

***AME
SUAS
RUGAS***

Aproveite o momento

*Rosane Magaly Martins
Suleica Iara Hagen
organizadoras*

ODORIZZI

Copyrigh 2007

Revisão

Cleonice A. Goetten (cleonice@sesc-sc.com.br)

Capa

Duall Comunicações Ltda. Fone (47) 3339-2974; www.duallcom.br.

Foto da contra capa

Pedro Waldrich. Fone (47) 3326-3300.

Editoração e impressão

Odorizzi Gráfica e Editora Ltda.

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida sem a autorização dos autores.

Os textos individuais são de responsabilidade de seus autores.

Um projeto em favor da vida

Carpe Diem, em Latim significa "*colha o dia*" ou "*aproveita o momento*". Essa regra de vida pode ser encontrada em "Odes" (I, 11.8) do poeta romano Horácio (65 - 8 AC), onde se lê: *Carpe diem quam minimum credula postero* (colha o dia, confia o mínimo no amanhã). Ao criarmos o projeto AME SUAS RUGAS tivemos um objetivo claro e específico pela frente: sermos construtoras de um novo paradigma que pretende transformação social, tornar o envelhecimento humano um processo natural, aceitável, prazeroso, repleto e feliz. A sociedade ocidental criou um estigma para velhos e não consegue perceber a beleza que cada ano representa em nossas vidas.

Assim, com o objetivo de enaltecer o envelhecido, aquele ser que encontra-se em processo de envelhecimento desde que nasce, as organizadoras passaram a se envolver não só com o livro e sua publicação de forma cooperada, mas também a responsabilidade social de difundir tais conhecimentos junto ao público envelhecido e idoso através de seminários regionais.

AME SUAS RUGAS é livro, seminário, modo de vida. Transformou-se em projeto que deverá ser longo, pois pretende realizar a publicação de uma coleção de livros que

começou em 2006, com *AME SUAS RUGAS: viver e envelhecer com qualidade* e agora, o segundo volume, com a proposta *AME SUAS RUGAS: aproveite o momento*.

A mensagem é profunda e significativa, pois o que menos fazemos ao longo de nossas vidas é aproveitar o aqui e o agora. Estamos, na maioria das vezes, lamentando de um passado tortuoso ou de intenso glamour, ou estamos jogando nossa atenção para um futuro incerto, que nunca sabemos se chegará.

Perdemos a mágica do hoje: de nos alimentar de maneira adequada e saudável, de nos exercitar, de nutrir as relações amorosas, sermos afetuosos com parentes, de ampliarmos nossa rede de amizades, de olharmos céu, estrelas, flores e também as nossas dificuldades. Perdemos a vivência de cada momento precioso de nossas vidas.

Por isso *AME SUAS RUGAS: aproveite o momento (carpe diem)* é uma ousadia. Uma ousadia em favor do que é natural, do que é vital, do que é necessário, do que faz bem para mim, para você e para nosso ecossistema. Temos a coragem de reunir quinze profissionais das mais diversas áreas do conhecimento para que coloquem nesta obra, em treze artigos, o que de melhor possam fazer para auxiliar as pessoas em seu

processo de envelhecimento bem sucedido é de intensa realização.

Olhar as cenas de carinho, alegria, coragem e superação dos idosos na capa do nosso livro é olhar na alma de suas existências e perceber que o tempo foi uma benção em suas vidas. Esperamos para olhar os seus olhos e termos a certeza que você está aproveitando seu momento. Aqui e agora!

As coordenadoras
Suleica Hagen e Rosane Martins

APRESENTAÇÃO

AME SUAS RUGAS: aproveite o momento, reúne nesta edição treze artigos escritos por qualificados profissionais e professores de diversas áreas do conhecimento humano e faz um convite para que o leitor possa iniciar agora seu processo de vida consciente, com atenção destinada ao desenvolvimento de atividade física, importância do sentido da audição, para os cuidados de uma alimentação saudável, que o diabetes pode ser controlado, dar importância à higiene e cuidados com os dentes, observar seus processos de estresse ou depressão, avaliar se você pode fazer desta fase a melhor fase de sua vida e saber onde buscar práticas naturais de tratamento e cura. Cada artigo pode ser lido isoladamente, ser objeto de consulta específica ou analisado no conjunto da obra.

Ana Maria Carvalho Nascimento e Heloisa Helena Carlini, fisioterapeutas, trazem orientações para a reabilitação do idoso quando apresentar problemas como osteoporose, osteoartrose, incontinência urinária e quedas no artigo **Estou envelhecendo: e agora?**

Ana Paula Pamplona da Silva Müller, fonoaudióloga, destaca aspectos relevantes da comunicação e como problemas auditivos

podem isolar e prejudicar o idoso no artigo **A audição como meio de interação social.**

Caroline Lucca, médica, fala da depressão nos idosos, como isso pode afetar a qualidade de vida e a saúde dos idosos e orienta para a percepção de sintomas que, em sua maioria, passam despercebidos dos profissionais de saúde, no artigo **Depressão no Idoso.**

Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues, naturólogo e acupunturista, aborda a importância da prática da acupuntura, massagens e alimentação natural para complementar tratamento de prevenção e promoção do envelhecimento saudável no artigo **O Naturólogo: as Práticas Integrativas e Complementares e a Qualidade de Vida.**

Denise van de Meene, enfermeira, traz a perspectiva otimista de quem pode conviver de maneira equilibrada com o diabetes, desde que tenha a atenção e cuidados recomendados por profissionais, no artigo **Diabetes: por uma vida mais doce.**

Gustavo Branco Haertel e Ana Carolina Sarti, dentistas, falam do uso de prótese, a importância da higiene (escova dental, fio, limpador de língua) para a manutenção dos dentes ou conservação das próteses no artigo **Odontogeriatría: Novas perspectivas para a saúde bucal do idoso.**

Jamil Antônio Dias, produtor cultural, trata da preocupação em oferecer ao novo idoso, mais exigente e com uma bagagem cultural expressiva, produtos culturais de qualidade e cujas ações devem ser integradas, no artigo **Necessidade de projetos culturais integrados para os novos idosos.**

Karine Kalvelage, nutricionista, espera incentivar o consumo de uma alimentação variada, equilibrada e colorida e, desta forma, suprir o maior número de vitaminas e minerais, no artigo **A micro nutrição na manutenção da saúde.**

Mara Lúcia Campos, dentista, destaca que a saúde bucal tem um papel relevante na saúde do idoso, uma vez que seu comprometimento pode afetar negativamente, tanto o bem estar físico quanto o bem estar psicossocial no artigo **Saúde bucal do Idoso: Higienização de próteses removíveis.**

Marcelo Alves de Oliveira, educador físico, destaca a importância da necessidade da atividade física não só para a conservação da saúde, como também para a prevenção de doenças como osteoporose, com destaque para a prática da musculação, no artigo **Atividade física: corpo sadio, mente sadia.**

Maristela Nascimento Indalencio, promotora de Justiça, pretende conscientizar os idosos de seus direitos aos alimentos, oferecendo orientação sobre os mecanismos judiciais de garantia de sua cidadania, com o artigo **O termo de acordo extrajudicial de alimentos em prol da pessoa idosa.**

Rosane Magaly Martins, advogada e terapeuta, traz uma abordagem acerca dos mecanismos do estresse sobre o corpo humano, indicando alternativas para que os envelhecidos mudem suas posturas e não adoeçam em decorrência disto, no artigo **Estresse nosso de cada dia.**

Suleica Iara Hagen, assistente social destaca que os cabelos brancos podem ser uma fase para uma nova vida, com projetos desafiadores, estimulando a auto-estima e planejamento desta fase madura de nossas vidas, no artigo **Envelhecimento: uma arte ou tragédia inevitável?**

SUMÁRIO:

Capítulo 1

Ana Maria Carvalho Nascimento e Heloisa Helena Carlini

Estou envelhecendo: e agora?

Capítulo 2

Ana Paula Pamplona da Silva Müller

A audição como meio de interação social

Capítulo 3

Caroline Lucca

Depressão no Idoso

Capítulo 4

Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues

O Naturólogo: as Práticas Integrativas e Complementares e a Qualidade de Vida

Capítulo 5

Denise van de Meene

Diabetes: por uma vida mais doce

Capítulo 6

Gustavo Branco Haertel e Ana Carolina Sarti

Odontogeriatría: Novas perspectivas para a saúde bucal do idoso

Capítulo 7

Jamil Antônio Dias

Necessidade de projetos culturais integrados para os novos idosos

Capítulo 8

Karine Kalvelage

A micro nutrição na manutenção da saúde

Capítulo 9

Mara Lúcia Campos

Saúde bucal do Idoso: Higienização de próteses removíveis

Capítulo 10

Marcelo Alves de Oliveira

Atividade física: corpo sadio, mente sadia

Capítulo 11

Maristela Nascimento Indalencio

O termo de acordo extrajudicial de alimentos em prol da pessoa idosa

Capítulo 12

Rosane Magaly Martins

Estresse nosso de cada dia

Capítulo 13

Suleica Iara Hagen

Envelhecimento: uma arte ou tragédia inevitável?

Encontre nossos profissionais

CAPITULO 1

ESTOU ENVELHECENDO!

E AGORA?

por **Ana Maria Carvalho Nascimento e Heloísa Helena Carlini**

***Ana Maria Carvalho Nascimento** é fisioterapeuta graduada no Rio de Janeiro (1979), especialista em Gerontologia e Fisioterapia Córdio-Respiratória e mestranda em Enfermagem pela UFSC e **Heloísa Helena Carlini**, fisioterapeuta graduada pela Universidade Regional de Blumenau, especialista em Gerontologia e pós-graduanda em Geriatria pela Inspirar Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde.*

Envelhecer com saúde talvez seja um dos maiores desejos do ser humano nos últimos tempos.

Identificar até onde as mudanças físicas são consideradas normais e quando passam a ser consideradas doenças, será fundamental na busca da prevenção e tratamento.

Quando jovens, os nossos órgãos possuíam capacidades de reserva. Sempre que tínhamos que fazer um esforço maior do

que o habitual, os órgãos conseguiam mobilizar essas energias de reserva para corresponder a esse esforço; o estômago digeriu refeições gordurosas, as feridas saravam, o cérebro funcionava com rapidez sempre que era necessário, os músculos sustentavam bem a força da gravidade e, mesmo sob pressão, todo o corpo se recuperava rapidamente do cansaço.

À medida que os anos vão passando, as reservas e a nossa capacidade de suportar esforços diminuem. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), após os 70 anos, 30% dos idosos serão portadores de alguma patologia crônica, sendo que destes, metade terá algum tipo de incapacidade funcional.

O grande desafio de envelhecer com saúde é fazer com que somente as mudanças normais do envelhecimento ocorram, minimizando nossas limitações.

Ao envelhecermos, notaremos mudanças consideradas normais, ou seja, elas ocorrerão em todos os indivíduos e estão relacionadas a importantes alterações estruturais e funcionais dos vários sistemas do organismo.

No entanto, é preciso compreender que a ocorrência deste processo varia de modo considerável de indivíduo para indivíduo, pois estas variações são em parte geneticamente determinadas, mas também são influenciadas pelo estilo de vida, pelas características do

meio ambiente e pelo estado nutricional de cada um.

Ao conhecermos os processos de envelhecimento normal que ocorrem em nosso organismo poderemos abordar de forma adequada as mudanças que podem nos trazer incapacidades e prevenir patologias.

O processo de envelhecimento normal muitas vezes é visto como um processo patológico, o que leva a tentativa de combatê-lo antes de entendê-lo. O maior erro acaba ocorrendo quando as pessoas acreditam que algumas doenças são inevitáveis no processo normal do envelhecimento e não procuram orientações dos profissionais da saúde.

A seguir, faremos uma abordagem de algumas alterações normais e de doenças comuns do envelhecimento, com dicas práticas de prevenção.

Sistema músculo esquelético (músculos, ossos e articulações)

As alterações músculo esqueléticas que ocorrem em nosso organismo podem contribuir de forma direta para algumas doenças como a osteoporose, osteoartrose e indiretamente para algum fator de risco, como as quedas.

Com o envelhecimento haverá alterações em nossos músculos, assim como diminuição

da massa muscular global (menor número e tamanho das fibras musculares), havendo diminuição da força muscular, resistência e agilidade. Alterações ósseas como ossos menos resistentes e mais finos e nas articulações com o enrijecimento e diminuição dos movimentos. Por consequência a todas estas alterações haverá transtornos posturais.

Osteoartrose

O que é?

Doença que leva ao desgaste progressivo das articulações (degeneração) afetadas e gera incapacidades, além de perda da independência. Acredita-se que cerca de 30 a 40% dos indivíduos acima de 60 anos apresente os sintomas.

Sintomas

O sintoma mais significativo é a dor, mas surge também calor, rubor, diminuição da mobilidade, crepitação (sensação de "areia" na articulação) e aumento de volume nas articulações afetadas, ocorrendo ainda fraqueza muscular no membro da articulação acometida.

Como prevenir e tratar?

A osteoartrose pode ser evitada ao pouparmos nossas articulações, evitando sobrecarga de peso. Para isto o controle do

peso corporal, a prática de atividades físicas monitoradas e uma postura corporal correta são fundamentais.

O tratamento consiste no alívio da dor, mobilizar as articulações, manter a função da articulação, minimizar deformidades e diminuir ao máximo a evolução da doença. Para isto os profissionais da saúde, como o fisioterapeuta, através de recursos específicos (cinesioterapia e eletroterapia) e o médico, através de remédios analgésicos e protetores da cartilagem, podem amenizar tais transtornos.

Dicas Práticas:

- Mantenha o peso ideal;
- Dobre os joelhos ao alcançar um objeto ao chão;
- Sente-se apoiando a coluna, com os pés apoiados no chão;
- Quando carregar peso procure distribuí-lo de maneira igual nos dois braços;
- Ao deitar prefira a posição lateral, apoiando um travesseiro na cabeça e outro entre os joelhos;
- Ao levantar, vire-se para a posição lateral e sente-se apoiando com os braços.

Osteoporose

O que é?

A osteoporose é uma doença que leva ao enfraquecimento dos ossos pela perda gradual da massa óssea (cálcio). Os ossos ficam frágeis e suscetíveis a fraturas causadas por traumas mínimos.

Sintomas:

Não há sintoma evidente que revele a osteoporose, que geralmente fica em evidência somente quando ocorre alguma fratura. Por isso, o acompanhamento médico é fundamental para o diagnóstico precoce, através de exames específicos, como a densitometria óssea, antes que a fratura ocorra.

Como prevenir e tratar?

O tratamento e prevenção da osteoporose são feitos através da ajuda de profissionais da saúde como o fisioterapeuta, através de recursos específicos e eficazes, o nutricionista, através da reeducação alimentar, o médico, na prescrição de remédios que estimulam a formação óssea e diminuem a reabsorção dos ossos, e o educador físico nas atividades físicas regulares.

Dicas Práticas:

- Ingerir alimentos que sejam fonte de cálcio, como por exemplo: folhas verde-

escuras (espinafre, brócolis, couve) e derivados do leite;

- É importante a exposição ao sol para produção de vitamina D (capta o cálcio para os ossos) sendo necessário cerca de 20 minutos de exposição com 10% da área do corpo (pernas e braços) em horários que o sol esteja mais brando, como antes das 09:00 horas da manhã e após as 16:00 horas;

- Praticar atividade física regular orientada fazendo com que a pressão exercida nos ossos estimule a formação óssea.

Quedas

As quedas ocorrem por diversos fatores, tanto de nosso organismo (equilíbrio, coordenação motora pouca força muscular, por exemplo), quanto do meio onde vivemos (obstáculos, tapetes, buracos, chão liso, entre outros).

Tornou-se um evento que traz séria ameaça à capacidade funcional e até mesmo a vida do idoso. As quedas podem ocasionar lesões, medo de uma nova queda, longo tempo restrito ao leito, redução das atividades, dependência, podendo ser fatais.

De acordo com a SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), no Brasil 30% dos idosos caem pelo menos uma

vez ao ano, sendo que esta porcentagem aumenta com a idade mais avançada.

As alterações músculo esqueléticas influenciam de maneira negativa o equilíbrio e coordenação motora através da deficiência muscular, postura e dificuldade na realização dos movimentos intensificando o risco de quedas.

A prevenção das quedas é vital na saúde pública e discutida entre os profissionais da saúde.

O fisioterapeuta atua através de medidas preventivas realizando orientações, fortalecimento muscular, alongamento orientado, cuidados com a postura, treino do equilíbrio e da coordenação motora.

Dicas práticas:

- Levante-se e deite-se calmamente para evitar tonturas;
- Escolha um calçado adequado, sendo confortável e seguro (solas não derrapantes);
- Evite andar de meias;
- Ao subir e descer escadas utilize o corrimão como apoio;
- Mantenha a casa bem iluminada;
- Deixe o acesso ao banheiro iluminado e sem obstáculos durante a noite;
- Elimine tapetes e pisos derrapantes;
- Instale barras de suporte junto ao chuveiro;

- Faça as coisas com calma, ande devagar.

Aparelho Uroginecológico

O processo natural do envelhecimento do sistema uroginecológico traz mudanças funcionais que favorecem o aparecimento de doenças. As alterações urinárias relacionadas à idade incluem alterações no sistema nervoso responsável pelo esvaziamento da bexiga, redução da filtração pelos rins, alterações nos padrões de eliminação de líquido, eliminação de maior quantidade de urina à noite, alterações nos músculos da pelve (diminuição da massa e força muscular).

Abordaremos a incontinência urinária por ser a doença uroginecológica que afeta um grande número de indivíduos idosos comprometendo-os física, social e psicologicamente.

Incontinência urinária

O que é?

A Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina e constitui um problema social e/ou de higiene podendo levar a depressão e isolamento.

A perda da continência urinária é uma condição embaraçosa, desconfortável e estressante que ocorre, na maioria dos casos,

em mulheres. Segundo estudos realizados passando de aproximadamente 4% entre as mulheres com 15 a 20 anos para aproximadamente 16% nas com 75 a 84 anos atingindo milhões de mulheres no mundo inteiro.

A incontinência urinária pode ter diversas causas, como: medicamentosa, fraqueza muscular, diminuição hormonal, queda da bexiga, alterações da sensação de urinar, déficit motor, prisão de ventre, aumento da próstata, infecção urinária, entre outras.

Reconhecer o fator que está levando à incontinência é de fundamental importância para a prevenção e tratamento efetivo.

Tipos de Incontinência Urinária e seus sintomas:

Incontinência Urinária de Esforço – perdas urinárias sem sentir vontade de ir ao banheiro, perda de pequenas quantidades de urina aos pequenos esforços como rir, tossir, espirrar e levantar peso.

Incontinência por Imperiosidade (Instabilidade Vesical) – perda involuntária de urina causada por um desejo muito forte (imperioso) de urinar, ir ao banheiro com muita frequência.

Incontinência Urinária Mista – junção dos dois tipos de incontinência urinária citados acima.

Retenção Crônica de Urina – sensação de que a bexiga não esvaziou por completo mesmo após ter urinado e perda de urina de forma contínua.

Como tratar?

Vários profissionais da saúde podem ajudar no tratamento da Incontinência Urinária, fisioterapeutas através de recursos comprovadamente eficazes (cinesioterapia, eletroterapia e biofeedback na reeducação da bexiga e da musculatura da pelve), o médico através de recursos cirúrgicos e o psicólogo.

A musculatura da região da pelve pode ser reeducada através de exercícios simples de contração muscular prevenindo alguns tipos de incontinência urinária.

Dicas práticas:

- Fale sobre este assunto com os profissionais da saúde, para que esta doença seja tratada e prevenida;
- Faça uma contração dos músculos da pelve como se estivesse segurando a urina e relaxe. As contrações podem ser feitas 10 vezes contraindo por um tempo de 4 a 8 segundos três vezes ao dia.

Cada indivíduo envelhecerá passando por alterações, experiências e obstáculos diferentes. Somente nós poderemos fazer escolhas que irão influenciar no nosso processo de envelhecimento.

A escolha certa, respeitando as alterações do nosso organismo e prevenindo os fatores que possam prejudicar nossa saúde é que determinarão a maneira como envelheceremos.

REFERÊNCIAS INDICADAS

<http://www.sbgg.org.br>

<http://www.casasegura.arq.br>

<http://www.saudeemmovimento.com.br>

<http://www.ficarjovemlevatempo.com.br>

<http://www.cdof.com.br/idosos.htm>

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ASSIS, M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº. 1.395/GM de 10/12/99. Brasília, 1999.

BROMLEY, I. Paraplegia e Tetraplegia: Guia Teórico-Prático para Fisioterapeutas, Cuidadores e Familiares, Revinter RJ, 1997.

DRIUSSO, P; CHIARELLO, B. Fisioterapia Gerontológica, São Paulo: Manole, 2007.

JIMÉNEZ, A. N. Fisioterapia e Saúde Pública, in GABRIEL, et. al Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia, Reumatologia, Rio de Janeiro: Revinter, 2001

KAUFFMAN, T L. Manual de Reabilitação Geriátrica, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

PERRACINI, M. R. Quedas: Avaliação e Intervenções, II Jornada da IV Idade, in Portal Equilíbrio e Quedas para Idosos – PEQUI, disponível em www.pequi.incubadora.fapesp.br/portal

PICKLES, B, et al.; Fisioterapia na terceira Idade, São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda,1998.

REBELATTO, J.R. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole, 1999.

REBELATTO, J. R., MORELLI, J. G. S., Fisioterapia Geriátrica: A Prática da Assistência ao Idoso,(org), Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

SANTOS, S.M.A. Ambiente amigável para um viver seguro, Palestra ministrada na IV Jornada

Catarinense de Geriatria e Gerontologia,
Florianópolis, SC, 2007.

VIEIRA, E. B. Manual de Gerontologia: Um guia
Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e
Famíliares, 2ª edição, Rio de Janeiro: Revinter,
2004.

YUASO, D. R., SGUIZZATTO, G.T. Fisioterapia em
pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M.
Gerontologia, São Paulo: Atheneu, 1996.

CAPITULO 2

A AUDIÇÃO COMO MEIO DE INTERAÇÃO SOCIAL

Por Ana Paula Pamplona da Silva Müller

Ana Paula Pamplona da Silva Müller é fonoaudióloga graduada pela Univali no ano de 2000. Pós-Graduação em Educação pelo ICPG. Fonoaudióloga habilitada pela Lee Silvermann Fundation no método Lee Silvermann para pacientes com Doença de Parkinson. Professora da Uniasselvi e fonoaudióloga clínica da Apoio Clínica Integrada.

Dedicatória:

“Preparar-se para a velhice é principalmente lutar sempre e continuar lutando por objetivos capazes de conferir um sentido à existência; é prosseguir mesmo em idade avançada a cultivar paixões para que não nos voltemos demasiadamente para nós mesmos!” (Simone de Beauvoir)

Comunicar é partilhar pensamentos, idéias, desejos e aspirações com quem passamos a ter algo em comum. Na busca de novos conhecimentos e experiências, a comunicação responde à necessidade vital do ser humano.

A comunicação faz-se por meio da linguagem, que segundo Russo (1997), é uma faculdade humana e abstrata de representação de conteúdos que diz respeito à elaboração, simbolização do pensamento, constituindo o veículo essencial desta. A linguagem engloba formas de expressão não-verbal, como: expressão facial e corporal, gestos, riso, choro; assim como de expressão verbal, manifestadas pela fala.

A comunicação feita por meio da linguagem falada responde à necessidade vital do homem na busca de novas experiências e conhecimentos. A aquisição e a manutenção da linguagem falada requerem entre outras coisas uma perfeita audição. Além disso, a audição é imprescindível como mecanismo de alerta e defesa contra o perigo, permitindo localizarmos fontes sonoras à distância, dando-nos segurança.

Outros fatores também são importantes para que se tenha uma fala efetiva. Necessitamos de pensamento, emoção, percepção auditiva, visual, memória, entre outras capacidades fisiológicas importantes.

Para que um ouvinte tenha sucesso em compreender bem os sinais da fala que recebe, é necessário que algumas condições sejam obedecidas e estas são:

- Atenção à mensagem; não basta ouvi-la, é necessário escutá-la.

- Intensidade da mensagem, os sons de fala devem ser audíveis para que possam ser percebidos.

- Intensidade do ruído ambiental – sempre inferior a do sinal de fala para possibilitar sua compreensão.

- Tipo de material de fala empregado, domínio do código (língua), além de vocabulário simples e familiar são fundamentais.

- Sensação de frequência - agudo X grave.

- Sensação de intensidade – forte X fraco.

- Qualidade vocal do falante – a voz é o espelho das nossas emoções e o retrato da alma; determina pois a efetividade da comunicação.

- Articulação e pronúncia.

(RUSSO & BEHLAU, 1993 APUD LAGROTTA, 1997).

Portanto, a manutenção da comunicação verbal depende, dentre outros fatores, do bom

funcionamento da audição e é imprescindível cuidar dos ouvidos para manter íntegro este sistema estruturado e único que é a linguagem falada.

O ouvido é um órgão sensorial que possui um isolamento acústico que atenua os sons provenientes do próprio corpo, inclusive o da nossa própria voz. Entre todos os órgãos do corpo, poucos fazem tanto em tão pequeno espaço, inspirando admiração ao mais perfeito artífice e ao competente engenheiro.

Pessoas que trabalharam durante muito tempo em ambientes ruidosos, como fábricas, são considerados sérios candidatos a perda auditiva. Este é o motivo que hoje, as fábricas, por lei, devem fornecer protetores auditivos a todos os funcionários que estão expostos a ruídos intensos.

O excesso de medicamentos sem orientação médica também influencia no aumento da perda. Os antibióticos ingeridos por tempo prolongado são grandes vilões neste processo.

Além destes fatores, a tensão diária, a alimentação inadequada, doenças e a predisposição genética podem contribuir para a perda da sensibilidade auditiva, reduzindo assim a área de audição. O idoso ouve, mas não entende a fala, principalmente em ambientes com sons de fundo, como carros passando ou televisão ou rádio ligados. Os

sons fortes incomodam, podem ocorrer zumbidos e dificuldade de perceber sons mais agudos. A perda da sensibilidade auditiva resultante do envelhecimento é conhecida como *presbiacusia*.

Nesta patologia ocorrem alterações degenerativas no sistema auditivo como um todo.

Alterações de Orelha Externa no Idoso:

- Aumento do tamanho do meato acústico externo.
- Diminuição da elasticidade da pele e tonicidade muscular.
- Colabamento e estreitamento do meato acústico externo.
- Diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa.
- Aumento na produção de cerume.

Alterações de Orelha Interna

- Atrofia do órgão de Corti, perda das células ciliadas e de sustentação.
- Atrofia da estria vascular e desequilíbrio bioeletroquímico.
- Alterações de membrana basilar e do movimento do duto coclear.

A forma mais efetiva de minimizar os efeitos negativos da perda auditiva é a

utilização dos recursos tecnológicos à disposição do fonoaudiólogo, que através de exames, observação e relatos do paciente realiza a adaptação do melhor aparelho auditivo.

Nos dias de hoje, os aparelhos auditivos vem sendo modernizados e encontramos modelos de fácil manuseio e tão pequenos que são quase imperceptíveis ao nosso olhar.

Este processo é muitas vezes lento, pois o paciente precisa realizar o exame clínico com o médico otorrinolaringologista, passar pelo fonoaudiólogo para os exames audiométricos, fazer o molde do conduto auditivo e iniciar os testes com os aparelhos. Porém, os resultados são muito positivos na grande maioria das vezes, encerrando um processo de frustração até então vivido por este indivíduo quando não compreendia, ou era incompreendido pelas pessoas a sua volta.

Assinale a alternativa que ocorre com mais freqüência na sua rotina diária:

1- A dificuldade de ouvir faz você usar o telefone menos vezes do que gostaria?

() Sim () Não () Às vezes

2- A dificuldade em ouvir faz você evitar grupos de pessoas?

() Sim () Não () Às vezes

3- A diminuição da audição causa dificuldades quando você vai a uma festa ou reunião social?

()Sim ()Não ()Às vezes

4- A diminuição da audição lhe causa dificuldades para assistir à TV, ou ouvir rádio?

()Sim ()Não ()Às vezes

5 – A dificuldade em ouvir faz você conversar menos com as pessoas da sua família?

()Sim ()Não ()As vezes

6- Você prefere ficar sozinho a estar em meio a pessoas de sua convivência?

()Sim ()Não ()Às vezes

7- Em um ambiente com pessoas conversando, barulho de TV ligada, carros passando, sua dificuldade auditiva aumenta?

()Sim ()Não ()Às vezes

Caso você tenha assinalado SIM em alguma das alternativas, é hora de procurar um especialista. Primeiramente faz-se uma consulta com o médico otorrinolaringologista para, em seguida, realizar os exames de audição com um fonoaudiólogo.

A deficiência auditiva é um problema de saúde e, como tal, é da competência do médico seu diagnóstico, tratamento clínico ou cirúrgico. O fonoaudiólogo que atua nesta área realiza os diferentes testes para a avaliação da audição e, em seguida, seleciona e adapta os modelos de aparelhos de amplificação sonora ou próteses auditivas. A este profissional compete o trabalho de orientação, aconselhamento e acompanhamento do usuário destes instrumentos, bem como conduzir os programas de habilitação e reabilitação que o caso exigir.

A fim de que possamos apreciar a maravilha do mundo sonoro que nos cerca e manter íntegro o sistema de comunicação por meio da linguagem falada, desenvolvido primordialmente pela audição, é essencial cuidarmos dos nossos ouvidos.

Desse modo os programas de reabilitação aural para o idoso são de grande importância, pois com um diagnóstico correto, orientações adequadas e desenvolvimento de estratégias que visem auxiliar seu processo de adaptação de um aparelho auditivo, este poderá obter o máximo aproveitamento da amplificação e assim exercer um papel atuante em seu meio.

Sugestões Práticas

1- Não introduza objetos pontiagudos, como palitos, grampos e até mesmo cotonetes para limpar e coçar os ouvidos, pois além de remover o cerume protetor, pode aumentar o risco de ferir a pele do conduto auditivo e perfurar a membrana do tímpano.

2- Se a produção de cerume em suas orelhas for excessiva, não tente removê-lo, ou então permitir que outro profissional além do médico otorrinolaringologista o faça.

3- Não pingue azeite, óleo, álcool ou qualquer medicamento sem orientação do médico.

4- Não se exponha a ruídos intensos, ou sons musicais fortes.

5- Fique atento a presença de zumbidos, sensação de ouvido tampado, autofonia (ouvir a própria voz com reforço), coceira, secreção, dores de cabeça, intolerância a sons de grande intensidade, tonturas ou dificuldade de compreender a fala. (RUSSO, apud LAGROTTA, 1997)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.; IORIO, M. **Próteses Auditivas. Fundamentos Teóricos & Aplicações Clínicas.** São Paulo: Editora Lovise, 1996.

LAGROTTA, M.; CÉSAR, C. **A Fonoaudiologia nas Instituições.** São Paulo: Editora Lovise, 1997.

MURDOCH, B. **Disartria: Uma abordagem fisiológica para avaliação e tratamento.** São Paulo: Editora Lovise, 2005.

SUZUKI, H. **Idoso.** São José dos campos: Pulso Editorial, 2003.

CAPÍTULO 3

DEPRESSÃO NO IDOSO

Por Caroline Lucca

***Caroline Lucca** é graduada em medicina pela FURB/2003, pós-graduada em gerontologia pela FURB/2006. Atua como médica clínica geral na Servmed Blumenau e Gaspar. É médica credenciada do SESC/Blumenau. É co-autora do livro *Ame suas Rugas – Viver e Envelhecer com Qualidade*, ano 2006.*

Somos um país cujo número de idosos cresce sensivelmente. Temas antes desconhecidos precisam ser abordados devido a essa nova realidade. O idoso deixou de ser uma pequena parcela da população, para tornar-se um grande personagem no desenvolvimento do país. Hoje precisamos refletir sobre sua situação na sociedade.

Segundo dados do IBGE (2000), em 1991 as pessoas com 60 anos ou mais representavam 7,3% da população e hoje são 8,6%, significando um aumento de 17% na década. Esse Instituto calcula existirem hoje 14,5 milhões de brasileiros na terceira idade. O Brasil segue a tendência mundial de

envelhecimento da população, devido ao aumento da expectativa de vida e a queda da natalidade.

A média de vida do brasileiro fica em torno dos 68 anos, ou seja, 2,5 anos a mais da média vigente no início da década. Com os avanços na área médica e o acesso a informações para melhoria da qualidade de vida, a expectativa é que a média de vida de nosso país aumente ainda mais nas próximas décadas. Esse é um dado a ser comemorado, porém devemos lembrar que somos um país em desenvolvimento e possuímos uma série de problemas a serem superados. Falta saneamento básico, acesso a atendimento de saúde de qualidade, baixo poder aquisitivo, noções de cidadania, respeito aos idosos, enfim, apresentamos todos os problemas pertinentes a uma nação em desenvolvimento, e, o estado tende a fixar sua atenção e esforço na solução de problemas conjunturais, problemas que afligem à generalidade dos habitantes. O estado empobrecido não prestigia determinados setores da população, como exigiria a terceira idade.

“Por isso, é quase certo dizer que os idosos de nossa sociedade estão marginados. Eles estão excluídos da produção contra sua vontade, tornam-se pouco consumidores, tendem a consumir maiores recursos da

saúde, e acabam sobrevivendo a expensas de uma sociedade quase sempre hostil, recebendo as ajudas caridosas que esta se digna oferecer-lhes. Estão excluídos da produção porque ninguém lhes dá emprego, tornam-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, não têm dinheiro porque ninguém lhes dá emprego, e consomem recursos da saúde porque adoecem, e adoecem mais porque não têm recursos para a saúde. Forma-se assim um deplorável círculo vicioso.” QUEM DIZ ISSO?

O idoso vai envelhecer conforme viveu sua fase adulta. Se teve uma vida deficitária, terá uma velhice com problemas. Conforme foi sua adaptação à situação de vida anterior, o idoso terá maior ou menor dificuldade de adaptar-se a fase de envelhecimento. Se ele está preparado para aceitar as limitações que a idade acarreta conseguirá viver mais tranqüilamente este período.

Como nossa sociedade vê a velhice?

Basta observarmos os anúncios na televisão para termos uma breve noção de como o envelhecimento é encarado no Brasil. Os idosos normalmente aparecem em propagandas de planos de saúde, de estimulantes sexuais, de remédios, seguro de vida... Os demais prazeres da vida são monopolizados pelos mais jovens. Aos idosos

parece que só restou um “pacote” de perdas e limitações. Mas será esse o verdadeiro fardo do envelhecimento? Se você pensa que sim, então é ou será um idoso depressivo.

Segundo matéria editada no Psicosite (abril/2006) a grande maioria dos idosos se percebe com menos cabelo, cabelos brancos (91.2%); manchas e rugas na pele (81.1%); problemas de visão e de audição (74.9%); déficit na força muscular (59.7%), etc. A isso se associa uma característica psicológica, que é um forte apego ao passado (57.2%). Os fatores sociais exercem grande influência na percepção do envelhecimento pelo indivíduo. Normalmente as pessoas de maior poder econômico tendem a ter uma velhice mais privilegiada, pois possuem certos confortos e uma segurança maior para aquisição de bens e produtos necessários para manutenção de sua saúde do que os idosos de classes sociais mais baixas. Podemos perceber também que devido ao papel que é imposto a homens e mulheres em nossa sociedade, elas tendem a valorizar mais as perdas ou mudanças em sua aparência externa, enquanto os homens se preocupam mais com a perda da capacidade física e viril.

O bem-estar do idoso está diretamente relacionado com sua capacidade de exercer atividades rotineiras sozinho. Poder gerenciar sua vida sem a ajuda incessante de parentes

ou cuidadores. Se o idoso consegue satisfazer suas necessidades, possui uma maior independência e poder de decisão. A autonomia funcional está diretamente ligada à qualidade de vida do indivíduo, quanto maior ela for, mais participativo e valorizado o idoso se sentirá. Nesse aspecto, o apoio familiar, o nível intelectual e a renda mensal são agregados importantes. Quando mais bem servido o idoso estiver desses fatores, mais seguro e capaz ele se sentirá.

Assim podemos concordar com o que Ballone afirma em sua matéria no **PsiquWeb Psiquiatria Geral (2002)**.

Em síntese, muitos problemas da Autonomia Funcional podem ser explicados a partir de fatores individuais, familiares e sociais. Entre os fatores individuais, em primeiro lugar se encontra o perfil psicológico e mental prévio da pessoa que envelhece, em seguida vem o nível educacional, as experiências vitais críticas, os acidentes, as doenças pregressas e atuais, a ocupação pregressa e atual, etc.

A correlação entre Saúde Mental e Percepção do Envelhecimento faz supor uma influência negativa dos problemas psicológicos sobre a autopercepção dos idosos. A presença de ansiedade, irritabilidade, sensação de insuficiência, de inutilidade, entre outras, pode

levar aos idosos a supervalorizar (e em alguns casos extremos, a acelerar) alguns traços próprios da velhice.

Diante do exposto podemos questionar: Apenas o modo de percepção individual influencia no envelhecimento, ou a percepção que a sociedade tem sobre o fato de envelhecer também exerce influência?

Sem dúvida, a contundente influência restritiva que a sociedade exerce sobre os idosos, limitando suas possibilidades de atuação, oprimindo-os sob os modelos e padrões do "velho" e restringindo suas possibilidades de participação vai fazer o indivíduo construir sua imagem do envelhecer.

Como foi exposto anteriormente, o que aprendemos ao longo de nosso crescimento é o que iremos utilizar na velhice, seja esse aprendizado positivo ou negativo. De modo geral, não existe uma velhice típica, padrão, característica e igual. A velhice varia de acordo com as sociedades, culturas e classes sociais.

Como podemos suspeitar que o idoso esteja com depressão?

O Diagnóstico de depressão no idoso não é uma tarefa fácil, pois muitos dos sintomas apresentados podem ser confundidos com outras doenças. Alterações próprias do envelhecimento como insônia, fadiga, alterações de memória que pode ser provenientes de doenças infecciosas ou

vasculares, como Alzheimer, tão comuns nessa faixa etária, fadiga/ desânimo em decorrência de falta nutricional ou doenças cardiopulmonares, bem como efeitos colaterais de medicamentos são propícios de confusão.

Existe muita controvérsia em classificar ou não a depressão do idoso como um tipo diferente de depressão das outras faixas etárias. Alguns pesquisadores defendem que a depressão no idoso se apresentaria com sintomas somáticos ou hipocondríacos mais freqüentes, haveria menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento. Apesar disso, a tendência atual é não estabelecer diferenças marcantes entre a depressão da idade tardia e a depressão dos adultos mais jovens. De fato, o que teria de diferente nos idosos seria, não a depressão em si, mas as circunstâncias existenciais específicas da idade.

A depressão não é apenas uma tristeza passageira frente a um fato adverso da vida. Ela se apresenta de maneira profunda e duradoura e, em geral, dura algumas semanas, podendo se estender por anos. Pode vir acompanhada de desânimo, apatia, perda de esperança, desinteresse, impossibilidade de desfrutar dos prazeres da vida.

O paciente não se interessa pelas atividades diárias, não dorme bem, não tem apetite, muitas vezes tem queixas vagas,

como dores nas costas ou na cabeça. Pensamentos ruins, como idéia de culpa e inutilidade podem surgir. Em casos mais graves podem ocorrer até tentativas de suicídio.

As causas da depressão ainda são desconhecidas, mas acredita-se que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais atuando de forma concomitante, desencadeiem a doença.

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior freqüência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Também do ponto de vista biológico, na idade avançada é mais freqüente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva.

A depressão nos idosos depende da interação entre fatores ambientais, constitucionais, biológicos e suporte social. Os eventos *ambientais* são representados pelas questões vitais negativas, como por exemplo, perdas e limitações, podem funcionar como ??? e os outros fatores??? A qualidade de vida na Terceira Idade pode ser definida como a

manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (Organização Mundial de Saúde, 1991).

A incapacidade decorrente da senilidade, por exemplo, é um fator de risco importante a curto e longo prazo para o desenvolvimento da depressão nos idosos. O início da incapacidade gera considerável estresse e alterações negativas do estilo de vida. A imobilidade, a dor, ansiedade, necessidade de hospitalização demorada e reabilitação intensiva, aumento de eventos vitais negativos (perdas de pessoas, materiais, sociais, ocupacionais), sensação de perda do controle sobre a própria vida, baixa auto-estima, desmoralização, restrições das atividades sociais e relações interpessoais dificultadas são algumas dessas alterações, que podem precipitar o início da depressão.

O idoso tem a necessidade de falar e de ser ouvido e os sintomas depressivos não devem ser vistos como consequência natural do envelhecimento. Se já não possui a vitalidade da juventude, por outro lado tem o conhecimento adquirido através das experiências ao longo de toda uma vida.

A partilha desses conhecimentos com as novas gerações proporciona ao idoso a possibilidade de manter-se integrado à sociedade.

Esta integração é de suma importância para o idoso, uma vez que um de seus maiores prazeres consiste em relatar fatos acontecidos em sua vida e perceber que as pessoas que o cercam dão-lhe a atenção de vida. Para o idoso não tornar-se um depressivo este necessita seguir algumas práticas que o ajudem a manter em alta sua qualidade de vida. É importante que o seu convívio social seja mantido, que este possa falar, mas também seja ouvido, que a família respeite suas diferenças em relação a crianças, adolescentes e adultos, o cultivo de uma crença ou fé deve ser estimulado, o idoso deve ser capaz de realizar tarefas simples no lar, devem respeitar sua opinião, manter uma alimentação saudável e boa ingestão líquida, ser alimentada a sua vaidade e asseio, bem como a prática regular de atividades aeróbicas e exercícios, sempre de acordo com as limitações físicas e com orientação especializada, contribuem para a conservação da saúde e visitas regulares ao seu médico de confiança para prevenção e acompanhamento de doenças, e sem dúvida, o afeto, respeito e carinho devem estar presentes em seu ambiente de convivência.

Qualidade de vida é, portanto, o conjunto de todos esses fatores acima citados, mas, principalmente, a preservação do prazer em todos os seus aspectos.

O prazer de ter um corpo saudável e a aceitação de seus limites, o prazer de interagir em sociedade, o prazer da satisfação dos desejos na medida do possível e aceitável, o prazer de compartilhar e de aprender.

Porque viver implica em manter-se num processo de aprendizagem eterno...

Para ser feliz em qualquer idade, antes de tudo, o ser humano precisa aceitar suas qualidades e defeitos e deve amar-se. Pois quem se ama, se cuida.

Referências

Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento /por um grupo de colaboradores especializados; fundadores e organizadores: Felício Cintra do Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Valle. -17.ed. - São Paulo : Artes Medicas, c1995. - 1252 p. :il.

Gerontologia /Matheus Papaleo Netto. -Sao Paulo : Atheneu, 1997. - xvii, 524p. :il.

Tratado de geriatria e gerontologia /Elizabeth Viana de Freitas ... [et al.]. -2.ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. - liv, 1573 p. :il.

www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html -

www.universia.com.br/html/noticia/noticia_dentrodocampus_cacba.html

www.virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=338&sec=29

www.copacabanarunners.net/depressao-terceira-idade.html

CAPÍTULO 4

O NATURÓLOGO: as Práticas Integrativas e Complementares e a Qualidade de Vida.

Por Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues

Dedicatória

Dedico e agradeço este trabalho aos idosos que estiveram na minha caminhada, em especial minha mãe Elza Helena que está comigo em todas as horas. Aos meus irmãos Wânia, Dirceu e Edilânea pelo apoio e carinho. À amiga Letícia Lenzi pela oportunidade. Aos amigos Nathália Martins, Fernando Hellmann, Gabriela Damasceno e ao meu padrinho Antônio Maurício Rodrigues pelo incentivo e colaboração.

Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues é naturólogo graduado pela Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL. Especialista em acupuntura. Ministra palestras na área de educação em saúde com grupos de idosos da

Grande Florianópolis e atua na área clínica no posto de saúde da prefeitura de Santo Amaro da Imperatriz pelo Projeto Linha Verde (UNISUL) e em consultório particular. É professor de mini-cursos na área de Práticas Integrativas e Complementares. Colaborador do livro "Fitoterapia e nutracêutica: dietas e orientações nutricionais com base nas Medicinas Tradicional e Complementar (Ed. Nova Letra, 2007)". Pesquisador na área de acupuntura e fitoterapia.

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população mundial é uma realidade atual. A ciência que estuda o processo do envelhecimento, um evento de natureza fisiológica, psicológica e sociológica, é denominada gerontologia. Esta consiste em uma área interdisciplinar e multiprofissional, pois abrange os vários campos de atenção à saúde, dos direitos sociais e da educação dos idosos. No Brasil, no campo da saúde, surge um novo profissional chamado "naturólogo", que pode contribuir muito para a saúde e qualidade de vida do idoso. O presente capítulo tem por objetivo apresentar esse novo profissional e mostrar como ele pode intervir na saúde do envelhecido.

A formação acadêmica do Naturólogo é baseada em sabedorias milenares como a

Medicina Tradicional Chinesa e Ayurvédica (Índia), nos avanços das ciências biológicas e da saúde como Anatomia, Fisiologia Humana, Citologia, Botânica, Farmacologia, Psicofarmacologia e Neurofisiologia, e também em disciplinas da área das ciências humanas, como Sociologia, Antropologia e Psicologia aplicada. Seu campo de atuação é vasto: clínicas, spas, hospitais, estâncias hidrominerais, escolas, empresas, consultórios particulares, entre outros. Esse novo profissional utiliza uma visão multidimensional do indivíduo, que compreende o ser humano em sua totalidade, nos aspectos físicos, psicológicos e mentais, seus hábitos, crenças pessoais e costumes, além de suas relações com o ambiente e a sociedade, considerando também a singularidade de cada idoso.

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde “como uma sensação de completo bem estar físico, mental e emocional e não apenas como ausência de doença”. Em uma resolução da 101ª Assembléia Mundial de Saúde propôs-se uma modificação do conceito de saúde da OMS, para “um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social”.

Baseado em Fleck et al (1999) ocorre um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas, a

prevenção de doenças, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida e direciona a ciência para as noções de promoção, manutenção e recuperação da saúde e qualidade de vida.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, este conceito foi definido como *a capacitação das pessoas e da comunidade para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida*. Esse documento menciona uma série de condições e recursos para se ter saúde, tais como paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. Dessa forma, a promoção de saúde deixa de ser exclusiva do setor da saúde, e passa a se constituir numa atividade essencialmente intersetorial. Requer, desta forma, a articulação dos diversos setores dos diferentes níveis do governo e da sociedade, bem como a definição de políticas públicas saudáveis, criação e manutenção de ambientes favoráveis à saúde, reorganização dos serviços de saúde e fortalecimento dos indivíduos e comunidades, para que participem ativamente na modificação de suas condições de saúde.

É nesse contexto que se dá a abordagem do Naturólogo em relação às práticas de intervenção. Nesse âmbito de

promoção da saúde, o Naturólogo atua principalmente na área de educação em saúde, orientando o uso racional dos recursos naturais e incentivando a reciclagem do lixo, o uso de produtos de baixo impacto ambiental, o consumo de alimentos orgânicos, dentre outros. Cada interagente¹ contribui - positivamente ou negativamente - na criação e manutenção de ambientes favoráveis à saúde individual e coletiva e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

A definição de qualidade de vida é muito complexa. A OMS estabeleceu como "*a 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 preocupações* (The WHOQOL Group, 1995)". Na avaliação de qualidade de vida são levados em consideração os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais, sendo de natureza subjetiva, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (Fleck et al, 1999).

A cada dia cresce a procura por uma melhor qualidade de vida. A expectativa de vida aumentou muito com os avanços da medicina, porém em muitos casos se vive mais tempo, com sofrimento e pouca qualidade. Sabe-se que o idoso não quer apenas "anos

de vida”, e sim “vida aos anos”. É nesse contexto que o Naturólogo auxilia o envelhecete a melhorar sua qualidade de vida.

As ferramentas que auxiliam o naturólogo na terapêutica são as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), popularmente conhecidas como “medicina alternativa (MA)”, ou “medicina natural”. O termo “alternativo” não é correto, pois as PIC não têm o objetivo de substituir a medicina alopática. Assim, o mais correto é a denominação “complementar”, uma vez que as práticas servem para auxiliar e trabalhar conjuntamente com a medicina convencional. Muitas pesquisas mostram que quando as duas técnicas são trabalhadas em conjunto obtém-se uma melhora mais significativa e rápida, comparada à utilização de uma prática isolada (Jonas; Levin, 2001). A visão utilizada para compreender o idoso é integrativa, na multidimensionalidade e singularidade do mesmo, portanto não o separa em partes. Ele não é considerado um número, um prontuário ou uma doença.

A Organização Mundial de Saúde em seu documento “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reconhece o valor das Práticas Complementares e Tradicionais e incentiva os países membros a utilizarem, pesquisarem e criarem políticas

públicas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso. Segundo dados da OMS, oitenta por cento da população mundial utiliza recursos terapêuticos complementares em benefício da saúde.

No Brasil, um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, junto aos estados e municípios, demonstrou a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre esses 19 capitais, num total de 26 estados. A amostra foi considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional. As Práticas Integrativas e Complementares foram reconhecidas e aprovadas no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2006 (PORTARIA MS/GM Nº. 971, DE 3 DE MAIO DE 2006. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-5).

As Práticas Integrativas e Complementares podem ser aplicadas de várias formas, divididas em uso externo (aplicação feita sobre a pele) e uso interno (via oral e inalatória).

1 – que interage; em que há interação. Interagir – agir mutuamente; interatuar; exercer interação. Interação – ação que exerce mutuamente entre duas ou mais pessoas; ação recíproca. Assim, interagente é

aquele que exerce uma ação recíproca com outra pessoa; diferente de paciente, que apenas recebe a ação.

As técnicas de aplicação externa estimulam zonas neurorreativas (zonas cutâneas que ativam o sistema nervoso central). A maioria dessas regiões corresponde aos pontos de Acupuntura da Medicina Tradicional Chinesa. A estimulação dessas zonas provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores (substâncias que permitem a transmissão de informações ao cérebro) como encefalinas, endorfinas, serotoninas, noradrenalinas, dopaminas, GABA, substância P, colecistoquininas, somatostatinas. Outras substâncias também são liberadas com a ativação dessas áreas, como o ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), que estimula a liberação de cortisol na glândula supra-renal. Na terapêutica, esses neurotransmissores e neurohormônios são responsáveis por reações no corpo humano, como a diminuição da inflamação, amenização das dores, sensação de bem-estar e prazer, modulação do sistema imunológico, ação antidepressiva leve, redução da ansiedade e restauração das funções orgânicas.

Quando um idoso escolhe incluir um tratamento naturopático como complemento ao tratamento médico, psicológico, nutricional,

fisioterápico e de demais áreas, visando à recuperação da saúde, é importante a interdisciplinaridade e a comunicação entre os profissionais para que o resultado seja potencializado.

O Naturólogo aborda o idoso como foco central da terapia, na sua singularidade e multidimensionalidade e não na sua patologia. Dois indivíduos com a mesma doença podem receber tratamentos bem (muito) distintos. Nessa perspectiva, a doença é abordada como multifatorial. Esse novo profissional almeja, juntamente com o envelhecete, restabelecer o equilíbrio dinâmico nas mais diversas dimensões: física, psicológica, mental, seus hábitos e costumes, crenças pessoais, além de suas relações com o ambiente e a sociedade. Neste contexto, apesar de o sintoma não ser o objetivo principal do tratamento naturológico, ele será amenizado, trazendo maior conforto para o idoso.

Com as ações já descritas anteriormente sobre a estimulação das zonas neuroreativas, juntamente com a abordagem multidimensional, o Naturólogo auxilia o envelhecete na recuperação da saúde em muitas patologias comuns da faixa etária, como artrite, osteoartrite, artrite reumatóide, dores na coluna vertebral, asma, bronquite, gripe, depressão, insônia, ansiedade, ciática, fibromialgia, gastrite, úlcera gástrica,

enxaqueca, tontura, neuralgia do trigêmeo, neuralgia, paralisia facial, reabilitação após AVE (acidente vascular encefálico), diminuição dos efeitos colaterais da quimio e radioterapia, dentre outras disfunções, com isso melhorando sua qualidade de vida.

A seguir, serão brevemente citadas algumas das técnicas que o profissional de naturologia utiliza. Vale lembrar que todas elas têm o respaldo científico, com diversas pesquisas em universidades de todo o mundo demonstrando seus efeitos. Todavia, mais pesquisas são necessárias para elucidar seus mecanismos de ação, o que não descarta sua aplicabilidade, uma vez que seus efeitos são comprovados na prática clínica.

Primeiramente, as técnicas de uso externo serão explanadas:

A Acupuntura é a técnica mais pesquisada e conhecida. Consiste na inserção de agulhas metálicas filiformes nos pontos específicos da pele (zonas neuroreativas). Quando aplicada corretamente, não acarreta efeitos colaterais e nem reações adversas. Os resultados aparecem logo nas primeiras sessões e geralmente é indolor, ao contrário do que muita gente pensa. Deve ser praticada por profissional com especialização na área.

A Massoterapia consiste na manipulação dos tecidos moles do corpo. A Reflexoterapia tem seu efeito através de estímulos em áreas

reflexas específicas nos pés e nas mãos. A Cromoterapia consiste no uso de frequências de ondas espectrais (cores) irradiadas em zonas específicas da pele. A Geoterapia é a utilização de argilas medicinais. A Hidroterapia é a aplicação da água em diferentes temperaturas, podendo ser termais (Termalismo) e minerais (Crenoterapia). A Aromaterapia é o uso terapêutico de óleos essenciais extraídos de plantas medicinais. A Fitoterapia é o emprego de plantas medicinais. As diversas técnicas citadas podem ser utilizadas sozinhas ou em conjunto, na forma de banhos, duchas, emplastros, compressas e cataplasmas.

As práticas de uso interno (oral ou inalatória) serão citadas a seguir:

O Naturólogo pode orientar o idoso na utilização interna de chás, tinturas e fitoterápicos preparados a partir de espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais, cuja eficácia é comprovada pela ciência e/ou pela tradição. Essências Florais, como os Florais de Bach, que são essências extraídas de flores, que atuam nos estados mentais e emocionais em desequilíbrio. Indicar o uso interno de determinadas águas minerais conforme sua composição química, características físico-químicas relacionadas à necessidade de cada idoso. Aromaterapia consiste na inalação de óleos essenciais, que

são substâncias muito concentradas em princípios químicos e extremamente voláteis. As Práticas Integrativas e Complementares de uso interno possuem ações farmacológicas diferentes entre elas, e dentro de cada prática, um remédio natural tem efeito bem distinto do outro, e varia também de idoso para idoso.

No tratamento, o Naturólogo conta ainda com a arte e a música como recursos coadjuvantes e a Irisdiagnose (observação da Íris, esclera e pupila) como instrumento de avaliação.

As Práticas Integrativas e Complementares auxiliam não somente na recuperação da saúde, mas muitos idosos as procuram como forma de manutenção da mesma. Isso porque essas práticas atenuam o estresse, induzem a sensação de relaxamento, modulam o sistema imunológico e por estimulam a eliminação de toxinas pelo aumento da circulação linfática e sanguínea, dentre outros efeitos.

Concluindo, o naturólogo atua na promoção, recuperação e manutenção da saúde visando à melhora da qualidade de vida do idoso.

ORIENTAÇÕES GERAIS

* O naturólogo incentiva o idoso a seguir uma dieta equilibrada, rica em alimentos

integrals orgânicos, orientada por um nutricionista. Segundo Azevedo (2007), o alimento integral orgânico é isento de agrotóxicos, de adubos químicos sintéticos, de irradiação e de sementes transgênicas. Se o alimento for de origem animal, a criação não pode receber hormônios, antibióticos e drogas veterinárias e, quando industrializado, o alimento não passa por processos de refinamento (ou processos de retirada de nutrientes como no caso do leite desnatado ou da carne *light*).

O alimento orgânico contém uma quantidade superior e mais equilibrada de micronutrientes (vitaminas e minerais) e fitoquímicos (compostos encontrados em vegetais que têm efeito benéfico na saúde).

O consumo de alimentos orgânicos não contribui para a poluição dos lençóis freáticos e rios, empobrecimento e infertilidade do solo, desequilíbrio do ecossistema, e auxilia na preservação da biodiversidade. No âmbito social, incentiva a agricultura familiar, contribuindo para a permanência do agricultor no campo, conseqüentemente diminuindo o êxodo rural.

Como foi discorrido anteriormente, a saúde ambiental e social interfere diretamente na saúde humana.

* Ingestão de água conforme as necessidades de cada idoso. O ato de beber água é um hábito tão simples e ao mesmo tempo muito negligenciado. O corpo humano contém cerca de sessenta e cinco por cento de água. Essa substância participa de reações químicas que ocorrem no organismo humano e possui inúmeras funções, como auxiliar a eliminação de toxinas pela urina e pela transpiração, transportar nutrientes para as células. E também é responsável pela regulação da temperatura e faz parte do processo de respiração. Na sua falta o processo natural de desintoxicação fica muito prejudicado, contribuindo para uma piora da saúde e da qualidade de vida.

A quantidade ideal de água a ser ingerida por dia varia conforme as características de cada idoso. Uma regra geral pode ser aplicada: multiplica-se o peso do idoso por trinta e cinco. O resultado é a quantidade de água por dia, em mililitros (ml). Como por exemplo, um idoso de 50 Kg; $50 \times 35 = 1750$ ml de água por dia, ou seja, 1,750 litro. A água deve ser tomada aos poucos, fora do horário das refeições.

O tipo de água também é considerado. A água potável filtrada, por exemplo, não é recomendada por conter substâncias prejudiciais como o cloro, sulfato de cobre e o sulfato de alumínio, derivados do tratamento e

pode também conter inseticidas e outros produtos químicos oriundos de regiões agrícolas, ou apresentar ainda resíduos industriais, chumbo, mercúrio, adubos químicos, resíduos de precipitações atmosféricas (BONTEMPO, 2004).

A água mais indicada para consumo interno é a água mineral. O uso racional das águas minerais com finalidades terapêuticas é denominado Crenoterapia. A escolha da água mineral é determinada pela sua composição química e as características físico-química relacionadas às necessidades de cada idoso. Por exemplo: Uma água mineral classificada como carbo-gasosa é indicada para auxiliar pessoas com hipertensão arterial, uma ferruginosa é indicada nas anemias por carência de ferro, nos casos de estresse e neurastenia.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. Trofoterapia e nutracêutica: dietas e orientações nutricionais com base nas medicinas tradicional e complementar. Blumenau: Nova Letra, 2007.

BONTEMPO, M. Guia médico da saúde natural. Porto Alegre: TerraBrazil, 2004.

FLECK, M. P. A.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de

avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21(1):19-28. 1999.

JONAS, W. B.; LEVIN, J. S. **Tratado de medicina complementar e alternativa.** São Paulo: 2001.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409. 1995.

WHO (World Health Organization). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Genebra: WHO. 2002.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.** Genebra: WHO. 1946.

WHO (World Health Organization). **Health Promotion: The Ottawa Charter.** Genebra: WHO. 1986.

CAPÍTULO 5

DIABETES: Por uma Vida Mais Doce

Por Denise Van de Meene

Dedicatória

O agradecimento é a memória do coração. Por isso dedico este artigo às pessoas que sempre estão ao meu lado: minha mãe Eliane com sua doçura, meu pai Bernard sempre me ajudando, meus avós eternos anjos, minha mais doce amiga que sempre nos fascinou com seu imenso sorriso e palavras de incentivo Rosania Pereira Machado. E a todas as pessoas doces desse mundo.

Denise Van de Meene, Enfermeira graduada na Univali /Itajaí em 2003. Educadora em Diabetes pelo CDC/Curitiba em 2000. Pós-Graduada em Gerontologia pela FURB / Fundação Fritz Muller-Blumenau em 2006. É Voluntária na Associação dos Diabéticos do Vale do Itajaí – Blumenau desde 1999. Sócia fundadora do Instituto Brasileiro de Gerontologia – 2007. Membro do Conselho do Idoso em Gaspar - 2007 2ª Secretaria.

Enfermeira no Hospital de Gaspar e professora do Curso Técnico de Enfermagem - CTS

DIABETES DO IDOSO

Esta doença é bastante freqüente na população idosa, pouco diagnosticada e pouco tratada nesta idade. A grande maioria dos diabéticos tem mais de 45 anos, cerca de 7,6% da população, sendo que nos indivíduos acima de 70 anos 29% são diabéticos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes existem atualmente no Brasil em torno de cinco milhões de diabéticos.

Muitos acreditam que o açúcar é o causador do diabetes. É uma associação direta porque é ele o marcador da doença no sangue. Entretanto, não é por consumirem mais açúcar que as pessoas tornam-se diabéticas.

O aumento de incidência do diabetes no envelhecimento se deve principalmente à obesidade, à falta de atividade física, ao maior consumo de carboidratos (massas, pães, batatas) e ao uso de remédios como corticóides.

O diabetes no idoso geralmente não têm sintomas, sendo descoberto casualmente no "check up" ou em exames para investigação de outras doenças. Doenças estas, muitas

vezes decorrentes de um diabetes já existente há muito, sem ter os sintomas considerados.

Os sintomas, quando aparecem, são o aumento da sede (polidipsia), aumento da fome (polifagia) excesso de urina (poliúria), cansaço, fraqueza e perda de peso, confusão mental aguda, incontinência urinária, infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de feridas, dores nas mãos e pernas com formigamento e/ou dormência e diminuição da visão. Estes sintomas são muitas vezes atribuídos como situações próprias da idade avançada e então relegados.

Viver com aumento de glicose (açúcar) no sangue não é fácil – porém é preciso conviver, tendo em vista uma melhor qualidade de vida. Depois do primeiro impacto - "você é diabético", vem a curiosidade sobre o que é esta doença, como surge e porque surge em certas pessoas.

Segundo Benchimol (2006), "Todas as informações que o paciente recebe sobre o diabetes devem funcionar não apenas como aprendizado teórico para lidar com a doença, mas também como base para uma mudança de comportamento, em que o despertar da inteligência emocional desempenha um papel crucial. É com ela que o paciente vai descobrir as melhores saídas para sua vida e conseguir sustentá-las".

O que é Diabetes

É comum os pacientes levarem mais de cinco anos para descobrirem que estão com a doença, o que pode comprometer outros órgãos. Acredita-se que metade dos pacientes com diabetes tipo 2 não sabem da existência da doença.

Isso ocorre, segundo Caifa, porque a glicose aumenta muito lentamente, provocando a secura na boca, a maior necessidade de urinar, de beber água e de comer. Entretanto, estes sintomas passam despercebidos. Dos pacientes que têm o diagnóstico, a metade de acordo com o próprio Caifa, não faz o tratamento adequado. Como a pessoa não sofre com dores, não passa mal, minimiza os riscos da doença e muitos fazem a negação da mesma. Enfim, o paciente descobre ter uma doença crônica, que vai obrigá-lo a mudar o estilo de vida e a alimentação, além de trazer uma série de ameaças à saúde, afirma o mesmo autor.

A doença surge quando o pâncreas deixa de produzir insulina (diabetes tipo 1) ou pela incapacidade das células (musculares e adiposas) em aproveitar a insulina produzida (diabetes tipo 2). Em ambos os casos, o nível de glicose fica sempre alto no sangue (glicemia acima de 126mg/dl), este açúcar não penetra nas células, pela redução ou

insatisfatório aproveitamento da insulina. Neste caso, as células passam fome, sem o necessário aporte de energia para seu funcionamento. No diabetes tipo 1, crianças e jovens, não se sabe a causa da destruição das células beta, produtoras de insulina no pâncreas (ilhotas de Langerhans), mas é crível que o mecanismo seja auto-imune.

Já no tipo 2 é desconhecido o porquê da ação reduzida da insulina (resistência insulínica), o provável é que exista um componente genético relacionado à obesidade.

O diabetes mellitus é um distúrbio no metabolismo do açúcar, no qual a glicose sempre alta no sangue passa à urina sem ser usada como nutriente pelo organismo.

Para funcionar, as células do corpo necessitam de energia e calor, obtidos através da conversão dos alimentos. Tais alimentos são constituídos de três nutrientes principais:

- Carboidratos: cuja transformação libera glicose (açúcar) no sangue;
- Proteínas: fornecem aminoácidos;
- Gorduras: se degradam em ácidos graxos.

A energia pode ser retirada destas três categorias de alimentos, porém os carboidratos são mais importantes pela rapidez e facilidade de conversão. A glicose

fica armazenada no fígado, que libera o açúcar para o sangue nos intervalos das refeições ou quando o organismo precisa de energia, mantendo sempre uma taxa constante em torno de 70 a 110 mg/dL.

A glicose, para penetrar na célula, precisa de ajuda da insulina que é uma substância fabricada pelo pâncreas. Quando o nível de açúcar aumenta no sangue após uma refeição, a quantidade de insulina também aumenta, para que o excesso de glicose seja rapidamente retirado da circulação, voltando ao nível normal. O estoque de insulina é constantemente renovado pelo pâncreas, pois a mesma depois de utilizada sofre degradação, sendo eliminada.

Ter diabetes e superar a doença, ou seja, manter a qualidade de vida apesar das limitações, obrigatoriamente farão com que o indivíduo se conheça melhor, que tenha mais domínio sobre si, que se torne mais forte. Com isso, terá constituído uma base muito sólida em sua vida, que nada nem ninguém conseguirá tirar. BENCHIMOL 2006p. 47

Tipos de Diabetes

Diabetes tipo 1 – Manifesta-se na criança, no adolescente ou no adulto jovem, geralmente antes dos 20 anos, porém existem

algumas exceções. O diabetes tipo 1 representa cerca de 10% dos casos, os sintomas aparecem de forma radical e de fácil identificação, a pessoa perde peso rapidamente, tem muita fome, apresenta um processo urinário intenso e por consequência toma muito líquido, tem muito cansaço, pode apresentar visão turva e irritação na pele. A causa nem sempre está ligada à herança familiar. As teorias mais evidentes é que o próprio organismo produz algum anticorpo que mata as células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, obrigando o uso desta artificialmente, injetável, aplicada de uma a três vezes por dia em locais pré-estabelecidos.

Diabetes tipo 2 – Manifesta-se no adulto, geralmente com mais de 40 anos, tem ligação direta com predisposição genética, obesidade e sedentarismo. Os sintomas, na maioria das vezes, são difíceis de identificar e a pessoa acaba convivendo por longos períodos sem se revelar. Os indícios são confundidos com outros problemas.

O diabetes é uma doença degenerativa e muitas vezes só diagnosticada quando se manifestam as complicações decorrentes já instaladas, por isso a importância da realização de exames anuais em pessoas dos grupos de risco.

Cerca de 90 % dos diabéticos são do tipo 2 e quase a metade não sabe ter a doença. No diabetes tipo 2 o pâncreas ainda produz insulina, mas em quantidade ou qualidade insuficiente para atender as necessidades do corpo.

Como tratar o Diabético

Diabetes tipo 1 - Aplicar insulina conforme orientação médica, eliminar a ingestão de açúcar, seguir o plano de alimentação determinado pelo médico ou nutricionista, praticar exercícios físicos regularmente, aprender tudo sobre o diabetes: sintomas de alterações e como cuidar, além de participar dos grupos de apoio ou associações que pode ajudar a conviver e aceitar a doença. Durante o tratamento, a critério do médico, outros medicamentos poderão ser acrescentados, porém nenhum deles substitui a insulina.

Diabetes tipo 2 - Em alguns casos, ingestão de comprimidos conforme orientação médica ou depois de alguns anos de diabetes a insulina poderá ser prescrita pelo médico. Eliminar a ingestão de açúcar, seguir o plano de alimentação prescrito pelo médico ou nutricionista, praticar exercícios físicos regularmente, aprender tudo sobre diabetes,

sintomas das alterações e como cuidar. Participar de grupos de apoio ou associações pode ajudar a aceitar e conviver com a doença.

IMPORTANTE: O único medicamento que consegue reduzir a glicose no sangue é a insulina. Os medicamentos via oral agem no pâncreas para produzirem mais insulina ou inibir a absorção de glicose pelo organismo. Nenhum tratamento alternativo com chás, simpatias, crenças, curam ou melhoram o diabetes, que é uma doença incurável, mas tem tratamento, só depende do diabético assumir a doença como uma nova forma de viver.

Tratamento no Idoso

O tratamento do diabetes no idoso em geral é feito com planejamento alimentar, atividade física e às vezes, com o uso de medicamentos que diminuem os níveis de glicose no sangue, desde que o idoso ainda produza alguma insulina. Mas é importantíssimo que os medicamentos sejam manipulados com inteligência, e não apenas para postergar uma necessária entrada da insulina no tratamento, o que situa o paciente num grupo de alta probabilidade de ter complicações graves. (Benchimol-2006)

Medicamentos modernos atuam para aumentar a sensibilidade das células à insulina e para retardar a absorção intestinal dos açúcares. Nos casos de controle difícil deve-se usar a Insulina. O planejamento alimentar se faz necessário sempre.

Novos medicamentos com ação inibidora ou aceleradora da produção de hormônios que influenciam a produção de insulina endógena estão em fase final de testes e, em breve, devem estar disponíveis no mercado brasileiro. Também novos tipos de insulina e métodos de aplicação já estão disponíveis, melhorando consideravelmente a qualidade de vida do diabético.

O descontrole do diabetes pode ocorrer em qualquer tipo de infecção, durante eventuais cirurgias, e quando utilizado certos medicamentos, como por exemplo: beta-bloquadores, certos diuréticos, cortisona e barbitúricos. O álcool, quando consumido sem moderação, é freqüente causador de descontrole. Este produz a Acidose que se manifesta através de sonolência e pode evoluir para o estado de coma.

O controle do diabetes está na dependência de importantes mudanças de hábitos alimentares, atividade física e no controle dos níveis glicêmicos, principalmente. É muito importante seguir à risca a orientação médica. A prevenção é feita principalmente em

pessoas com antecedentes familiares, quando o controle de peso é fundamental.

Insulina

A insulina é uma medicação fantástica, é própria do organismo, não faz mal, é natural, e semelhante à que o pâncreas produz. Não tem efeito colateral ou cumulativo e não perde o efeito com o uso. Não ataca o fígado, os rins, o sangue e não provoca gastrite.

Insulina é o hormônio responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover o ingresso de glicose nas células. Ela também é essencial no consumo de carboidratos, na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras). É produzida nas ilhotas de Langerhans, células do pâncreas endócrino. Age em grande parte das células do organismo, como as presentes em músculos e no tecido adiposo, apesar de não agir em células particulares como as nervosas.

Quando a produção de insulina é deficiente, a glicose não consegue adentrar as células para produzir energia, acumula-se no sangue e na urina: é a diabetes mellitus. Para pacientes nesta condição, a Insulina é provida através de injeções, canetas de aplicação ou bombas de Insulina. Recentemente foi aprovado o uso de Insulina inalada. Porém,

ainda há controvérsias acerca do uso do produto. A Agência de Saúde Britânica não recomenda seu uso.

Planejamento Alimentar

Basicamente a dieta do diabético é o consumo de alimentos saudáveis recomenda para todos: Moderação nos carboidratos (massa, pão, batata, arroz), moderação nas proteínas (carne vermelha, queijo, embutidos), reduzida em gorduras (nata, manteiga, banha), rica em vegetais, restrição de consumo de algumas frutas e recomendação de consumo de cereais integrais ricos em fibras. Ao diabético está proibido o consumo de açúcar (sacarose) bem como de alimentos que contenham açúcar em sua formulação (bolos, refrigerantes, sorvetes, biscoitos e bolachas). Não se iludam, mel de abelha, caldo de cana, açúcar invertido, açúcar mascavo, mesmo sendo produtos naturais, são igualmente proibidos.

Isto não significa que o diabético não possa comer doces, estão disponíveis no mercado inúmeros alimentos dietéticos ou sem adição de açúcar, feitos com adoçantes de última geração e com sabor igual aos feitos com açúcar, porém muito mais saudáveis. Existem sorvetes, chocolates, achocolatados, geléias, doce de leite, cocada, pé-de-moleque,

compotas de frutas, gelatinas, iogurtes, leite condensado, enfim quase tudo que existe com açúcar pode ser substituído, sem esquecer os refrigerantes *diet*.

Atividade Física

Um programa de exercícios desenvolvivo cuidadosamente beneficia, e muito, o idoso diabético. A intensidade da atividade física deve ser conforme a resistência. Os exercícios são extremamente importantes no tratamento do diabetes devido a seus efeitos na diminuição da glicose sangüínea e na redução dos fatores de risco cardiovascular.

Deve-se optar por calçados cômodos, roupas confortáveis, sempre realizar exercícios sob a orientação médica e de um educador físico competente para que possa ser incorporada a atividade física de acordo com o estilo de vida. Devido à alta incidência da doença arterial coronariana, clinicamente silenciosa entre diabéticos, esses pacientes devem ser submetidos a teste ergométrico e uma avaliação cardiológica previamente ao início do programa de atividade física.

O esporte, ou uma atividade física regular, revela ao diabético suas limitações e com isso estimula a percepção de sua própria capacidade, além de proporcionar autonomia e

disciplina, diminui a mortalidade e melhora a qualidade de vida.

Monitorização da Glicose Sangünea

A auto monitorização glicêmica, é a prática do paciente diabético medir regularmente a própria glicemia através de fitas e/ou aparelhos de uso doméstico, é uma oportunidade para assumir o controle da própria saúde. Medir freqüentemente a glicemia é uma das melhores maneiras de determinar se o tratamento para o diabetes está sendo efetivo, isto é, se a glicemia está sendo mantida o mais próximo do normal possível, possibilitando a redução das complicações a longo prazo.

O diabético pode monitorar sua própria glicemia. Existem diversos tipos de aparelhos (glicosímetros) que fazem a medição da glicemia, gerada com amostras de sangue retiradas da ponta dos dedos. Os resultados devem ser anotados e levados para o médico avaliar.

Complicações causadas pelo Diabetes

Segundo Moraes, o diabetes por ser uma doença degenerativa quando não diagnosticada ou não tratada adequadamente,

leva o portador a sérias complicações, das quais destacamos:

Perda de visão - É a segunda causa de cegueira no mundo por doenças não tratadas.

Insuficiência renal - Cerca de 40% das pessoas que fazem diálise ou hemodiálise, são diabéticos que não sabiam ou não se cuidaram.

Amputações de dedos pés e pernas - É uma das principais causas de amputações devido à falta de circulação, ferimentos não tratados e gangrena.

Problemas cardíacos - Por provocar arteriosclerose (entupimento de veias), causa hipertensão, aumenta o colesterol e por conseqüência os problemas cardíacos. O fumo é um grande inimigo do diabético, agravando ainda mais os problemas cardíacos.

Hipoglicemia é uma complicação importante e relativamente habitual do diabetes e tem relação com o excesso de exercícios físicos, infecções, e a ausência das refeições durante o dia. É a queda dos níveis de glicose no sangue. Leva a intenso mal estar, com sudorese, queda da pressão arterial

e sonolência. Pode ocorrer crise convulsiva e inconsciência.

No idoso, deve se destacar o descontrole no tratamento do diabetes que pode levar à hipoglicemia. É recomendável não manter a glicemia muito baixa em idosos diabéticos. Procurar manter a glicemia em torno de 120/140 mg tornarão os episódios de hipoglicemia menos freqüentes.

Os sintomas da hipoglicemia são fome súbita, fadiga, tremores, tontura, aumento dos batimentos cardíacos, suores, pele fria, úmida e pálida, visão turva, dor de cabeça, dormência nos lábios e língua, desorientação até coma. Se notar um ou mais destes sintomas, tome um copo de água com 1 colher de chá de açúcar ou suco de frutas, se em 15 minutos os sintomas não sumirem, repita o procedimento.

Hiperglicemia é o aumento da glicose (açúcar) no sangue. O primeiro sinal de hiperglicemia: a poliúria, que é excesso de urina. Ao urinar demais a pessoa vai eliminar glicose e muita água, apresentando sede excessiva, um outro sinal clássico conhecido por polidipsia.

Apesar da glicose no sangue estar elevada, ocorre ao mesmo tempo a redução da glicose no cérebro, o que provoca muita fome (polifagia), pois o organismo acha que

não está alimentado. Além destes sintomas bastante conhecidos, existem outros: dores, dormência e formigamento nas pernas, visão turva e embaçada e coceira na região genital.

As complicações causadas pelo diabetes causam perda gradual da qualidade de vida, muito sofrimento, dificuldades para a família, tiram o indivíduo do mercado de trabalho, aumenta o número de dependentes do INSS, aumenta o atendimento nos órgãos de saúde pública, aumenta o consumo de medicamentos e o custo para os Serviços de Saúde.

O diagnóstico precoce, o início do tratamento e o atendimento adequado do diabético, com a formação de equipes multidisciplinares de saúde, consultas periódicas, fornecimento da medicação correta e constante, dará a ele uma grande chance de evitar as complicações e ter qualidade de vida. Para os órgãos de saúde, indica uma significativa redução de custo.

Cuidado com os Pés

Um dos problemas mais temidos pelos diabéticos são os problemas com pernas ou pés. Porém, se observados diariamente e seguidas algumas regras se evitará muitas complicações.

Um das áreas mais críticas na educação dos pacientes quanto aos cuidados com os pés é o uso de sapatos adequados, porque os sapatos podem ser um perigo para os pés diabéticos de forma geral, pior ainda para os pés que já perderam a sensibilidade. Os sapatos adequados são os maiores aliados dos diabéticos na prevenção de problemas nos pés.

- Observe seus pés diariamente e verifique se os mesmos não estão em atrito com os sapatos, pois isso evita a formação de bolhas, calosidades ou outras lesões;
- Realize a higiene dos pés diariamente com sabonete neutro e água morna, secando-os bem principalmente entre os dedos e em seguida passe um creme ou óleo hidratante, porém não entre os dedos;
- Apare sempre as unhas com corte reto, após use a lixa para eliminar pontos salientes;
- Evite cortar os cantos das unhas, pois isso evita que encravem, de preferência procure um podólogo;
- Dê preferência à meias de algodão;

- Compre sapatos sempre no período da tarde ou noite, já que neste horário nossos pés ficam ligeiramente inchados.

Além dos cuidados acima, o seu médico deve fazer uma avaliação de seus pés a cada consulta.

O mais importante é que os diabéticos estejam convencidos que os cuidados regulares com os pés vão reduzir, e muito, a possibilidade de eles virem a apresentar ulcerações e outros males que podem até levar à amputação.

Gripe e Diabetes em Idosos

Se você tem diabetes e mais de 60 anos, a melhor forma de evitar uma gripe indesejada é manter o controle da glicemia e tomar a vacina. Para a geriatra Valéria Teresa Saraiva Lino, da Fundação Oswaldo Cruz (RJ), o diabetes torna o organismo mais vulnerável às infecções e, por isto, a melhor forma de evitar a gripe é a vacinação. Ela diminui as internações por doença como insuficiência cardíaca, freqüente em pessoas com diabetes.

Na estação mais fria do ano há uma sobrecarga do aparelho respiratório, pelo trabalho extra de aquecer o ar antes deste entrar nos pulmões. Segundo o endocrinologista Antônio Carlos Lerário,

secretário-geral da SBD, as pessoas mais vulneráveis são os idosos, as crianças e pessoas com diabetes sem bom controle.

"O risco em pacientes com diabetes é maior quando eles estão descompensados, ou seja, quando a glicemia está elevada. Nesses casos, a gripe passa a ser um problema adicional, porque o quadro infeccioso, além de ser mais complicado, afeta o controle da doença", disse o Dr. Antônio Lerário. (fonte site SBD Sociedade Brasileira de Diabetes-2006).

Dica de saúde

O grande compromisso é fazer todos os dias aquilo que no fundo sabemos que devemos fazer. Tudo aquilo que prometeríamos fazer diante de Deus, caso ele nos chamasse hoje e cedesse ao nosso pedido de mais uma oportunidade na Terra: viver de forma integrada com a natureza, respeitando mais o nosso organismo e procurando com mais empenho a paz e a felicidade.

O diabético informado é uma pessoa que vê na sua patologia um conjunto de fatos e fatores interligados, reconhecíveis e domináveis pelas medidas de controle e terapêutica por ele mesmo executadas, o que faz com que ele se considere auto-suficiente. É um cidadão consciente e responsável,

determinado a ser um elemento útil à comunidade onde vive, tanto no seio familiar, como na escola, no trabalho ou em qualquer grupo em que esteja integrado.

REFERÊNCIAS

BELCHIMOL, D., SEIXAS, L. *Diabetes: Tudo que você precisa saber. 2ª ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2006.*

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundação Nacional de saúde. Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI – informe Epidemiológico do SUS Estudo multicêntrico sobre a prevalência dos diabestes mellitus no Brasil -2006.*

3. David K McCulloch. *Patient Information: Home glucose monitoring. UpToDate, 2005. Fonte: American Diabetes Association – www.diabetes.org*

4. DAVIDSON, M. **Diabetes Mellitus.** Rio de Janeiro: Revinter: 2001.

5. SMELTER, SC, BARE BG. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica,** Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, volume 3 pg876-878, 2000.

6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Consenso brasileiro de conceitos e condutas para diabéticos mellitus: **Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para práticas clínicas,** disponível no site www.sbd.org acessado em 18 de junho de 2007.*

CAPÍTULO 6

ODONTOGERIATRIA:

Novas perspectivas para a saúde bucal do idoso

Por Gustavo Branco Haertel e Ana Carolina Sarti

Gustavo Branco Haertel é graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999), pós-graduado em Periodontia pela EAP/SC e Cirurgia Oral Menor pela Thum/SC, especialista em Saúde da Família pela Furb/SC e mestrando em Periodontia pela SLMandic/Campinas. Atua como coordenador e cirurgião-dentista da Clínica Odontológica do Sesc de Blumenau e em consultório privado.

Ana Carolina Sarti é graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste Paulista (2000), pós-graduada em Dentística pela APCD/SP, Prótese associada à Periodontia pelo CPO/SP, Estética pela Thum/SC e Cirurgia Oral Menor pela Thum/SC, e especializanda em Dentística pela ABCD/SC. Atua como

cirurgiã-dentista na Clínica Odontológica do Sesc de Blumenau.

Introdução

O ideal seria a manutenção dos dentes naturais saudáveis e funcionais por toda a vida, pois estes são fundamentais para a mastigação, para a fala e para a estética, contribuindo para o bem estar e a qualidade de vida.

O fato de a saúde bucal ter sido sempre colocada em segundo plano pelas políticas governamentais levou ao surgimento de uma geração de desdentados, onde mais de 60% dos idosos não apresentam nenhum dente na boca. Isto também é reflexo de uma odontologia mutiladora que considerava, muitas vezes, as extrações de dentes e colocação de dentaduras como uma ótima opção de tratamento e não como último recurso disponível.

Estão equivocados aqueles que acreditam que todos os idosos terão que, mais cedo ou mais tarde, utilizar as dentaduras, como se este fato fosse algo natural e normal do envelhecimento das pessoas.

Houve um aumento significativo do conhecimento acerca das maneiras disponíveis para conservar os dentes saudáveis e uma facilitação incrível do acesso aos serviços

odontológicos, que dispõem de uma enorme variedade de tratamentos disponíveis para prevenção de problemas, manutenção da saúde bucal e, quando necessário, recuperação dos dentes perdidos.

Perdi meus dentes! E agora?

Hoje em dia não existem impedimentos para a realização de qualquer tratamento odontológico no paciente idoso saudável, inclusive a colocação de implantes dentais pode ser realizada com segurança. Pacientes com saúde debilitada e/ou fazendo uso de alguns tipos de medicamentos podem não estarem aptos à realização de alguns tipos de procedimentos mais complexos. Mas mesmo nestas situações, a partir de um acompanhamento médico visando a adequação da dose ou substituição dos medicamentos utilizados, torna-se possível uma melhora do quadro de saúde do paciente e a execução da melhor opção de tratamento para este caso.

Existem atualmente diversas alternativas de tratamento visando à manutenção funcional e estética do meio bucal, como por exemplo, restaurações diretas e indiretas (amálgama, resina, porcelana, metal, etc), próteses fixas (pivots, coroas, pontes fixas), próteses removíveis (ponte móvel,

dentadura, perereca), overdentures (dentadura apoiada sobre implantes ou dentes isolados), e os implantes dentais.

Nos últimos anos, os implantes dentais obtiveram grande destaque. As próteses implanto-suportadas, além de melhorarem a estética e a função, podem prevenir a perda de auto-estima e combater o isolamento social, causados pela ausência de dentes ou pelo fato destes estarem em péssimas condições, não permitindo ao indivíduo desfrutar de um envelhecimento com boa qualidade de vida física, social e psicológica. Os implantes dentais funcionam como “pinos” fixados dentro do osso, e são capazes de substituir os dentes perdidos. O material desses implantes é o titânio, metal que é biocompatível não causando nenhum dano a cavidade bucal.

Uso prótese! Preciso ir ao dentista?

Ao contrário do que muitos imaginam, as próteses dentais não podem ser consideradas como sendo trabalhos eternos. Com o passar dos anos ocorre a reabsorção óssea dos rebordos (osso sob a base da prótese) que leva à desadaptação das próteses.

Deve-se consultar regularmente um cirurgião-dentista para que este profissional verifique a adaptação das próteses utilizadas

e, caso seja necessário, faça um reembasamento das mesmas, ou até mesmo a confecção de novas próteses. O reembasamento é um procedimento que visa melhorar a adaptação das próteses. O reembasamento deve ser freqüente, a cada dois anos em média, para evitar o surgimento de feridas provocadas pelas próteses desadaptadas.

A ausência parcial ou total de dentes e a utilização de próteses antigas e mal adaptadas leva a uma redução na capacidade mastigatória, pois o idoso passa a evitar alimentos consistentes e fibrosos, deixando de ingerir nutrientes essenciais para a boa qualidade da sua dieta.

Como cuidar da minha boca?

A higiene bucal é primordial para o sucesso do tratamento realizado. Qualquer tipo de tratamento no paciente idoso deve levar em consideração a real capacidade física deste, ou de seu grupo de apoio, em manter uma ótima limpeza no local. Os idosos, em sua maioria, têm maior dificuldade em realizar uma adequada limpeza da cavidade bucal e possuem próteses e restaurações extensas que por si só já dificultam este procedimento. Também apresentam, em um grande número de casos, uma menor produção de saliva

(xerostomia) que pode estar relacionada à idade, a falta de vitamina A, a danos as glândulas que produzem saliva e ao uso de alguns tipos de medicamentos. Esta condição prejudica o processo de autolimpeza e dificulta a adaptação às novas próteses, além de aumentar a possibilidade de ocorrência de cáries na superfície das raízes. Os pacientes idosos devem ser estimulados a ingerirem alimentos com elevado poder nutritivo e que não induzam a doença cárie e não grudem na superfície dos dentes e próteses, enquanto alimentos que tenham essas características associadas a menor poder nutritivo devem ser descartados da dieta.

Escova dental

A escova dental pode remover até 60% dos restos alimentares acumulados após uma refeição normal. Escovas macias devem ser sempre as escolhidas pelo fato de apresentarem o mesmo poder de limpeza das demais aliado ao fato de desgastarem menos a superfície dental e agredirem menos a gengiva. A troca de escovas no momento adequado é fundamental para que se possa manter um adequado poder de limpeza. Uma média de dois meses pode ser usada como recomendável para a troca. Pacientes que apresentem algum grau de deficiência motora podem utilizar escovas elétricas, em especial

os modelos atuais, que facilitam muito a higiene nestes casos.

Fio-dental

O fio-dental é o meio mais eficiente para limpeza entre os dentes, visto que mesmo a mais eficiente das escovações jamais conseguirá higienizar estes locais.

Os idosos que apresentarem dificuldades para usar o fio-dental podem utilizar um dispositivo chamado de suporte para fio-dental. Existem diversos modelos disponíveis no mercado que facilitam a realização da higiene entre os dentes.

Limpador de língua

Os idosos devem incluir na rotina de cuidados bucais mais um aliado, o limpador lingual, comercializado em drogarias de todo o país. Este instrumento deve ser utilizado depois da escovação e do uso do fio dental, ao final de cada dia.

Como característica de um envelhecimento normal há uma diminuição dos botões gustativos (que ficam na língua) e que são responsáveis pela percepção dos sabores. Quando estas papilas estão tampadas pela saburra, uma crosta amarelada que fica sobre a superfície lingual, resultante de restos alimentares e células mortas, a percepção do gosto dos alimentos fica ainda mais diminuída.

Preciso limpar minhas próteses?

A limpeza da gengiva sob as dentaduras e próteses removíveis é fundamental, pois ali se depositam restos alimentares muito prejudiciais as mesmas e que, além deste fato, provocam mau-hálito, formam tártaro e mancham as próteses. As próteses devem ser removidas após a ingestão de alimentos para que se possa realizar uma adequada limpeza das mesmas e das gengivas.

É interessante ressaltar que no caso das dentaduras e próteses removíveis a limpeza deve abranger toda a superfície destes aparelhos, e não somente os dentes. Não se devem utilizar produtos auxiliares de limpeza (pastas de dentes mais abrasivas, vinagre, sabão, bicarbonato, etc.) para higienizar estes tipos de próteses, pois a maioria das resinas que compõem as bases e selas destes aparelhos é atacada por estes materiais, gerando perda do polimento e alterando a superfície de maneira a favorecer o depósito de alimentos e bactérias, que por fim criam áreas de irritação na gengiva em contato com estas próteses. A limpeza deve ser realizada após cada alimentação utilizando-se apenas escova, creme dental e água, devendo abranger todas as superfícies da prótese. Existem no mercado diversos produtos para

imersão noturna das próteses depois de devidamente higienizadas. Estes produtos, que são vendidos na forma de líquidos e pastilhas efervescentes, são utilizados como auxiliares do processo de limpeza. Quando a limpeza diária é realizada adequadamente estes produtos devem ser utilizados semanalmente ou quinzenalmente, no máximo.

As próteses que são fixas devem ser higienizadas como os dentes naturais, com exceção daquelas que repõem dentes perdidos, como é o caso das chamadas pontes fixas. Estas devem ser higienizadas através do uso de dispositivos especiais como as escovas interproximais e/ou interdentais associadas ou não ao uso do fio-dental. O fio-dental para ser utilizado nestes casos precisa ser encaixado em um dispositivo chamado passa-fio, que nada mais é do que uma agulha plástica que facilita a passagem do fio dental sob a ponte fixa. A correta higienização destes aparatos está relacionada não somente com saúde bucal do indivíduo como com a durabilidade do trabalho protético.

Devo tirar minhas próteses para dormir?

Existem controvérsias sobre o “descanso” noturno dos tecidos pela remoção das próteses ao dormir. Diversos autores que estudam o fenômeno da reabsorção óssea

afirmam que esta é inevitável em indivíduos que perderam seus dentes e passaram a ser usuários de dentaduras e/ou próteses removíveis. Eles afirmam que entre os usuários destes tipos de próteses, os que removem as próteses para dormir apresentam menor quantidade de reabsorção óssea e menor quantidade de lesões nas gengivas em comparação com os indivíduos que não as removem. Vale ressaltar que quanto maior a reabsorção óssea maior será a dificuldade para retenção das futuras próteses. Logo, a remoção noturna das próteses deve ser estimulada e realizada diariamente. A colocação de implantes dentais é a única maneira de se evitar este fenômeno de reabsorção óssea.

Auxiliares de limpeza

Existem muitos acessórios, além da escova, do fio-dental e do limpador lingual, criados para auxiliar na higiene bucal. Mas há consenso de que somente em casos específicos estes devem ser utilizados. Nem todos os idosos necessitam utilizar, por exemplo, escovas interproximais, enxaguatórios bucais, jatos de água, escovas elétricas, etc. A utilização de vários métodos de higiene acaba por levar à criação de mecanismos de "compensação", como por exemplo, "hoje não vou usar o fio-dental, pois

já utilizei o jato de água”, “hoje não vou escovar, pois farei um forte bochecho”, etc. Estes outros dispositivos devem ser utilizados em situações específicas, para regiões específicas e sempre sob orientação profissional. O fundamental é a utilização adequada daquilo que é realmente necessário para execução de uma ótima higiene bucal, ou seja, a utilização do mínimo possível de meios para que seja alcançado o máximo possível de eficiência.

Na presença de um espaço maior entre os dentes, a escova interproximal é mais eficiente que o fio-dental, desde que corretamente utilizada. Ela também pode ser utilizada para higienização da área situada embaixo das pontes fixas, entre estas e a gengiva, desde que haja espaço para tal. Caso o espaço seja muito reduzido pode-se utilizar o fio-dental associado ao passa-fio.

Existe no mercado uma enorme variedade de produtos para bochecho. É preciso deixar muito claro que estes produtos, quando recomendados por um profissional, devem ser utilizados como auxiliares da higiene “mecânica” realizada pela escova, fio-dental e limpador lingual e nunca como o único meio para higiene bucal.

Conclusão

Não existem motivos para desanimar. Se os dentes ainda estão presentes, vamos cuidar para que sejam mantidos saudáveis, através da realização de uma ótima higiene bucal e de visitas regulares ao cirurgião-dentista. Se dentes já não estiverem mais presentes a procura por um profissional é fundamental para a escolha da melhor opção de tratamento visando a recuperação do que foi perdido. Com todos esses cuidados é possível aproveitar a melhor idade de maneira saudável, com qualidade de vida e sempre sorrindo!!!

Referências

- 1.ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults, Dent. Clin. North. Am. V. 41, n.4, pp. 727-747, Oct. 1977.
- 2.MONFRIN, R. C. P.; RIBEIRO, M. C. Avaliação de anti-sépticos bucais sobre a microbiota da saliva. Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent. V.54, n.5, pp. 400-407, Set-Out 2000.
- 3.MONTENEGRO, F. L. B. Revisão e análise das técnicas utilizadas na avaliação da reabsorção óssea em próteses parciais removíveis. Dissertação Mestrado, F. O. Univers. De São Paulo, 1989, 52 p.
- 4.OLIVEIRA, S. M.; DORFER, C.; STAEHLE, H. J. Escovas interdentais: aspectos morfológicos de interesse clínico, Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent. V.51, n.2, pp. 143-149 Mar-Abr 1997.

5.SESMA, N.; TAKADA, K. S.; LAGANÁ, D. C.; JAEGER, R. G.; AZAMBUJA, N. Eficiência dos métodos caseiros de higiene e limpeza das próteses parciais removíveis, Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent. v. 53, n.6, pp.464-468, Nov-Dez 1999.

6.ZANATTO, A. R. L. A eficácia do fio dental e da escova interdentária no controle da placa bacteriana interproximal subgingival. Dissertação Mestrado, Univ. Camilo Castelo Branco, 1995, 50 p.

CAPÍTULO 7

NECESSIDADE DE PROJETOS CULTURAIS INTEGRADOS PARA OS NOVOS IDOSOS

Por **Jamil Dias**

Jamil Antônio Dias é produtor cultural pós-graduado em Gestão de Negócios e graduado em Artes Cênicas. Presidente da Câmara de Artes do Conselho Municipal de Cultura de Blumenau, professor de Ensino Fundamental e Médio na disciplina de Artes. É técnico de cultura do SESC Blumenau, responsável pelo gerenciamento e execução dos projetos culturais desenvolvido pela instituição

Uma novidade para o Brasil muito acostumado a copiar o primeiro mundo: a população de idosos está próxima a ficar parecida com a européia.

Enquanto lá existem projetos que visam a inserção desta população em eventos culturais, o Brasil ainda busca solucionar seu déficit da Previdência Social.

A possibilidade real de no ano de 2025, a pirâmide populacional inverta, havendo mais idosos que crianças no país, faz com que já se pense em ações, a curto, médio e longo prazo possam ser implementadas.

Porém, se antes a oferta de espaços à atividades culturais se resumia a uma tarde no salão da igreja para uma partida de bingo, hoje esta população idosa busca outras atividades, e com isso se faz necessário implementar e oferecer a esta mesma comunidade ações em todos campos sócio-culturais.

Esta nova peça da grande engrenagem cultural desconhece o que é cultura, que ele é também um sujeito cultural, que existe um estatuto que o defende.

Em 01 de outubro de 2003, foi sancionado pelo Presidente da República o Estatuto do Idoso. Já nos primeiros artigos define o idoso como pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, que este mesmo idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo a proteção integral de que trata a 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.

No Artigo 3º, deste mesmo Estatuto, fica definido "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". (Cap. 5 art. 3º).

Cultura, em linhas gerais, é o conjunto de características humanas que não são inatas, que se criam e se preservam ou aprimoram através da comunicação e cooperação entre indivíduos em sociedade.

Sujeito cultural é o catalisador dessas ações e atividades culturais, a ele apresentado, em suas várias formas e linguagens.

O Artigo 20 do Estatuto registra: "O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade".

Um dos erros comuns àqueles que pretendem desenvolver atividades culturais com idosos é desconhecer e/ou subestimar

sua carga cultural, adquirida durante anos de trabalho. Fazem uma leitura equivocada e acabam oferecendo qualquer atividade para esse público pensando que suprem os anseios desta população, caem na cilada de compará-los aos vovôs de antigamente.

A oferta de produtos culturais não poderá ser pensada como meras ações recreativas, o perfil dos eventos culturais deverá mudar para atender a este grupo. Casas de shows e teatros deverão adaptar seus espaços físicos para receber esta envelhecida população brasileira, conscientizando os gestores e os produtores de eventos culturais que ainda não atentaram à realidade. O próximo passo a ser dado, pois como outro grupo qualquer, os idosos, têm poder aquisitivo, e agora aposentados buscam fazer atividades às quais estavam impossibilitados.

O idoso deve exigir dos produtores culturais, uma ampla divulgação de seus direitos nas produções, como a proporcionalidade de descontos de cinquenta por cento nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais (art. 23).

Existe a necessidade da criação de campanhas que insiram os idosos em atividades culturais, como pacotes especiais,

que incluam deslocamento do público até os teatros, projetos que venham ao encontro dos interesses dos mesmos. Estes também precisam buscar informações junto a empresas que tenham grupos, ou associações e ofereçam atividades culturais, para serem utilizados como mecanismo de inserção social.

Um bom exemplo nesse sentido é o Serviço Social do Comércio – SESC, entidade fundada em setembro de 1946 voltada para o bem-estar social e com amplo leque de serviços – Creche; Educação Infantil; Ensino Fundamental; Educação de Jovens e Adultos; Pré-vestibular; Medicina Preventiva e de Apoio; Odontologia; Nutrição; Cinema; Teatro; Música; Artes Plásticas; Dança; Artesanato; Biblioteca; Esporte; Ação Comunitária e Assistência Especializada - ofertado aos trabalhadores do comércio de bens e serviços e à comunidade em geral.

Seus grupos de convivências são exemplos do que se pode ter na área da Assistência. O programa trabalha a auto-estima dos participantes, integra-os, socializa-os, e dá a eles mais autonomia. Estes resultados são alcançados através da participação dele em vários programas e atividades. O SESC oferece cursos especialmente estruturados para atualizar seus conhecimentos: atividades com crianças e adolescentes, música, artes plásticas,

concursos, exposições, seminários e visitas culturais.

Necessário se faz perceber o idoso como um agente cultural, pois na maioria das vezes cabe a ele a responsabilidade da manutenção de várias tradições. Quantas vezes em apresentações é visto um grupo de idosos, sem a companhia de jovens, sendo os únicos atores da perpetuação da memória local.

Existem várias barreiras a serem ultrapassadas, conscientizar é um processo longo e difícil. Porém, não se pode deixar de acreditar, que tanto o produtor cultural quanto a população se desconhecem.

A partir do momento que se admite que somente ações isoladas, (concurso de pintura, poesia, festivais locais de teatro, música e dança); não são o bastante, e se busca um projeto conjunto de reflexão sobre o papel neste xadrez cultural, é necessário que se tome as providências à execução das ações culturais, podendo também envelhecer com a qualidade de vida da população européia, pois atenta-se a oferecer dignidade aos idosos de hoje e amanhã.

CAPÍTULO 8

A MICRO NUTRIÇÃO NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE

Por **Karine Kalvelage**

***Karine Kalvelage** é nutricionista graduada na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Pós-graduanda em Nutrição Clínica Funcional. nutricionista da Associação Casa São Simeão de Blumenau, nutricionista da Clínica de Oncologia Reichow e nutricionista do SESC de Blumenau.*

Agradecimentos

*Expresso aqui meus agradecimentos a:
Primeiramente a Deus que permitiu a concretização deste trabalho.
A minha mãe, super mãe que me ajuda sempre.
A meu pai que deu condições para realizar desde o início este trabalho, dando oportunidade do conhecimento e realização profissional.
Sou muito grata a meu marido Guto e sogra Noly que deram apoio no período de elaboração deste trabalho e a Suleica Hagen e Rosane Martins pelo convite para participar deste trabalho maravilhoso.*

A manutenção da saúde ocorre através da Alimentação, pois o alimento é o combustível do nosso organismo. Na terceira idade, sabe-se que a necessidade deste combustível é ainda maior, pois nesta fase da vida, apresentam-se alguns fatores que dificultam no aproveitamento dos nutrientes dentro do organismo, pois a partir de certa idade o corpo já não consegue aproveitar adequadamente os alimentos. Além disso, as papilas gustativas não estão tão afiadas quanto antes, os dentes já não são mais os mesmos e segundo Marchini, J. S. et al (1998), os principais fatores de risco incluem os estados hipogonadais (particularmente no período pós-menopausa), fumo, baixa ingestão de cálcio, sedentarismo, história familiar e o uso de certas medicações. Com a mudança fisiológica do organismo na terceira idade, a quantidade de suco gástrico no estômago, a capacidade funcional dos órgãos, entre outros, percebemos hoje a necessidade ainda maior de uma alimentação com presença de alimentos ricos em Macro e Micronutrientes.

O alimento é composto por nutrientes que indicam a sua composição química. Estes são Macronutrientes: proteínas, carboidratos e lipídios, e os Micronutrientes: vitaminas e minerais, água e fibras (Stürmer, 2001, p.20).

O objetivo deste capítulo é distinguir a importância dos micronutrientes e suas fontes alimentares.

Inicialmente abordo sobre as vitaminas. Estes são compostos orgânicos, encontrados nos alimentos em pequenas quantidades, não podem ser sintetizadas pelo organismo e são essenciais às reações metabólicas específicas. As vitaminas não compõem tecidos, mas atuam nos metabolismos para manutenção adequada do organismo. A deficiência destes compostos no organismo leva às doenças carenciais, assim como o excesso pode produzir efeitos tóxicos. Por isso, devemos ter a prática de uma alimentação equilibrada e balanceada contendo todos os grupos de alimentos. As vitaminas são comumente classificadas em dois grupos, correspondente a sua solubilidade: lipossolúveis e hidrossolúveis. As **lipossolúveis** são somente solúveis em gordura, são **Vitamina A, D, E e K**. As **hidrossolúveis** são solúveis em água, são **Vitaminas do complexo B e Vitamina C**.

Vitaminas Lipossolúveis

Vitamina A ou Retinol – tem função na manutenção da visão normal, crescimento esquelético, integridade no sistema imunológico (nosso sistema de defesa), ação protetora na pele e mucosas. O Beta-caroteno

tem como sua maior eficiência a ativação da vitamina A ou Retinol, sendo que também o licopeno, nutriente responsável pela coloração vermelha nos alimentos, seja mais efetivo no que diz respeito à ação antioxidante. Encontramos este nutriente nos seguintes alimentos: fígado bovino, leite e derivados, ovos, verduras de cor verde-escuro (espinafre, couve, agrião, rúcula, entre outros) e a fonte de beta caroteno. Observamos os alimentos de cor amarelo-laranja, como: cenoura, mamão, abóbora, espinafre, batata-doce, manga, brócolis, laranja, damasco, pêssego, melão, entre outros.

Vitamina D – está armazenada na pele, este armazenamento acontece através de alimentos fontes deste nutriente e ativa-se através dos raios ultravioleta, exposição correta ao sol. A mesma tem como função absorção de cálcio, pois estimula o transporte deste pelas células da mucosa do intestino. Em conjunto com o paratormônio, atua na mobilização do cálcio dos ossos e aumenta a absorção de cálcio e fósforo. Devido suas funções esta vitamina é importante para o equilíbrio das funções neurológicas e cardíacas, e para coagulação sanguínea. As fontes alimentares desta vitamina são: sardinha, gema de ovo, fígado, óleo de peixe.

Vitamina E – a vitamina E ou tocoferol refere-se a um grupo de oito substâncias oleosas, encontradas na natureza, com propriedades vitamínicas. Esta é absorvida no intestino, juntamente com as outras gorduras e sais biliares, indo inicialmente para corrente linfática, posteriormente para o sangue e para o fígado, onde é utilizada e eventualmente estocada. Sua absorção fica prejudicada pela presença de laxantes. A atuação desta vitamina é como antioxidante, combatendo os radicais livres, estes responsáveis pela oxidação do nosso metabolismo. Também trabalha contra a agregação plaquetária. Suas fontes alimentares são: óleo de gérmen de trigo, óleo de milho, óleo de soja, óleo de girassol, amêndoas, batata-doce, abacate, damasco, azeite de oliva, gema de ovo.

Vitamina K – A vitamina K é fundamental no mecanismo de coagulação sanguínea. As melhores fontes são as bactérias intestinais que produzem vitamina K. Desta forma, a melhor maneira de prover o corpo com boas quantidades deste nutriente é manter a flora intestinal saudável, evitando o consumo de açúcar branco, alimentos industrializados e evitar o uso de antibióticos, pois não diferenciam as bactérias boas e as ruins, destruindo todas. Além desta fonte este nutriente pode ser encontrado nos seguintes

alimentos, como: couve-flor, chá verde, espinafre, brócolis, alface, couve, fígado, agrião e repolho.

Vitaminas Hidrossolúveis

Vitaminas do Complexo B

Este complexo de vitaminas apresenta características parecidas: são todas hidrossolúveis, não são armazenadas em grandes quantidades no organismo, necessitando a ingestão de fontes alimentares diariamente, oferecem baixa toxicidade, as fontes alimentares têm a mesma procedência, sendo estas de origens vegetais e animais, são facilmente destruídas pelo cozimento dos alimentos, e produzidas pelas bactérias intestinais. As vitaminas do complexo B são: vitamina B1 ou Tiamina, vitamina B2 ou Riboflavina, vitamina B3 ou Niacina ou Nicotinamida, vitamina B5 ou Ácido Pantotênico, vitamina B6 ou Piridoxina ou Piridoxal, Ácido Fólico, vitamina H ou Biotina, vitamina B12 ou Cobalamina. Existem outras que estão sendo comprovadas, pois a ciência da nutrição está diariamente em evolução.

Vitamina B1 ou Tiamina – O congelamento não altera a quantidade nos alimentos. A absorção desta é prejudicada

pelo consumo de álcool, açúcar, café e chá e pela deficiência de ácido fólico. Ainda a carência desta mostra estar relacionada o Beribéri (confusão mental, perda de massa muscular, edema, paralisias periféricas, taquicardia e cardiomegalia), depressão, falta de memória e sintomas neurológicos leves. Suas fontes alimentares são: levedo de cerveja, sementes de girassol, carne de porco, amendoim, gérmen de trigo, suco de laranja.

Vitamina B2 – Riboflavina - A deficiência de B2 é rara, sua principal causa é a desnutrição, podendo ser influenciada por desequilíbrios da flora intestinal e do hipotireoidismo. Pode influenciar também em fadiga, estresse, imunodeficiência, proteção de catarata, acne, depressão, alcoolismo. Fontes: levedo de cerveja, leite e derivados, ovo, arroz integral, fígado, leguminosas.

Vitamina B3 ou Niacina ou Niacinamida - esta vitamina indiretamente esta relacionada a mais de cinquenta reações metabólicas diferentes. A mesma estimula a circulação, diminui os níveis de colesterol, e é importante no suporte das funções do sistema nervoso. A deficiência leve caracteriza-se por fraqueza muscular, anorexia, indigestão e erupções na pele. Tem ação no sistema nervoso interagindo na ansiedade, depressão,

enxaqueca, tratamento pós-infarto do miocárdio, hipoglicemia, diabetes, hipertensão arterial, insônia e outros. Esta poderá ser encontrada nos seguintes alimentos: fígado, frango, atum, abacate, arroz integral, ovos, leite.

Vitamina B5 ou Ácido Pantotênico -

Seu papel no metabolismo está relacionado à sobrevivência das células. Dietas ricas em alimentos processados podem levar a carência desta vitamina, pois no processo de industrialização é eliminada sua atividade biológica. O uso intenso de antibióticos lesa as bactérias intestinais, que também produzem esta vitamina. A carência nutricional desta vitamina está caracterizada por fadiga, queimação na planta do pé, depressão, hipoglicemia, imunodeficiência e piora dos sintomas de alergia. Fontes: fígado, levedo de cerveja, ovos, peixes, aves, cereais integrais, vegetais (couve-flor, batata-doce e brócolis).

Vitamina B6 ou Piridoxina – Com congelamento os alimentos perdem 55% de Vitamina B6. Tem produção por bactérias intestinais saudáveis, pouco armazenadas no tecido muscular. Atua no equilíbrio hormonal feminino, depressão, tensão pré-menstrual, gravidez, estresse, enxaqueca e outros. Fontes: carne, fígado, grãos integrais, gérmen

de trigo, peixes, aves, ovos, amendoim, leguminosas (lentilha, feijão, grão-de-bico e ervilhas), bananas, abacates, batatas e couve-flor.

Ácido fólico – esta vitamina é essencial á formação e à maturação de hemácias e de leucócitos na medula óssea. O ácido fólico é necessário ao equilíbrio das funções cerebrais e saúde mental e emocional. A deficiência desta vitamina é comum na gestação, alcoolismo, desnutrição, leucemia, terceira idade e doença de Hodgkin. As melhores fontes deste nutriente são: fígado, leguminosas (feijão, lentilha, grão-de-bico e ervilhas), espinafre, aspargo, suco de laranja e brócolis.

Vitamina H ou Biotina – os sintomas da sua deficiência pode ser fadiga, queda de cabelo, depressão, anemia, anorexia, hipercolesterolemia, dores musculares, entre outros. As principais fontes alimentares são fígado, sardinha, geléia real, gema de ovo, couve-flor, arroz integral, leite e frutas (banana, melancia, morango, etc.), sendo a mais abundante a levedura de cerveja.

Vitamina B12 ou Cobalamina – o suco gástrico ajuda na sua absorção, mas com passar dos anos nosso organismo diminui

naturalmente a produção deste, necessitando a ingestão diária dos alimentos fontes deste micronutriente, pois está relacionado ao metabolismo de todas as células, especialmente as do trato gastrointestinal, as da medula óssea e as do sistema nervoso. Juntamente com outros micronutrientes como Vitamina C, ácido fólico, ferro, cobre e Vitamina B6 é necessária para formação de hemácias. A cobalamina é encontrada quase exclusivamente em alimentos de origem animal, como: fígado, leite, ovos, peixe, queijo e carne.

Vitamina C ou Ácido Ascórbico – sua utilização é feita em cerca de duas horas, estando acelerado este uso em situações de estresse, tabagismo, alcoolismo, febre e infecções virais. Tem ação de co-fator em várias reações biológicas. A vitamina em questão tem papel importante na formação de colágeno, justificando assim sua importante participação no metabolismo do tecido conjuntivo, ósseo, cartilaginoso, bem como sua ação nos processos de cicatrização. Principais fontes: suco de acerola, suco de laranja, pimentões, kiwi, manga, melão, mamão papaia, morangos, entre outros.

Em continuação dos micronutrientes, falo a seguir sobre os minerais. Como as

vitaminas, os minerais são essenciais à saúde física e mental, tomando parte da estrutura celular, particularmente nas células sanguíneas, nervosas e musculares, bem como nos ossos, dentes e tecido conjuntivo. Sua origem alimentar depende fortemente da composição mineral do solo, visto que essa é sua única fonte na natureza. Além disso, o refino e o processo de industrialização dos alimentos excluem grandemente seu conteúdo mineral. O organismo pode fazer uso dos minerais e armazená-los para necessidades futuras. O consumo de açúcar, de cafeína e de álcool depleta-os com facilidade.

Cálcio – o mineral mais abundante no organismo, representa cerca de 1,5 a 2% do peso corporal. O Cálcio atua na composição estrutural dos ossos e dentes; necessário na contração dos músculos; estabiliza a frequência cardíaca e a pressão arterial; ativa enzimas que ajudam nas reações metabólicas; ativa hormônios e neurotransmissores. Este nutriente é encontrado em sardinha, leite e derivados, tofu, espinafre, couve, nesta encontra-se mais biodisponível.

Magnésio – Vários fatores podem dificultar a absorção ou aumentar a eliminação deste mineral, entre eles a ingestão de cafeína, álcool, açúcar refinado, excesso de

cálcio, fósforo, gorduras, proteínas e uso de anticoncepcionais orais. O magnésio tem função fisiológica no relaxamento muscular, regula o ritmo cardíaco, mantém permeabilidade vascular, atua no metabolismo cerebral e de neurotransmissores, constitui ossos e auxilia na absorção de Cálcio, Fósforo, Sódio e Potássio. Suas fontes alimentares são: tofu, germen de trigo, castanha de caju, linguado, batata, espinafre, pão integral.

Fósforo – opera na estrutura de ossos e dentes, contração muscular, ativação de vitaminas. Fontes: tofu, leite e derivados, amêndoas, levedo de cerveja, carne vermelha, batata, ovos, pão integral.

Potássio – este nutriente trabalha no controle da pressão arterial, neurotransmissão, contração muscular, frequência cardíaca. Está presente no abacate, espinafre, feijão-preto, passas, batata, suco de laranja, banana e couve-flor.

Ferro – os alimentos de origem vegetal são pouco absorvíveis, enquanto as carnes têm ferro mais biodisponível. A vitamina C auxilia ingerida simultaneamente auxilia na absorção deste mineral. Este tem como função o transporte de oxigênio, produção de energia, proteção do organismo destacando-se no

desempenho do sistema imunológico. Suas fontes alimentares são: fígado, ervilhas, feijão, carne vermelha, gérmen de trigo, espinafre, entre outros.

Zinco – é o mineral envolvido no maior número de funções metabólicas que conhecemos. Suas funções fisiológicas são: produção de energia, manutenção da pele saudável, formação de colágeno, participa da estrutura mineral de ossos e dentes, no sistema imunológico participa da produção de anticorpos, atua na preservação do paladar, olfato e visão, e outras. Tem como fonte alimentar gérmen de trigo, carne vermelha, ostras, fígado, ricota e arroz integral.

Selênio – este mineral vem sendo comentado pelo seu poder antioxidante que combate radicais livres, atuando assim na prevenção ao câncer, doenças cardiovasculares, atua no sistema imunológico pela formação de anticorpos, entre outros benefícios ainda em estudos. Sua maior fonte alimentar é a Castanha do Pará, sendo este o único alimento que supre a necessidade diária de um adulto deste mineral, consumindo duas unidades dia.

Com este capítulo espero incentivar o consumo de uma alimentação variada,

equilibrada e colorida, desta forma suprindo o maior número de vitaminas e minerais. Para auxiliar nestes nutrientes é necessário a ingestão de líquidos adequada diariamente, devendo ser de dois litros dia, sendo água mineral ou filtrada, chá ou sucos. Para aproveitamento de todos estes nutrientes uma atividade física também deve ser aplicada, sempre orientada pelo profissional adequado, sendo fisioterapeuta ou educador físico.

REFERÊNCIAS

Carvalho, Paulo R. C. **Medicina Ortomolecular.** Rio de Janeiro, RJ. 3ª Ed. Editora Nova Era 2004.

Stürmer, Joselaine Silva. **Reeducação Alimentar: qualidade de vida, emagrecimento e manutenção da saúde.** Petrópolis, RJ. Ed Vozes, 2001.

Marchini, J.S., et al. **Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção.** Medicina, Ribeirão Preto, 31: 54-61, jan/mar, 1998.

CAPÍTULO 9

SAÚDE BUCAL DO IDOSO: HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

Por Mara Lúcia Campos

***Mara Lúcia Campos** é Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Pós-Graduada em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Pós-Graduada em Odontologia Social e Coletiva pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Docente de Odontogeriatrics e Odontologia Social e Coletiva da Universidade Regional de Blumenau (FURB). Docente do Curso de Especialização em Gerontologia da FURB. Docente do curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade do Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). Atuante com grupos de terceira idade desde 1998. Atuante em estágios com alunos em casas asilares desde 2000.*

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais (Eduardo J. S. Pamplona, 75 anos e Waltrudes G. Pamplona, 73 anos) a quem amo muito, e a minha sogra (Lilia C. Campos, 81 anos) grande amiga e companheira, que sabem envelhecer e aproveitar o que de bom só a idade traz.

"Assim como o dia bem empregado nos traz alegria ao dormir, também uma vida bem aproveitada nos dá alegria ao morrer" Leonardo da Vinci

A velhice é um tema que tem despertado a atenção pelo aumento da proporção de idosos na população, fenômeno comum a diversos países, tanto no primeiro mundo quanto em desenvolvimento.

O potencial de dentes perdidos e o percentual de edentulismo em estudos de países desenvolvidos e não desenvolvidos indica que a saúde bucal do idoso parece semelhante em ambas as realidades.

As necessidades odontológicas de idosos são importantes e amplas. A saúde bucal tem um papel relevante na saúde do idoso, uma vez que o comprometimento da saúde bucal pode afetar negativamente, tanto

o bem estar físico, quanto o bem estar psicossocial. A perda dos dentes é fator desencadeante de sentimentos de desamparo e diminuição da auto-estima, mas com a reposição dos dentes ausentes através de próteses bem confeccionadas, o idoso refaz sua imagem pessoal e social.

Dados epidemiológicos das condições de saúde Bucal da população brasileira demonstram que:

- A cárie dentária tem um rápido avanço conforme a idade. A média do índice CPO-D(dentes cariados, perdidos e obturados) em idosos é de 28, isto significa que de 32 dentes permanentes, restam em média apenas quatro dentes por idoso.
- Doenças da gengiva - menos de 8% da população idosa apresenta gengivas saudáveis.
- Perda de dentes - entre os idosos os dados são preocupantes, pois três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional. Desses, mais de 36% necessitam de pelo menos uma prótese (dentadura).

Pesquisas recentes alertam para a estreita relação entre saúde bucal e saúde geral, demonstrando que a má condição de saúde

bucal, principalmente a presença de doenças periodontais (da gengiva e do osso que suportam os dentes) constrói fator predisponente à doenças sistêmicas.

As bactérias decorrentes das infecções da cavidade bucal passam a circular na corrente sanguínea podendo se alojar em órgãos vitais como rins, coração, pulmões, comprometendo de forma severa tais órgãos, podendo desta forma debilitar o estado geral de saúde do idoso.

A higiene bucal é um fator primordial na saúde de todos os indivíduos. Geralmente é negligenciada pelo paciente devido a falta de informações e orientação por parte do profissional, acarretando efeitos indesejáveis para a saúde bucal e geral.

De acordo com Lelasca (1997) a higienização inadequada das próteses, pode ocasionar o acúmulo de detritos alimentares e placa bacteriana (acúmulo de bactérias) sobre a superfície da mesma, resultando em alterações inflamatórias na mucosa.

Embora existam vários materiais e métodos disponíveis para a correta limpeza de próteses, observa-se que ainda existe uma falta de conhecimento dos pacientes usuários de próteses removíveis quanto à higienização e manutenção das mesmas. A higiene bucal orientada é um recurso adequado para a manutenção da saúde bucal.

Brunetti e Montenegro (2001), relatam que as prótese do tipo removível levam vantagens significativas perante as fixas ou implantadas, pois podem ser removidas e limpas fora da boca pelos pacientes ou seus auxiliares. Dentre estas, se destacam as próteses parciais removíveis, as próteses totais e as próteses removíveis sobre implantes.

As próteses removíveis devem ser submetidas a limpeza mecânica diária e complementarmente a limpeza química semanal.

LIMPEZA MECÂNICA:

As próteses não fixas devem sempre ser removidas da boca e então limpas com o objetivo de eliminar de sua superfície acúmulo de placa bacteriana e resíduos de alimentos. A limpeza constante a cada refeição com escova e pasta de dentes, dentro da pia com água ou acima de um recipiente (bacia), de preferência plástico, é o meio mais eficiente e desta forma, evita quebrá-las numa eventual queda. Para os pacientes idosos que possuem algum grau de deficiência motora, o uso de escovas elétricas, especialmente os modelos atuais, pode ser uma boa medida para superar suas dificuldades (TODESCAN,2000).

Existem escovas, segundo Drummond e Colab (1995), que auxiliam na empunhadura por

parte dos pacientes com Artrite (graus mais brandos) ou que passaram por um AVC (Acidente Vascular Cerebral), são escovas adaptadas a cabos anatômicos que facilitam o agarre pelo paciente idoso com capacidade manual reduzida.

As escovas são as disponíveis no mercado e os cabos anatômicos podem ser confeccionados ou adaptados e também já existem no Brasil em casas especializadas.

Devemos criar o hábito de ter uma seqüência na escovação para não esquecermos de higienizar nenhuma parte da prótese. A limpeza da mesma deve ser interna, externa e nos rebordos.

Quando a prótese possui grampos metálicos a eficiência da limpeza aumenta quando usamos escovas especiais para limpar dentro dos grampos, ou limpadores de mamadeiras (de boca estreita) adaptados, que preenchem igualmente estes requisitos.

É muito importante salientar o momento de trocar as escovas, pois muitas pessoas acabam usando-as até que as cerdas estejam totalmente “abertas”, diminuindo consideravelmente a sua eficiência na correta limpeza.

Uma média de dois meses é o período recomendado para a troca.

LIMPEZA QUÍMICA:

Em complemento a limpeza mecânica das próteses removíveis, associamos uma limpeza química por meio de substâncias para a imersão das mesmas.

Existem diversas substâncias para a imersão das próteses depois de limpas, que podem ser líquidas ou em pastilhas efervescentes.

Uma vez que a limpeza diária seja eficiente, o uso de tais produtos pode ser feito uma vez por semana ou quinzenalmente, no máximo.

Os peróxidos alcalinos como *Corega tabs* (pastilha efervescente), podem ser utilizados tanto para próteses totais como parciais removíveis, pois não causam efeitos deletérios à resina ou ao metal das próteses.

Desinfetantes como a clorexidina em solução ou em gel, melhoram a condição da mucosa do paciente, combatendo a estomatite protética e outras patologias, sendo ainda indicado para desinfetar a base da prótese total.

O hipoclorito de sódio (água sanitária) é indicado para prótese total e não para prótese que contenha qualquer parte metálica. A água sanitária deve ser preparada da seguinte forma: em um copo comum colocamos dois terços de água e adicionamos duas a três colheres de água sanitária.

Esta limpeza deveria ser realizada durante a noite, retirando as próteses, quando os tecidos bucais devem descansar.

É recomendado aos idosos retirem as próteses removíveis para dormir. Assim a mucosa bucal “respira” e também “descansa” da pressão do aparelho protético.

Existem pessoas que, para esta necessária remoção, apontam descontentamento devido a certas situações como:

- Vergonha do cônjuge/familiares o verem sem prótese;
- Psicologicamente ficar sem a prótese implica em “assumir a velhice”.

Nestas situações é importante o fundamento com firmeza destas indagações, perguntando especificamente ao idoso se ele dorme de sapatos. Este é um excelente meio de mostrar a importância de retirar a prótese à noite.

Qualquer prótese dentária utilizada pelo idoso deve estar bem adaptada, não deve ficar frouxa, nem se deslocando no momento da mastigação.

A prótese não deve causar desconforto, dor, feridas ou sangramento. Próteses bem adaptadas e bem limpas asseguram ao paciente idoso saúde bucal e conseqüentemente saúde geral. Não é raro

idosos apresentarem problemas na mucosa bucal. Em geral são manifestações de infecções fúngicas, como a candidíase (sapinho), ou de origem traumática, como as úlceras.

Não é aconselhável utilizar materiais como pós e cremes adesivos para manter as próteses removíveis na boca. Estes adesivos viram verdadeiras colônias de bactérias, pelo acúmulo de restos alimentares, e podem gerar problemas nos dentes naturais que ainda possuem na boca.

As próteses têm uma vida útil limitada, é importante uma revisão periódica do dentista não só para a realização do exame bucal, mas também para avaliar as condições das próteses e a necessidade de serem trocadas ou refeitas.

Para os pacientes idosos com habilidade motora reduzida, ou que ficam permanentemente deitados, a higienização das próteses e da cavidade bucal deve ser realizado por pessoal auxiliar, ou seus familiares.

CONCLUSÃO:

A importância da prótese dentária bem adaptada e bem higienizada transcende à simples reposição de dentes, uma vez que:

- É uma integradora familiar - pois permite que seus parentes possam ser recebidos com mais conforto estético no convívio familiar;
- É uma integradora social - dando melhor aparência ao idoso, mantendo-o em sintonia com a sociedade;
- É mantenedora da saúde geral - de elevação da expectativa de vida – pois através de uma boa mastigação o idoso terá bom aproveitamento dos nutrientes na sua alimentação.

A prótese tem a capacidade de permitir o resgate da cidadania do idoso que bem situado na família e na sociedade, é um ser integral.

Referências

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Higienização do idoso com reabilitações bucais. *In: ODONTOGERIATRIA* Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

DRUMMOND, J.R.; NEWTON, J.P.; YEMM, R. Dental care of the elderly, London, Mosby-Wolfe, 1995, 224p.

LASCALA, N.T. Prevenção na clínica odontológica, São Paulo, Artes Médicas, 1997, 292p.

TODESCAN, F.F. Comunicação pessoal, São Paulo, 2000.

CAPÍTULO 10

ATIVIDADE FÍSICA: CORPO SADIO, MENTE SADIA

Por Marcelo Alves de Oliveira

Marcelo Alves de Oliveira é graduado em Educação Física pela Universidade Regional de Blumenau (FURB-SC), pós-graduado em Treinamento de Força e Musculação pela Universidade GAMA FILHO-RJ e frequentou como aluno especial, o mestrado em Atividade Física e Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Desenvolvedor e Responsável Técnico do Sistema de Avaliação Física do SESC – Santa Catarina juntamente com outros professores. Exerce sua atividade profissional junto ao SESC/Blumenau como professor de musculação, atuando com diversas faixas etárias, inclusive o público idoso.

Dedicatória

À minha mãe Geraldina, e ao meu pai Hercílio (in memoriam), falecido durante a elaboração deste projeto, e com certeza estaria muito orgulhoso por mais essa etapa vencida. Eles

que sempre foram, são e serão o alicerce de minha vida profissional e pessoal.

Para a melhor compreensão deste capítulo vejamos os conceitos a seguir:

Atividade física: entende-se como atividade física toda e qualquer situação que o indivíduo esteja se movimentando e provoque um gasto de energia significativa.

Trabalho de força ou exercício de força: não se impressione com esse termo. Ele será muito freqüente e significa qualquer trabalho ou exercício físico que exija esforço intenso. Força é a capacidade de exercer a maior tensão possível para erguer, empurrar, puxar ou arrastar um objeto sem danos musculares ao indivíduo.

Exercícios aeróbios: são aqueles que trabalham suas funções cardio-respiratórias (coração e respiração). Ex.: caminhadas, corridas, tênis, natação, hidroginástica, ciclismo, circuitos de musculação etc.

Capacidade funcional: é o conjunto de funções que nos permite realizar as atividades diárias, de locomoção, desempenhar tarefas básicas como levantar, tomar banho e executar serviços domésticos. Algumas destas funções

são: a força muscular, flexibilidade, equilíbrio e capacidade pulmonar.

Osteoporose: doença que se caracteriza pela perda gradual do conteúdo do osso, tornando-os mais frágeis e suscetíveis à fraturas ⁽⁴⁾.

O processo de envelhecimento, inatividade e suas causas

Segundo posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, as doenças crônicas degenerativas (ex.:diabetes, pressão alta) e outras enfermidades decorrentes do envelhecimento, podem ser acentuadas dependendo do estilo de vida. Grande parte do declínio da capacidade física dos idosos é devido ao tédio, a inatividade e a expectativa de doenças ⁽²⁾.

Reparem que em muitos casos, quando envelhecemos, deixamos de fazer as atividades corriqueiras seja qual for o motivo. Para alguns a inatividade é o descanso merecido por ter levado uma vida dura. Na maioria das vezes, esta situação coincide com a aposentadoria, e como resposta a isso acontece rapidamente a decadência da capacidade funcional. Lembrando: a capacidade funcional nada mais é do que um

conjunto de funções e qualidades do corpo que permitem que possamos realizar as atividades diárias. Algumas destas funções são: a força muscular, flexibilidade, equilíbrio e capacidade pulmonar.

No passado as tarefas caseiras eram praticamente exercidas por mulheres. Questão de machismo ou não, infelizmente esta era, e podemos dizer que ainda é a realidade, trouxe alguns benefícios às mulheres. A média de vida da mulher é maior do que a do homem. A expectativa de vida brasileira ao nascer, segundo dados do IBGE de 2000⁽⁸⁾, é de 74 anos para mulheres e 67 anos para os homens. Os motivos pelos quais isso acontece são vários. Um deles é o fato da mulher se manter ativa até o fim da vida. O homem, ao contrário, muitas vezes se torna dependente da mulher e a aposentadoria torna-se sinônimo de ócio.

Quando ficamos parados ou inativos, estas funções vão se degenerando, levando a invalidez ou a dependência motora (dependência de outras pessoas para se locomover). Nestas circunstâncias, a diminuição e enfraquecimento da massa muscular (músculos) e a queda da massa óssea (ossos), são imediatamente verificados, sendo que a partir dos 30 anos de idade a

perda da massa muscular chega a incríveis 43% em média até os 82 anos ⁽⁹⁾.

Podemos dizer que o corpo envelhece por falta de uso. Quanto mais ativo for o corpo, mais ele permanece jovem, em contrapartida, quanto mais inativo, mais rapidamente ocorre o envelhecimento e conseqüentemente a queda, ineficiência ou mau funcionamento de todas as funções do corpo. Este é um processo inevitável, mas qual você prefere? Envelhecer saudável ou envelhecer doente? Acho que a resposta é bem óbvia, não é mesmo?

Observando a figura abaixo, podemos entender melhor que a inatividade física leva a vários outros fatores que diminuem a qualidade de vida do idoso.

Resumindo, quanto mais inativo for, mais debilitado ficará, conseqüentemente mais frágil. A partir deste momento se torna dependente de outras pessoas, fazendo com que sua auto-estima reduza, levando-o à depressão e nessa condição é praticamente impossível a prática de atividades físicas, acelerando assim o processo de envelhecimento.

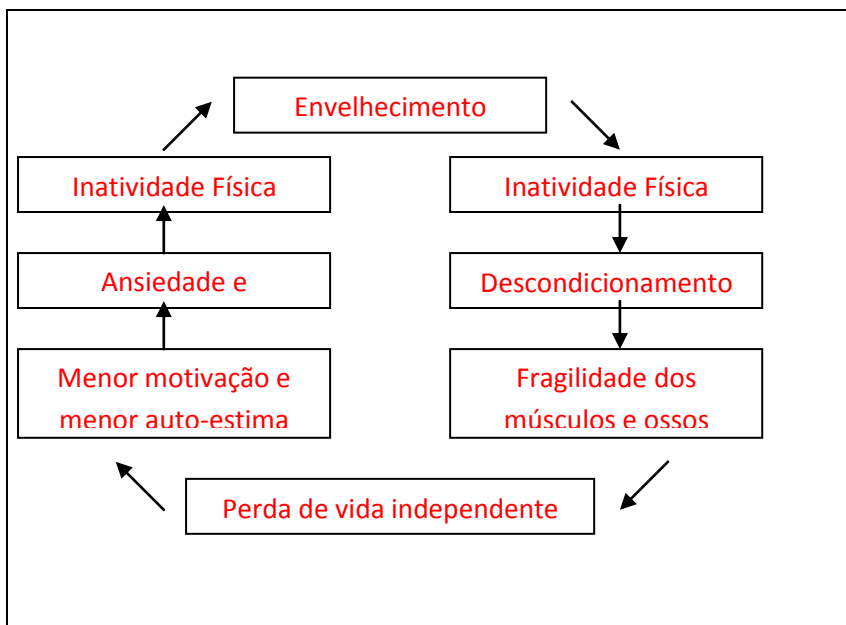


Fig. 1 O ciclo vicioso do envelhecimento –
Adaptado:(Rev. Bras. Med. Esporte – vol 5.
Nº6 – Nov/Dez. 1999)

Como então poderemos quebrar este ciclo?

Primeiramente devemos entender que o idoso não é um copo de cristal que precisa ser *extremamente* protegido para não se quebrar. Ele precisa de estímulo e motivação para a prática de atividades normais (trabalhos domésticos, caminhadas, etc.) e sistemáticas (atividades em academias, centros de saúde física, etc.).

A família exerce papel importante e fundamental neste processo. Assim, quando ajudarmos o idoso frágil nas tarefas do dia-a-dia incentivamos a sua inatividade e, além disso, o tornamos mais frágil. Em reflexão mais abrangente e profunda poderemos ouvir críticas negativas a este respeito. Entretanto, saber distinguir o que se pode ou não fazer em relação ao auxílio do idoso não é complicado. Sentar e levantar são movimentos simples, no entanto devem ser executados com o *mínimo* de ajuda possível para o bem da qualidade de vida do indivíduo, mas se deve levar em conta o grau da capacidade funcional deste.

Os níveis de aptidão física e suas atividades correspondentes

Para saber qual a atividade física que condiz com suas condições, se faz necessário analisar uma série de fatores que vão além de idade e sexo. A relação abaixo tem como objetivo identificar o nível de capacidade funcional do idoso e relacioná-lo às atividades físicas correspondentes:

Quadro 1. Relação da função física em pessoas idosas com as atividades físicas correspondentes.

Nível 1

Grau: Fisicamente incapazes, totalmente dependentes, realizam somente algumas atividades básicas da vida diária.

Atividades Físicas Propostas: Caminhadas com auxílio; Trabalhos manuais, mesmo que sentados; Estimulação do equilíbrio; Exercício sentado utilizando pesinho; Sentar e levantar com um pouco de ajuda.

Nível 2

Grau: Fisicamente frágeis, realizam tarefas domésticas leves, preparam as refeições, fazem compras. Conseguem desenvolver algumas das atividades intermediárias e todas as tarefas básicas da vida diária, que incluem o autocuidado.

Atividades Físicas Propostas: Caminhadas sem auxílio; Musculação leve; Hidroginástica; Estimulação do equilíbrio; Sentar e levantar sozinho ou quase sem ajuda. Tai Chi.

Nível 3

Grau: Fisicamente independentes, conseguem realizar todas as atividades intermediárias da vida diária. Inclui os idosos com estilo de vida ativo, entretanto não realizam atividades físicas de forma regular.

Atividades Físicas Propostas: Caminhadas sem auxílio; Musculação adaptada; Hidroginástica adaptada;

Dança leve; Estimulação do equilíbrio; Sentar e levantar sozinho; Capoeira leve; Ginástica localizada adaptada. Tai Chi.

Nível 4

Grau: Fisicamente aptos ou ativos, realizam trabalho físico moderado, esportes de resistência e jogos. São capazes de realizar as atividades avançadas da vida diária e a maioria dos afazeres preferidos.

Atividades Físicas Propostas: Musculação; Ginástica localizada; Capoeira; Dança; Hidroginástica; Corridas leves; Esportes coletivos (vôlei, futebol etc.);Yoga.

Nível 5

Grau: Atletas. Realizam atividades competitivas, podendo disputar em âmbito internacional e praticar esportes de alto risco.

Atividades Físicas Propostas: Todas as modalidades esportivas.

Adaptado de Spirduso ⁽⁵⁾

Embora este quadro sirva como orientação primária, tanto para o idoso, quanto para a própria família, a escolha da modalidade de exercício deve valorizar acima de tudo as preferências pessoais e possibilidades do envelhecete, e é

imprescindível a avaliação médica detalhada de seu estado de saúde.

Procure um profissional de Educação Física qualificado para orientá-lo após sua escolha. Ele analisará sua capacidade física atual e prescreverá o melhor conjunto de exercícios, levando em consideração suas preferências e sua condição de saúde.

Musculação: a terapia do futuro

1. Força e equilíbrio.

Ao pensar na palavra musculação, verifica-se um sentido bilateral no seu significado. A primeira vista associamos a “músculo grandão”, “grandalhão”, “gente musculosa” e outros adjetivos. Contudo, o nome musculação tem um sentido bem diferente no ponto de vista técnico. Significa treinamento contra uma resistência, ou treinamento resistido, ou ainda, ginástica com pesos. Pensando desta forma percebe-se que esta atividade já não parece mais tão assustadora. Atualmente é comum a presença de pessoas idosas nas academias de musculação. No entanto, esta é uma realidade extremamente atual. Há poucos anos o preconceito afastava as pessoas destes ambientes.

Dentre seus principais efeitos positivos, estão a melhoria da capacidade cardio-respiratória e diabetes, grande melhora na força, aumento da massa muscular (músculos), controle e redução de peso (emagrecimento), controle da pressão arterial, melhora do equilíbrio e da caminhada, menor dependência na realização de atividades diárias, melhora da auto-estima e autoconfiança, diminuição e estabilização da osteoporose muito comum em mulheres idosas.

Os benefícios proporcionados por esta modalidade, juntamente com a divulgação da mídia, fizeram com que ela deixasse de ser uma atividade exclusivamente esportiva (musculação), para se tornar uma atividade física de grande potencial terapêutico (ginástica com pesos), sendo usada também no auxílio da melhoria na qualidade de vida.

Por ser uma atividade individualizada é simples o controle da intensidade (forte ou fraco) e há uma vasta quantidade de exercícios, desde o mais simplificado aos mais complexos, permitindo assim uma evolução gradual de acordo com a capacidade do praticante. Esta enorme variedade de exercícios admite que pessoas com limitações

nas articulações também possam praticá-la, pois a amplitude pode ser controlada.

De todos os benefícios alcançados pela musculação, talvez o desenvolvimento da força e a prevenção da osteoporose sejam os mais relevantes a este público. Sabe-se que em torno de 70% dos casos de acidentes de pessoas idosas são ocasionados pela redução de atividades físicas simples como caminhar. Sendo que a falta de **força** e de **equilíbrio** é um dos principais motivos da ocorrência de acidentes por queda, levando-os assim a possíveis fraturas ⁽³⁾.

Em torno dos 60 anos é observada uma redução da força entre 30 e 40%, o que corresponde a uma perda de 6% por década dos 35 aos 50 anos de idade e, a partir daí, 10% por década ⁽⁶⁾. Pode parecer assustador, mas notem que isso tudo ocorre, em boa parte, pela inatividade.

Estudos recentes comprovam que mesmo em idade avançada é possível melhorar a força, bem como, estabilizar e readquirir parte da massa muscular perdida pelo processo natural do envelhecimento. A força adquirida em um treinamento de 12 semanas em pessoas com idade entre 60 a 72 anos, pode chegar a espantosos 200% nos músculos das pernas⁽¹⁾.

A descoberta das inúmeras vantagens proporcionadas por esse tipo de treinamento fez com que esses novos estudos preconizassem a importância dos exercícios de força e equilíbrio ⁽¹⁾ para os idosos, colocando-os acima dos exercícios aeróbios (ex.; caminhadas).

Mas por que é preciso ficar mais forte? O que isso tem a ver com sua saúde? Raciocine comigo: se você estiver com seus músculos mais resistentes e fortes, conseqüentemente fica fácil o equilíbrio, o que leva a diminuição de quedas e fraturas e tornará a vida independente sem a necessidade de auxílio. Analisando somente por esse ponto de vista já fica evidente as vantagens.

2. Osteoporose: prevenção

Outro proveito que se pode tirar desta modalidade é a prevenção da osteoporose. Esta é uma doença muito comum entre mulheres idosas, ocorrendo também em homens, mas de forma menos comum. Devido à ausência de sintomas as pessoas acometidas por esta doença, não percebem a perda óssea por anos, descobrindo a sua existência apenas quando acontece algum acidente com fratura. Felizmente, a medicina já trata estes males com mais freqüência.

Sabe-se que exercícios executados com o peso do próprio corpo podem reduzir a perda de massa óssea ⁽⁶⁾ e que os indivíduos submetidos ao leito tendem a exercer o papel oposto (KERR et alii., 1996). No treinamento com pesos adequados e adaptados ao indivíduo com osteoporose, é possível diminuir ainda mais estas perdas. Mesmo que os ossos já estejam fragilizados, a força adquirida com o treinamento previne futuras quedas fazendo com que as chances de fraturas sejam diminuídas.

3. Recomendações básicas do treinamento:

- a) O treinamento de força deve ser realizado pelo menos 2x por semana, com um mínimo de 48 horas de repouso entre as sessões para a recuperação da musculatura ⁽²⁾.
- b) Recomenda-se realizar um conjunto de 8 a 10 exercícios com 8 a 12 repetições para cada um, com intensidade de moderada a alta ⁽²⁾.
- c) A seleção dos grupos musculares a serem trabalhados deve se direcionar aos grandes grupos musculares que são importantes nas atividades da vida diária ⁽²⁾.

- d) A duração das sessões não deve ultrapassar a 60 minutos.
- e) Recomenda-se respirar antes de levantar o peso, e soltar a respiração durante a execução do movimento ⁽²⁾.

Para nossa reflexão!

Não podemos pensar que somente um tipo de atividade, pode resolver todos os problemas. Fique atento, nem sempre esta modalidade é a indicada. Qualquer tipo de exercício pode ser útil, desde que feita com prazer. Apenas enfatizamos acima, as qualidades e benefícios de uma delas. Força e equilíbrio são extremamente necessários, mas é todo um conjunto de ações e um estilo de vida heterogêneo (diversificado) que faz com que nosso corpo se mantenha completamente saudável. Experiências múltiplas devem ser testadas. Relacione as mais importantes, a atividade física talvez se encontre em primeiro plano, e agregue a isso as atividades artísticas, espirituais, mentais e sociais, além de manter uma boa alimentação.

O maior desafio nesta idade talvez seja começar a fazer alguma atividade, *o tiro de partida*.

As frases “não consigo”, “nem pensar”, “estou muito velho pra isso”, “estou muito fraco”, são as mais usadas, mas devemos saber que não existe situação, por mais avançada que esteja, que não possa ser contornada para prática de atividades físicas, exceto em casos extremos de internamento ou que não tenha mais condições de levantar-se.

Isso significa que o importante é se mexer! Voltar a ativa! Não ficar parado!

Lembre-se, viver é simplesmente aproveitar os dias que ganhamos a mais da forma mais intensa e saudável possível. De que adianta a expectativa de vida do homem subir de 50 para 70 anos se são vividos com suplício?

O envelhecimento é o conjunto da idade cronológica (idade em anos), com a idade biológica (corpo). O envelhecimento cronológico é inevitável, é medido em anos, meses e dias. É a vida! O envelhecimento biológico trata-se diretamente do corpo e pode ser retardado ou rejuvenescido.

Então se não podemos lutar contra a idade, façamos com que nossa idade biológica (corpo) se prolongue por muito tempo, nem tanto por vaidade, mas sim por uma questão de saúde, já que para um corpo sadio é

preciso de uma mente sadia. (Corpus sanus, Mentis sanus).

"Um herói não se faz pela maneira como ele ganhou ou perdeu uma batalha, mas sim pela bravura como lutou enquanto viveu". (Marcelo Alves de Oliveira, 2007).

Referências

- 1- Pereira B., Souza Junior TP. Compreendendo a barreira do rendimento físico: aspectos metabólicos e fisiológicos. São Paulo-SP: Phorte, 2005.
- 2- Okuma SS. O idoso e a atividade física: fundamentos de pesquisa. Campinas-SP: Papyrus, 1998.
- 3- Weineck J. Treinamento Ideal: instruções técnicas sobre o desempenho fisiológico, incluindo considerações específicas de treinamento infantil e juvenil, 9ªed., São Paulo: Manole, 1999.
- 4- Consensus Development Conference: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med 94: 646-650, 1993.
- 5- Spirduso W. *Physical dimension of aging. Champaign*: Human Kinetics; 1995.
- 6- Nóbrega ACL. *et alii*. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e

Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. Rev Bras Med Esporte. 1999; 5(6):207-211.

7- Tribess S & Virtuoso Jr JS. Prescrição de exercícios físicos para idosos. Rev. Saúde Com. 2005;1(2):163-172.

8- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil* :IBGE. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207&id_pagina=1 (Acessado em 28/jun/07).

9- Rogatto GP, Gobbi S. Efeitos da atividade física regular sobre parâmetros antropométricos e funcionais de mulheres jovens e idosas. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. 2001; 3(1):63-69.

CAPÍTULO 11

O TERMO DE ACORDO EXTRAJUDICIAL DE ALIMENTOS EM PROL DA PESSOA IDOSA

Por Maristela Nascimento Indalencio

Maristela Nascimento Indalencio é graduada em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI (2005-2007). Atuou como Professora de Direito de Família na Escola de Preparação e Aperfeiçoamento do Ministério Público de Santa Catarina (1999). Promotora de Justiça desde 1994, exercendo suas funções, atualmente, junto à 12ª Promotoria de Justiça (Família e Órfãos) da comarca de Blumenau.

Sumário: I - Introdução; II - O idoso e os alimentos; III – O papel do Ministério Público na tutela dos interesses individuais indisponíveis do idoso; IV- A prisão civil; V - Conclusão; Referências.

I - Introdução

O presente estudo pretende abordar a validade do acordo extrajudicial de alimentos formulado em prol de pessoa idosa e referendado pelo Ministério Público como título executivo judicial.

A idéia é buscar demonstrar que a natureza extrajudicial do acordo de alimentos referendado pelo Ministério Público permite sua execução nos moldes do Código de Processo Civil (art. 733 e seguintes), e com ela a sanção maior cominada ao devedor, ou seja, a prisão civil.

Utilizar-se-á, nesta investigação, referência à doutrina e jurisprudência, além dos elementos empíricos obtidos no dia-a-dia forense, obedecidas as limitações impostas pela natureza incipiente das inovações relacionadas à matéria.

II - O idoso e os alimentos

O dever alimentar funda-se numa obrigação geral de solidariedade, qualificada juridicamente por laços de parentesco. A esse respeito nossa Constituição Federal foi

expressa, dispondo em seu artigo 229 que “*os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade*”, deixando clara a imposição de auxílio mútuo entre ascendentes e descendentes.

Assim, segundo a doutrina, “a lei impõe aos pais (art. 1.568 c/c art. 1.694) o encargo de prover a manutenção da família e, por decorrência jurídica, a eles compete sustentar e educar os filhos. Da mesma forma, aos filhos compete sustentar os pais na velhice e quando necessitam de auxílio. Por isso, os romanos denominavam a obrigação *officium* e *pietas*, expressões que traduzem o fundamento moral do instituto, o dever de mutuamente, se socorrerem os parentes, na necessidade¹”.

No caso específico do ascendente idoso, tem-se como referência legislativa mais próxima a Lei 8.648, de 20 de abril de 1993, que veio acrescentar o parágrafo único ao artigo 399 do Código Civil de 1916, dispondo que “*no caso de pais, que na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover o próprio sustento, principalmente*

¹, LEITE, Eduardo de Oliveira. **Direito civil aplicado - direito de família**, vol. 5, editora Revista dos Tribunais, SP. 2005, p. 381.

quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas”.

A especificidade de tal norma acabou suprimida no novo código civil que, ao regulamentar os alimentos devidos entre parentes em seu artigo 1.694, limitou-se a dispor que *“podem os parentes, os cônjuges ou companheiros pedir uns aos outros os alimentos de que necessitem para viver de modo compatível com a sua condição social, inclusive para atender às necessidades de sua educação”.*

Foi somente com o advento do Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003) que os alimentos devidos à pessoa idosa tornaram a sofrer uma especificidade de tratamento, sendo então regulados pelo artigo 11 e seguintes do referido diploma, que agora estabelece a *solidariedade* entre os prestadores e a *subsidiariedade* do Estado na obrigação alimentar.

Assim, dispõe o Capítulo 3 do Estatuto do idoso, em seus respectivos artigos:

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

Os alimentos, portanto, quando se tratar de pessoa com idade superior a 60 anos, passam a ter uma nova dimensão, revelando sua condição de instrumento de garantia da dignidade da pessoa idosa, estendendo-se o dever assistencial para além do vínculo de parentesco, gerando, como se viu, obrigação subsidiária do próprio Estado em caso de impossibilidade da manutenção familiar.

Aludida característica diz com a doutrina da proteção integral, adotada no Estatuto do Idoso, a exemplo do que já havia sido feito na área da infância e juventude, ou

seja, deixa claro que o idoso, por sua particular condição de hipossuficiente diante da dinâmica social - marcada, no regime capitalista, pela competição e pela qualificação pessoal, profissional e econômica, como delimitadores do *status* social - é reconhecido como juridicamente em situação de *desigualdade*, devendo ter suas carências supridas pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Com esse novo enfoque a obrigação alimentar, mais do que nunca, ganha especial dimensão enquanto direito de natureza indisponível, extrapolando o âmbito das relações privadas, podendo e devendo ser oposto inclusive contra o Estado, em caso de impossibilidade familiar.

III – O papel do Ministério Público na tutela dos interesses individuais indisponíveis do idoso;

Com a Constituição Federal de 1988, a instituição do Ministério Público passou a ganhar um rol de extensas atribuições, projetando-se para além do mero exercício da ação penal pública, com atuação na defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses individuais e coletivos indisponíveis, espraiando-se o rol de atividades no campo cível em praticamente todos os setores de

especial dimensão social (infância e adolescência, consumidor, meio ambiente, saúde etc.).

Explica-se referida opção constitucional, em especial no que se refere aos chamados direitos coletivos e difusos: o Brasil era, e é ainda, um país incipiente em matéria de organização social para defesa de direitos, fruto de anos de desigualdade social e de práticas antidemocráticas (ditaduras políticas em especial). Somente há pouco tempo, passados muitos anos desde o fim dos regimes autoritários, vem a sociedade brasileira se organizando para a reinvidicação de direitos, em especial no que se refere aos direitos das minorias e da classe economicamente desfavorecida. Atento a tal *déficit* cultural, optou o legislador constituinte por outorgar a um órgão público, estruturalmente organizado nos níveis federativo e local, e, sobretudo, com relativa autonomia para o exercício de atividades direcionadas contra o poder político, a tarefa de fomentar a tutela de tais direitos, promovendo ações em nível judicial e extrajudicial para a pacificação social e atuando como agente político de modo a influenciar a sociedade e o Estado para a necessidade de tais práticas, estimulando a primeira a reinvidicar seus direitos e obrigando

o segundo a cumprir as políticas públicas determinadas pelo Estado Democrático de Direito.

Nesse aspecto, percebendo a prática já ocorrente nas comarcas do interior do país, instituiu o legislador a possibilidade de figurar o acordo extrajudicial referendado pelo Ministério Público como título executivo extrajudicial (lei nº. 7.244/84, a chamada Lei dos Juizados de Pequenas Causas), consolidando situação que posteriormente veio a ser expressamente incorporada pelo Código de Processo Civil (artigo 585, II, alterado pela Lei 8.953/1994) e pela Lei dos Juizados Especiais, lei nº. 9.099/95².

Ou seja, verificando a corrente prática de pacificação social e solução informal dos litígios pelo Ministério Público e percebendo a grande dimensão social a que correspondia tal tarefa, optou o legislador por consolidar a atribuição ministerial na condução de acordos

² “art. 57. O acordo extrajudicial, de qualquer natureza ou valor, poderá ser homologado no juízo competente, independentemente de termo, valendo a sentença como título executivo judicial”; “parágrafo único. Valerá como título executivo extrajudicial o acordo celebrado pelas partes, por instrumento escrito, referendado pelo órgão competente do Ministério Público”.

extrajudiciais, concedendo força executiva ao termo referendado³.

Trata-se, assim, do reconhecimento de atuação de relevantíssimo aspecto, dada sua inegável utilidade para a pacificação social inerente ao direito.

Todavia, embora não fizesse a lei expressa vedação⁴, procedeu a jurisprudência e a

³ Tal prática ainda é corrente, por exemplo, no interior do Estado de Santa Catarina, em especial nas regiões serrana e oeste, onde, principalmente nas comarcas de Promotoria única, tivemos oportunidade de desenvolver inúmeras conciliações entre a população local. Muitos conflitos de vizinhança e mesmo questões de convívio familiar acabaram solucionadas no gabinete que ocupávamos, sem a necessidade de uma demanda judicial. A título de curiosidade, vale menção aos inúmeros “contratos de bem viver” realizados, sem força jurídica, mas que serviam à pacificação entre os membros de uma mesma família, que por vezes apenas reclamavam a intervenção de um agente público com alguma autoridade para o restabelecimento da convivência familiar.

⁴ Pondera Maria Bercine Dias: “Ainda sobre os alimentos, significativas as novidades introduzidas. A obrigação alimentar estipulada, mediante **acordo** referendado pelo Ministério Público, constitui título executivo (EI 13) a autorizar o uso do processo de execução. A explicitação vem em boa hora. Apesar da clareza da norma processual (CPC 585), resiste a jurisprudência em outorgar aos títulos assim constituídos força executória para uso da ação pelo rito da prisão. Esta postura apresenta-se absolutamente contrária à lei, que não faz qualquer ressalva quanto ao

doutrina a restrição da abrangência jurídica dos efeitos do acordo, que assim, não poderiam versar sobre os chamados direitos indisponíveis, em especial as questões relacionadas ao chamado “estado de pessoa” (dentre eles, os alimentos).

Quando muito, deveriam ser ratificados pelo juiz para então poder surtir os efeitos jurídicos próprios à execução com sanção coativa pessoal.

É a lição de **CAHALI**:

“Como a ação de alimentos pode ser de iniciativa seja do credor, seja do devedor, nada obsta a que, chegando ambos a um acordo extrajudicial, reclamem em juízo a sua homologação.”

(...)

meio executório. Em se tratando de obrigação alimentar, constituída por título executivo extrajudicial, possível o uso de qualquer dos meios executórios (CPC 732 a 735), sem nenhuma distinção quanto à natureza do título. Portanto é possível fazer uso da execução pelo rito da coação pessoal (CPC 733) quando a obrigação alimentar de acordo referendado pelo Ministério Público, Defensoria Pública e advogados das partes.” (DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. Porto alegre: Livraria do Advogado Ed, 2005, pág. 412. Grifo no original).

A respeito observa Vladimir Passos de Freitas que tais acordos, celebrados em escritórios particulares ou mesmo perante o Promotor Público, uma vez descumpridos, não sujeitam o devedor a qualquer sanção; em tais circunstâncias, nada mais natural do que pretenderem as partes a homologação do acordo pelo juiz; (...)”⁵”

Na jurisprudência, um dos paradigmas:

DIREITO DE FAMÍLIA - ALIMENTOS - EXECUÇÃO - PRISÃO CIVIL DO ALIMENTANTE - ACORDO EXTRAJUDICIAL NÃO HOMOLOGADO JUDICIALMENTE - PRISÃO MANIFESTAMENTE ILEGAL - EXECUÇÃO NULA - ALEGAÇÕES COMPROVADAS - DESPACHO CASSADO - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

Acordo extrajudicial não homologado pelo judiciário não é título executivo judicial ou extrajudicial a ensejar processo de execução. Nulo o título que embasa a execução, nulo é o decreto prisional do alimentante. (TJSC, Agravo de instrumento n. 2002.001680-2, de Indaial. Relator: Des. Monteiro Rocha)

Há de se notar o contexto em que tais entendimentos surgiram (e, até aqui, se

⁵ CAHALI, Yussef Said. **Dos alimentos**. 2ª ed., revista e ampliada, São Paulo: RT, 1994, p. 653/654.

perpetuaram): como já colocado, havia em tal atuação ministerial a característica da recenticidade, gerando a natural desconfiança dos tribunais e doutrinadores (de regra conservadores quando a questão relaciona-se à outorga de poderes), em especial quando se tratava de direito relacionado à própria existência da pessoa humana, como é o caso dos alimentos devidos.

Porém, se havia o medo da atuação imprudente ou leviana em desfavor do alimentando tal restou devidamente superada. Sem afastar o risco natural de mencionada ocorrência (que pode se verificar mesmo dentro de uma ação judicial), a *práxis* revelou a responsabilidade com que tais questões vêm sendo tratadas no dia-a-dia, revelando a maturidade dos membros do Ministério Público no trato de tais situações, justificando o avanço agora presente no Estatuto do Idoso.

Como pondera **RAMOS** (2003, p. 148/149):

“Não parece concebível que hoje, a par de todo o aparato tecnológico disponível, a sociedade brasileira não ofereça as condições mínimas de dignidade às pessoas idosas.

Diante disso, salta aos olhos a importância do Ministério Público na defesa dos direitos desse segmento social, porquanto tem a tarefa

primordial de reverter esse quadro de desrespeito a seus direitos, especialmente mediante ações que despertem a atenção da sociedade para a necessidade de sua garantia, lançando mão de todos os instrumentos jurídicos à sua disposição, especialmente o inquérito civil e a ação civil pública, como forma de demonstrar à sociedade que se transitou da barbárie à civilização, traduzida pela efetividade das normas que reconhecem os direitos humanos como imprescritíveis e invioláveis.”

Adiante, continua:

“Nesse ponto, o Ministério Público pode dar grande parcela de contribuição aos idosos, especialmente através da conscientização de seus direitos, da orientação sobre os mecanismos judiciais de garantia de sua cidadania, cobrando do Estado, dos particulares e dos demais cidadãos nova postura diante desse segmento social, que, segundo as mais atualizadas pesquisas, já corresponde a mais de 8% da população brasileira.

Assim conscientizados, e, em razão disso, exercendo pressão sobre os centros de poder do Estado, provocarão a materialização dos direitos que lhes assistem. Fato que chamará a atenção do restante da sociedade civil par aos

resultados que ela poderá alcançar, se devidamente organizada. Isto ocorrendo, os membros do Ministério Público terá colaborado decisiva e definitivamente para a efetivação dos direitos fundamentais, meta maior dessa instituição.”⁶

O acordo de alimentos em favor da pessoa idosa, quer parecer, enquadra-se à perfeição na categoria de instrumentos jurídicos colocados à disposição do *Parquet* para a tutela dos direitos de tal parcela da população.

De outro lado, como adiante se demonstrará, o ato de conferir validade executiva ao termo de acordo referendado pelo Ministério Público para justificar a coação pessoal em caso de inadimplência (prisão civil) encontra-se autorizado por sua visível *utilidade*: basta um leve olhar pela realidade e ter-se-á presente sempre ocorrente impossibilidade de defesa do idoso, que por sua condição e por sofrer no âmbito familiar as agressões e omissões que lhe expõe a perigo, nenhuma autonomia possuía para a contratação de um advogado e a busca judicial dos alimentos. Com o Estatuto a tutela ganha uma nova dimensão, dada a

⁶ in WOLKMER, Antônio Carlos. LEITE, José Rubens Morato (org.). **Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas**. São Paulo, Saraiva, 2003, p. 148/149.

possibilidade de criação de órgãos especializados na detecção das violações (Conselhos de Defesa da Pessoa Idosa) e com o encaminhamento ao Ministério Público, reiterando-se, aqui, a prática extremamente bem sucedida no campo da infância e juventude, conferindo-se a este o poder para notificar os parentes do idoso, conduzir e referendar acordo de alimentos e aforar eventual ação em caso de inexitosa a composição.

A natureza extrajudicial do título, como adiante se demonstrará, não impede a consequência da prisão.

A legitimidade do Ministério Público para o acordo, de outro lado, permite uma maior dimensão dessa mesma transação como instrumento de resgate da dignidade da pessoa idosa, não havendo se falar em inutilidade do referido dispositivo. Ao contrário.

IV - A prisão civil

Tocante à possibilidade de prisão civil advinda da execução de título executivo extrajudicial, sustentamos ser possível referida media extrema, pelos motivos a seguir expostos.

Primeiramente, há de se colocar que a prisão civil funda-se na defesa de um interesse tão ou mais importante que a liberdade do alimentante, qual seja, a própria sobrevivência do alimentando. Não se trata de contrapor uma *dívida*, apenas, ao direito de liberdade de terceiro, estando em jogo, ao contrário, a própria sobrevivência daquele que necessita da assistência. Esta certamente deve prevalecer estando justificada a supressão da liberdade para a garantia da continuidade da vida digna daquele que necessita dos alimentos.

Depois, há de se lembrar, a prisão, embora efeito da inadimplência, somente pode ser decretada após regular processo contraditório, garantida a ampla defesa. Cabe a autoridade judiciária, ouvido o devedor, proceder ou não a ordem de prisão e tal reduz o risco de arbitrariedade ao nível "normal" das execuções de alimentos e aí se mantém a segurança jurídica necessária à validade da coerção derivada de tal documento consensual.

O que se pode admitir como razoável, porém, é uma ampliação da matéria de defesa, que poderá ir além da simples justificativa do inadimplemento, abordando determinados aspectos formais do próprio

acordo (desatendimento de regras de atribuição, pelo Promotor, não legitimação do executado para a obrigação etc.). Sem descuidar, em todo caso, eventual impugnação por vício de consentimento (fraude, coação etc.), a ser efetuada pela vias já existentes na lei processual civil em vigor, ou seja, a ação de anulação de ato jurídico.

V - Conclusão

Em síntese, podemos resumir as idéias presentes neste estudo nas seguintes premissas:

a) Os alimentos, no Estatuto do Idoso, ganharam nova dimensão, projetando-se para além dos limites da relação de parentesco. Frente à proteção integral adotada por tal diploma legislativo, o dever alimentar é garantia de sobrevivência do idoso, condição de resguardo de sua isonomia e dignidade.

b) Tendo o Ministério Público função constitucional de defesa dos interesses individuais e sociais indisponíveis, entre os quais se insere a dignidade da pessoa humana e a própria garantia de sobrevivência do idoso (direito à vida), nenhum óbice se opõe a sua atuação na condução e ratificação do acordo de alimentos, o qual, levando em conta as necessidades do alimentando e as

possibilidades dos alimentantes, corresponde a um dos mais efetivos instrumentos de tutela da pessoa idosa.

c) É plenamente viável a prisão civil decorrente do inadimplemento de acordo de alimentos, dado que atende à necessidade de garantir a sobrevivência do alimentando, justificando a coerção extrema.

Referências

CAHALI, Yussef Said. Dos alimentos. 2ª ed., revista e ampliada, São Paulo: RT, 1994;

DIAS, Maria Berenice. Manual de direito das famílias. Porto alegre: Livraria do Advogado Ed, 2005;

LEITE, Eduardo de Oliveira. Direito civil aplicado, vol. 5, Direito de Família, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005;

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa (org.) Estatuto do idoso comentado pelos promotores de justiça, Florianópolis: ed. Obra Jurídica, 2005;

WOLKMER, Antônio Carlos. LEITE, José Rubens Morato (org.). Os "novos" direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo, Saraiva, 2003.

CAPÍTULO 12

ESTRESSE NOSSO DE CADA DIA!

Por **Rosane Magaly Martins**

Rosane Magaly Martins, escritora, advogada com abordagem holística e terapeuta somática, pós-graduada em Gerontologia. Fundadora do movimento Poetas Independentes na década de 80, ocupa a cadeira 18 da Academia de Letras Blumenauense e preside o Conselho Municipal de Cultura de Blumenau (2006/07). É autora de diversas obras, entre elas "Poemas para Além do Tempo" e "Diário de uma aborrecente". É uma das organizadoras do projeto Ame suas rugas e co-autora das obras "Ame suas rugas: viver e envelhecer com qualidade" (Nova Letra, 2006) e "Ame suas rugas: aproveite o momento" (2007).

Os únicos demônios que existem no mundo são aqueles que nos circundam o coração. É aí que a batalha deve ser travada (Mahatma Gandhi)

O Brasil está sofrendo grandes alterações no perfil etário de sua população, que envelhece 3,2% ao ano e já ocupa o sexto lugar do mundo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil terá, em 2020, 30,9 milhões de idosos.

Um dos fatores que tem grande influência sobre o modo como as pessoas envelhecem são as crenças em sua capacidade de lidar com a própria vida, incluindo a capacidade para lidar com agentes estressores que acompanham o envelhecimento: limites e reduções de capacidade econômica, de saúde, trabalho e relações intergeracionais e sociais. E é sobre o estresse o tema deste artigo.

VIDA MODERNA

As pessoas não sabem mais o que é relaxar, sair de férias, terem um dia de folga. Ficam totalmente perdidas. Os efeitos da vida moderna, com o ritmo alucinante e excesso de informações estão trazendo problemas à crianças, adultos e envelhecetes.

A velocidade das informações deixa as pessoas perplexas e inconsistentes, tornando-as menos produtivas, menos capazes, menos felizes. É um mal da pós-modernidade e todos sofremos com

isto, das crianças aos idosos, dos executivos à dona-de-casa.

IDOSO TAMBÉM SE ESTRESSA

A palavra estresse foi adotada por Hans Selye pela primeira vez na década de 30. Ele emprestou a palavra da engenharia, que estresse refere-se ao desgaste de materiais submetidos a pressão excessiva. Hoje usa-se o termo para explicar a reação biológica registrada em pessoas que vivem sob pressão profissional, social, familiar. Entretanto, o estresse é verificado em todos os animais, observado através da evolução, como a reação utilizada para salvar suas vidas em emergência. Numa situação de perigo o cérebro ativa o sistema nervoso simpático que, por sua vez, ativa as glândulas supra-renais, para que se enfrente ou fuja da situação de perigo.

No corpo humano a adrenalina, hormônio do estresse, é secretada no sangue para colocar o corpo em ação. Em dois segundos o corpo passa por mais de mil reações físico-químicas que transformam a pessoa num super-humano.

O coração bate mais rápido e os pulmões respiram mais rápido para proporcionar mais oxigênio. O fígado usa o glicogênio que está armazenado e o transforma em glicose, para fornecer energia instantânea.

ALARMES CORPORAIS

Sob tensão (ansiedade/excitação) o nervo que vai do cérebro (amígdala cerebral) às glândulas supra-renais (situada acima dos rins), provoca uma secreção dos hormônios epinefrina e norepinefrina que invadem o corpo, preparando-o para a emergência.

Este estímulo da amígdala parece gravar na memória a maioria dos momentos mais intensos de estímulo emocional. Há dois sistemas de memória: fatos comuns e fatos com emoção.

A amígdala examina a experiência, comparando a atual situação com outra similar do passado (método associativo) e dá a resposta com a reação registrada. Junto com a lembrança, geralmente se têm formas obsoletas de resposta, com **reações iguais para eventos diferentes.**

Caso o perigo persista e precise de ainda mais energia, as supra-renais secretam outro hormônio do estresse, o cortisol, e o fígado começa a mobilizar reservas de gordura para queimar mais combustível e dar mais energia. O cérebro acelera, os músculos contraem formando uma couraça para proteger o corpo de ferimentos.

O sistema imunológico é colocado em alerta para que não haja infecções em caso de ferimento. Isso funciona quando efetivamente a pessoa esteja numa situação grave e que necessite de uma reação urgente para salvar a vida... Caso contrário... é dano certo ao organismo.

Não se pode fugir dos problemas da modernidade nem lutar fisicamente contra eles. Então se enfrenta tensões contínuas, contra as quais não se pode reagir fisicamente. Isso adocece profundamente o ser humano, resultado de toda a química gerada pela situação.

Doenças e sintomas relacionados:

- ✓ O rápido batimento cardíaco resulta em palpitações e doenças do coração;
- ✓ A respiração rápida pode resultar em problemas respiratórios;
- ✓ Todas as gorduras liberadas pelo fígado permanecem na corrente sanguínea e a adrenalina auxilia a colar estas gorduras às artérias, causando arteriosclerose, hipertensão e enfarte;
- ✓ Os açúcares deixados no sangue sobrecarregam o pâncreas, podendo causar ao longo do tempo, diabetes tipo dois;

- ✓ A tensão muscular causa todo tipo de dores, incluindo dor nas costas e cefaléia;
- ✓ O sistema imunológico deprimido torna-nos vulneráveis à resfriados, infecções como herpes, úlcera e até mesmo câncer;
- ✓ A constante super-estimulação do cérebro pelos hormônios (especialmente o cortisol) mata neurônios do hipocampo, responsável pela memória e aprendizado.

HABILIDADE EMOCIONAL

Pessoas com pouca habilidade emocional, extremamente agitadas e agressivas facilmente deflagram a resposta de lutar ou fugir do sistema nervoso simpático, fazendo-o ordenar a secreção de elevados níveis de hormônios do estresse.

Em decorrência, as glândulas supra-renais cronicamente super-estimuladas secretam até 40 vezes mais cortisol e quatro vezes mais adrenalina.

Uma pesquisa americana comprovou que advogados, executivos e donas de casa possuíam níveis parecidos de estresse. Não encontraram nenhuma relação entre os eventos estressantes e as doenças detectadas. A única correlação encontrada foi a atitude destas

peçoas para com as situações que enfrentavam cotidianamente.

MUDAR ATITUDES

Para que possamos viver de maneira mais saudável, evitando os sintomas do estresse, os cientistas recomendam que cada pessoa desenvolva sua inteligência emocional, que lhe dará capacidade de enfrentar seus problemas cotidianos de maneira equilibrada.

Aprender a desenvolver a auto-percepção do que sente a cada evento, quais emoções surgem e as reações físicas desencadeadas. E também duas aptidões emocionais que nosso tempo exige: autocontrole e empatia.

Depois de entender como reage, o que sente e como está o corpo em situações de estresse poderá passar para um aprendizado mais profundo.

O desenvolvimento da empatia, capacidade de identificar as emoções e colocar-se no lugar do outro, pode nos tirar de situações de confronto, agressividade, apatia ou estresse.

Também podemos desenvolver outras inteligências emocionais, que possibilitam atuar em eventos estressores de maneira adequada e coerente, sendo pessoas pacificadoras e não

criadoras de problemas. Estas inteligências podem ser vistas como:

✓ Inteligência **interpessoal**, que é a capacidade de compreender outras pessoas: o que as motivam, como trabalham, como trabalhar cooperativamente com elas.

✓ Inteligência **intrapessoal**, que é uma aptidão correlata, voltada para dentro. É a capacidade de formar um modelo preciso, verídico, de si mesmo e poder usá-lo para agir eficazmente na vida.

ENTENDA SUAS EMOÇÕES

Estudiosos sobre inteligência emocional como Daniel Goleman, indicam formas simples para que cada um possa aprender a lidar com as emoções, de maneira a torná-las ferramenta de saúde, tranquilidade e paz, quais sejam:

- Conhecer as próprias emoções (*autoconsciência e reconhecer quando o sentimento ocorre*);
- Lidar com emoções (*capacidade de confortar-se, de livrar-se da ansiedade, tristeza ou irritabilidade*);
- Motivar-se (*por as emoções a serviço de uma meta e saber adiar a satisfação e conter a impulsividade*);

- Reconhecer emoções nos outros (*a empatia, sintonizado com os sutis sinais do mundo externo que indicam o que os outros precisam ou o que querem*);
- Lidar com relacionamentos (*aptidão de lidar com a emoção do outro*).

DESENVOLVA AUTOCONSCIÊNCIA

Para que possa transformar-se é indispensável apurar o sentido de permanente atenção ao que se sente interiormente. Nesta consciência auto-reflexiva, a mente observa e investiga o que está sendo vivenciado, incluindo as emoções.

Existem pessoas:

- Autoconscientes: *são autônomas e conscientes de seus próprios limites, gozam de boa saúde psicológica e tem perspectiva positiva de sua vida;*
- Mergulhadas: *são instáveis e não tem muita consciência dos próprios sentimentos, de modo que se perdem nele sem perspectivas;*
- Resignadas, *tem clareza do que fazem, mas não tentam mudar.*

DESENVOLVA ATITUDES SAUDÁVEIS

Para que evitemos situações de estresse e nos tornemos seres plenos e atuantes, desenvolvedores de ações pacíficas e pacificadoras, há necessidade de algumas mudanças, possibilitando transformar medos em desafios, covardia em otimismo, comodismo em altruísmo:

- **DESAFIO:** *ver mudanças como desafios e não como ameaça. Os problemas são nossos trunfos, nossas armas para ajudar-nos na luta da vida;*
- **OTIMISMO:** *encarar cada situação e cada mudança de forma otimista, com pensamento positivo. Não existe fracasso, apenas lições. Seja sempre positivo e transmute mesmo a energia amarga e negativa à sua volta numa harmonia prazerosa;*
- **DEDICAÇÃO A UMA META MAIOR:** *Pessoas com esse atributo têm um senso de propósito, de significado de vida. Elas se movem em direção a uma meta mais elevada;*
- **ESTRESSE BOM:** *O bom estresse nos mantém motivados, inspirados e produtivos. Precisamos de uma certa dose de estresse para evoluir e crescer.*

VIVA COM SAÚDE

Podemos entender, então, que não iremos mudar o mundo nem as pessoas que o habitam. A tecnologia, a era da informação e a modernidade estão aí, quer queiramos ou não. Podemos ter uma atitude positiva ou negativa acerca do nosso envelhecimento. Sermos velhos, saudáveis, equilibrados e *lights* é questão de atitude interna e não de fatores externos. Não há pílula mágica para isso.

Vivemos no presente. O passado é uma experiência e o futuro, uma possibilidade. Além de desenvolver sua inteligência emocional, ter atitudes saudáveis e entender que a vida é um aprendizado constante já transformará seu cotidiano.

Os que nos precedem necessitam de nossas experiências, para analisarem como podem ser seres melhores.

E ainda podemos manter hábitos e atitudes diárias que poderão auxiliar nesta caminhada por uma vida plena e saudável, fazendo:

RESPIRAÇÃO: Respire, pois nenhum alimento ou vitamina é capaz de fazer o que a respiração profunda faz;

POSTURAS DE YOGA: Simples posturas são capazes de reduzir radicalmente os níveis de hormônios do estresse - cortisol e adrenalina;

AUTO-MASSAGEM: estimula o sistema linfático, remove as toxinas e produtos residuais de cada célula do nosso corpo;

RELAXAMENTO PROFUNDO: reduz batimento cardíaco, diminui frequência respiratória, baixa pressão arterial, relaxa músculos e acalma a mente;

MEDITAÇÃO: habilidade de pensar com maior clareza, diminui ansiedade, insônia, depressão e várias doenças psicossomáticas e propicia a superação da agressividade, fobias, neuroses, etc.;

*DIETA APROPRIADA: reduza o consumo de gordura animal e alimentos que excitam o sistema nervoso simpático como café, chocolates e açúcar. Priorize a ingestão de frutas, vegetais, legumes e grãos integrais com quantidades moderadas de laticínios e derivados de soja não transgênicos. **E aproveite o seu dia!***

Lembre-se: "Aquele que o irrita o domina"
(Elizabeth Kenny)

Referências:

- ✓ **Inteligência emocional**, de Daniel Goleman, ed. Objetiva
- ✓ **Stress a seu favor**, de Susan Andrews, ed. Ágora
- ✓ **Como lidar com emoções destrutivas**, de Dalai Lama e Daniel Goleman, ed. Campus
- ✓ **A arte da felicidade**, de sua Santidade Dalai Lama e Howard Cutler, ed. Martins Fonte
- ✓ **Da teoria do corpo ao coração**, de Dimas Calegari, ed. Summus
- ✓ **Sobrevivência emocional**, de Rosa Cukier, ed. Ágora
- ✓ **Saúde perfeita**, de Deepak Chopra, ed. Best Seller
- ✓ **PLN e Saúde**, de Ian McDermonntt, ed. Summus
- ✓ **O corpo diz sua mente**, de Stanley Keleman, ed. Summus

CAPÍTULO 13

CABELOS BRANCOS: ARTE OU TRAGÉDIA INEVITÁVEL?

Por Suleica Iara Hagen

Suleica Iara Hagen é assistente Social pós-graduada em Gestão de Recursos Humanos (FEPESE/Ufsc), pós-graduada em Gerontologia(Furb) e em Educação Ambiental (Faculdade Senac). É professora de Responsabilidade Social e Coordenadora de Saúde. Foi presidente do Conselho Municipal do Idoso de Blumenau (Gestão 2005/2006). É idealizadora e uma das coordenadoras do projeto AME SUAS RUGAS.

Segundo alguns autores o envelhecimento é um processo tão constante que antes mesmo

de virmos ao mundo já estamos envelhecendo. A fecundação do óvulo pelo espermatozóide é o início da vida e pode ser também considerado o início do nosso processo de envelhecimento. Porém para a Biologia, nossas células passam por várias fases até chegarem ao processo de envelhecimento, considerado a partir dos 30 anos. Apesar das visões diferentes podemos afirmar que estamos o tempo todo, durante toda vida, envelhecendo.

Envelhecer pode ser uma arte ou uma tragédia, depende muito do ponto de vista que analisarmos a nossa própria vida e suas conjunturas. Podemos afirmar que tudo na vida é uma questão de olhar, mas envelhecer permeia viver esse olhar em sua mais plena possibilidade.

Trata-se, parodiando Freud, dos componentes que "a vida traz para o indivíduo" e que, juntamente com as disposições pessoais, vista de maneira mais ampla, que estaremos estudando o resultado no estado psíquico atual em que se encontra o idoso na sociedade.

O envelhecimento é dividido em três grandes fases:

- Biológica;

- Psicológica;
- Social.

Talvez através do equilíbrio destas três fases possamos atingir grandes objetivos, que normalmente envolvem nosso cotidiano, mas não assumem um papel nas conquistas necessárias para se entender o que acontece com nosso corpo, mente e espírito ao longo dos anos.

Este artigo pretende discutir algumas conquistas que se fazem necessárias para se desenvolver uma cultura de envelhecimento saudável a todas as gerações, inicialmente poderíamos pensar em:

- Oportunizar a quebra de preconceitos com relação ao processo de envelhecimento;
- Contribuir na criação de novos conceitos acerca do processo de envelhecimento;
- Estimular a reflexão de que a Terceira Idade é uma etapa natural da vida;
- Contribuir no processo de conscientização dos idosos quanto a responsabilidade pelo próprio envelhecimento.

Para iniciarmos esta conquista de espaço devido na sociedade atual e desta forma

preparar alternativas cada vez mais adequadas ao ser humano envelhecendo, poderíamos começar com os meios educacionais. Estes deveriam incluir em seus currículos uma disciplina que orientasse a criança desde a infância a buscar para si conhecimentos também de outra ordem, que pudesse conferir-lhes uma educação para a vida em conjunto com noções sobre o tempo da aposentadoria e do próprio envelhecimento.

O crescimento elevado da população idosa, aliado ao avanço tecnológico e da medicina, ampliam a expectativa de vida e estimulam o idoso à busca por diferentes formas de participação e de espaço.

O idoso deixa de ser um perfil de minoria na população brasileira e assume um quadro significativo nas políticas públicas e privadas nacionais.

As empresas privadas começam a estudar Planos de Preparação para aposentadoria com mais entusiasmo, ligando esta modalidade às práticas de Responsabilidade Social Corporativa.

As políticas públicas voltam a investigar este perfil da população para adequar orçamentos e práticas voltando o olhar a um novo foco. Até 2007 todas as políticas de Saúde Nacional

tinham como ponto inicial a criança, a partir de 2008 o Ministério da Saúde inverte a diretriz, e seu objetivo passa ser a pessoa idosa.

Portanto, se há uma necessidade de mudança em pensamento e ação, é preciso entender o que está acontecendo com nosso país e com a nossa população idosa.

Expectativa de Vida

Podemos citar como exemplo o município de Blumenau, em Santa Catarina, no Brasil. Uma cidade que em 2007 possui 298.000 habitantes, segundo dados da Prefeitura Municipal. Para cada 100 indivíduos jovens em Santa Catarina, 34 são idosos. Blumenau está acima desta média, com 40 idosos para cada 100 indivíduos.

No quadro abaixo podemos visualizar com maior clareza os números estabelecidos para o município em 2007:

Idosos	60-69	70-79	+ 80	Total
2007	12.750	7.100	2.637	22.487

Fonte: IBGE/MS/DATASUS – MARÇO 2007

A esperança de vida depois dos 60 anos no estado de Santa Catarina em 2003 era de

18 anos, atualmente esta expectativa fica em torno de 21 a 22 anos. Pelos avanços tecnológicos e novas possibilidades de convívio social poderá crescer mais significativamente nos próximos anos.

O quadro abaixo representa a esperança de vida aos 60 anos de idade, para ambos os sexos na Região Sul do Brasil:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Região Sul	20,5 2	20,6 5	20,7 7	20,8 9	21,0 1	21,1 3
Paraná	20,2 8	20,4 1	20,5 4	20,6 6	20,7 9	20,9 2
Santa Catarina	20,7 8	20,9 0	21,0 1	21,1 3	21,2 4	21,3 5
Rio Grande do Sul	20,5 8	20,7 2	20,8 4	20,9 6	21,0 8	21,2 0

Fonte: IBGE/projeções demográficas preliminares – Datasus –2007

Este quadro apenas confirma uma teoria discutida em vários livros e abordada em inúmeros programas de TV, vamos viver cada vez mais. Poderia aqui ser citado um quadro de expectativas nacional, mas sabemos que até as regiões mais afetadas pela falta de possibilidades de um envelhecimento com qualidade de vida têm seus indicadores de expectativa de vida aumentados.

É preciso estudar mais esta fase da vida, dedicar um outro tipo de olhar, mais atento, e planejar nossas decisões em relação à vida futura incluindo esta nova realidade.

Envelhecimento Biológico

Este aumento da perspectiva de vida pode ser abordado de diversas maneiras, se voltarmos ao início de nosso capítulo falávamos de três tipos de envelhecimento. Neste momento podemos explorar cada um deles como um mecanismo de auxílio ao crescimento das taxas de idosos por habitantes no Brasil. Quando falamos do aspecto fisiológico e biológico pensamos no corpo humano e nas suas imensas possibilidades.

O envelhecimento é um fato inerente à vontade humana, acontecerá a todos sem distinção de classe social, credo ou ideologia

política. Poderemos retardá-lo ou mascará-lo, mas nunca, em nenhuma hipótese, impedi-lo.

Após os 60 anos a medicina afirma que nossas orelhas e nariz aumentarão de tamanho, a pele do corpo ficará mais fina, a estatura diminuirá, aparecem manchas senis, diminuem os pelos em geral, aparecem os cabelos brancos e a calvície. E estes são apenas alguns dos indicadores que nosso corpo sinalizará para esta nova etapa natural da vida.

É fato que a globalização trouxe ao século XXI inúmeros problemas, mas em contrapartida podemos destacar um benefício deste processo como avanço e disseminação de novas e mais eficientes técnicas da medicina. Estamos vivendo a geração das descobertas milagrosas e inúmeras possibilidades para um único diagnóstico. O Sistema de Saúde Brasileiro – SUS é bombardeado de críticas pela população nacional, mas é um dos únicos sistemas de saúde do mundo que atende a todas as patologias existentes, sem nenhuma distinção. Fato que jamais foi cogitado nos planos de saúde particulares. Aliás, tudo o que os planos de saúde privados não assumem é encaminhado a este sistema de saúde público. Concordo que possui suas deficiências,

dificuldade de acesso, prestação de serviços morosa, mas mesmo assim possui mecanismos de acesso que possibilitam a população de todas as faixas etárias uma oportunidade de melhoria, sem contar as inúmeras vacinas preventivas adotadas como mecanismo obrigatório na política de saúde.

Envelhecimento Psicológico

O segundo aspecto do envelhecimento é o psicológico, o idoso envelhece seus pensamentos, falas e atitudes muitas vezes antes mesmo do seu envelhecimento biológico acontecer. Por vezes esta modalidade de envelhecimento pode estar relacionada a históricos pessoais e familiares. É comum recebermos famílias que trazem seus idosos para iniciarem atividades de convivência, e do início ao final da conversa não conseguimos ouvir a voz do idoso. A família assume todas as falas, pensamentos, idéias e desejos deste, normalmente sem consultá-lo.

O que precisamos entender é que os idosos, em sua maioria, não necessitam ou desejam as mesmas coisas. Possuem personalidade própria, são detentores de um conhecimento acumulado através dos anos e precisam ser respeitados por estas diferenças.

Em contrapartida, na outra ponta, temos as famílias que abandonam seus idosos como se estes não integrassem mais o mesmo círculo familiar.

Afirmo que a partir dos 60 anos os filhos têm a responsabilidade moral com a qualidade de vida de seus pais, enquanto seus pais tiveram a responsabilidade civil sobre seus filhos na infância e adolescência. Os papéis devem se inverter.

É comum no Brasil a utilização da renda do idoso como provedor do lar de toda uma família, realidade existente, mas não coerente. O idoso precisa, tem o direito e o dever de viver este momento de sua vida em toda plenitude. A família deve agregar ao idoso, não depreciar ou levá-lo à destruição.

É nossa missão envelhecer. O ataque psicológico ao envelhecimento está intimamente ligado ao biológico. Talvez o primeiro maior ataque seja o nosso próprio espelho. Mas precisamos aprender a viver com 10, 20, 40, 80 ou 100 anos. Precisamos entender que envelhecer é uma tarefa de vida e precisa ser assumida como tal.

Envelhecimento Social

O ser humano não foi criado para viver sozinho, isolado. Somos seres sociais e precisamos viver em sociedade para estarmos bem, precisamos de objetivos e rotinas para nos sentirmos ativos e vivos.

A pessoa que envelhece leva consigo um preceito da natureza que destina este idoso a transmitir todo tipo de experiência a quem dela necessitar. Mas muitas vezes parece que ninguém tem interesse nesse conhecimento e nesta tarefa que a mãe natureza nos deixou.

Bem, o envelhecimento já está regulamentado, se tornou política pública através do estatuto do Idoso, começamos então a transmitir conhecimento, mas ainda é pouco.

Usemos o exemplo daquela foto tirada com toda turma de amigos em um aniversário de 15 anos. Hoje com 80 podemos olhar a foto e contar quantos daqueles amigos ainda estão vivos. Nossos laços de amizade vão se extinguindo, nosso grupo social não se reúne mais. As atividades que antes eram comuns passam a ser esporádicas. Começamos a viver em nosso pequeno círculo familiar e depender da oportunidade destes encontros para socializar nossas idéias. Onde está a vitalidade de idéias e interesses da juventude. Precisamos entender que não temos outra

vida, esta, agora é a nossa possibilidade. Precisamos viver, por mais absurdo que este apelo possa parecer, ele é o centro de necessidade da nossa vida em sociedade. Não podemos deixar de viver com medo do futuro. Precisamos sair na rua, participar de novos grupos de novas atividades, despertar novos interesses, renascer a cada idade.

Não podemos temer a velhice. Só uma revolução em nossa autoconfiança poderá rejuvenescer os pensamentos da sociedade que habitamos. O idoso precisa ser visto com um novo olhar, como um ser ativo, com opinião própria, com potencial de consumo, com atitude, com histórico e com todas as rugas que a vida encravou em seus rostos. Rugas que demonstram muito mais do que um envelhecimento biológico, mostram a essência de vida de cada um de nós. Demonstram o que intensamente passamos ao longo dos nossos dias, o quanto ainda podemos e devemos contribuir na melhoria da nossa vida e das gerações futuras.

Alternativas para um envelhecimento Saudável e Feliz

- Não se adapte ao mundo, faça ele se adaptar a você;

- Não tenha medo do envelhecimento, assumo ele e viva.
- Desintoxique a imagem do velho, não viva para o mercado, façamos o mercado viver para nós.
- Faça novos amigos, participe de grupos da sua idade e de outras, saia de casa e viva o que o mundo tem a nos oferecer.
- Envelheça respeitando você mesmo e exigindo que o mundo entenda este processo como algo natural a toda espécie humana.
- Viva muito sempre, em todas as idades.
- Lembre-se, por mais que a morte pareça próxima, não morra antes dela chegar...viva cada momento, assumo todos os riscos e seja um ser humano ativo e feliz.

Referencias

SCHIRRMARCHER, Frank. A Revolução dos Idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha; - Rio de Janeiro: Elsevier,2005.

COSTA, Elisabeth Maria Sene – Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticas sobre o envelhecimento e a Terceira Idade – São Paulo: Ágora, 1998.

PAPALÉO, M. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2000.

LEME, Luiz Eugênio Garcez – O envelhecimento – São Paulo: Contexto, 1998

MORAGAS, Ricardo Moragas – Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida – São Paulo, 1997.

RODRIGUES, Nara Costa – Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social – Passo Fundo: UPF EDITORA, 2000. 179p.

www.datasus.gov.br/ - 21k - 06 jul. 2007

ENCONTRE NOSSOS PROFISSIONAIS:

Ana Maria Carvalho Nascimento é Fisioterapeuta Graduada no Rio de Janeiro (1979), especialista em Gerontologia e Fisioterapia Córdio-Respiratória e mestranda em Enfermagem pela UFSC e Heloisa Helena Carlini, Fisioterapeuta graduada pela Universidade Regional de Blumenau, especialista em Gerontologia e Pós-graduanda em Geriatria pela Inspirar Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde. **Contatos:** Com Ana (47) 9982-6460 e e-mail anamoraes@furb.br; Heloisa, (47) 9911-8524 e e-mail heloisacarlini@gmail.com.

Ana Paula Pamplona da Silva Müller, Fonoaudióloga graduada pela Univali, pós-Graduada em Educação pelo ICPG.

Fonoaudióloga habilitada pela Lee Silvermann Foundation no método Lee Silvermann para pacientes com Doença de Parkinson, é Professora da Uniasselvi e Fonoaudióloga Clínica de Apoio Clínica Integrada. **Contatos:** (47) 8404-8729 e (47)3222-0168; e-mail anappsmuller@hotmail.com

Caroline Lucca, é graduada em medicina pela FURB/2003, pós-graduada em gerontologia pela FURB/2006. Atua como Médica Clínica Geral na Servmed Blumenau e Gaspar. É médica credenciada do SESC/Blumenau. É co-autora do livro Ame suas Rugas – Viver e Envelhecer com Qualidade, ano 2006. **Contatos:** fone (47) 9922-9113; e-mail caroline.lucca@gmail.com

Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues, Naturólogo graduado pela Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL. Especialista em acupuntura, ministra cursos e palestras. Integra o livro “Trofoterapia e nutracêutica: dietas e orientações nutricionais com base nas Medicinas Tradicional e Complementar” (Ed. Nova Letra, 2007). **Contatos:** fone (48) 8825-1444; e-mail danielmor7@gmail.com

Denise van de Meene, Enfermeira graduada na Univali, é educadora em Diabetes pelo CDC/Curitiba e pós-graduada em Gerontologia

pela FURB. Atua como Voluntária na Associação dos Diabéticos do Vale do Itajaí é membro do Conselho do Idoso em Gaspar/2007 e do IBGeron- Instituto Brasileiro de Gerontologia, enfermeira no Hospital de Gaspar e professora do Curso Técnico de Enfermagem – CTS. **Contatos:** fone (47) 9102-7618 e e-mail denise.enf@hotmail.com

Gustavo Branco Haertel, é graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999), pós-graduado em Periodontia pela EAP/SC e Cirurgia Oral Menor pela Thum/SC, especialista em Saúde da Família pela Furb/SC e mestrando em Periodontia pela SLMandic/Campinas e Ana Carolina Sarti é graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste Paulista (2000), pós-graduada em Dentística pela APCD/SP, Prótese associada à Periodontia pelo CPO/SP, Estética pela Thum/SC e Cirurgia Oral Menor pela Thum/SC, e especializanda em Dentística pela ABCD/SC. **Contatos:** e-mail: gustavoh@sesc-sc.com.br e Ana

Jamil Antônio Dias, é Produtor Cultural, pós-graduado em Gestão de Negócios e graduado em Artes Cênicas. Foi presidente da Câmara de Artes do Conselho Municipal de cultura em

2006, professor de Ensino Fundamental e Médio na disciplina de Ates. É Técnico de Cultura do SESC Blumenau, responsável pelo gerenciamento dos projetos culturais desenvolvido pela entidade. Atua na área de projetos do SESC Blumenau. **Contatos:** fone (47) 9965-1964; jamildias@ig.com.br

Karine Kalvelage, nutricionista graduada na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI e pós-graduanda em Nutrição Clínica Funcional. Também é Nutricionista da Associação Casa São Simeão de Blumenau, da Clínica de Oncologia Reichow e do SESC de Blumenau. **Contatos:** fone (47) 9991-9291; Karine_kalvelage2@hotmail.com

Mara Lúcia Campos, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Univali, pós-graduada em Saúde Pública e em Odontologia Social e Coletiva. Atua como docente de Odontogeriatría e Odontologia Social e Coletiva da Universidade Regional de Blumenau (FURB) e em Rio do Sul (UNIDAVI). Atua como docente do curso de Odontologia nas disciplinas de Odontogeriatría e Odontologia Social e Coletiva da Universidade Regional de Blumenau (FURB), docente no curso de Odontologia na disciplina de Odontologia Social e Preventiva na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Contatos: fone: (47) 9601-2090; email: maracampos@solfthouse.com.br e mara.odonto@gmail.com

Marcelo Alves de Oliveira, é graduado em Educação Física pela Universidade Regional de Blumenau (FURB-SC), pós-graduado em Treinamento de Força e Musculação pela Universidade GAMA FILHO-RJ e frequentou como aluno especial, o mestrado em Atividade Física e Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Desenvolvedor e responsável técnico do Sistema de Avaliação Física do SESC – Santa Catarina juntamente com outros professores. **Contatos:** e-mail marceloalves@sesc-sc.com.br; musculacao@pop.com.br

Maristela Nascimento Indalencio, graduada em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI (2005-2007). Atuou como Professora de Direito de Família na Escola de Preparação e Aperfeiçoamento do Ministério Público de Santa Catarina (1999). Promotora de Justiça desde 1994, exercendo suas funções, atualmente, junto à 12ª Promotoria de Justiça (Família e Órfãos) da comarca de Blumenau. **Contatos:** e-mail mindalencio@mp.sc.gov.br

Rosane Magaly Martins, Advogada, Terapeuta Somática é pós-graduada em Direito Civil e Gerontologia, coordenadora de grupos de convivência e terapia desde 2004. Autora e organizadora de diversos livros, entre eles "Confissões de uma aborrecente", "Ame suas rugas: viver e envelhecer com qualidade" e é uma das idealizadoras e coordenadora do projeto AME SUAS RUGAS. **Contatos:** fone (47) 9104-5555; e-mail advogada@rosanemartins.com; site: WWW.rosanemartins.com.

Suleica Iara Hagen, Assistente Social, Gerontóloga e Educadora Ambiental, é pós-graduada em Gestão de Recursos Humanos (FEPESE/Ufsc), pós-graduada em Gerontologia (Furb), pós-graduada em Educação Ambiental (Faculdade Senac) é Professora de Responsabilidade Social e Coordenadora de Saúde. Foi presidente do Conselho Municipal do Idoso de Blumenau (Gestão 2005/2006) é uma das idealizadoras e coordenadora do projeto AME SUAS RUGAS. **Contatos:** e-mail sihew@ig.com.br; fone (47) 8419 9992.