

TROCANDO EXPERIÊNCIAS: O PAPEL DO GRUPO NA SOCIABILIDADE DO IDOSO COM DIABETES

Liane Moura Darwich¹

Resumo. A longevidade e o envelhecimento populacional têm conseguido transformar a realidade social, mostrando a necessidade em desenvolver ações que promovam uma velhice bem sucedida. As novas sociabilidades e redes de solidariedade, presentes nos grupos de terceira idade, têm crescido no País, contribuindo para um novo paradigma da velhice. Este trabalho discute a influência do grupo de convivência para o idoso diabético integrante do Programa de Diabetes do Município de Ilhéus-Bahia, assinalando que a atenção ao idoso diabético tem sido direcionada muito mais no sentido de orientá-lo a aprender e a adaptar-se à doença do que propriamente curá-lo. O Grupo em análise, funcionando para os idosos como espaço de participação, reflexão, auto-conhecimento e interação social, tem contribuído para a superação de problemas decorrentes do processo do envelhecimento, assim como, cooperado, através da educação em saúde, para a melhoria nas suas condições de vida, não apenas levando informações mas discutindo questões cotidianas baseadas no fato de que o homem é um ser inconcluso, em permanente estado de busca e aprendizado. Os resultados sinalizam mudanças de comportamento percebidas tanto pelo idosos quanto por seus familiares. .

¹ Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia Social.

Palavras-chave: Envelhecimento; sociabilidades; grupos de convivência.

Abstract. Longevity and the consequent ageing of the population have managed to transform social reality in Brazil, requiring the development of actions that can better provide well-being in old age. The present growth of a new sense of conviviality and solidarity networks amongst the aged is helping towards a new paradigm of old age. This work discusses the influence of togetherness groups on the diabetic elderly that are being cared for through the Program for Diabetes in the municipality of Ilhéus, Bahia. It draws attention to the way in which the elderly have been guided much more in the sense of learning how to adapt to the disease than really looking for a cure. The togetherness group under study acts as a space for participation, reflection, learning about oneself and social interaction. It has helped the elderly in the overcoming of problems stemming from the process of ageing together with an improvement in their living conditions, through health education, not only by bringing information but also discussing day-to-day questions based on the fact that Man is an unfinished being, in permanent state of searching and learning. The results from the research have made it possible to keep some actions and modify or even develop others, not only in the sense of improving their quality but also to extend the experience to other groups and health programs in the same Municipality.

Keywords: Ageing; conviviality; togetherness groups

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e as preocupações com esse processo são tão antigas quanto a origem do homem. A necessidade de entender e atuar sobre esse fenômeno e suas implicações, seja nos aspectos demográficos, social, psicológico, biológico, econômico, político, histórico e cultural, estimulou o estudo, a pesquisa e a promoção de ações voltadas a esse segmento da população, cada vez mais aperfeiçoadas.

Esse aumento observado no envelhecimento, e sua conseqüente longevidade, incorpora demandas importantes em múltiplos aspectos, em especial porque essa velhice chega para todos, independente da sua condição de renda e de níveis culturais. Em uma sociedade que não consegue dar conta das necessidades básicas da sua população, como saúde e educação, por exemplo, a velhice chega com exigências específicas, que se vinculam a déficits sociais preexistentes.

Embora seja um processo natural na vida do homem, não se pode desconsiderar os valores sociais que, alterados na sua composição, negativizam e anulam, ou enaltecem e valorizam essa naturalidade, transformando a velhice em uma etapa de perdas e sofrimento ou de prazer e vida saudável.

A ampliação do ciclo da vida é meta buscada pelo homem desde que nasce. Mas se

a sociedade celebra a longevidade, ao mesmo tempo rejeita o velho, rotulando-o de inútil, não produtivo, inativo. Sabe-se que envelhece quem consegue vencer o tempo, mas essa vitória e esse privilégio só se tornam importantes quando acontece com qualidade de vida e dignidade.

Questiona-se, hoje, que a velhice seja pensada como um momento apenas definido pela idade cronológica, na qual se permanece até a morte; mais do que isso, trata-se de um processo gradual envolvendo o contexto histórico e social e a biografia de cada um. “... o ser humano envelhece com o passar de seu próprio tempo, um tempo interno, subjetivo, que pertence a cada um, individualmente.” (MONTEIRO, 2001, p. 27).

Comprimir a morbidade é a referência feita à possibilidade de adiar o surgimento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, e reduzindo assim o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidade e a morte. No entanto, promove-se, através da indústria farmacêutica, o uso de substâncias que prometem retardar o envelhecimento, e não são valorizadas as práticas e estilos de vida para que se envelheça com saúde. Dentre as intervenções, pode-se destacar a prática regular de exercício físico, abstenção de cigarro, controle da hipertensão arterial e glicemia, imunização, orientação dietética, diagnóstico precoce das demências

e depressão, utilização correta de medicamentos, prevenção de quedas, entre outras.

Apesar disso, vem acontecendo em todo o mundo um aumento vertiginoso das doenças crônico-degenerativas (até o ano de 2020 serão responsáveis por 77% da carga global de doenças em países em desenvolvimento), o que levou a Organização Mundial da Saúde a elaborar um relatório para alertar os tomadores de decisões dos serviços de saúde em termos globais e a apresentar soluções para o gerenciamento do problema (OMS, 2003). O Brasil, ainda preocupado com o controle da mortalidade e das doenças transmissíveis, tem tido dificuldades em adotar medidas para a efetiva prevenção das doenças crônico-degenerativas e suas complicações.

A Diabetes *Melittus* é uma dessas doenças: é a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar, em que 30% dos pacientes internados com dor precordial em Unidades Coronarianas Intensivas são diabéticos. Trata-se de causa principal de amputações em membros inferiores e cegueira adquirida. Além disso, cerca de 26% dos pacientes em programas de diálise são diabéticos. Essa condição crônica é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cérebro-vasculares, normalmente ocorrendo associação à hipertensão, outro fator de risco para problemas crônicos. São mais de 135 milhões de diabéticos e as projeções indicam que esse número atingirá

300 milhões em 2025 (OMS, 2003).

Os níveis elevados de glicose no sangue de idosos parecem estar relacionados à idade, ocorrendo tanto em homens como em mulheres. A elevação da glicose sanguínea aparece na quinta década da vida e aumenta de frequência com o avançar da idade, tratando-se do Diabetes Tipo 2. Essas alterações podem estar ligadas a uma dieta deficiente, à inatividade física, à diminuição da massa corporal magra, em que os carboidratos ingeridos podem ser armazenados ou, ainda, à secreção alterada e resistência à insulina.

O Programa de Diabetes do Município de Ilhéus, sul da Bahia, desenvolveu um trabalho com idosos buscando tratar as incapacidades causadas pelas conseqüências associadas ao Diabetes. Com a convivência estabelecida, foi possível observar o desejo das pessoas em se reunirem, com vistas ao desenvolvimento de atividades que extrapolassem as atividades físicas, e incorporassem atividades educativas e de lazer.

A partir das manifestações recebidas dos integrantes do Programa de Diabetes, o grupo foi se constituindo e vem se reunindo há cerca de três anos. Nesse período, e a partir da incorporação de palestras, discussões e aplicação de algumas dinâmicas de grupo, temos observado melhoras significativas no auto-gerenciamento da doença, reduzindo o seu agravamento, sem contar com a valoriza-

ção e o relacionamento com pessoas da mesma idade, envolvendo troca de experiências, sociabilidades e aumento da auto-estima.

Esses aspectos motivaram o desenvolvimento desta pesquisa, cujas questões norteadoras se caracterizam por saber: qual a influência do grupo de convivência na vida do idoso diabético? Quem é esse idoso diabético? Como e o que aprendeu com a doença? Como é conviver com a doença? Que papel tem o grupo de convivência em termos do tratamento e convivência com a doença? Como a família administra a convivência com o idoso diabético?

Para dar conta desses questionamentos, foi escolhido como área de estudo o Núcleo de Atenção Especializada, NAE, localizado no município de Ilhéus, sul da Bahia, na microrregião Cacaueira, por ser ali onde se desenvolve o Programa de Diabetes e onde 70% dos inscritos são idosos acompanhados por uma equipe multidisciplinar de saúde, constituída por médicos especialistas em clínica médica, angiologia e endocrinologia; enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem, há mais de três anos. Os idosos do grupo pesquisado se enquadram nos dois tipos de diabetes mais comuns: o tipo 1 ou insulino-dependente, e o tipo 2, que se caracteriza pela resistência à insulina e sua secreção comprometida

É visível, em Ilhéus, o substancial crescimento do segmento idoso, representando 7,3% da população (IBGE, 2000), que delinea

uma cidade com demandas especiais de saúde pública, principalmente no que diz respeito às patologias que requerem acompanhamento sistemático de equipe interdisciplinar de saúde e ações educativas capazes de minimizar as conseqüências de parte dessas patologias.

A metodologia utilizada para esta pesquisa, considerando-se os seus objetivos, foi a entrevista estruturada, além da observação, respeitando-se a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. Essa entrevista foi realizada junto a idosos diabéticos na faixa etária entre 65 a 81 anos, de ambos os sexos, que fazem parte do grupo de convivência assistidos pelo Programa de Diabetes do Município. Além do idoso, também foram entrevistadas pessoas da sua família, particularmente pessoas que o acompanham e dele cuidam. Com permissão dos entrevistados, utilizou-se gravador, considerando a possibilidade de perda das falas, caso se restringisse o registro apenas a anotações. Foram selecionados dez idosos portadores da diabettis, homens e mulheres, tomando-se como critério o maior tempo de permanência no grupo.

2. As Novas Sociabilidades e Redes de Solidariedade

Definir envelhecimento não é tarefa fácil, em especial porque o ser humano não enve-

lhece de uma só vez, mas de maneira gradual, além do que há um desconhecimento acerca da dinâmica e natureza desse processo. Pode-se afirmar que a dificuldade em avaliar o fenômeno do envelhecimento está relacionado com as dificuldades em defini-lo a partir da idade biológica.

Desta forma, delimitar a chegada do envelhecimento baseado na idade cronológica, uma mera convenção para determinar aposentadoria ou questões legais, seria incoerente, desde quando muitos parecem jovens após terem atingido essa idade e outros velhos antes dela. Portanto, ninguém envelhece da mesma maneira, nem no mesmo ritmo, podendo ocorrer essa variação dentro de uma população, grupo ou família.

Falar do envelhecimento saudável ou sobre uma velhice bem-sucedida seria associá-lo a baixo risco de doenças e de incapacidades relacionadas à doenças; funcionamento mental e físico excelente; e envolvimento ativo com a vida, o que significa estar participando, mantendo seus relacionamentos e construindo novos (NETTO, 2001, p.10).

É de Teilhard de Chardin a afirmação de que o “progresso de uma civilização se mede pelo aumento da sensibilidade para o outro” (apud ASMANN, 2000, p. 226). E o aumento dessa sensibilidade não é natural; precisa ser construída em contextos sociais específicos. Ainda que se reconheça, no homem, essa po-

tencialidade para a sociabilidade, é necessário que sejam desenvolvidas ações no sentido de viabilizá-la, até porque, embora o ser humano seja social, não nasce preparado, não nasce pronto para com-viver. De outro lado, é preciso entender que a sociabilidade, capaz de prevenir o isolamento social, pode ser anulada em função de transformações na família, morte de parentes, ou até mesmo perdas biológicas, o que geraria incapacidades para estabelecer redes de relacionamentos, tomando-se a sociabilidade com essa capacidade².

Nesse sentido, não só é importante conhecer o sentido de sociabilidade, definida por Simmel, 1983 (apud ALVES, 2004, p. 41) como uma “forma lúdica de associação”, o que significa uma forma de interação social que tem seu fim nela mesma, como levar em conta as atividades que se realizam em grupo e as relações que os indivíduos constroem nesses encontros.

Considerando as atividades realizadas no Grupo de Diabéticos do NAE (atividades físicas, palestras, comemorações, discussões de temas ligados à auto-estima, alimentação e nutrição, direitos, dentre outros), é relevante

2 Baechler (1995, p. 65) estabelece diferença entre sodalidade - capacidade humana de constituir grupos; sociabilidade - capacidade humana de estabelecer redes; socialidade - capacidade humana de manter coesos os grupos e as redes. In: BOUDON, R. Tratado de Sociologia. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995. 604p.

o favorecimento da interação social associada ao acolhimento nessas relações, e o impacto disso no bem-estar, com importante redução do *stress* e da ansiedade. Com certeza, uma garantia de qualidade de vida, com favorecimento da autonomia, independência física e saúde mental satisfatória.

Sabe-se que a oferta de atividade a indivíduos que nunca praticaram qualquer tipo de esportes, ou atividade intelectual a idosos que não exercitaram esse hábito ao longo de suas vidas não é tão simples quanto parece. No entanto, estímulos e motivações podem ser desencadeados para mudanças, não esquecendo de que cada velhice é vivida individualmente, não devendo, pois, ser generalizada. Os idosos vêm encontrando, certamente a partir de estímulos e motivações, seu lugar nos grupos de convivência, universidades de terceira idade e associações, fugindo daquela velhice reclusa, voltada para o lar, para a família.

Hoje, a intensa participação das mulheres nesses grupos desperta interesse de estudiosos, que afirmam que um dos motivos pelo qual as mulheres procuram mais esses grupos deve-se ao fato da maior segurança em espaços fechados, controlados por profissionais, além de serem oferecidas atividades que lhes interessam, enquanto os homens preferem atividades de lazer em locais públicos. Essa justificativa parte do princípio de que as mulheres não foram acostumadas a realizar

atividades fora de casa, o seu lazer geralmente ter sido em família, dentro do lar, enquanto que a rua, tradicionalmente, sempre foi o local dos homens (ALVES, 2004, p. 16).

As mulheres idosas de hoje sentem-se mais livres, tendo superado o passado, o tempo de repressão, de censura moral para aquelas que gostassem de passear, de integrar fora do espaço de casa. Elas hoje saem de casa, freqüentam grupos de convivência, levantam a bandeira da “velhice ativa”. Muitas delas costumam dizer que foi na velhice quando começaram de fato a viver, associando a liberdade a um estado de felicidade que, talvez, ainda não tivessem experimentado.

Os idosos, quando começam a freqüentar grupos não se reúnem com quem escolheram, por algum tipo de afinidade, mas com quem lhes são dados a conviver; porém essas relações sociais podem gerar diversas formas de convivência como a amizade, o companheirismo, o afeto e a solidariedade, tão importantes nas relações entre pessoas. É onde se dão as trocas de receitas culinárias, as conversas sobre comportamentos dos netos, as festas.

O envelhecimento saudável também está intimamente ligado à manutenção da autonomia e independência, sendo a autonomia a capacidade de decidir e comandar sua vida e a independência a capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

Como conseqüência desse aumento e por-

que as doenças crônicas trazem alterações na capacidade funcional do idoso, o desafio é promover ações que lhe dê uma longevidade com qualidade, o que implica que ele pode continuar administrando sua própria vida e encaminhando seu cotidiano de forma independente.

Os idosos do Grupo pesquisado têm conseguido manter a capacidade de decidir sobre seus interesses e necessidades e organizar-se sozinhos. Esse idoso que mantém sua autodeterminação e dispensa ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, mesmo sendo portador de uma doença crônica como o Diabetes.

A referência à qualidade de vida implica pensar em algo que vá além da autonomia, da independência e até da ausência de doença. Qualidade de vida, que traduz vida plena, exige outros parâmetros como compreensão, esperança, afeto, solidariedade, requisitos importantes para proporcionar a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, vida saudável.

Como analisa Monteiro (2001), é possível que o indivíduo se sinta saudável até o momento em que alguém o atinja com palavras de ofensa ou rejeição, uma situação não rara, que pode acontecer entre o velho e sua família, quando a tensão interna aumenta no seu corpo, levando-o a adoecer. Desta forma, o corpo não está isolado dos acontecimentos do ambiente, tampouco das situações viven-

ciadas, podendo perturbar a interação harmoniosa entre os sistemas orgânicos e o contexto no qual a pessoa está situada. É de Leonardo Boff (apud MONTEIRO, 2001, p. 73) a afirmação de que

A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesma (experimenta os limites da vida morta), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?).

3. O GRUPO DE CONVIVÊNCIA COMO ESPAÇO DE APOIO E DE SOCIABILIDADE ENTRE IDOSOS PORTADORES DE DIABETES

A complexidade do conceito de saúde, e da avaliação do estado de saúde de uma pessoa idosa, colocam em evidência um dos grandes desafios para os profissionais da saúde, em especial porque essa avaliação tem, ao longo do tempo, priorizado: a deterioração orgânica e vulnerabilidade do corpo; os sintomas psico-físicos, medidos em termos do funcionamento dos órgãos; as habilidades para

cuidar de si próprio e do entorno próximo; variáveis psicológicas e sócio-culturais, tanto objetivas quanto subjetivas.

Só mais recentemente a participação social é considerada um valor do próprio campo da saúde para o sujeito idoso, destacando-se o pertencimento a um grupo social, e um estilo de vida ativo, como elementos vinculados à manutenção de uma boa saúde e à prevenção de doenças (KRZEMIEN, 2002). A inclusão do elemento participativo leva em conta a existência de uma menor interação e envolvimento social das pessoas idosas, em especial pelas supostas perdas que sofrem, pelo isolamento e sedentarismo e, em consequência, nos aumentos de custos para os serviços de saúde. A idéia é que se o ser humano é um ser situado, não se pode separá-lo da situação em que vive.

Não se tem dúvidas de que o sujeito idoso necessita estar vinculado às pessoas e ambiente do seu entorno, como forma de sentir-se vivo, pertencendo, sendo reconhecido e incluído. Do nascimento à morte o homem vive em grupos, sejam eles familiares, escolares, profissionais, de amigos, o que não significa que a convivência seja sempre harmoniosa e saudável.

Naturalmente que para isso contam as relações familiares e as relações pessoais fora da família. Continuar vinculado aos filhos, participando das trocas familiares; compartilhar com os amigos atividades como passeios, conversas, jogos; vincular-se a algum

grupo que objetive proporcionar informações e orientações sobre assuntos de seu interesse, deve ser a meta para o idoso.

Petriz & Viguera (2001) assinalam que há estudos dando conta de haver relação inversa entre a rede social de uma pessoa e seu estado de saúde; quanto menores as redes sociais, maiores as patologias. Essas autoras, corroborando outros estudos, destacam os benefícios diretos entre apoio social e saúde física do idoso, e entre apoio social e bem-estar psicológico, inclusive como importante fator preditivo da depressão em pessoas idosas, geralmente causadas por acontecimentos estressantes e negativos, ou ainda por doenças.

É sabido que as estruturas de sociabilidade, aquelas capazes de prevenir o isolamento social, têm desaparecido em função das transformações na família, nas condições de produção e de trabalho, além do exacerbamento do individualismo e da competitividade, especialmente para as classes de mais baixa renda. Afirma Magalhães (2002, p. 14), que “no meio social das elites pelo menos 70% das estruturas de sociabilidade tendem a ser preservadas....”.

Idosos desta pesquisa, inquiridos sobre a importância do grupo em suas vidas, responderam: 1) *A convivência é importante; a gente aprende muita coisa, faz amizade, alegre nossa vida* (E, 77 anos); 2) *Eu acho muito bom; eu gosto muito deles. A gente vivendo ali,*

um conversa com o outro. Eu acho importante pra vida da gente. Antes eu era calada, não gostava de sair de casa; agora, quando não vou sinto falta (J., 74 anos); 3) Ah, tem muita, muita, muita mesma, esse grupo aqui tem me dado muita coisa a aprender. Aqui é como se diz, vivendo e aprendendo e morrendo sem saber. Na minha vida ele tem muita coisa, porque realmente ele é um grupo que nos incentiva, nos esclarece a mente, que é o principal, e a convivência que se torna uma família. (R., 76 anos); 4) Procurar ajudar o outro, conversar, conta uma história, outro conta outra, animar as pessoas, porque às vezes as pessoas estão tristes, um conta uma história, conta outra, a pessoa vai indo, se sente bem também. Às vezes eu ia lá triste, quando voltava estava melhor, eu estou bem. (N, 72 anos).

As famílias também respondem positivamente ao tratamento do idoso e ao papel do grupo para o familiar diabético: 1) *Ele ficou mais alegre; ele gosta muito das amizades; no dia que é prá ir ele acorda cedo, todo animado. Ele fala que está bem (esposa); 2) ... De primeiro ela tava assim decadente.... Agora ela reagiu ela tá indo lá, fazendo a programação certa.... Eu notei a mudança na melhora da fisionomia dela (filha); 3) Ah, ele mudou bastante, ele era assim nervoso, tudo ele se aborrecia. Depois que ele passou aqui [no grupo], graças a Deus ele se controlou mais, né? (filha).*

As amizades se constituem em um pólo

das relações pessoais ainda mantidas por esses idosos. O encontro semanal no Grupo é a oportunidade de compartilhar o tempo mas, também, as conversas, falar do cotidiano, trocar receitas, esclarecer dúvidas. [...] *eu aprendi muita coisa, aprendi o que eu devia comer e o que não devia, o que eu devia fazer e o que não devia também. Melhorou muito minha situação. Com aqueles ensinamentos que a gente recebe, a gente mesmo vai aprendendo a se medicar, porque a gente vê quando tá ruim, a gente já sabe o que tá sentindo. Se o açúcar subiu, se desceu, aí vai ao médico e resolve o problema.* (N., 72 anos).

O fato de poder falar, de poder expressar seus sentimentos e poder contrastar esses sentimentos com os dos outros, fazem do grupo um espaço que ajuda a melhorar as atitudes de cada um frente aos seus próprios problemas, frente ao outro e frente a si mesmo. No Grupo, as questões comuns enfrentadas cotidianamente por cada um, expressas nas falas, ajudam a entender melhor o que se passa com o outro e, como num espelho, compreender melhor o que se passa com cada um em particular, ajudando em muito no nível de compreensão e de saídas para os problemas.

O Grupo, portanto, tem o duplo papel: de coletivizar, tornar comum as diferenças de cada um; mas, também, o de particularizar, tornar único o sujeito idoso. Trata-se de dois movimentos, aparentemente contraditórios,

reunidos em volta de dois pólos: o primário, que trabalha o indivíduo na inscrição pessoalista, para saber situar-se, e o secundário, que trabalha no sentido da inserção do idoso na realidade externa (SINGER, 2002).

O grupo, seja de qualquer natureza (terapêutico, de reflexão, ou de discussão), tem um papel importante na vinculação social do idoso, mantendo-o em atividade, seja quando proporciona a saída de casa, seja quando proporciona o encontro com o outro, que é exatamente aquele com quem ele não se encontra todo dia. Além disso, estimula a adoção de hábitos de alimentação, ingestão de água, e estilos de vida saudável (como a caminhada), promovendo atividades e momentos de convivência (comemoração de aniversário, festa natalina, dentre outras), promovendo mudanças com bem mais rapidez .

Além de ser espaço de apoio para idosos cujos níveis de interação social foram reduzidos pelo afastamento do trabalho ou outros fatores, o Grupo de Convivência também se constitui em instrumento de Política pública importante, pela constatada melhoria que promove e, certamente, em substancial redução da procura pelos serviços.

A compreensão, contudo, é de que esse grupos de convivência devem proporcionar atividades de lazer, esportivas, educacionais e sociais, porém, sempre associadas a um projeto de promoção da saúde. O Grupo pes-

quisado realiza atividades físicas, como alongamentos, exercícios respiratórios, exercícios para melhora do sistema circulatório, tão comprometido nos pacientes diabéticos. Para os integrantes que não possuem limitações, são incentivadas atividades de natureza aeróbica, como caminhada, natação, bicicleta, dança; além de debates e discussões em torno de questões ligadas à alimentação e nutrição, higiene pessoal, dentre outras.

A atividade física regular constitui um fator de primordial importância para a melhoria da qualidade de vida do idoso diabético, pois traz como benefícios o aumento no consumo da glicose e aumento do gasto energético, favorecendo a redução do peso corporal, melhora do funcionamento do sistema cardíaco-vascular, aumento da força e elasticidade muscular, além de promover a sensação de bem-estar.

O Grupo também realiza atividades de lazer, como sessões de filmes educativos ou de entretenimento; dinâmicas visando o exercício da memória; oficinas; atividades sociais como festas em datas comemorativas e aniversários dos integrantes; atividades educativas como palestras ministradas por todos os profissionais integrantes do Programa e “sala de espera”, uma breve informação enquanto o paciente aguarda ser atendido.

Vale ressaltar (não subestimando as práticas assistencialistas bem-intencionadas) que os grupos de convivência que têm em seu qua-

dro profissionais qualificados na área gerontológica e, portanto, rompem com o modelo tradicional de saúde, aquele que encara o idoso como objeto, aumentando as possibilidades de promoção de ações preventivas de doenças e seus agravamentos, antecipando-se às conseqüências que culminem com a perda da qualidade de vida. É importante assinalar o que dizem os idosos desta pesquisa a respeito do que sentiram quando souberam do diabetes: 1) *Fiquei sem saber direito, quase que não era comum, né? Era pouco divulgada a diabetes. Sou diabético há mais de vinte anos* (E., 77 anos); 2) *Eu não esperava que eu tinha isso não; eu era uma mulher sadia. Quando pensei que não, caí no quintal, tava diabética. Eu me senti meio caduca, sentia que ia caducar; o marido pedia água, eu não sabia o que ele estava pedindo [...]* (J, 74 anos)

O relato sobre o papel das famílias na vida desses idosos a respeito do conhecimento da doença e com o seu tratamento explica os significados das relações construídas, e o quanto estão inseridos no jogo familiar: 1) *Ficaram tristes, né? Mas depois reagiram e procuraram cuidar de mim; hoje estou bem* (N., 72 anos); 2) *Se não fosse minha família não estava vivo* (N, 72 anos).

É de amplo conhecimento que a meta terapêutica para o tratamento do Diabetes determina o alcance de níveis normais de glicose sanguínea, sem hipoglicemia, incluindo

como componentes o tratamento nutricional, exercício, monitorização, terapia farmacológica e educação. As complicações do Diabetes em longo prazo estão se tornando mais comuns à medida em que um número maior de pessoas entra na velhice propriamente.

O Diabetes vem sendo reconhecida como um sério problema de saúde pública em muitos países, independentemente do seu desenvolvimento, e suas complicações estão associadas ao comprometimento da produtividade, qualidade de vida e sobrevida do indivíduo. Poder-se-ia evitar a progressão e as complicações dessa doença com diagnósticos precoces, campanhas educativas, mudanças de hábitos de vida, aderência ao tratamento, permitindo uma boa qualidade de vida ao idoso, promovendo a manutenção da função independente e bem estar geral, levando ao aumento na sua expectativa de vida e contribuindo, inclusive, para não constituir uma ameaça a sua autonomia e independência.

Pascoal (2000, p.79) assinala que, “se os indivíduos envelhecem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de vida pode ser boa”. No sentido de trabalhar nessa perspectiva, o Grupo de Diabéticos é desenvolvido com o objetivo de melhorar o gerenciamento das condições crônicas, o que vem representando inúmeros efeitos po-

sitivos como: aperfeiçoamento dos indicadores da doença, redução de agravamentos, modificação de estilos de vida e auto-gerenciamento, melhora no processo de tratamento.

O auto-gerenciamento representa um grande desafio porque envolve mudanças de comportamento que o indivíduo deve integrar ao seu dia-a-dia. E, de fato, o diabético e suas famílias são responsáveis por 95% do tratamento, demonstrando eficácia em vários marcadores biológicos para o Diabetes.

A educação do diabético é parte fundamental do seu tratamento. O idoso diabético, compreendendo essa necessidade, exige informações; os profissionais de saúde, reconhecendo a importância em educá-los, intensifica seus esforços. Mas para se adaptar a esse novo modo de viver, o diabético precisa conhecer tudo sobre sua doença, sua natureza crônica, seu controle adequado, das complicações, como proceder nas emergências (hipoglicemia e hiperglicemia) e como enfrentá-las fazendo dieta orientada, atividade física, uso adequado de medicamentos, testes glicêmicos, cuidado com pés e pele. Além disso, os programas de educação vêm incluindo formas de lidar com problemas emocionais como rejeição, depressão, perda de autonomia, entre outros.

A educação lhes devolve o direito à voz, e oportunidade de ser ouvido. Isto é o que destaca M.L., 67 anos: *“Aqui encontrei liberdade para falar e fui ouvida;; encontrei amigos.”*

Com esse relato foi possível perceber o quanto o suporte social proporciona oportunidade de resgatar os desejos, a partir do momento em que se encontra quem o respeite e, de forma simples, ajudando-o a se sentir presente no mundo.

Parte das barreiras para o aprendizado e auto-cuidado, que podem ser notadas no idoso, incluem a visão diminuída, perda da audição, déficit de memória, mobilidade e coordenação motora diminuídas, tremores aumentados, depressão e solidão, recursos financeiros diminuídos e limitações ligadas a outras doenças clínicas.

Avaliar idosos com essas barreiras, bem como discutir qualquer concepção errônea ou crença popular em relação à causa e ao tratamento do Diabetes, é importante para estabelecer um plano de tratamento da doença e das atividades educacionais, além de apresentar instruções breves e simplificadas, com a oportunidade para a execução das tarefas. É valioso para o idoso o uso de aparelhos especiais, como lupa para seringa de insulina; aparelho de inspeção dos pés, local de lesões por perda de sensibilidade associadas a complicações circulatórias. No grupo pesquisado, procuramos fornecer informações necessárias para esses cuidados, readaptando-os de forma a alcançarem respostas satisfatórias, em especial conhecendo as dificuldades que possuem para obtenção desses aparelhos especiais.

A adesão à dieta é difícil para alguns idosos, por conta da diminuição do apetite, má dentição e capacidade física e financeira diminuída para preparar refeições, além de vontade de não mudar hábitos dietéticos de longa data. Mesmo assim, através da educação e conscientização a respeito da importância dessa adesão, os idosos do Grupo têm procurado ajustar suas vidas para esse novo padrão de alimentação, sendo incorporado a seu dia-a-dia na maioria das vezes com apoio total dos familiares.

Pode-se, sem nenhum risco, afirmar, baseado no que foi dito anteriormente, que a educação não deve apenas significar informações relativas à doença, deve refletir no seu comportamento, para que o aprendizado altere o estilo de vida. A educação deve ter caráter continuado, fugindo à idéia de que educação deve ser dada apenas a quem trará retorno produtivo, e, portanto, dispensável ao idoso. A educação continuada pode trazer frutos no que se refere à mudança de comportamento e de atitudes, porque se o idoso sofre mudanças nos desafios da vida com o passar dos anos e precisa ajustar-se a elas, é essencial que procure informação quando há uma pergunta a ser respondida. E, de modo positivo, o idoso reelabora o significado da doença, adaptando-se melhor a suas exigências, possibilitando um sentido de inserção, continuidade e permanência na normalidade

da vida e de manutenção da auto-estima: 1) *Mudou muita coisa porque aí tive que fazer o regime, não podia comer tudo, estava acostumado a comer tudo [...] não podia comer gordura, doce, fui evitando* (E., 77 anos); ou 2) *Mudou bastante, bastante mesmo mudou minha vida. Eu melhorei logo, meu diabetes era alto, diminuiu. [...] Eu cheguei aqui amparado pelos outros; fiz fisioterapia pois tinha tido um derrame. Hoje venho sozinho; também nunca mais fui internado* (I., 69 anos).

Os grupos de convivência direcionados à terceira idade, uma forma inovadora de serviços para idosos, com a finalidade de promover interação social, ocupação do tempo livre, desenvolvimento de habilidades e oportunidades de aprendizagem, têm crescido de modo substancial e contribuído para um novo modelo de velhice, com mais saúde, satisfação e alegria de viver.

Como o Diabetes *Mellitus* é uma doença de natureza crônica que leva o indivíduo a limitações e restrições em seu hábito de vida, quando se trata do idoso essa nova condição pode trazer complicações ainda mais fortes, não só de ordem física, mas emocionais. Porém o convívio social, a troca de experiências, a manifestação de sentimentos, a cumplicidade nas emoções, a apreensão do conhecimento da sua própria doença e, acima de tudo, a vontade de viver melhor, leva os seus integrantes a adaptar-se a nova realidade.

de que a doença impõe procurando, além de trazer para si, levar estímulo, aconselhamento e ajuda aos outros, como se vê na fala seguinte: *Me sinto bem pois transmito para eles a minha maneira de pensar, e eles acham que estou certo. Porque prá viver com Diabetes tem que saber viver, pois ela é uma doença que vou levar até lá dentro do caixão, mas ela tem limites, vamos respeitar os limites. É o que ensinam aqui. (R., 72 anos).*

Assim, o que não é perceptível a um, pode ser muito importante ao outro. O ser humano é o que ele sente e o que o mundo o estimula a sentir. E esse estímulo chega muitas vezes através da experiência do outro. *O que atrapalha é a doença. Mas sou lúcido, pago minhas contas, faço minhas coisas. Me sinto bem convivendo com o grupo porque a gente combina um com o outro sobre o tratamento, sobre a dieta, uma coisa que a gente faz o outro também faz, ou uma dieta que não faço o outro faz, a gente aprende mais alguma coisa, me sinto alegre com os companheiros (E., 81anos).*

Os idosos quando passam a freqüentar atividades fora do convívio doméstico, experimentam idéias inovadoras, que os levam a sonhar com novos projetos de vida, uma forma importante de ajuda na compreensão das limitações que envolvem tanto o processo do envelhecimento quanto os requerimentos para o diabético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASMANN, H; MOSUNG, J. *Competência e sensibilidade solidária- educar para a esperança*. Petropolis: Vozes, 2000.

ALVES, A.M. *A dama e o cavalheiro: um estudo sobre o envelhecimento, gênero e sociabilidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BOUDON, R. *Tratado de Sociologia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995. 604p.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 04.01.1994.

BRASIL, IBGE. Censo Demográfico, 2000.

KRZEMIEN, D. *Consideraciones Generales sobre el Concepto de Salute em la Vejez*. Disponível em www.psiconet.com. 2002

MAGALHÃES, D. N. *A Invenção Social da Velhice*. Disponível em <http://www.intelecto.net/cidadania>. 2002.

MONTEIRO, P.P. *Envelhecer: histórias, encontros, transformações*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

NETTO, P.N. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. (et al). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NERY, P. A visibilidade de nosso mistério.

Uma visão cristã da corporeidade. IX
Semana Filosófica e Tecnológica do
Instituto Santo Tomás de Aquino. Minas
Gerais, 2003. Disponível em www.procamig.org.br/observatorium/arquivo/nery_set2003.htm,
setembro, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.
Relatório Mundial. Cuidados Inovadores
para Condições Crônicas: componentes
estruturais de ação. Brasília, 2003.

PETRIZ, Graciela & VIGUERA, Virgínia G.
de. Vivir la Vejez Positivamente. Disponível
em www.psiconet.com. 2001.

SINGER, Diana. La Cultura, los ideales y
el Grupo. www.psiconet.com, acesso em
janeiro, 2002.

Recebido em abril de 2008
Aprovado em junho de 2008