

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO: ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM EM SAÚDE BÁSICA: INFLUÊNCIA DOS GRUPOS
DE LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE.**

MARÍLIA REGINA DE MENDONÇA RÊGO

Monografia apresentada ao curso de
Enfermagem da Faculdade Natalsense Para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito obrigatório para a obtenção
do título de licenciada.

Orientador (a): Prof.ª Maria das Graças da

**ENFERMAGEM EM SAÚDE BÁSICA: INFLUÊNCIA DOS GRUPOS
DE LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE.**

**NATAL/RN
2010**

MARÍLIA REGINA DE MENDONÇA RÊGO

ENFERMAGEM EM SAÚDE BÁSICA: INFLUÊNCIA DOS GRUPOS
DE LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE.

ENFERMAGEM EM SAÚDE BÁSICA: INFLUÊNCIA DOS GRUPOS
DE LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE.

Monografia apresentada ao curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense Para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito obrigatório para a obtenção
do título de Enfermeira.

Orientador (a): Prof. ^a Maria das Graças de
Paiva Nicolete

NATAL/RN
2010

RB - 35340

UNI-RN
BIBLIOTECA

Nº Reg

31 / 01 / 2012

M

616-083

R268e

2010

ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Rêgo, Marília Regina de Mendonça

Enfermagem em saúde básica: Influência dos grupos de lazer na
qualidade de vida da terceira idade / Marília Regina de Mendonça. – Natal:
FARN, 2010.

f.41

Orientador: Maria das Graças de Paiva Nicolete
Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Terceira Idade – Monografia. 2. Grupos de Lazer – Monografia. 3.
Qualidade de Vida – Monografia. 4. Saúde Básica I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61

FARN

MARÍLIA REGINA DE MENDONÇA RÊGO

**ENFERMAGEM EM SAÚDE BÁSICA: INFLUÊNCIA DOS GRUPOS
DE LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE.**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, apresentada em 09 de Dezembro de 2010, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Maria Das Graças de Paiva Nicolete
Orientadora

Membro Examinador (a)

Membro Examinador (a)

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador de todas as coisas e a Maria santíssima minha mãe e padroeira, que me deu forças para enfrentar obstáculos e vencer esse curso tão desafiador.

A minha mãe que com toda sua dedicação e amor esteve sempre presente em minha vida.

Ao meu pai que com sua simplicidade me ensinou os primeiros passos para esta caminhada com respeito e dignidade.

Aos meus irmãos, Juliana Rêgo e Alexandre Rêgo, meus maiores amigos, meus companheiros, aqueles que dão suporte a minha jornada em busca da realização profissional.

Ao meu namorado e amigo Vitoriano Júnior, que com todo seu carinho e dedicação esteve sempre presente nos caminhos percorridos para realização dessa sonho.

Aos meus colegas de faculdade, em especial Maria de Lourdes, Roberta e Mariana Clara.

A minha orientadora G... que me ensinou que todo sonho deve ser planejado.

DEDICATÓRIA

A Deus, Criador de tudo e de todos, que nos mostra o caminho da sabedoria e do amor.

Aos meus pais, José Rêgo e Rita de Cássia que sempre me mostrarão o caminho do saber.

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador de todas as coisas e a Maria santíssima nossa mãe e intercessora, que me deu forças para enfrentar obstáculos e concluir esse curso tão desejado.

À minha mãe que com toda sua dedicação e amor esteve sempre presente em minha vida.

Ao meu pai que com sua simplicidade me ensinou os primeiros passos para uma caminhada com respeito e dignidade.

Aos meus irmãos, Juliana Rêgo e Alexandre Rêgo, meus maiores amigos, meus companheiros, colunas que dão suporte a minha jornada em busca da realização profissional.

Ao meu namorado e amigo Wigenes Júnior, que com todo seu carinho e fidelidade esteve sempre presente nos caminhos percorridos para realização desse sonho.

Aos meus colegas de faculdade, em especial, Maria de Lourdes, Roberta Félix e Renata Ciara.

A minha orientadora Graça Nicolete que me ensinou que todo sonho deve ter um plano.

Aos funcionários da FARN, aos professores e coordenadores do curso de enfermagem pela ajuda e compreensão em momentos de dificuldades.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização desse trabalho, e em especial aos idosos do grupo da melhor idade Elzimar Marinho.

A Idade de Ser Feliz

“Existe somente uma idade para a gente ser feliz, somente uma época na vida de cada pessoa em que é possível sonhar e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encontrar com a vida e viver apaixonadamente e desfrutar tudo com toda intensidade sem medo nem culpa de sentir prazer. Fases douradas em que a gente pode criar e recriar a vida à nossa própria imagem e semelhança e vestir-se com todas as cores e experimentar todos os sabores e entregar-se a todos os amores sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem em que todo desafio é mais um convite à luta que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo NOVO, de NOVO e de NOVO, e quantas vezes for preciso. Essa idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE e tem a duração do instante que passa."

(Mário Quintana)

RESUMO

A presente pesquisa tem importância fundamental na compreensão da Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em dezembro de 1999, a qual tem como o princípio que "a família, a sociedade, e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, bem-estar e direito à vida. A pesquisa tem como objetivo: analisar a influência dos grupos de lazer na qualidade de vida na terceira idade. A pesquisa do tipo bibliográfica, foi realizada por meio de revisão de literatura obtida através de diferentes bases de dados e pesquisas da área relacionada ao tema. Os descritores de busca foram investigados na literatura através das palavras-chaves: Terceira idade, grupos de lazer, qualidade de vida. O estudo consolidou as conclusões e recomendações de acordo com a literatura estudada. O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. Segundo projeções estatísticas, em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade, ou um quinto da população mundial. A tradicional visão sobre a terceira idade é caracterizada pelo sedentarismo, sentimento de inutilidade, exclusão social e pelas enfermidades, consequências frequentes de um processo de envelhecimento não salutar. Por outro lado, uma nova consciência sobre a terceira idade está sendo formada a partir de um ciclo de vida saudável, invariavelmente baseado nos benefícios obtidos com os exercícios físicos. A qualidade de vida é uma opção pessoal, que tem a ver com escolhas de bem estar e que se encontra limitada pelos padrões de consciência social. Para alguns idosos a prática do lazer aliada a uma melhor qualidade de vida, é uma atividade prazerosa, enquanto que outros não pensam desta forma. Como resultado dos estudos e reflexões foi observado que o cuidar humanizado ao paciente idoso fundamentado no saber tecnológico e no fenômeno do envelhecimento necessita ser compreendido em sua totalidade. Pode-se concluir que um dos meios de se garantir uma prática mais humanizada ao idoso, é estimular a equipe de Enfermagem a perceber o idoso como um sujeito ético, moral, social, com direitos e deveres de cidadão e provedor de seu próprio estado de saúde e/ou doença. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma. Recomenda-se que sejam intensificados os grupos de lazer como melhoria da qualidade de vida na terceira idade.

Palavras chaves: Terceira idade. Grupos de lazer. Qualidade de vida

ABSTRACT

The present inquiry has basic importance in the understanding of the National Politics of Health of the Old one, approved in December of 1999, what it takes as the beginning that " the family, the society, and the state has the duty to inquiry secure to an old one all the rights of the citizenship, well-being and right to the life. A has like objective: to analyse the influence of the groups of leisure in the capacity of life in the third age. The bibliographical inquiry of the type, was carried out through revision of literature obtained through different bases of data and inquiries of the area made a list to the subject. The descriptors of search were investigated in the literature through the words-keys: Third age, groups of leisure, quality of life. The study consolidated the conclusions and recommendations in accordance with the studied literature. The growth of the population of old ones, in absolute and relative numbers, is a world-wide phenomenon. In 1950 they were around 204 million old ones in the world and, already in 1998, almost five decades then, this contingent was reaching 579 million persons, a growth of almost 8 million old ones yearly. According to statistical projections, in 2050, the old population will be 1,9 rising billion persons equivalent to the childlike population from 0 to 14 years of age, or a fifth one of the world-wide population. The traditional vision on the third age is characterized by the sedentarismo, feeling of inutility, social exclusion and by the illnesses, frequent consequences of a process of aging not salutary. On the other side, a new conscience on the third age is formed from a cycle of healthy life, invariably based on the benefits obtained with the physical exercises. The quality of life is a personal option, which it has to do in spite of the fact that choices of good are and which is limited by the standards of social conscience. For old someone the practice of the leisure allied to a better quality of life, is a pleasurable activity, whereas others do not think in this way. As result of the studies and reflections it was observed that taking care humanized to an old patient based on the technological knowledge and on the phenomenon of the aging needs to be understood in its entirety. It is possible to end that one of the ways of a practice more humanized to an old one defends herself, is to stimulate the team of Nursing to realize the old thing like an ethical, moral, social subject, with rights and duties of citizen and provider of his level of health itself and / or disease. The life is long when it is full; and it is made full when the soul recovered the possession of his good itself and transferred to you the power of you herself . One recommends that the groups of leisure are intensified like improvement of the quality of life in the third age.

Words keys: Third age. Groups of leisure. Quality of life

1. INTRODUÇÃO

Até 1980, o Brasil era considerado um país jovem (MARIANE PESSANHA, 2010), mas com o passar do tempo, devido aos avanços tecnológicos na medicina, melhoria nutricional e a ênfase na prevenção de doença e promoção da saúde ocorreu uma grande mudança nessa realidade. Estatísticas [IBGE] afirmam que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Com isso surge a necessidade de criar uma sociedade preparada para essa nova realidade (SESu, 2010).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em dezembro de 1999, tem como o princípio que “à família, à sociedade, e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, bem-estar e direito à vida” (cap II seção i art 3). Preconiza entre outras coisas, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, com o objetivo de manter sempre que possível, o idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. Em outubro de 2003, foi aprovado o estatuto do idoso, um conjunto de leis que vem assegurar os direitos desse grupo de pessoas que está crescendo e ainda continua sendo discriminado em certas situações.

Os idosos já tiveram seus tempos de glórias, eram respeitados e reverenciados, os homens idosos eram procurados para dar conselhos pela experiência acumulada com anos de vida. Entretanto com o decorrer do tempo a velhice passou a ser vista negativamente, os idosos passaram a ser vistos pela sociedade com um certo preconceito, considerando-os como um “peso”. O preconceito ao idoso inclui atitudes e estereótipos por causa de sua idade, vê-los como dependentes, inúteis, vulneráveis, dementes ou carentes de assistência.

A preocupação com o envelhecimento é um fenômeno novo, decorrente do extraordinário crescimento populacional das últimas décadas e das características próprias da sociedade industrial moderna (MARTINS, 1981).

Embora o envelhecimento seja uma das conquistas da humanidade, para Almeida e Fernandes (2001), este processo também representa desafios para as

diferentes sociedades, particularmente para países subdesenvolvidos, como o Brasil, que não dispõem de recursos para atender às necessidades dos indivíduos idosos, ou seja, além das doenças transmissíveis (ainda comuns), do analfabetismo, de problemas infra estruturais, eles têm que atender às necessidades médicas e sociais do idoso.

É fundamental que os usuários e os profissionais de Saúde em especial, compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços na construção de um modelo assistencial que contemple adequadamente o idoso e seja baseado em uma avaliação conjunta de uma equipe multidisciplinar, onde seja levada em consideração a real capacidade do ancião identificando seu nível de dependência, suas habilidades presentes, sobretudo, seu potencial remanescente que pode não está sendo reconhecido sequer pelo próprio idoso e tampouco pelos que o cercam (DUARTE, 2001).

Em um país em vias de desenvolvimento, regulado por um modelo econômico ineficiente e injusto, o alto custo proveniente da maternidade e criação dos filhos faz com que ocorra uma redução da natalidade na maioria das famílias brasileiras. Por outro lado, uma situação precária de subsistência básica, associada a um trabalho quase escravizante e mal recompensado, faz dos idosos subjugados a essas condições verdadeiros heróis da sobrevivência (DUARTE & SANTOS, 2004).

No Brasil, foi nos anos 60 que se deu o processo de queda dos níveis de fecundidade, ocasionando dessa forma a mudança da estrutura etária da população brasileira. Essa queda nas taxas de fecundidade da população não ocorreu uniformemente entre as regiões do Brasil, pois se observa nas regiões Norte e Nordeste que esse processo ocorrerá de forma mais acentuada e nas regiões Sul e Sudeste terá menor impacto (PROTTI, 2002).

Todas as etapas da vida de um ser humano merecem dignidade e respeito. É necessário acreditarmos que a longevidade possa ser a continuação de uma vida feliz e produtiva mesmo com todas as suas limitações.

2. JUSTIFICATIVA

A motivação para realização desta pesquisa surgiu na prática vivenciada com grupos de lazer na terceira idade. Assim sendo, a problemática abordada neste trabalho pretende contribuir na ampliação dos conhecimentos, atitudes e habilidades adequados a um novo modelo de atendimento aos grupos de terceira idade e aos seus familiares.

A iniciativa deste trabalho surgiu a partir do relacionamento com grupos de terceira idade. Uma alternativa para se obter um envelhecimento mais saudável seria os grupos que proporcionam qualidade de vida na terceira idade. Envelhecer com qualidade de vida é um sonho comungado por todos. Preocupar-se com a saúde, fazer atividade física, ter uma boa alimentação é imprescindível para a qualidade de vida. É necessária a predisposição de cada indivíduo para que a saúde não se reduza a ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

O principal objetivo dos grupos é dar uma contribuição para o desenvolvimento motor e seu crescimento social, emocional e intelectual ao idoso. Além disso, é resgatada a importância da ocupação com finalidade de estimular o idoso para a vida e atividades, resgatando a vontade de viver, com isso tornando a velhice mais ativa e saudável.

Ensinar o idoso a usufruir de todos os momentos de lazer, a interação social e o desenvolvimento de hobbies e interesses diversos colaboram para que a mente mantenha-se ativa.

Viver mais e melhor significa pensar mais e investir em maneiras alternativas para um envelhecer digno e feliz. Não esquecendo que essas alternativas podem vir através de um grupo de idosos que tenha como objetivo a melhoria da qualidade de vida.

“A valorização social dos aspectos juvenis nos velhos, que na verdade é uma negação radical de valor da própria velhice se constitui em um problema bastante sério. Encontrar uma possibilidade de uma velhice digna, realizada e

feliz, que não esteja aprisionada nos padrões de relacionamento do jovem é, talvez, o maior desafio do momento atual da psicologia e da humanidade de modo geral", aponta o psicólogo da PUC, João Augusto Pompéia (POMPÉIA, 2010 - Programa Fantástico-Globo).

O tema "A influência dos grupos na qualidade de vida na terceira idade" nasceu da convivência semanal com o Grupo da Melhor idade Elzimar Marinho – Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo Bernardino de Medeiros – Cidade Satélite, enquanto estagiária (voluntária) do curso de enfermagem, observei a importância de um grupo de lazer onde o objetivo principal é melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, além de sensibilizar o profissional de saúde para que o mesmo perceba que aquele idoso que nos procura com suas dores físicas poderia necessitar de algo maior.

As visitas domiciliares nos fazem observar, através da entrevista de enfermagem, uma carência afetiva e o abandono daquelas pessoas que, com idade avançada, já não podem ter a sua própria casa e necessitam de ajuda de parentes para realizar suas tarefas cotidianas. Muitas vezes constatava, com tristeza, que esse idoso tão cheio de experiência de vida era visto pela família apenas como um peso.

Nessa reflexão, observa-se a importância de um trabalho em grupo como alternativa para uma melhor qualidade de vida. Uma aprendizagem contínua, ter uma tarefa, voltar a ter um horário e se sentir útil novamente dentro da sociedade, ser respeitado dentro das suas próprias famílias como alguém que continua uma vida rica de experiências e não como alguém que está no fim, e fazendo observar que a qualidade de vida não está determinada pela idade e sim pela maneira com a qual nos colocamos diante da vida.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

Analisar a influência dos grupos de lazer na qualidade de vida na terceira idade

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a qualidade de vida na terceira idade e a influência dos grupos de lazer.

Orientar os profissionais de saúde a promover a saúde, com respeito e qualidade, com base no entendimento de que a saúde não é só atendimento médico, mas também, prevenção, educação e reabilitação.

Buscar o melhor entendimento no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos, utilizando ferramentas como: atividades de dinâmicas, coletivas ou individuais, nas quais valorizamos o lúdico como meio de estimulação pessoal.

4. METODOLOGIA

Inicialmente a pesquisa foi viabilizada pelo desejo de trabalhar com idosos, que surgiu do interesse de investigar e entender mais sobre essa área do conhecimento.

A pesquisa do tipo bibliográfica, foi realizada por meio de revisão de literatura obtida através de diferentes bases de dados e pesquisas da área relacionada ao tema.

Esta pesquisa foi realizada através de literaturas publicadas, pesquisa online e artigos científicos através BDENF através do www.bireme.br, e site de uma org. REHUNA.

Os descritores de busca foram investigados na literatura através das palavras-chaves: Terceira idade, grupos de lazer, qualidade de vida

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias "trata-se do levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas em imprensa escrita e documentos eletrônicos. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. CONCEPÇÕES E IMPORTÂNCIAS DO ENVELHECER

5.1.1. O envelhecer como desgaste natural

O envelhecimento é um processo inscrito em cada um de nós desde o nascimento, processo feito de enriquecimentos e perdas, encantos e desencantos. Um fenômeno biológico com reflexos profundos na psique do homem, perceptíveis pelas atitudes típicas da idade não mais jovem nem adulta, da idade avançada, mas que deixa aberta ao indivíduo uma ampla gama de possibilidades (LOUREIRO, 2003).

Se por um lado, o ciclo biológico próprio do ser humano assemelha-se ao dos demais seres vivos – todos nascem, crescem e morrem – por outro, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas. O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas (MINAYO & COIMBRA JR., 2002).

A denominação “Terceira Idade” que é uma criação recente das sociedades ocidentais contemporâneas implica a criação de uma nova etapa na vida que se interpõe entre idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados, encarregados de definir e atender as necessidades dessa população (DEBERT, 1999; BARROS, 2002).

O Envelhecimento é inexorável. É um processo que se inscreve no tempo do nascimento até a morte. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas que apresenta características diferenciadas conforme a cultura, o tempo e o espaço (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

Diante da imensa diversidade e inquestionável pluralidade estampadas nos seres humanos, assim como as contínuas transformações sociais que sacodem a contemporaneidade, pelo menos uma certeza permanece irrevogável: todos os

indivíduos, após terem dado o primeiro passo rumo à caminhada da vida, por mais curta ou intensa que esta possa ser, seguem sempre em direção unívoca ao envelhecimento. (DUARTE & SANTOS, 2004).

Os teóricos tentaram descrever o complexo processo biopsicossocial do envelhecimento. Embora várias teorias tenham sido desenvolvidas, não existe uma teoria única, universalmente aceita, que prediga e explique as complexidades do processo do envelhecimento (POTTER; PERRY, 2004). Para Eliopoulos (2005), as teorias oferecem vários graus de universalidade, de validade e de confiabilidade.

Segundo a referida autora, as Teorias Biológicas, por exemplo, explicam que o processo de envelhecimento biológico difere não apenas de espécie para espécie, mas também de um ser humano para outro. Não existem dois indivíduos que envelheçam de forma idêntica, vários graus de mudanças fisiológicas, capacidades e limitações serão encontrados entre pessoas de uma determinada faixa etária. Para explicar o envelhecimento biológico, os teóricos têm explorado muitos fatores, tanto internos quanto externos, no corpo humano. Já as Teorias Psicossociais, exploram os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante o ciclo de vida, juntamente com alguns dos mecanismos que usam para enfrentar os desafios da velhice. As teorias sociológicas abordam o impacto da sociedade sobre o idoso e deste sobre aquela. O envelhecimento deve ser compreendido, portanto, como um período integrado a toda a existência vivida.

(LOUREIRO, 2003) Velhice não é isso que acontece quando as marcas do tempo enrugam a superfície do corpo. Velhice é algo que vai crescendo por dentro, do mesmo jeito como num jardim cresce um flor.

Segundo Tessari "A chegada à Terceira Idade traz consigo limitações sobre um corpo já muito vivido. Já não se tem a mesma vitalidade, a rapidez dos movimentos e do raciocínio, a mesma coordenação motora da época da juventude. Há mais tempo disponível, mas os idosos não sabem o que fazer com ele. Acostumados a fazer, não sabem o que é ser..."

5.2. A VELHICE ENFRENTADA COMO O FIM DA VIDA

A aposentadoria causa um impacto inicialmente pelo seu nome "aposentar alguma coisa" significa deixar algo de lado, não usá-lo mais porque se tornou inútil. Isso faz com que o idoso se depare com uma nova situação que acarreta várias dúvidas. Durante anos a profissão ocupou a maior parte do seu tempo, e de repente essa pessoa se ver sem rumo, acorda sem saber o que irá fazer ao longo do dia; as pessoas não podem se acomodar ao "não fazer nada" é necessário descobrir novas atividades que preencham esse tempo, ou seja, escolher algo que o traga uma resposta que ajude a preservar a harmonia, viver e manter-se em equilíbrio quando as condições mudam. Quando a reação diante da mudança é ineficaz, os problemas começam a aparecer. (VALENTINA NUNES, 2003)

As dificuldades por quais passam os nossos idosos são percebidas no que se chama de essencial, mas esse indivíduo não chegou à aposentadoria para que suas possibilidades sejam limitadas. A aposentadoria deveria ser uma etapa de desfrutar momentos com qualidade para quem trabalhou a vida toda, e precisa de condições financeiras para permanecer vivo e usufruindo uma etapa diferenciada do seu viver (ARAÚJO, 2002).

Os idosos limitam-se em suas atividades por se sentirem mais velhos do que são, por se sentirem doentes, por acharem que não são capazes. Portanto diante desta situação se faz necessário um acompanhamento da enfermagem com muita paciência e dedicação para que os idosos se sintam capazes de conviver com as mudanças que lhe acontecem, para que eles se adaptem às mudanças biológicas implícitas no processo de envelhecimento, é preciso aceitar as rugas, a lentidão dos movimentos, as dificuldades progressivas de visão e audição não como doença, mas sim como processos naturais da vida (VALENTINA NUNES, 2003)

Apesar da sua normalidade e da sua naturalidade, muitas pessoas enfrentam o envelhecimento como se fosse uma experiência patológica, uma doença incapacitante (ELIOPOULOS, 2005). Para muitos indivíduos enfrentar

essas alterações que esse processo traz além de não ser simples, os torna mais vulneráveis a sentimentos negativos e preocupantes. Seria bastante gratificante se todos os anciãos pensassem em envelhecimento como uma fase de crescimento ou amadurecimento, um momento pleno do ciclo vital.

Segundo Spirduso (1995), o sedentarismo no idoso, advém muitas vezes de imposições sócio-culturais, mais do que de uma incapacidade funcional. Os comportamentos atribuídos aos idosos, referem-se à passividade e imobilidade, com reduzido nível de atividade física. No entanto sabe-se que muito das alterações fisiológicas e funcionais observadas nos idosos são resultado da inexistência de estímulos do que alterações atribuídas ao envelhecimento (BARRY e EATHORNE, 1994). Estudos têm demonstrado as contribuições positivas de programas de atividade física na melhoria geral da aptidão física e funcional dos idosos (MOTA et al., 1995).

5.3. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

O número de idosos vem aumentando progressivamente em todas as sociedades do mundo devido ao aumento da expectativa de vida, que está diretamente relacionado às conquistas e avanços científicos nas diferentes áreas do conhecimento, especialmente nas áreas da saúde e social (CELESTE, 2002).

A população brasileira está envelhecendo, sua expectativa de vida, que em 1970 era de 52,7 anos, passou para 66,1 anos em 1991, e 67,3 segundo dados preliminares do censo 2000. Em 2025, o país deverá ter 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais, o que corresponderá a 15% da população. Embora o prolongamento da vida em si seja um demonstrativo de melhores condições de sobrevivência, o cuidado com o envelhecimento deve ser concebido com base em indicadores de qualidade da existência. Não basta viver muito, é importante viver bem (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

O envelhecimento populacional suscita uma nova reflexão em torno da divisão do poder, assim como dos benefícios e problemas que esse fenômeno traz

para as sociedades e o Estado. Sobretudo torna-se fundamental a discussão de políticas públicas voltadas para uma categoria social que emerge com demandas muito específicas (SOUZA; FIGUEIREDO & TONINI, 2006).

Com o envelhecimento de sua população em processo acelerado e a evidência de novas demandas, o país criou a Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Essa política foi votada no Congresso nacional, após estudos e debates impulsionados pelas organizações governamentais e não governamentais interessadas no tema. Coube ao Ministério da Previdência e Assistência Social sua coordenação e promoção. A lei, que significa um avanço no sentido de dar publicidade a um assunto até então tratado de forma fragmentada ou restrito à esfera da família, visa, teoricamente, a evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país e de seus eventuais benefícios (SOUZA; FIGUEIREDO & TONINI, 2006). Mas, foi em 1 de outubro de 2003 que a lei 10.741 é sancionada e através dela é instituído o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Entre os principais benefícios da nova Lei está a concessão de um salário mínimo para brasileiros acima de 65 anos que não podem obter seu próprio sustento ou que a família comprove não ter renda para esse objetivo. O Estatuto prevê atenção integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, assegurada por meio de cadastramento e de ações e serviços, alternativos, que estimulem a não hospitalização e a manutenção do idoso junto a sua família e comunidade. O estatuto estabelece, ainda, a atenção médica e odontológica, em serviços ambulatoriais, às doenças e agravos que afetam preferencialmente os idosos; fornecimento obrigatório de vacina conforme recomendação da autoridade sanitária; e a reabilitação para redução das seqüelas decorrentes de agravos à saúde.

O fato é que o prolongamento da vida passou a exigir do Estado, políticas sociais e atenções específicas para os idosos, que de certa forma tornaram-se um "peso" para as sociedades contemporâneas sob os aspectos econômico e social.

Certamente o conjunto de idéias que representava a velhice já não consegue mais expressar o sentido desta. É necessário lembrar que a velhice era associada à inatividade, incapacidade para novos afazeres, e ausência de expectativas, no entanto, com o prolongamento da vida esta visão passou a ser questionada, pois já não se trata mais de pessoas doentes e inativas, e sim de especialistas, autores de descrição do processo de envelhecimento (CELESTE, 2002).

Logo, uma das responsabilidades do PSF, visto que é uma estratégia da Atenção Básica, é a atenção à saúde do idoso, para tanto, cabe a esses profissionais da rede básica voltarem suas atenções a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos (PROTTI, 2002).

5.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

Para Silveira (2004), a proposta de reformulação da Política de Saúde no Brasil – a Reforma Sanitária – consolidou-se como Instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a Lei Orgânica da Saúde – cujos princípios básicos são: a universalidade, a equidade, a igualdade da atenção à saúde e a resolutividade dos serviços de saúde.

Todavia, devido à complexidade que a reformulação do Sistema Único de Saúde no Brasil apresenta a implantação do SUS não foi bem sucedida, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1994, a partir do referencial da experiência cubana o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de substituição e reestruturação do modelo na organização de serviços de saúde, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde (SILVEIRA, 2004).

O objetivo do PSF é reorganizar a assistência de saúde em novas bases e critérios, propondo a humanização de suas práticas, priorizando o ser humano

enquanto cidadão, e representa assim ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva através da universalidade da atenção, descentralização de decisões e definição de bases territoriais para a atuação (BRASIL, 2001).

Ainda segundo Gonçalves (FIGUEIREDO & TONINI, 2006), o PSF tem a missão de organizar as unidades básicas de saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromissos e responsabilidades entre os profissionais e a população, numa prática de saúde integral e participativa.

Logo, uma das responsabilidades do PSF, visto que é uma estratégia da atenção básica, é a atenção à saúde do idoso, para tanto, cabe a esses profissionais da rede básica voltar suas atenções a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos (PROTTI, 2002).

Esse novo conceito de fazer saúde está centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO & MERHY, 1999).

Cabe assinalar que o trabalho do PSF pressupõe o envolvimento de uma equipe multiprofissional, formada no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além da comunidade. Logo, destaca-se a necessidade de uma abordagem integrada, abrangente e interdisciplinar, levando o profissional a possuir uma visão completa do ser humano, bem como de suas diferentes fases de vida, (BASTOS et al, 1998).

Sobre a atenção à Saúde do Idoso, Protti (2002), mostra que a equipe de saúde do PSF deve estar apta para identificar fatores de risco junto à população idosa, estimulando a família na responsabilização para com a atenção à saúde deste, inserindo-o no ambiente familiar e social, buscando melhor qualidade de vida.

5.5. O PAPEL DO LAZER NA QUALIDADE DE VIDA DA TERCEIRA IDADE

O lazer, ao longo dos anos, tem sido considerado o tempo livre do homem. Momento em que as pessoas podem desfrutar prazeres, tranquilidade e até descanso. Portanto, o lazer deve ser um momento, onde o indivíduo se empenha em algo que escolhe, que lhe dá prazer e que o modifica como pessoa. Os prazeres podem ser encontrados nas atividades lúdicas através do lazer. E, dentro deste quadro, encontramos os jogos, os brinquedos e as brincadeiras. Daí, a importância destes no cotidiano das pessoas (DIAS & SCHWARTZ, 2005).

Os idosos, em geral, parecem não aceitar o fato de o lazer ser um aspecto de grande importância em suas vidas e que, quando não vivenciado, é devido à falta de condições e oportunidades. Mas, é através de atividades espontâneas e naturais das pessoas que podemos perceber a sua relação com o lazer e a influência que este exibe na vida dos homens, em suas diversas etapas, em especial, na velhice. Nessa etapa da vida existe, devido à maior disponibilidade de tempo, grandes possibilidades para estas pessoas optarem por atividades que lhes tragam auto-realização e melhoria da qualidade de vida (DIAS & SCHWARTZ, 2005).

O lazer não pode ser entendido como simples assimilador de tensões ou alguma coisa boa que ajude a conviver com as injustiças sociais. Pascal, nos seus pensamentos sobre divertimento, colocava que "o rei está rodeado de pessoas que só pensam em diverti-lo e em impedi-lo de pensar em si mesmo". O lazer não pode ser pensado como o ruído que nos desvia de pensar na nossa condição e nos diverte, ou seja, como instrumento de dominação. (MARCELLINO, 1996)

Pikunas (1979), salienta a necessidade de que, nesta fase, se deve manter interesses ocupacionais e aumentar as atividades recreativas, ocupando totalmente o tempo e tornando estes anos tardios da vida, satisfatórios e produtivos.

A elaboração de projetos para a terceira idade, criando condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade,

asseguraria ao idoso o direito de exercer sua cidadania.

Almeida e Fernandes (2001) afirmam que se faz necessário um reordenamento das políticas públicas brasileiras que favoreçam a implementação de medidas holísticas capazes de proporcionar melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional. Além de uma reestruturação do modelo assistencial, contemplando o idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde.

A definição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde como "Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e perturbações" (WHOQOL GROUP, 1994). Assim podemos ver que a qualidade de vida tem um significado bem amplo revendo uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda para desenvolver-se sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais. (DUMAZEDIER, 2004, P 34).

5.6. INTEGRAÇÃO SOCIAL INFLUENCIANDO NA QUALIDADE DE VIDA

5.6.1 Atividades em Grupo

As atividades já realizadas através da equipe de Saúde da Família são importantes no que diz respeito às doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas prevalentes nessa idade, são os Grupos de Hipertensos e Diabéticos, e atividades saudáveis como ir à igreja e ser parte atuante dela, mas não alcançam por completo o desejo de mudança, na tentativa de melhorar a

qualidade de vida. As relações interpessoais, ao envolverem troca de informações e de contatos contínuos, favorecem o surgimento natural de um suporte emocional e podem ir criando redes de ajuda mútua que caracterizam, inclusive, uma atividade produtiva (BRITO; LITVOC, 2004).

As atividades em grupo surgem como alternativas para um envelhecimento saudável a participação em grupos que tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus componentes através de palestras, eventos culturais, passeios, entre outras atividades. Os grupos de lazer específicos para a terceira idade agem de forma profilática, age em cima do lado biopsicossocial do paciente. A saúde é qualidade de vida, e quando falamos em qualidade de vida dos idosos ressaltamos esses grupos de lazer, pois proporcionam momentos de descontração e interação que auxiliam nas expressões de sentimentos, trabalha a autoestima, resgata o bem estar e evita a solidão e a depressão das pessoas da terceira idade.

Temos como objetivo a produção de saúde, com respeito e qualidade, com base no entendimento de que a saúde não é só atendimento médico, mas também, prevenção, educação, recuperação e reabilitação. (BRASIL, 1994). Os lazeres, a inserção em atividades comunitárias ou atividades em grupo, são um conjunto de ocupações as quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se, e entreter-se, ou ainda, para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou livre capacidade criadora após se livrar ou desembaraçar das obrigações profissionais, familiares e sociais, reunindo as três funções do lazer: descanso; divertimento, recreação e entretenimento; desenvolvimento pessoal (ANDERSON et al, 1998).

As relações interpessoais, ao envolverem troca de informações e de contatos contínuos, favorecem o surgimento natural de um suporte emocional e podem ir criando redes de ajuda mútua que caracterizam, inclusive, uma atividade produtiva (BRITO; LITVOC, 2004).

A grupalidade é uma característica do ser humano, que desenvolve a maior

parte de suas atividades cotidianas em grupo e este quase sempre influencia o indivíduo nos rumos de sua vida. É através do grupo que o ser humano pode desenvolver habilidades nas suas relações pessoais, realizar tarefas, aprender e mudar seu comportamento, divertir-se, “oferecer e receber ajuda” (ZAGO E MUNARI, 1997, p.360).

Segundo o Estatuto do Idoso Capítulo V , Da Educação Cultura, Esporte e Lazer, artigo 20 (em anexo), “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de saúde”. (BRASIL, 2003, pág. 11).

Para Salgado (FREIRE, 2004), a dimensão do envelhecimento vai além do contexto biológico necessitando, portanto, de atenção especial. É indispensável elaborar ações em favor das populações que envelhecem com políticas de caráter mais preventivo e menos curativo, praticando ações que contribuam para a manutenção da qualidade de vida com programas para a velhice que, reduzam desigualdades e invistam nos indivíduos ao longo do ciclo vital.

A convivência em grupo surge como uma alternativa para gerar saúde à medida que o grupo pode ser visto como fonte de informações que previnem doenças individuais e coletivas. Os participantes de um grupo passam a ser agentes multiplicadores dessas informações que muitas vezes garantem uma melhor qualidade de vida para toda uma população.

Há que se buscar alternativas para integrar melhor esses idosos entre si e nos serviços de saúde. Uma das perspectivas é a formação de grupos voltados para problemas de saúde, como por exemplo: grupos de diabéticos e grupos de hipertensos, grupos de ocupação com bordados, danças, artesanatos, entre outros. Todos esses grupos possibilitam promover a saúde do idoso, integrando-o na sociedade e estimulando a convivência, interação social, fazer novas amizades, e assim, construir uma melhor qualidade de vida.

Para Gonçalves & Perpétuo (2000) “A vivência, o jogo, o lúdico, viabilizado através de dinâmicas de grupos possibilitam o surgimento das condições propícias para a constituição do grupo e do ensino-aprendizagem”.

5.6.2 Satisfação em Viver e Projetos de Vida

O relacionamento do idoso com o mundo se caracteriza pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas; sua performance ocupacional e social, o pragmatismo, a dificuldade para aceitação do novo, as alterações na escala de valores e a disposição geral para o relacionamento objectual (BALLONE, 2002).

E está instituído no estatuto do idoso em seu Título I, artigo 3º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

O grande desafio para a sociedade e os profissionais de saúde é proporcionar tanto para esses idosos como para sua família uma prestação de serviços que englobe todas as suas necessidades, que seja ao mesmo tempo adequado e eficiente e transforme o processo de envelhecimento pelo qual estão passando num processo com características salutaras e satisfatórias.

A busca da longevidade, de viver mais e de usufruir um estado de bem-estar e de saúde constitui um dos principais valores cultuados em toda história da humanidade, assim como faz parte de um dos principais anseios da população brasileira, que coloca a saúde e a possibilidade de atenção se adoecerem como uma de suas principais preocupações (BRITO; LITVOC, 2004).

O envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem dentro de uma relação dinâmica, a saber: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associada a elas, boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva, e participação ativa na sua comunidade (BRITO; LITVOC, 2004).

5.7. ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO IDOSO

O envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo e, geralmente, traz consigo algumas doenças como a Osteoporose, Hipertensão Arterial, Incontinência Urinária, Diabetes, Alzheimer, Câncer, entre outras. O cuidado de idosos por parte da enfermagem foi durante muitos anos uma prática quase que esquecida. As enfermeiras geriátricas por muito tempo foram consideradas de capacidade inferior às demais enfermeiras de outros ramos da profissão, no entanto a enfermagem sempre esteve entre as poucas profissões envolvidas com os idosos. Ações de promoção da saúde antes da criação do Programa Saúde da Família (PSF) estavam quase que limitadas exclusivamente ao âmbito hospitalar, atualmente essas ações migraram para os ambientes comunitários. Os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida (LIMA & ALVES, 2010).

A população idosa forma uma faixa etária mais sujeita a problemas de saúde, com isso pode-se esperar um aumento intenso de enfermidades crônicas todas elas com baixa letalidade e alto grau de incapacitação produzindo, assim, onerosos gastos numa área já tão carente de recursos (VERAS, 1994).

Na formação do pessoal de enfermagem deve-se investir amplamente no preparo para a assistência aos idosos, já que são geralmente portadores de diversos distúrbios psico-sócio-econômicos, constituindo-se clientes mais complexos, que exigem do enfermeiro mais tempo para a prestação dos cuidados. Os idosos costumam ser portadores de múltiplas enfermidades, tendo uma média de aproximadamente 3,7 diagnósticos por idoso (MONTEIRO, 1989).

A enfermeira deve atuar estimulando o autocuidado, atuando na prevenção e não complicação das doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau diferente de dependência, diferindo assim a maneira de assistência. Considerando os fatos relatados,

mostra-se necessária e urgente a divulgação e discussão das diferenças que o aumento da população idosa acarretará na sociedade como um todo, principalmente na área da saúde, salientando-se o novo papel dos idosos em nossa sociedade, para que tanto os profissionais quanto a população em geral possam atender de maneira satisfatória novas demandas (MOIDANO, 2010)

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. (ASSIS, HARTZ, VALLA, 2004).

A equipe de enfermagem deve zelar para que o idoso consiga aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes da idade, confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte. (PEREZ, 1993).

Esta visão onde o homem é olhado em toda sua totalidade despreza a idéia de que a doença é apenas um conjunto de sintomas e sinais. Tudo implica para que a pessoa esteja bem ou não esteja. O corpo e a mente não podem ser separados. O Enfermeiro tem que ser capaz de trabalhar com o todo.

O homem é um ser que vive no convívio com outros seres e para que essa convivência seja satisfatória é necessária uma saúde comunitária que só é conseguida através das medidas de prevenção.

A medicina holística vem trazer de volta além dos medicamentos e exames que são hoje tão difundidos dentro do sistema de saúde tradicional, uma maneira alternativa de buscar a saúde. "A saúde Holística não é uma especialidade, nem uma disciplina que por uma reforma curricular, passe a ser ensinada na escola médica. Ela é uma perspectiva, uma forma de abordar a realidade na busca de superar o dualismo, a fragmentação e o mecanicismo newtoniano-cartesiano. Implica uma revisão da nossa própria maneira de encarar e de viver no mundo, tanto como terapeutas quanto com o pacientes. Propõe uma nova forma de perceber e tratar a tensão de aceitar a responsabilidade pelas nossas ações e

permitir que os outros assumam as suas. Valoriza a noção de um objeto, de um projeto de vida e busca relacionamentos humanos satisfatórios e mais criativas” (CLOTILDE TAVARES, 1999)

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

De acordo com os resultados da pesquisa conclui-se que:

Todos os fatores que direta ou indiretamente possam atuar na saúde e bem-estar das pessoas idosas devem ser considerados e estendidos na medida do possível para instituições ligadas à promoção da saúde. A tradicional visão sobre a terceira idade é caracterizada pelo sedentarismo, sentimento de inutilidade, exclusão social e pelas enfermidades, conseqüências freqüentes de um processo de envelhecimento não salutar. Por outro lado, uma nova consciência sobre a terceira idade está sendo formada a partir de um ciclo de vida saudável, invariavelmente baseado nos benefícios obtidos com o lazer e exercícios físicos. A qualidade de vida é uma opção pessoal, que tem a ver com escolhas de bem estar e que se encontra limitada pelos padrões de consciência social. Para alguns idosos a prática do lazer aliada a uma melhor qualidade de vida, é uma atividade prazerosa, enquanto que outros não pensam desta forma. A proposta dos grupos é quanto a melhoria de qualidade de vida dos idosos que os frequenta, articulá-los e situá-los como fatores positivos para a prevenção de doenças e para melhoria no estilo de vida. Esse processo de conhecimento leva ao idoso perceber que o significado mais amplo de saúde não é apenas a ausência de doença e sim o estado em que se encontra verdadeiramente. A saúde na visão holística é algo maior. É um processo onde o idoso necessitará encontrar o bem psíquico, social e comunitário para realmente ter a sua longevidade contemplada com o prazer de viver todas as fases da vida. O idoso em sua essência precisa de toda atenção, de todo o amor de toda a compreensão em suas limitações para continuar a viver produtivamente dentro de suas famílias e dos grupos de sua comunidade comungando com a visão holística de que saúde é um estado de harmonia entre o corpo, a mente e o ambiente. O PSF e a enfermagem, dentro desse cenário ocupam lugar de destaque, pois têm por base à vigilância à saúde, onde o idoso é objeto precípuo de atenção. Cabendo aos mesmos o dever e o desafio de idealizarem estratégias para que se promova boa

saúde e independência funcional além de serviços comunitários de apoio. Porque a verdade é que não temos de nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente, viver o domínio de si mesmo depende da alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma.

ALMEIDA, C. B.; FERNANDES, M. G. M. Processo de envelhecimento e qualidade de vida dos idosos na vivência asilar. *Rev. Nursing*, n. 34, p.22-25, Barretos (SP), nov. 2003. Obtido no site: <www.aerasa.com.br/guia/idosos/18.htm>. Acesso em 12/05/2005.

ANDERSON, M. J. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Trabalho e Desenvolvimento*, v. 1, n. 1, Rio de Janeiro, nov. 1998.

ANDERSON, M. J. P. Saúde e Condições de Vida do Idoso no Brasil (Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

ARAÚJO, A. F. O envelhecer com qualidade de vida. 2002. 54 f. Trabalho Acadêmico Orientado, Universidade Estadual de Paraíba, Campina Grande, 2002.

AYALA, M. I. S. Depresión, Ansiedad e insomnio. In: LLERA, F. O., MARTÍN, J. P. M. J. Síndromas y Cuidados en el Paciente Geriátrico. Barcelona: Masson, 1994.

BARROS, M. M. L. Velhos de trabalho: idosos? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

BARRY, H. C.; EMMORNE, S.W. Exercise and aging, Issues for the professional. *Medical Clinics North America*, p. 357-375, 1994.

BASTOS, J. S. B. et al. O aspecto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF) na promoção da atenção. *Cadernos Saúde da Família*, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1999.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Estatuto do idoso. São Paulo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Condições nutricionais da população brasileira: Atualiza e amplia Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN, 1997.

CELESTE, E. B. Gestão da velhice: a dimensão da cultura por qual caminha não só o velho. *Período Analetha*. Guarapuava-PR: UNESPAR, v. 2, n. 2, jan./abr. 2002.

REFERÊNCIAS

- ALFREDO G. DE FARIA JUNIOR et al., **Atividades Físicas para a Terceira Idade**. Brasília: Sesi-DN, 1997. Diseño de Investigaciones Epidemiológicas. In: Pérez E. A et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington : OPS, 1994.
- ALMEIDA, C. B.; FERNANDES, M. G. M. **Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar**. Rev. Nursing. n. 34, p.22-25. Barueri (SP), mar. 2001. Obtido no site: <www.serasa.com.br/guiadoidoso/18.htm>. Acesso em 02 nov. 2005
- ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos Envelhecimento**, v. 1, n. 1. Rio de Janeiro, nov. 1998.
- ANDERSON, M. I. P. **Saúde e Condições de Vida do Idoso no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- ARAÚJO, A. F. O envelhecer com qualidade de vida. 2002. 54 f. Trabalho Acadêmico Orientado. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2002.
- AYALA, M. I. S. Depresión, Ansiedad e Insomnio. In: LLERA ,F. G. , MARTÍN, J. P. M.) **Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico**. Barcelona : Masson, 1994.
- BARROS, M. M. L.. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- BARRY H. C.; EATHORNE, S.W.. Exercise and aging. Issues for the practitioner. **Medical Clinics North America**,p. 357-375, 1994.
- BASTOS, A. C. S. et al. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. **Caderno Saúde da Família**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Estatuto do Idoso**. São Paulo, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Condições nutricionais da população brasileira : Adultos e Idosos. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. Brasília : INAN, 1991.
- CELESTE, E. B. Gestão da velhice: a dimensão do cuidado para quem sempre nos cuidou. **Período Analecta**. Guarapuava-PR: UNICENTRO. V. 3, n. 2, jul/dez, 2002.

DIAS, V. K. & SCHWARTZ, G. M. **O lazer na perspectiva do indivíduo idoso.** Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd87/idos.htm>>. Acesso, em: 23 de out. 2010.

DUARTE, I. A. O. O processo de Envelhecimento e a Assistência à Saúde do Idoso. **Manual de enfermagem – Programa de Saúde da Família.** São Paulo: Ministério da Saúde/USP, 2001, 185p.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERRARI, M. A C. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade In: NETO, M.P. (Org.). **Gerontologia.** São Paulo : Atheneu, 1997.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. **Gerontologia.** São Caetano do Sul-SP: Yendis, 2006.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (on line). Belo Horizonte/ Campinas, Março de 1999, p. 1-8. Obtido em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>.

FREIRE, S. A. S. **Concepções sobre o envelhecer entre idosos pertencentes a um grupo de convívio e idosos institucionalizados.** 2004. 52 f. Trabalho Acadêmico Orientado – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, 2004.

GALINDO, G. E. Transtornos del sueño. In: Pérez E. A et al (Org). **La Atención de los Ancianos : um desafio para los años noventa.** Washington : OPS, 1994.

HERA, F. G. , MOLINO, J. .P. Síndromes y Cuidados En **El Paciente Geriátrico.** Nason, 1994.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas demográficas,** 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 maio 2006.

KATZ, S. et al . Studies of illness in the aged. **Jama** , v. 185 , n. 12, Sept. 1963.

LIMA, H. C. G. & ALVES, F. P. O papel da enfermagem na saúde do idoso dentro da atenção básica de saúde. Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_13961/artigo_sobre_o_papel_da_enfermagem_na_sa%C3%A9de_do_idoso_dentro_da_aten%C3%87%C3%83o_b%C3%81sica_de_sa%C3%A9de>. Acesso em: 04 out.2010.

LOUREIRO, A. M. L. Os velhos, as mudanças de um novo tempo e o medo da morte: lutar, conciliar ou se acomodar? **Caderno de Educação.** UNIC – CPG. V.7, n. 1, , p. 53 - 73, 2003.

MARIANE PESSANHA. **Idosos com fôlego de criança**. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/idosos-com-folego-de-crianca.html>>. Acesso em: 20 de out. 2010.

MARTINS, R. N. **A velhice como fenômeno social**. In: DECOURT, et al (Org). **Clínica do Indivíduo Idoso**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1981.

MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. Introduction. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 6, p. 771-4, 1994.

MENEZES, A K. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro : Revinter, 1994.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA C. E. JR. A (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2001, 199p.

MOIDANO, D. P. **Enfermagem em saúde do idoso**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/s-idoso.htm>>. Acesso em: 21 out. 2010.

MOTA, J.; PAIVA, P.; SILVA, S.. Effects of a 6 month programme of nom specific physical activity on physical capacity of aged sedentary women. **Journal of Human Movements Studies**, p. 243-254, 1995.

MOTTA, A. B. **Envelhecimento e sentimento do corpo**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA C. E. JR. A (org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NAJAS, M. S. „SACHS, A avaliação nutricional do idoso. In: NETO, M. P. (Org.) **Gerontologia**. São Paulo : Atheneu, 1997.

OLGA INÊS TESSARI. **Qualidade de Vida na Terceira Idade**. Disponível em: <http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm> Acesso em: 17 out.2010

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. (Org.) **Terceira Idade: desafios para o próximo milênio**. Rio de Janeiro : Relume- Dumará, 1997.

PEREZ, E. A - Sexualidad en los ancianos. In: Pérez, E. A et al (Org) **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa**. Washington : OPS, 1994.

POMPÉIA, J. A.. **O desafio de envelhecer..** Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/O,,MUL697394-15607-189,00.html>>. Acesso em: 05 out. 2010.

PROTTI, S. T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa Saúde da Família**. 2002. Dissertação de Mestrado. Universidade São Paulo. São Paulo, 2002. Obtido em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-2802004-134633>. Acessado em: 22 set. 2010.

ROBLEDO, L. M. G. - Incontinencia urinaria y fecal. In: Pérez E. A et al (Org) **La Atención de los Ancianos.: um desafio para los años noventa**. OPS, 1994.

SESu - Assessoria de Imprensa. **Comissão especial reúne-se para discutir situação do idoso**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php/index.php?option=com_content&task=view&id=2207>. Acesso em: 05 nov. 2010.

SPIRDUSO, W.W. Physical Dimensions of Aging. **Human Kinetics Publishers, Champaign**, Illinois, 1995.

TAVARES, Clotilde. A magia do cotidiano: como melhorar a sua qualidade de vida – Natal, **Edições Clotilde news**, 1999.

TAVARES, E. L. **Antropometria nutricional em idosos: considerações metodológicas e situação da população brasileira em 1989**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

TEXEIRA, E., Reflexões sobre o Paradigma Holístico e Holismos e Saúde. Ver. **Esc. Enf. USP**, v.30, ago, 1996.

VALENTINA NUNES. **Larousse da terceira idade**. Tradução de Flávio Quintiniano. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.

VASCONCELLOS, D. C. de Incontinências: um problema para o paciente, o cuidador e o médico. In: **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro : Revinter, 1994.

VERAS, R. P. et al. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. **Idoso e universidade: parceria para a qualidade de vida**, Rio de Janeiro : Relume-Dumará, Cap. 1 : p.11-27, 1995.

VIDELA, J. T. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. In: Pérez E. A et al (Org) **La Atención de los Anciano: um desafio para los años noventa**. Washington : OPS, 1994.

ZAGO, M. M. F.; MUNARI, D. B. Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e direfenças. **R. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, mai, 1997.

APÊNDICE

AS VIVÊNCIAS LÚDICAS DO GRUPO DA MELHOR IDADE ELZIMAR MARINHO - BREVE HISTÓRICO

O Grupo da Melhor Idade Elzimar Marinho nasceu da crescente procura de pessoas idosas pelos serviços oferecidos pela Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo Bernardino de Medeiros – Cidade Satélite e da reflexão da equipe multiprofissional de que o grupo é uma necessidade intrínseca à pessoa, nele ela vive e convive, amadurece, cresce, descobre, aprende, ensina, recria e multiplica já que o homem é um ser social e está constantemente em relação com seus semelhantes, com a natureza e com Deus.

Para que um grupo seja coeso é importante ter bem claro que a coesão define-se pela união em busca dos mesmos objetivos, portanto é necessário que esses objetivos sejam claramente definidos e que sofram mudanças de acordo com o progresso do grupo. O objetivo definido pelo Grupo da Melhor Idade Elzimar Marinho foi a busca de uma melhor qualidade de vida através do lazer.

A definição de qualidade de vida foi proposta pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como "Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e perturbações" (WHOQOL GROUP, 1994). Assim podemos ver que a qualidade de vida tem um significado bem amplo revendo uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Em setembro de 2005, mês em que comemoramos o Dia Nacional do Idoso, a Equipe Técnica da Unidade Mista de Saúde Dr. Paulo Bernardino de Medeiros – Cidade Satélite planejou uma semana de atividades em homenagem a esse tão merecido dia e divulgou essa programação nas salas de espera do ambulatório e do pronto-atendimento como também em padarias e igrejas da

comunidade. O Salão de Eventos da referida unidade de saúde ficou completamente lotado em todos os dias da programação e com isso surgiu à necessidade de um trabalho contínuo como forma de proporcionar atividades prazerosas que levasse aquelas pessoas a encontrar a possibilidade de uma velhice digna, consciente, realizada e feliz. No último dia do encontro foi colocado em pauta a criação do grupo e definido que as reuniões seriam semanais e que em homenagem a Assistente Social que na época assumia a Direção Geral da Unidade de Saúde o nome seria "Grupo da Melhor Idade Elzimar Marinho".

Ficou acordado que as reuniões seriam nas quintas-feiras no turno vespertino e que a princípio seria coordenada pela Assistente Social com a ajuda de uma secretária escolhida pelo grupo.

As reuniões sempre começavam com uma dinâmica de descontração tendo como pano de fundo a música de Bia Bedran que virou símbolo da alegria do grupo. Todos procuravam acompanhar os passos da coreografia e começavam a ver o quanto era bom sorrir novamente. Sorrir dos acertos e dos erros da dança. Sorrir pelo simples fato de reaprender a sorrir. Sorrir até mesmo ensinando aos mais jovens que a vida tem grandes motivos para ser festejada e que os problemas dependem da maneira como aprendemos a lidar com eles. Até aquele que limitados pela saúde precária permaneciam sentados procuram "mexer" com os pés e com as mãos.

A segunda parte da reunião ficou acordada que seria sempre discussão sobre assuntos de interesse grupal. É importante ressaltar que o grupo desde o seu princípio abriu espaço para que todos pudessem falar sobre qualquer assunto que necessitasse com toda a responsabilidade e carinho seria escutado e respeitado. Com isso trabalhávamos a auto-estima, o medo do ridículo, a rejeição. Os idosos descobriam com o passar do tempo o valor da sua experiência de vida e aprendiam que a nova geração não poderia sobreviver sem a história. Aprendia a cada momento que a longevidade é muito mais que viver por mais alguns anos e sim que o verdadeiro significado de uma vida longa é buscar alternativas de ser feliz e plantar a felicidade no coração daqueles que estão ao seu lado. Aprendia a

fazer amigos novamente. Aprendia que o objetivo do grupo só seria atingido de forma adequada quando os membros tomassem para si a responsabilidade de torná-lo uma experiência significativa, tendo compreensão da sua participação. E para nós equipe surgiu à oportunidade de aprender que trabalhar com grupo e vivenciar a sua trajetória podendo refletir sobre seus movimento é fundamental para aprendermos o papel de coordenador de atividade grupal, suas dificuldades e desafios.

A programação dos encontros semanais é planejada mensalmente de acordo com os anseios do grupo contemplando datas comemorativas, temas educativos e comemoração dos aniversariantes do mês. Também participamos de apresentações de danças (pastoril e carimbo) e fazemos passeios a clubes campestres.



Fonte: Passeio ao Pargos Club - Jacumã

ANEXO I

ESTATUTO DO IDOSO

Art. 1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2.º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

§ 3.º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CAPÍTULO IV

DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3.º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de

valores diferenciados em razão da idade.

§ 4.º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

CAPÍTULO V

DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.