva à aquisição de novos comportamentos e práticas promovendo saúde e prevenindo doenças⁹.

Nessa perspectiva o presente estudo torna-se relevante, pois buscou avaliar as necessidades de conhecimento utilizando a metodologia da problematização, aplicar grupo de educação em saúde para os idosos e envelhescentes, baseando-se nas necessidades identificadas e verificar os efeitos dessa estratégia em participantes idosos de uma Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) na aquisição de conhecimento e mudanças de hábitos de vida. Em atingindo esse objetivo, o estudo contribui para o avanço da prática de educação em saúde, com fornecimento de subsídios para o aprimoramento das competências de Gerontólogos que lidam diariamente com a população de idosos, consolidando o conhecimento científico na área da gerontologia.

2. Percurso metodológico

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa para verificação do efeito de um grupo de Educação em Saúde (ES) em senescentes participantes de uma Universidade Aberta a Terceira Idade. Foi utilizado com estratégia Educativa o embasamento teórico de Bordenave e Pereira (2012)¹⁰, que valoriza a participação ativa dos envolvidos e diálogo constante entre eles.

2.1 Local do estudo

A população base para as amostras de sujeitos do grupo foi composta pelos participantes da Universidade da Terceira Idade de São Carlos (UATI/FESC). A UATI/FESC tem vinte anos de existência e é um projeto público baseado na comunidade, da Fundação Educacional São Carlos (FESC) para formação de adultos que desenvolve um programa de educação permanente para pessoas de meia-idade e idosas nas áreas da saúde, cultura, esporte, lazer, cidadania e trabalho.

2.2 Critérios de inclusão

Foram inclusos nesse estudo participantes que apresentaram concordância em participar expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo sujeito. Além disso, a idade deveria ser igual ou superior a 50 anos.

2.3 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2015 por meio de entrevistas com os participantes.

Foi realizado um acordo com a instituição Fundação Educacional São Carlos – Campus 2 (FESC 2), na qual foram desenvolvidas as ações educativas com o grupo intervenção. Após a autorização da coordenação, foi realizado o recrutamento de participantes idosos, por meio de cartazes e apresentação oral, realizada visitas à instituição e a explicação e divulgação do projeto para os alunos. Dessa forma, os idosos que demonstraram interesse foram orientados sobre o projeto de pesquisa em questão. Assim, cada idoso marcou um horário individual de acordo com a sua disponibilidade para realizar a avaliação.

Os examinadores desta pesquisa foram compostos pelo coordenador, colaboradores e estudantes dos cursos de graduação devidamente treinados pelo pesquisador para aplicação dos instrumentos de avaliação e a educação em saúde.

Foram colhidas informações a respeito do perfil sócio-demográfico, perfil de saúde dos participantes e hábitos de vida, além de um instrumento para entender o conhecimento prévio dos participantes acerca dos temas.

Instrumento de caracterização dos idosos: gênero, faixa etária, grau de instrução, estado civil, naturalidade, procedência, doenças alto relatadas, medicamentos em uso, hábitos de vida.

Instrumento de avaliação do conhecimento pré e pós educação em saúde: questões fechadas a respeito de 10 temas levantados pelo idosos (ciência gerontologia, envelhecimento cerebral, cutâneo e cardiovascular, sintomas depressivos, doença de Alzheimer, alimentação saudável, atividade física, suporte social e respeito ao idoso).

2.4 Intervenção baseada na educação em saúde

O início das ações educativas para o grupo, ocorreram com levantamento dos temas de interesse dos participantes para a discussão durante a ação educativa. As aulas temáticas foram elaboradas, além das dinâmicas escolhidas¹¹. Além disso, todas as dinâmicas e as falas dos participantes foram gravadas.

Após a integração e participação de todos, foi esclarecido como seriam realizados os encontros. Com o objetivo de promover a integração, troca de experiências, ampliar o conhecimento, e assim fazer com que esses encontros sejam benéficos a saúde de modo geral, em específico à mudança de comportamento relacionado aos hábitos de vida. Assim, foram orientados que os mesmos fariam a escolha dos temas a serem trabalhados. Em uma folha cada um escreveu dois temas que gostariam que fossem abordados, totalizando 28 diferentes temas, alguns temas se relacionavam ou eram repetidos. Sendo escolhidos temas como: Cognição; Isolamento; Solidão; Osteoporose; Coração; Alzheimer; “Depressão faz parte do esquecimento?”; Orientação de saúde; “Porque vamos perdendo a memória com o passar dos anos?”; “O idoso deve ser tratado como idoso ou como uma pessoa normal?”; Suporte social; Memória; Dermatite – psoríase (Diferença). Sendo assim, foram elencados os 10 temas mais citados para trabalhar semanalmente com ações educativas e dinâmicas. Dessa forma, foram realizados 10 encontros, uma vez por semana, com a duração de 60 minutos cada sessão. Segue ilustradas na figura 1 as atividades trabalhadas e as respectivas dinâmicas.

Sessão	Tema
01	Tema 1: O que é Gerontologia? Dinâmica: “Autoqualificação”
02	Tema 2: Envelhecimento da população brasileira: Solidão na velhice? A Importância do suporte social. Dinâmica: “Crachás Afetivos”
03	Tema 3: Envelhecimento do Sistema Cardíaco. Dinâmica: “Aferição da Pressão Arterial” e “Escore de Framingham”
04	Tema 4: Saúde Mental (Depressão/Ansiedade). Dinâmica: “Desenhos para ilustração do tema”
05	Tema 5: Envelhecimento cognitivo (Memória/Esquecimento/ Alzheimer). Dinâmica: “Isso me recorda”
06	Tema 6: Exercícios para a memória (contato com jogos). Dinâmica: Jogos Academia da mente” e estratégia “Pense bem”
07	Tema 7: Envelhecimento Musculoesquelético. Dinâmica: “Roda Corrente Elétrica”
08	Tema 8: Envelhecimento Tegumentar/Dermatite/Psoríase. Dinâmica: “Roda de Talentos”
09	Tema 9: Alimentação: Suplementação/Vitaminas. Dinâmica: “Receitas opções sem glúten e sem lactose”
10	Tema 10: Atividade Física e Encerramento das atividades. Dinâmica com música e café da manhã com frutas

Figura 1: Temas trabalhados nas sessões educativas

2.5 Aspectos Éticos

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados todos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes sua desvinculação da pesquisa no momento em que desejassem, assim como a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas e da privacidade dos mesmos. Os sujeitos foram informados claramente dos objetivos das avaliações e do projeto em si. Nenhum procedimento foi realizado sem o esclarecimento e consentimento prévio dos participantes. O estudo foi formalmente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob o parecer nº 874.213.

2.6 Análise dos dados

Os dados desta pesquisa foram analisados por meio do método de Análise Temática, que corresponde a uma subdivisão da Análise de Conteúdo, buscando compreender a fala dos participantes no momento dos encontros grupais de educação em saúde. A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens¹².

De acordo com Minayo¹³, para fazer uma análise temática é necessário descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Para isso os seguintes passos foram respeitados: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final de maneira intercomplementar e dinâmica.

3. Resultados e discussão

Foram analisados 10 encontros semanais ocorridos no período de 02/04 a 10/06 de 2015, com 17 participantes, os quais apresentaram frequência acima ou igual a 75% dos encontros, em que foram discutidos temas de interesses, sendo iniciado cada encontro com uma dinâmica de interação social incentivando a participação e aspectos relacionados ao tema do dia.

Os participantes possuíam uma média de idade de 67,2 anos com variação entre 54 à 84 anos, com predominância do sexo feminino (84,2%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era representada por casados (63,2%); a escolaridade em anos obteve variação de 0 à 14 anos, com média de 8,1 anos ($\pm 3,3$), apresentando que 42,1% dos participantes tem escolaridade superior ou igual a 9 anos; 78,9% da amostra encontra-se em situação de ocupação atual aposentado e 15,8 % ativos.

Quanto a condição de saúde os participantes apresentavam uma média de 2 problemas de saúde, variando de 0 a 6 doenças. O uso de medicamentos variou de 0 a 7 medicamentos com prescrição médica, sendo representada pela média de 3 medicamentos.

Quanto aos hábitos de vida, houve melhora na comparação dos dados da avaliação de pré e pós-intervenção, representado pela tabela a seguir:

Tabela 1. Características quanto aos hábitos de vida dos participantes no grupo antes e depois da intervenção. São Carlos, 2015.

Variáveis	Grupo Saudáveis (n=17)	
	Antes	Depois
Atividade Física – sim - n(%)	09 (52,9)	12 (70,6)
Ingestão de bebida alcoólica diária– sim - n(%)	01 (5,9)	01 (5,9)
Tabagismo diário – sim - n(%)	02 (11,8)	-
Consumo de doce diário – sim - n(%)	14 (82, 4)	11 (64,7)
Consumo de refrigerante diário – sim - n(%)	03 (17,6)	01 (5,9)
Consumo de embutidos diário – sim n(%)	02 (11,8)	-
IMC média ±desvio padrão	27,7 ±6,7	27,2 ±6,3

Notou-se melhora no estilo de vida dos participantes, uma vez que três sujeitos começaram a realizar atividade física de forma regular, dois dos participantes que eram tabagistas pararam de fumar, o número de participantes que consomem doces diariamente também foram reduzidos, além do consumo de refrigerante e embutidos. Outro dado apresentado a partir da altura e peso estimado pelos participantes foi o Índice de Massa Corporal (IMC) que também apresentou melhora de acordo com os dados apresentados.

A partir dos encontros semanais, foram identificadas as categorias temáticas que foram organizadas de acordo com a sequência desenvolvida semanalmente, agrupadas e posteriormente analisadas associando as falas dos participantes. Dessa forma, foram elencadas três grandes temáticas, a saber, “Ciência Gerontologia”, “Envelhecimento Fisiológico”, “Promoção da saúde na velhice”, discutidas a seguir.

3.1 Ciência Gerontologia

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas mais diversas dimensões. É uma ciência multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas, em torno de seu objeto de estudo. Além disso, também é uma ciência interdisciplinar em função da complexidade do fenômeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas áreas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimentos científico que orienta sua prática. Desta forma, é considerada como uma disciplina transversal, pois não pode ser explicada sob a ótica de um ramo específico da ciência¹⁴.

"[...] de acordo com o meu entendimento, a gerontologia vai estudar quase a mesma coisa que o médico, para estudar o envelhecimento da pessoa, como a pessoa vai fazer pra sobreviver melhor, a pessoa idosa, sem ter problemas."

A origem da gerontologia como ciência é interdisciplinar por excelência, pelo fato de seu objeto de estudo não poder ser fragmentado. Isso se dá pela gerontologia ser uma ciência multidimensional por abordar o processo de envelhecimento humano em todos os seus aspectos: físico, biológico, psíquico, emocional, social, cultural, ambiental, político, econômico¹⁴.

"Já fui em um Gerontólogo e ele mais cuida de mim com palavras, me diz o que eu tenho que fazer, me orienta muito. Na época que eu tive depressão, já tinha passado com vários médicos, e sem tomar remédios eu saí da depressão que eu estava. Eu tive uma depressão que eu emagrecia e eu engordava, e nele está escrito mesmo que ele era um Gerontólogo."

Deste modo, para atender a demanda de idosos que vem aumentando e o surgimento de desafios do envelhecimento populacional, foi implantado o curso de graduação em gerontologia na Universidade de São Paulo na zona leste, desde 2005, e em 2009 na Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos.

3.2 Envelhecimento fisiológico

Nesta categoria foram considerados temas de interesse dos participantes como envelhecimento cerebral, depressão, envelhecimento cutâneo, envelhecimento cardiovascular e por fim envelhecimento musculoesquelético.

Nos últimos 50 anos, o estudo do envelhecimento cognitivo progrediu expressivamente. Hoje, sabe-se que certos déficits de memória fazem parte do envelhecimento saudável e que com a idade o processamento das informações torna-se mais lento e dispendioso¹⁵. Segundo Netto et al.¹⁶, no envelhecimento saudável, existe a possibilidade de compensação (pelo menos parcial) dos déficits cognitivos.

"O idoso esquece mais, porque o cérebro fica mais lento."

No envelhecimento normal, mudanças mnemônicas ocorrem de modo dissociado, sendo que alguns sistemas de auxílio da memória podem manter-se preservados e até mesmo, melhorarem, enquanto outros podem sofrer declínios¹⁷.

"Eu tenho muito medo de ter Alzheimer, por isso faço muitos caça-palavras e leio livros, acho importante exercitar nossa cabeça também."

Assim, a identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência torna-se fundamental. Apesar de ainda gerar controvérsias, o diagnóstico precoce das demências possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial¹⁵.

Além da predisposição de desenvolverem doenças como demências, muitos indivíduos na velhice apresentam distúrbios mentais, entre os problemas psiquiátricos mais relatados estão os transtornos de humor. A depressão é considerada um dos transtornos que mais afetam a pessoa idosa, e seu diagnóstico no idoso torna-se ainda mais complexo quando comparado ao diagnóstico de pessoas de qualquer outra faixa etária. Os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo no funcionamento do indivíduo. Esses sintomas estão associados também ao pior funcionamento social, diminuição da qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde¹⁸.

"Acho que é assim que uma pessoa depressiva vê o mundo, sem cor."

"Acho que quem tem depressão tem medo também, e vê tudo carregado."

Adultos depressivos sentem como se seu mundo tivesse estreitado, sentem muita tristeza, como se suas escolhas fossem menores e seus interesses e preferências fossem menos disponíveis, existe uma forte mudança da perspectiva de vida dessas pessoas¹⁹.

Outro tema trabalhado foi o envelhecimento cutâneo, que é caracterizado por mudanças gradativas dos tecidos, sendo que, na pele, essas alterações são mais facilmente reconhecidas. Algumas mudanças observadas são: atrofia, enrugamento, ptose e lassidão, que representam os sinais mais aparentes de uma pele senil²⁰.

Além dessas modificações visíveis na pele, há algumas doenças de pele, que resultam em importantes implicações psicológicas para o indivíduo, como a dermatite e a psoríase. A dermatite pode ser dividida em dois tipos: atópica e de contato. A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica da pele que apresenta um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, devido o acontecimento de episódios recorrentes ao decorrer da vida²¹. E a dermatite de contato é frequente em qualquer faixa etária e suas características variam de acordo com grupo estudado. Nos idosos, por exemplo, muitas vezes associa-se dermatite de contato ao uso de medicamentos tópicos. Isso se dá pelo fato da imunidade celular dos idosos estarem diminuída, o que seria um fator redutos da incidência de dermatite de contato nessa faixa etária. Além disso, outros fatores devem ser considerados como durante a vida, esses indivíduos, tiveram maior tempo de exposição a várias substâncias potencialmente alérgicas, permitindo assim, considerável frequência dessa dermatose nesse grupo²².

"Eu tenho muita curiosidade pelo assunto, pois meu médico disse que eu tenho dermatite e que não tem cura, apenas tratamento e não passa para ninguém."

Um exemplo de patologia nessa categoria, é a psoríase, a qual foi elencada pelos participantes para ser discutida. A psoríase é caracterizada por doença crônica de pele que afeta ambos os sexos em cerca de um a 3% da população mundial. Em geral, ocorre na segunda e terceira década de vida. Essa dermatose origina-se da interação de uma base genética e fatores ambientais e psicológicos²³. É caracterizada por ser uma doença de etiologia desconhecida, com evolução crônica, acentuada e tendência às recidivas²³.

"Dizem que não tem cura, isso deve ser muito ruim."

Além dos temas envelhecimento cerebral e cutâneo, o envelhecimento cardiovascular foi bastante citado para a discussão no grupo. Durante o processo de envelhecimento o corpo humano sofre alterações biológicas, o sistema cardiovascular por sua vez também se modifica em sua estrutura e funcionamento, sente essas mudanças, pode-se destacar: aumento de gordura, substituição de tecido muscular por tecido conjuntivo, espessamento fibroso, calcificação do anel valvar²⁴.

"O coração vai ficando mais lento enquanto vamos envelhecendo."

Quando o idoso é submetido a atividades que exigem grande esforço, ocorre uma diminuição da capacidade do coração aumentar a força e o número de batimentos cardíacos²⁵.

"Acho que ele [o coração] perde a força."

Ocorrem também mudanças significativas nas artérias, como o acúmulo de gordura (aterosclerose), aumento de colágeno e perda de fibra elástica, fazendo com que a função cardiovascular seja prejudicada. Além disso, durante a velhice há maior prevalência de Hipertensão arterial sistólica aumentando os riscos de eventos cardiovasculares²⁴.

Por fim, nesta categoria, foi escolhido a temática envelhecimento músculo esquelético, com destaque para osteoporose. As modificações morfofuncionais do sistema musculoesquelético ocorridas pelo processo de envelhecimento interferem na capacidade funcional e na dependência do idoso. Mudanças como a diminuição de massa muscular e massa óssea, podem influenciar no aparecimento de doenças crônicas como a osteoporose²⁶.

"A osteopenia vem antes da osteoporose, é mais fraco."

"O osso fica cheio de furinhos, parecendo um queijo suíço."

"É a perda de cálcio, falta de sol."

Essa alteração também é caracterizada pela mudança da microarquitetura dos ossos que eleva a sua fragilidade e aumenta o risco de fraturas. Dentre as fraturas mais prevalentes em idosos devido a osteoporose estão as fraturas de vértebras, colo do fêmur e radio distal. Sendo estas associadas a elevadas taxas de co-morbidades, particularmente no sexo feminino acima dos 50 anos de idade. No caso das fraturas de colo do fêmur, há não só um aumento nas taxas de mortalidade, mas também a um aumento substancial nos custos da assistência à saúde pública²⁷.

3.3 Promoção da Saúde na Velhice

Nesta categoria foram considerados temas de interesse dos participantes como solidão na velhice e a importância do suporte social, exercícios cognitivos para prevenção de doenças neurológicas e mentais, alimentação saudável e atividade física.

A solidão é um sentimento, que se trata de uma experiência dolorosa que acontece quando as relações sociais não estão adequadas²⁸.

"Eu acho que a solidão é um problema que quanto mais a pessoa se esconde, pior vai ficando, cada vez vai ficando mais difícil, bom mesmo é se aproximar das outras pessoas."

A velhice não pode ser considerada como um sinônimo de solidão, alguns fatores podem estar associados a esse sentimento, como o luto, isolamento social, abandono pela família, depressão e tristeza²⁸.

"Algumas pessoas acham que estão velhas demais pra participar das coisas, por isso deixa de ir, aí a pessoas vai se isolando cada vez mais."

As relações sociais possuem papel muito importante na vida do idoso, pois auxiliam a promover a saúde física e mental do mesmo. Os efeitos positivos relacionados ao suporte social estão associados aos diferentes suportes oferecidos pela família, sendo esses emocionais ou funcionais. Essa rede de suporte influencia diretamente no estresse dos indivíduos idosos, formada por familiares e amigos oferecida em forma de afeto, amor, preocupação e assistência²⁹.

"É muito bom poder contar com alguém, faz toda a diferença."

"O próprio nome já diz, é a base, sem o suporte social ficamos mais isolados sim, mais vulneráveis."

Idosos que não possuem esse tipo de apoio tendem a ter maiores dificuldades para lidar com o estresse relacionado aos problemas de saúde. A própria ausência do suporte familiar está associado a morbidades e mortalidade em idosos²⁹.

Em relação a prevenção de doenças neurológicas, bem como a solidão, depressão e outros fatores que alteram a capacidade cognitiva das pessoas idosas, o grupo achou interessante ser discutido a respeito de exercícios cognitivos. A funcionalidade cognitiva de idosos está relacionada à sua saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico, sendo considerada um indicador importante de envelhecimento ativo e longevidade³⁰. Com o envelhecimento, algumas alterações cognitivas podem ocorrer, principalmente em relação a

memória. Concomitantemente, segundo Carvalho, Neri e Yassuda³¹, as pesquisas apontam a possibilidade de melhorar a capacidade da memória por meio de treino cognitivo.

As intervenções cognitivas podem melhorar o desempenho entre idosos, com isso, o bom funcionamento cognitivo é relevante para a autonomia e para a capacidade de autocuidado, influenciando também em questões como a possibilidade deste indivíduo continuar a viver independentemente³². De acordo com Yassuda et al.³³, os programas de treino cognitivo diferem em relação à duração, às estratégias ensinadas e à metodologia utilizada. Os treinos têm como objetivos maximizar as funções cognitivas e prevenir futuros declínios cognitivos³³.

Além do suporte social e prevenção de doenças neurológicas na velhice, o grupo achou importante ser discutido dentro da temática promoção da saúde a prática da alimentação saudável e prática de atividade física

Atualmente há uma grande associação entre alimentação saudável e a prevenção de doenças crônico-degenerativas, vinculando a ingestão de alimentos um caráter medicalização³⁴.

"Eu como tudo que eu acho que é saudável e assim eu me sinto muito melhor."

"A gente é aquilo que come, nossa saúde depende disso, mas as vezes fico em dúvida sobre o que é saudável ou não."

Para obter-se uma alimentação saudável, sugere-se que as recomendações devem basear-se em alimentos mais do que em nutrientes. Para a população brasileira considera-se como relevante as intervenções referentes a prevenção da obesidade, das doenças cardiovasculares, câncer, doenças crônicas como: diabetes tipo 2, hipertensão arterial e osteoporose e, quanto à definição dos nutrientes, devem ser incluídos aqueles cujos achados são mais consistentes na literatura: consumo de gorduras, com ênfase nas gorduras saturadas e trans, de ácido fólico, vitamina C e E, sódio, cálcio e no consumo de fibras³⁴.

Associados a promoção da alimentação saudável está a prática da atividade física. Atualmente, segundo Matsudo, Matsudo, Barros³⁵, é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo de envelhecimento. A diminuição do nível de atividade pode levar o idoso a um estado de fragilidade e de dependência. A atividade física traz benefícios à saúde do idoso, mantendo independência funcional e melhorando sua qualidade de vida³⁶.

"Não faço porque não dá tempo, mas eu sei a importância, ainda mais para nós que somos idosos"

O exercício físico traz diversos benefícios para a saúde do idoso como a diminuição dos sintomas depressivos, melhora a auto-eficácia, do desempenho cognitivo, da memória recente da memória recente, da força muscular, do controle do equilíbrio e aumento nas redes sociais³⁷.

"Eu faço ginástica aqui na FESC duas vezes na semana e já melhorei muito, agora eu fico até mais feliz, converso com todo mundo."

Evidências epidemiológicas têm apontado que a atividade física é capaz de proporcionar uma série de benefícios à saúde física e mental, bem como de exercer efeito protetor sobre inúmeras doenças, como, por exemplo, as cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo II, osteoporose, ansiedade e depressão³⁷.

Compreende-se que as temáticas escolhidas para a discussão no grupo de Educação em Saúde foram de interesse desse grupo em específico, sendo consideradas de extrema relevância, uma vez que reporta fatores comumente ocorridos na velhice e que geram muitas dúvidas a respeito daquilo que é certo ou que é errado. Antes do início dos encontros, após a escolha das

temática, foi elabora um questionário com 10 perguntas fechadas a respeito dos temas para medir de forma abrangente o conhecimento prévio dos participantes sobre os mesmos. Antes das atividades a média geral de acerto obteve a pontuação 6,47, após a vivências dos 10 encontros, foi novamente aplicado o mesmo instrumentos apresentando a média de 9,17 acertos. O que revela que houve aprendizado e armazenamento das informações trabalhadas.

4. Considerações finais

Os resultados desta pesquisa sugerem que a implementação de grupo de Educação em Saúde, como o apresentado neste artigo, tem resultados benéficos para mudança de hábitos de vida saudáveis além de contribuir para o conhecimento dos participantes.

O aperfeiçoamento das práticas de educação em saúde por parte dos profissionais é também fundamental para que os resultados esperados das ações sejam alcançados, e para isto, uma melhoria na formação destes profissionais, bem como a percepção destes para com o meio em que estão atuando, deve ser salientada durante toda a vida acadêmica e profissional, uma vez que não se deve apenas identificar, diagnosticar e assim chegar a resolução do problema, mas também de uma forma mais humana e de fácil compreensão, transmitir o seu conhecimento para que a própria comunidade possa ter controle do que os acomete.

Primeiramente, antes de se tomar qualquer medida de ação para elaboração de campanhas de prevenção e/ou combate a alguma doença, é necessário que se identifiquem nesta população as particularidades de cada indivíduo e depois do coletivo, para que seja possível atender a esta população de forma integral, dentro de diferentes contextos.

Atingir uma grande parcela de idosos não é tarefa fácil, mas quando se olha o problema de forma mais abrangente, dentro de uma perspectiva humanística dos problemas de saúde que assolam a população idosa, principalmente no âmbito da saúde, e as formas de se passar este conhecimento para esta população, resultados grandiosos podem ser alcançados. Respeitar as diferenças, tratar os indivíduos com equidade, levar em consideração as peculiaridades de cada pessoa, ambiente ou circunstância, são algumas maneiras de se aproximar mais do idoso e, desta forma, conseguir transmitir o conhecimento que eles precisam.

5. Referências bibliográficas

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública* 200; 43(3): 548-54.
4. Leite MT, et. al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* 2015; 7(2): 2263-2276.
5. Silva LS, Cotta MM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para o enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34(5): 343–50.
6. Machado MFAS, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 335-3342.
7. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (Suppl 2): S4-S6.

8. Junior JEM, et al. Educação em Saúde como Estratégia para Melhoria da Qualidade de Vida dos Usuários Hipertensos. *Rev Rene* 2011; 12(n. esp.): 1045-51.
9. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 200-206.
10. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
11. Carvalho NC. Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados. 7. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta; 2004.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 2000.
14. Pavarini SCI, et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto Contexto - enferm, Florianópolis*, 2005; 14(3): 398-402.
15. Yassuda MS. Memória e envelhecimento saudável. In: Freitas L, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Guanabara Koogan 2006.
16. Netto TM, et al. Efeito de um programa de treinamento de memória de trabalho em adultos idosos. *Psicol Reflex Crit* 2013; 26(1): 122-135.
17. Charchat-Fichman H, et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1): 79-82.
18. Oliveira KL, et al. Relação entre ansiedade depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 2006; 11(2): 351-359.
19. Cavalcante FG, Minayo MC, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(10): 2985-2994.
20. Oriá RB, et al. Estudos das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. *An Bras Dermatol* 2003; 78(4): 425-434.
21. Duarte I, Kobata C, Lazzarini R. Dermatite de contato em idosos. *An Bras Dermatol* 2007; 82(2): 135-140.
22. Silva JDT da, Muller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol* 2006; 81(2): 143-149.
23. Silva KS, Silva EAT da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud psicol (Campinas)* 2007; 24(2): 257-266.
24. Cardoso AF. Particularidades dos Idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. *EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires*, 2009; 13(130).
25. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Internat*, 2012; 1(7): 107-194.
26. Merlin AP, Kura GG, Bertolin TE. Alterações anatômicas no sistema musculoesquelético associadas ao envelhecimento. *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires*, 2013; 18(179). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd179/alteracoes-anatomicas-no-envelhecimento.htm>. Acesso em: 20 out. 2015.
27. Bandeira F, Carvalho EF de. Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(1):86-98.
28. Lopes RF, Lopes MTF, Camara VD. Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH*. 2009; 6(3): 373-381.
29. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, Porto Alegre*, 2002; 4(7):156-175.
30. Irigay TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol Reflex Crit, Porto Alegre*, 2011; 24(4): 810-818.
31. Carvalho FCR, Neri AL, Yassuda MS. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicol Reflex Crit, Porto Alegre*, 2010; 23(2): 317-323.

32. Silva TBL da, et al. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. Rev bras geriatr gerontol 2011; 14(1): 65-74.
33. Yassuda MS, et al. Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. Psicologia: Reflexão e Crítica 2006; 19(3): 470-481.
34. Menezes MFG, et al. Alimentação saudável na experiência de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2010; 13(2):267-275.
35. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros NTL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Rev Bras Med Esporte 2001; 7(1): 2-13.
36. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. Nature Reviews Neuroscience 2008; 9: 58-65.
37. Corrêa LQ, Rombaldi AJ, Silva MC. Atividade física e sintomas do envelhecimento masculino em uma população do sul do Brasil. Rev Bras Med Esporte 2011;17(4):191-5.

Artigo Recebido: 05.11.2015

Aprovado para publicação: 25.05.2016

Juliane Cristine Dias

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Rua: Thomas Giampa, 38

CEP: 13575-172 São Carlos, SP – Brasil

Email: ju_dias_12@hotmail.com