



Revista Latino-Americana de Enfermagem
ISSN: 0104-1169
rlae@eerp.usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Amorim Garcia, Maria Alice; Hiroshi Yagi, Gilson; Silvério de Souza, Caio; de Carvalho Odoni, Ana Paula; Marega Frigério, Rafaela; Stahl Merlin, Silvia
Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, núm. 2, março-abril, 2006, pp. 175-182
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421860005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

ATENÇÃO À SAÚDE EM GRUPOS SOB A PERSPECTIVA DOS IDOSOS

Maria Alice Amorim Garcia¹

Gilson Hiroshi Yagi²

Caio Silvério de Souza²

Ana Paula de Carvalho Odoni³

Rafaela Marega Frigério³

Silvia Stahl Merlin³

Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):175-82.

Este estudo objetivou descrever e analisar as atividades em grupos de idosos em unidades básicas de saúde. Portador de múltiplos transtornos, o idoso requer cuidados contínuos e freqüentes dos serviços de saúde, o que pode ser facilitado pelas ações em grupos, privilegiando a ação educativa. Observou-se grande diversidade de métodos, equipes responsáveis e composição dos grupos. Em relação aos idosos constatou-se que essa atividade permite a sua melhor compreensão e aceitação do adoecimento, bem como a retomada de papéis sociais e a ocupação do tempo livre. Para os serviços, os grupos possibilitam a ampliação do vínculo, requerendo, entretanto, a capacitação e educação permanente dos profissionais no sentido de possibilitar um diálogo significativo. A tendência de aumento dessas ações em Campinas-SP vem acompanhando as diretrizes do projeto PAIDÉIA de Saúde da Família, sendo o grupo um espaço possível e privilegiado de aplicação do "método da roda".

DESCRITORES: grupos de auto-ajuda; educação em saúde; saúde do idoso

HEALTH CARE IN GROUPS FROM THE PERSPECTIVE OF THE ELDERLY

This study aimed to describe and analyze the activities in elderly groups at basic health care units. Suffering from chronic-degenerative diseases, the elderly need continuous and more frequent health care. This can be facilitated by group actions, privileging educational activities. We found great diversity in methods, responsible teams and group composition. As to the patients, this activity allows for a better understanding and acceptance of the illness, as well as for the recovery of social roles and the occupation of leisure time. For services, the groups permit increased bonding. However, this requires training and permanent education for professionals, with a view to a significant dialogue. The increasing tendency of these actions in Campinas/SP is accompanying the guidelines of the Family Health PAIDÉIA project. The group is a possible and privileged space to apply the PAIDÉIA method.

DESCRIPTORS: self-help groups; health education; aging health

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN GRUPOS BAJO LA PERSPECTIVA DEL ADULTO MAYOR

La finalidad fue analizar las actividades en los grupos de ancianos en las unidades de la salud. Portador de enfermedades degenerativas, el adulto mayor pide cuidados continuos y más frecuentes de los servicios de salud, lo que puede facilitarse a través de las acciones en grupos, privilegiando la acción educativa. Se observó gran diversidad de los métodos usados, equipos responsables y composición de los grupos. En cuanto a las personas, se verificó que esta actividad permite una mejor comprensión y aceptación del proceso de salud-enfermedad, así como la toma de papeles sociales y la ocupación del tiempo libre. Para los servicios, los grupos posibilitan la expansión del vínculo, pidiendo, sin embargo, la capacitación y la educación permanente de los profesionales en el sentido de permitir un diálogo significante. La tendencia de aumento de estas acciones en Campinas/SP está acompañando las directivas del proyecto PAIDÉIA de Salud del la Familia, siendo un posible y privilegiado espacio de aplicación del «método de la rueda».

DESCRIPTORES: grupos de autoayuda; educación en salud; salud del anciano

¹ Doutor em Saúde Coletiva, Professora titular; ² Bolsista PIBIC/CNPQ; ³ Acadêmico. Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

INTRODUÇÃO

A complexidade do perfil de morbimortalidade do idoso requer atenção especial dos serviços de saúde. Encontra-se, hoje, a população em franco processo de envelhecimento e ainda prescindi-se de conhecimentos e estrutura necessários ao cuidado desse envelhecer. Mesmo com a extensão da atenção à saúde, ocorrida a partir dos anos 80, aborda-se o idoso, na maioria das vezes, de modo limitado às enfermidades crônicas e em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida⁽¹⁾.

A precária assistência ao idoso pode ser constatada pela elevada proporção de óbitos por causas mal definidas (que chega a 65%) e à subnotificação de problemas considerados esperados ou normais para a idade e não passíveis de intervenção⁽¹⁾.

As enfermidades crônicas apresentam-se de modo simultâneo e múltiplo e seu caráter insidioso e, muitas vezes, subclínico, dificulta o diagnóstico e a aderência ao tratamento. Por tais razões, o acompanhamento do idoso requer o autoconhecimento das enfermidades, complicações e indicações terapêuticas, bem como a motivação e educação contínua e de modo compartilhado⁽²⁻⁴⁾.

A atenção em grupos pode contribuir na promoção, proteção e controle dessas situações. Constata-se que, em consultas individuais, o oferecimento de orientações e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social^(2-3,5).

Os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social⁽⁴⁻⁶⁾.

Grupos de convivência que utilizam atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas são muito proveitosas, em especial entre idosos. O uso da arte-terapia e de atividades físicas propicia ao indivíduo a exploração de suas potencialidades, promovendo a

prevenção e mesmo o controle e tratamento de transtornos psicossociais, como a depressão⁽⁷⁾.

Revisões sobre as experiências de aplicação de grupos no controle de agravos à saúde citam J. Pratt como o primeiro a utilizar essa atividade, em 1905, para fins terapêuticos e de reeducação moral. Sua metodologia consistia em aula seguida de discussões entre o médico e os pacientes, experiência ainda reproduzida nos grupos de alcoólicos anônimos⁽⁸⁻⁹⁾.

Destacam-se também como antecessores: Moreno, na aplicação do psicodrama de grupo com funções de recuperação e reintegração social; Kurt Lewin, na elaboração de dinâmicas em grupo e na pesquisa-ação; William C. Schutz, no desenvolvimento das diferentes fases do processo de grupalização (inclusão, domínio e afeição); Carl Rogers, na demonstração das condições de funcionamento dos grupos enquanto escuta de cada um (com transparência, sendo si mesmo e mostrando-se) e a aceitação do outro⁽⁸⁻⁹⁾.

O adoecimento com cronicidade implica num processo de aceitação de caráter subjetivo em que ocorrem momentos de negação, de raiva, de agressividade, hostilidade e tristeza^(4,10). Trata-se de experiência de significação de uma nova situação em que se passa de um "sentir-se mal" (como algo que não vai bem, de modo genérico), para "estar-doente" enquanto possibilidade e "ser-doente" como certeza (sou hipertenso, sou diabética). Apresenta-se também como processo mais profundo de subjetivação em que se pode ultrapassar a situação de sujeito-de-doença, subjugado a ela e entregue aos médicos, para a situação de sujeito-da-doença que permite ao indivíduo retomar sua alteridade, seu sentido para além da doença e dos cuidados médicos (sou a Maria e tenho diabetes)⁽¹¹⁻¹²⁾.

Tal qual na cronicidade, tem-se grande dificuldade em aceitar o próprio envelhecer. Apesar de representar uma das principais conquistas das últimas décadas, em termos populacionais, o envelhecimento é desvalorizado e representado por perdas, incapacidades e doenças. A aposentadoria funciona como "selo de inutilidade", ampliando ainda mais o caráter de declínio, de disfunção social e de referências negativas^(4,10,13).

Um dos grandes desafios da promoção da saúde é o da aceitação do envelhecer e da cronicidade. O grupo pode contribuir para a reversão dessa imagem de perdas, ultrapassando a máxima

do "vestir o pijama" para um viver com sabedoria, prazer e dignidade^(4-5,13).

Esta pesquisa teve por objetivos: levantar e descrever as atividades em grupos de idosos realizadas nas sete Unidades Básicas (UBS) do Distrito Noroeste de Saúde de Campinas-SP e avaliar alguns de seus resultados sob a perspectiva dos participantes.

MÉTODOS, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Por meio de entrevistas com responsáveis e observação participante de cinco sessões de diferentes grupos, realizou-se o levantamento e mapeamento descrevendo os tipos, a população alvo, equipe profissional, dinâmicas e materiais empregados, número de pacientes, local, horário e periodicidade^(4,14).

Numa segunda fase, para traçar o perfil socioeconômico e de morbidade dos participantes, aplicou-se questionário, nos domicílios, a 68 idosos selecionados aleatoriamente, buscando representar as sete UBS. Dentre esses, fez-se nova seleção de dez indivíduos para o estudo qualitativo, dessa vez escolhidos de modo sistemático, buscando compor uma amostra heterogênea quanto ao gênero, quadro de morbidade, local de residência, serviço utilizado e grau de satisfação quanto à participação nos grupos. Seguiram-se novas entrevistas nos domicílios, questionando-os acerca da sua compreensão das doenças, das dificuldades de entendimento e seguimento das orientações e da avaliação da dinâmica dos grupos (relacionamento, linguagem, acessibilidade). Para a análise desse material de cunho qualitativo (gravado e transscrito), procedeu-se inicialmente à leitura completa de cada observação e entrevista e, a seguir, a construção das categorias e a leitura horizontal para o destaque das falas relacionadas a cada categoria⁽¹⁴⁾.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da PUC-Campinas, contando com o consentimento individual e assinado pelos entrevistados.

O cenário

O Distrito Noroeste de Campinas apresenta população estimada em 151.595 habitantes, sendo 10.104 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos

(6,6%). Registram-se indicadores socioeconômicos e de saúde precários, tais como: 14% de sub-habitações, taxa de analfabetismo de 18,6% em geral e maior que 30% entre os idosos; a mais alta taxa de crescimento anual (2,18%) do município e, como causas gerais de mortalidade, as enfermidades do aparelho circulatório em 29% dos óbitos e as causas externas em 25% (15,6% em Campinas). Quanto à estrutura de serviços de saúde, há um Hospital Universitário, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e sete UBS que se incluem no Projeto de Saúde da Família⁽¹⁵⁾.

Todas as unidades pesquisadas mostraram estar incentivando a formação de grupos, sendo esse mapeamento muito diversificado na dependência do serviço e do momento do levantamento. Há o oferecimento de atividades grupais para todas as faixas etárias e para portadores de problemas diversos: recém-nascidos, crianças, desnutridos, adolescentes e escolares, mulheres (climatério, prevenção de câncer feminino), gestantes, casais, portadores de doenças ocupacionais como LER/DORT, portadores de transtornos psicossociais (alcoolismo e outras drogas), portadores de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, osteoartrose) e idosos em geral⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Observou-se grande diversidade de dinâmicas de acordo com os problemas dos indivíduos, profissionais envolvidos e finalidades dos grupos. Tipificados, segundo as atividades dominantes, há grupos de acompanhamento terapêutico; de atividades socioculturais e de atividades físicas e terapêuticas⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 68 indivíduos entrevistados, 39 eram do sexo feminino e 29 do sexo masculino, com média das idades de 69,6 e a maior idade de 89 anos; a maioria referiu ser casada ou vivendo como casada (29 mulheres e 24 homens); 42,6% declararam-se analfabetos (21 mulheres e 8 homens) e nenhum indivíduo havia completado o 1º grau. A maioria era aposentada e 4 homens e uma mulher mantinham-se economicamente ativos; 15 mulheres declararam não ter renda e 19 viviam com menos de dois salários mínimos (SM) e, entre os homens, 19 recebiam menos de dois SM. Foram referidas como patologias mais prevalentes, em ordem decrescente:

a hipertensão arterial e suas complicações, as artroses e algias, o diabetes, as doenças do trato digestório e as cardiopatias.

Quanto à amostra para o estudo qualitativo, participaram, enquanto informantes, 5 mulheres e 5 homens com os seguintes quadros de morbidade - as mulheres: IPB, 60 anos, com osteoporose, escoliose, depressão e é tabagista; VBS, 62 anos, com hipertensão arterial, osteoartrose, gastrite, sinusite, depressão e varizes; JPA, 69 anos, com hipertensão arterial, diabetes tipo II, colopatia funcional; TFB, 74 anos, com diabetes tipo II, gastrite, insuficiência venosa; MAA, 75 anos, com diabetes tipo II, hipertensão arterial. Os homens: JPS, 65 anos, com hipertensão arterial, osteoartrose e déficit visual; JRP, 65 anos, com cirrose hepática, hipertensão arterial; JAE, 69 anos, com hipertensão arterial, hiperplasia prostática, seqüela de AVE e é tabagista; AC, 75 anos, com arritmia cardíaca, enfizema pulmonar, osteoartrose, deficiência visual e é tabagista; MSM, 75 anos, com diabetes, hipertensão arterial, gastrite, catarata e bronquite crônica.

As falas presentes nas entrevistas individuais (registradas com iniciais fictícias dos nomes dos indivíduos) e as observações dos grupos (com um registro genérico G) foram categorizadas quanto a:

- questões relativas ao envelhecimento e presença de incapacidade;
- dinâmica e organização dos grupos;
- conhecimento acerca das doenças;
- dificuldades inerentes aos grupos;
- funções na interatividade e na constituição de redes de apoio.

Questões relativas ao envelhecimento e presença de incapacidade

É importante na atenção à saúde do idoso e, principalmente, nos grupos considerar-se a concepção acerca do envelhecimento e das consequências da multiplicidade de problemas (mórbidos, sociais e culturais).

Há no idoso um processo ainda mais profundo do que na população geral de subjugação à doença, o de "ser-paciente" e entregar-se nas mãos dos médicos e/ou de familiares⁽¹¹⁻¹²⁾.

Olha, minha filha pode ajudar a explicar (...). Eu tenho cirrose, mas meu problema maior é que tenho só um rim (...). Tenho muita canseira. Eu era atleta na época, eu não sentia nada (...). Agora veio o problema da hérnia. Passei no médico e ele falou que vai deixar do jeito que está por causa do fígado (JRP).

A depressão, de alta prevalência entre idosos, mostra-se como um dos transtornos mais incapacitantes^(1,10).

A depressão me dá muita insegurança, de sair, ir num banco... Quando vou no grupo eu tenho receio, acho que vou falar coisa errada, acho que aquela pessoa sabe mais do que eu (VBS).

De maneira geral, não há o necessário respeito ao processo de aceitação do envelhecimento e das diferentes opções relativas ao modo de andar a vida, por parte dos profissionais, da população em geral e mesmo entre os idosos^(4,10,13).

Com uma pressão destas de 22 o senhor pode cair e morrer! - referiu a auxiliar.

Se cai e morre ainda é bom!? O pior é se ficar penando na cama dando trabalho para os outros... (MSM).

Tais processos envolvem não só os indivíduos, mas suas famílias, as quais também demandam o trabalho em grupos⁽⁶⁾.

O médico fazia eletro do coração e não dava nada. Era depressão, mas meu marido falava que era frescura. Quando eu ficava na cama falava que era preguiça. A família precisa também entender (VBS).

Para além dos conteúdos específicos em grupos de idosos, deve-se levar em conta aspectos formais no planejamento das ações, tais como a presença de limitações físicas.

Agora eu não posso andar fora da vila. Tenho medo, por causa da vista que está ruim e a cabeça que não está boa... Preciso de alguém para atravessar a rua (MSM).

Esta dor nas pernas me impede de andar, me dá tontura na rua. Vem aqueles vaga-lumes na vista e eu preciso sentar e abaixar a cabeça (IPB).

Tais limitações acentuam-se em decorrência das condições socioeconômicas adversas, como é o caso dos entrevistados.

Eu não sei porque eu perdi minha vista muito cedo, foi com cinqüenta e cinco anos. Eu preciso dessa vista para ajudar meu pai. Ele é doente (JPS).

Buscando superar as limitações relativas à locomoção, deve-se facilitar o acesso oferecendo atividades descentralizadas (extramuros), em locais próximos às moradias, como escolas, comunidades, associações, além do apoio com transporte.

Dinâmica e organização dos grupos

Por meio da observação e do relato dos idosos, pode-se constatar dinâmicas diferenciadas em cada tipo de grupo e serviço: palestras, discussões, passeios, atividades corporais, artesanato e, inclusive, a aplicação de práticas alternativas.

Na 3^a e 5^a feira tem tai chi chuan e eu vou lá fazer com o Dr... e as enfermeiras. Agora vou entrar no grupo Reviver para fazer exercícios com eles e a acupuntura com o Dr... (IPB).

Lá no grupo tinha um papel grudado na parede que explicava a diabetes, para que serve o açúcar, o que acontece quando o pâncreas não funciona (MAA).

Em alguns grupos conta-se com a participação de equipes multiprofissionais.

Depois que a enfermeira fala dos remédios que a gente tem que tomar e explica direitinho vêm outras da nutrição. Falam que a diabete não precisa fazer uma dieta dura. Pode comer de tudo, mas tem que saber se alimentar. O doce e a massa é o pior (MAA).

Nas reuniões, a troca de informações entre os idosos é constante, como neste exemplo.

E refrigerante? Você toma? – Sr. F questionando a Sr^a L. Ah... Isso pra mim não serve não, quando bebo passo mal. E tá tomando o quê agora? - questiona a auxiliar.

Agora só tomo coisa com adoçante. - responde a Sr^a L (G).

Essa comunicação ocorre de forma espontânea, surgindo questionamentos às orientações recebidas.

Como como sem estar com fome? (quanto à orientação de fracionamento em seis episódios por dia) (G).

Evidenciou-se situações peculiares, relacionadas à postura dos profissionais, como a infantilização da linguagem direcionada ao idoso^(4,10).

Agora vamos furar o dedinho para ver a glicemia! (...). Dona M. a senhora está tomando o remedinho? (...). Todo mundo trouxe o cartãozinho? (...). Então vamos dar uma pesadinha? (G).

Nessa mesma perspectiva, constatou-se relacionamento de cunho autoritário, como demonstrado na fala de uma auxiliar de enfermagem ao iniciar as aferições da pressão arterial e da glicemia capilar.

Agora vamos ver a hora da verdade... (G).

Também a intimidação para a obtenção da adesão ao tratamento e conhecimento das doenças e suas complicações.

Uma médica da nefrologia, um dia me disse: - vem dar um passeio. E ela foi mostrando: pés, dedos, rim, coração, tudo em formol, e disse: - Olha só o que acontece se não controlar! Esses aqui eram todos meus pacientes! E aí ela perguntava pros pacientes da diálise como tinha acontecido tudo (G).

É interessante observar que a comunicação pode ser facilitada pelo uso de figuras de linguagem (metáforas) que possibilitam melhor entendimento das enfermidades⁽¹²⁾.

A osteoporose é uma diminuição da massa óssea, como se o nosso osso virasse uma esponja, vai perdendo o cálcio que tem no osso e fica como uma esponja" (G).

As figuras de linguagem reproduzem uma imagem mental que permite o entendimento compartilhado, pois comovem, persuadem e ampliam a significação⁽¹²⁾.

Eu parei de beber, graças a Deus. O médico falou para mim: oh seu J, se o senhor bebe, o senhor está no bico do corvo! (JRP).

Conhecimento acerca das doenças

Os idosos durante os grupos e entrevistas demonstraram conhecer sintomas clássicos de algumas doenças, como a hiperfagia e polidipsia do diabetes.

Antes de virá diabética eu comia um prato cheio de comida assim, ó (gesticula com a mão um formato de monte) e bebia tanta água que num sei como a barriga não estourava! (JPA).

Ou os sinais clássicos de diagnóstico de edema.

Para ver se estou inchada eu aperto aqui na perna (aponta a região tibial) e vejo se forma aquele buraquinho. Na palestra do postinho a gente foi orientada como deitar para desinchar os pés, dormindo com as pernas mais para cima (TFB).

Essas explicações de sinais e sintomas são apreendidas nos grupos e em outros espaços.

Puseram o RX no visor e falaram: aonde a senhora vê este escuro é onde tem osteoporose. Onde o osso fica mais fino, com buraco (IPB).

Eles explicaram que era um problema no pâncreas, que o açúcar passava o nível no sangue daquela taxa certa. Se abaixar muito também dá problema (MAA).

E são explicitadas nos grupos, contribuindo para a informação dos demais.

Comecei assim, eu ia ao sítio e gostava de andar pra lá e pra cá e até ajudava meus filhos, aí comecei a ficar "jururu" e minha nora me levou no médico. Fiz os exames e estava com 375 de diabetes (TFB).

Chegou um caminhão com uns 600 sacos de cimento e eu carregando direto... Assim que apartei vi uns vaga-lumes na minha frente. Era a pressão. Fui ao posto e estava com 22 (MSM).

Ao descrever seu processo de adoecimento, um indivíduo permite ao companheiro e aos profissionais identificar seus problemas.

Tive uma tontura, sentei no banheiro e quando levantei senti tontura. Minha irmã me socorreu e me levou para o Hospital. Os médicos me atenderam e eu fui ficando dura, com a boca torta. Era ameaça de derrame (VBS).

Tenho problema nas juntas. Não sei se foi devido o sobe, desce, descarrega, carrega, durante vinte e seis anos,

soltando carga para ajudantes. Tenho muitas dores. Forcei muito quando era mais moço (JPS).

Trocam-se informações que possibilitam também reconhecer as complicações^(2,5).

Eu sei que se a gente não tomar remédio pode entrar em coma (TFB).

Eu estava ficando cego. Foi a catarata que atacou por causa da diabetes (MSM).

Eu sentia desânimo, emagreci muito! Até as colegas falavam: que regime a senhora está fazendo? Que regime o quê!? Era a diabetes! Depois comecei o tratamento (TFB).

E saber e reforçar as ações preventivas e de controle indicadas a cada um.

Falei para a I... (auxiliar de enfermagem) para me ensinar a aplicar a insulina... Na primeira vez fiquei com medo... O senhor faz assim... Eu fui pegando o jeito... Agora já faz cinco anos que eu mesmo me aplico (MSM).

Depois que tive diabetes a médica disse que precisa caminhar e aí eu fui, caminho cedo e à tarde. O pessoal do grupo estão pegando no pé também (...). Explicam para não comer muito pão, frituras, massa (TFB).

Tem muita coisinha que eu não sabia agora eu mesmo faço (...). Eles explicam no grupo que nem quando a pressão está alta a gente já percebe, né? No grupo a gente fica sabendo mais (JPS).

Quem está caminhando? Estamos fazendo um passeio com todos. A gente vai até a rua nove, desce a cinco, aí sobe o asfalto (orientação feita por auxiliar em uma reunião) (G).

Pode-se também discutir processos subjetivos de rejeição e/ou de aceitação destes transtornos^(11,13).

Quando era recém-descoberto o diabetes eu ficava revoltado e qualquer dinheiro que pegasse eu comprava doce para passar mal mesmo e ir pro hospital. Em um ano e meio se eu fiquei um mês em casa foi muito! (G).

Trazendo para a discussão as explicações mais amplas do processo de adoecimento e a questão da integralidade, enquanto desafio para que o grupo amplie suas ações no sentido da promoção da saúde, tem se:

A pressão atrapalha muito! Mudou a minha vida. Uma hora ela está normal e daqui a pouco está alta. Eu gostaria de não ter (...). Acho que a pressão tem a ver com a vida. Você não tem aumento, toda a vez que vai no mercado o preço é diferente. Quem agüenta? É o dia-a-dia que faz a pressão subir! Por exemplo, este negócio da matança aí. Eu nem gosto de assistir TV porque só tem besteira, não dá mais para sair no portão (JPS).

Dificuldades inerentes aos grupos

A principal dificuldade refere-se ao distanciamento entre os profissionais e usuários, entre

os que detêm os conhecimentos e termos técnicos e as demais pessoas.

Só o médico podia falar. Ele tem um modo, uma linguagem dele. Ele explicou que o fígado estava murchando por causa da bebida (JRP).

Esse distanciamento se reproduz durante a pesquisa, sendo que em quase todas as entrevistas ao se perguntar se a pessoa sabia o que levava a ter a sua doença a resposta obtida inicialmente foi "não".

O Sr sabe o que leva a ter pressão alta?

- Eu não sei não (AE).

No grupo eles explicam, mas a gente não consegue entender direito. Falam do coração que pode ficar ruim com a pressão, e pode dar um monte de problemas (JPA).

Foi observado o medo de falar "errado", de não corresponder àquilo que seria esperado no grupo e na entrevista, mas que pode ser suplantado quando estabelecida uma relação de confiança e respeito ao conhecimento de cada um.

Não explicaram o que era a osteoporose. O médico me disse: Ih, a senhora só vai curar desta coluna se voltar para a barriga da sua mãe (...). Aqui no postinho não tem remédio e não tem um médico que tenha a capacidade de me explicar o porquê. Mas eu fiquei sabendo com outras pessoas do grupo que seria como uma cárie nos ossos. O osso fica fraco (IPB).

Confirmou-se a carência de explicações durante as consultas individuais que acabam mantendo a situação de "sujeitos-de-doença" ⁽¹¹⁻¹²⁾.

O médico não me explicou o que era este enfisema. Só depois que eu tive tuberculose é que me disseram que eu teria que tomar remédio a vida toda (...). Eu tomo porque se não eu morro (AC).

Outra dificuldade expressa pelos entrevistados refere-se à mudança de hábitos, mesmo quando se obtém informações adequadas.

Estou fumando menos, mas é difícil parar. Já tentei, mas continuo com a mesma falta de ar. Tenho que correr para a inalação (AC).

Ah... o médico falou que tem que comer cinco vezes... Meu estômago não aceita isso não, e não dá pra comer sem fome não... (G).

Os médicos dizem para comer folhas. A gente não é mandravá! (MSM).

É patente a dificuldade de explicar transtornos crônicos multifatoriais como a diabetes e a hipertensão^(3,12).

Acho que a diabetes vem de família. Mas os mais velhos foram morrendo não se sabia porquê. Não faziam exames como hoje. Meu pai comia com muito tempero e ainda punha mais sal, bebia água o dia inteiro na roça e quando tinha um machucadinho demorava a sarar. No fim na vida não enxergava mais nada (MSM).

Acrece-se o fato da cronicidade apresentar-se freqüentemente sem sintomas⁽³⁾.

Quando estou com a pressão descontrolada eu não sinto nada (...). Só soube que tinha pressão alta por que tive seqüela, uma espécie de derrame. A mão ficou virada e depois que fiz fisioterapia melhorei (JAE).

Outra dificuldade observada foi aquela relativa à prescrição de medicamentos que necessita adequar-se às características da clientela (por exemplo, composta em 39,6% por analfabetos) e mudanças freqüentes dos padrões dos produtos.

É uma luta quando a prefeitura muda o laboratório, muda a cor do comprimido e os pacientes param de tomar ou trocam os remédios (G).

Soma-se a necessidade de múltiplos medicamentos, as deficiências na aquisição pela rede pública e a impossibilidade de aquisição no comércio⁽¹⁵⁾.

Funções na interatividade e constituição de redes de apoio

A atividade em grupos mostrou-se empreendedora de relacionamentos⁽⁵⁻⁶⁾.

A gente conhece pessoas, fala mais, conversa mais, faz amizades (...). Pode trocar idéias e, às vezes, fazer algum trabalho. Gosto de sair, a gente vai andar e conversa. A palestra da médica também é boa (TFB).

Sendo necessária a sua articulação desta atividade à de outras instituições comerciais, religiosas, culturais ou sociais^(5-6,8), tem-se:

Quem explicou para mim o que era a diabetes foi um farmacêutico. Eu acho que confio mais nele do que no médico... Há uns anos eu voltei lá. Eu trabalhava a noite inteira e ficava direto no bebedouro e depois no banheiro. Ele olhou para mim e disse: você vai fazer um exame... E deu açúcar no sangue. Ele explicou que era diabetes, um problema que vem de família e que não pode comer doce (MSM).

Eu estou ajudando a fazer uma campanha na Igreja para ajudar as pessoas a parar de beber. (IPB)

Como demonstrado nas falas, constitui-se uma rede de apoio na qual tem papel fundamental a família e a vizinhança⁽⁶⁾.

Eu não posso deixar de falar da dona F. minha amiga. Ela me ajuda a sair da cama, me dá um ombro amigo (...). Meu marido quando vê que eu estou deprimida vai para o fogão (VBS).

Minha irmã me dá apoio: mora na casa da frente, faz a comida, me ajuda, eu sou sozinho (JAE).

Um dos desafios para os grupos seria o de conhecer e otimizar esses recursos, possibilitando a

ampliação da resiliência através de uma rede constituída socialmente⁽⁶⁾.

Durante as sessões observou-se o estímulo à organização local, incentivando-se reuniões de associações ou mobilizando-se as pessoas para a busca de melhorias.

Pessoal, amanhã tem a reunião na associação para discutirmos a pavimentação. Vem o vereador (G). (fala ocorrida durante um grupo com a entrada do marido de uma participante).

CONCLUSÕES

Os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania, através de projetos comunitários. Constituem-se em alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente) e o relacionamento interpessoal e social. Agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam o convívio, fato de grande importância visto que a solidão é uma queixa freqüente entre idosos.

Trata-se de estratégia de facilitação do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários e que pode interferir positivamente na adesão ao tratamento e medidas de prevenção.

Observa-se, entretanto, importantes desencontros entre os discursos dos idosos e dos profissionais. Faz-se necessária a educação permanente para que se processe a busca de uma compreensão mútua entre os participantes que leve à identificação e expressão de construções culturais de significados.

Em sua dimensão contingencial, o grupo permite o processo de significação do envelhecer e do adoecer, na dependência da oportunidade de fala e de compartilhamento de experiências, buscando ultrapassar o discurso técnico, considerando-se os aspectos situacionais, emotivos e subjetivos que constituem uma realidade *sui generis*⁽¹²⁾.

Tal resignificação pode ser facilitada pela utilização de imagens narrativas, metáforas. Como observado, essas imagens reproduzem uma dada experiência sensorial ou perceptiva (uma vivência biográfica afetiva como dor, prazer, alegria, esperança, medo, satisfação), que permite ao sujeito organizar e desenvolver sua experiência de forma socialmente reconhecida e, ao outro, vivenciá-la⁽¹²⁾.

As atividades em grupos diversificam-se num mesmo centro de saúde e entre esses. Adaptam-se à clientela, seus interesses, características sociais e epidemiológicas e à disponibilidade e formação dos profissionais. Variam os métodos e os conteúdos.

A diversificação das atividades incluindo, como observado, a dança, o canto e atividades corporais permite a redescoberta de potencialidades e, consequentemente, o aumento da auto-estima, fato importante, pois nessa faixa etária, a depressão apresenta-se com alta prevalência⁽¹⁾.

Outra característica dos grupos pesquisados refere-se à oportunidade da prática multiprofissional e interdisciplinar, essencial à atenção integral e promoção da saúde.

Nesse contexto, é importante estimular a formação de grupos, bem como sua estruturação de forma adequada à especificidade da população idosa.

A tendência de aumento da população usuária dos grupos vem acompanhando as diretrizes do projeto PAIDÉIA da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que tem como um de seus fundamentos aplicar o "método da Roda", de gestão colegiada e democrática dos serviços, onde todos (gestores, profissionais e usuários) devem ser ouvidos e estimulados a participar. Pode-se entender que os grupos podem constituir-se em mais um espaço de aplicação desse método⁽¹⁶⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política de saúde do idoso. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
2. Navarrete MFJ, Pérez LR. Perfil educativo en los pacientes crónicos. Rev Med de Costa Rica y Centro America 1998; 543:89-93.
3. Oliveira TC, Araújo TL, Melo EM, Almeida DT. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho/agosto; 10(4):530-6.
4. Tubero AL. A linguagem do envelhecer: saúde e doença. Distúrbio de Comunicação 1999; 10:167-76.
5. Zimerman GI. Grupos com idosos. In: Zimerman DE, organizador. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas; 1997.
6. Chakra FC. Empatia e comunicação na relação médico-paciente: uma semiologia autopoiética do vínculo. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciência Médicas/UNICAMP; 2002.
7. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
8. Russo LS. Sobre grupos. Rev Bras Psicodrama 1996; 4:61-74.
9. Zimerman DE Classificação geral dos grupos. In: Zimerman DE, organizador. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas; 1997. p. 23-33.
10. Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo M Netto, organizador. Gerontologia. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 1996. p.73-6.
11. Herzog R. A percepção de si como sujeito-da-doença. Physis - Rev de Saúde Coletiva 1991; 2:23-36.
12. Alves PC; Rabelo MC. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: Pitta AR, organizadora. Saúde & comunicação: visibilidades e silêncio. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1995. p.217-36.
13. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. Psicol Reflexiva Crítica 1999; 12:479-501.
14. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo (SP)/Rio de Janeiro(RJ): Editora Hucitec/Abrasco; 1993
15. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na Internet]. Campinas: Prefeitura Municipal; [citado em 27 de agosto de 2003]. Unidades de saúde Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades.htm>.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP). Projeto Paidéia de Saúde da Família, SUS – Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2001.