

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE

RECURSOS DA PSICOMOTRICIDADE NA PREVENÇÃO DE PERDAS
PSICOMOTORAS NO IDOSO

ELIOMAR SILVA SANTOS

FORTALEZA – CEARÁ

2007

RECURSOS DA PSICOMOTRICIDADE NA PREVENÇÃO DE PERDAS
PSICOMOTORAS NO IDOSO

ELIOMAR SILVA SANTOS

MONOGRAFIA SUBMETIDA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE ESPECIALISTA PELA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

Fortaleza/2007

Fevereiro/2007

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários á obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se á disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Eliomar Silva Santos

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

Gláucia Maria de Menezes Ferreira L.D
Orientadora

RESUMO

Esta revisão de assunto discute como se caracteriza o idoso, tanto no Brasil como no mundo, objetivando mostrar porque os idosos estão vivendo mais e com melhor qualidade de vida. Falar também sobre o desenvolvimento físico e psicológico no processo de envelhecimento, mostrando como o homem envelhece ao longo dos anos, e os fatores envolvidos para que isso venha acontecer. No transcorrer da discussão é colocado como melhorar a saúde do idoso através dos recursos da psicomotricidade aliados à atividade física, e aponta a probabilidade dos idosos aumentarem sua expectativa de vida através da melhoria da qualidade de suas atividades diárias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA TERCEIRA IDADE.....	2
1.1 – DESENVOLVIMENTO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	14
1.2 – SAÚDE DO IDOSO.....	24
CAPITULO 2 – RECURSOS PSICOMOTORES PARA O ATENDIMENTO AO IDOSO.....	32
2.1 – TIPOS DE ATIVIDADE	34
2.2 – GANHOS NA TERCEIRA IDADE COMO FUNÇÃO DA ATIVIDADE PSICOMOTORA.....	45
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

INTRODUÇÃO

Desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo, fato ainda não apreciado por muitos que continuam associando velhice com os países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Na verdade, já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000 estima-se que ocorreu um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos foi aproximadamente de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo. A longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes. Entre os 11 países com as maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, 8 situam-se na categoria de países em desenvolvimento de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão, Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990).

O interesse parte dos profissionais atuando hoje é dar uma qualidade de vida melhor para os idosos. Através da atividade física e do meio de recursos psicomotores pode-se fazer um trabalho específico para eles e com isso mostrar aos nossos jovens que o idoso pode continuar a fazer suas atividades com menos intensidade e com acompanhamento adequado buscando manter a forma e a sua qualidade de vida. A grande contribuição será através da Educação Física, desenvolvendo formas para facilitar ainda mais as atividades para os idosos, fazendo com que eles possam ainda mais se interessar em manter o seu corpo e a sua mente em pleno funcionamento, buscando a cada dia poder viver bem e melhor com saúde.

Este documento monográfico discute como pode-se dar aos idosos uma qualidade de vida melhor, atendendo suas necessidades e dando também possibilidades de uma vida mais longa. Ele objetiva mostrar o quando é necessário a atividade física e a psicomotricidade para os idosos, e os benefícios que eles trará ao longo da sua vida.

CAPITULO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA TERCEIRA IDADE

O homem durante muito tempo, no início da nossa história, não se preocupava com o envelhecimento. O tempo médio de vida do ser humano era muito pequeno, devido às condições precárias de vida, a fragilidade diante das doenças, o desconhecimento da etiologia das mesmas, como também eram presas fáceis dos predadores maiores. Mais tarde inicia-se uma luta contra as doenças e a morte e o seu grande desafio, vencer o envelhecimento. O livro da gênese fala que após o Dilúvio as pessoas passaram a viver mais. Vários poetas gregos escreveram sobre a longevidade. Hesíodo (poeta grego que viveu no oitavo século a.C.) descreveu uma raça dourada, constituída por um povo que vivia centenas de anos sem envelhecer e que morriam dormindo quando chegasse o seu dia. Os gregos acreditavam existir um povo que habitava em terras longínquas ao norte e que vivia milhares de anos.

Aristóteles (filósofo grego) e Galeno (médico grego, 129-199 AD) acreditavam que cada pessoa nascia com certa quantidade de calor interno que iria se dissipando com o passar dos anos, considerando então a terceira idade o período final desta dissipação de calor. Aristóteles (384-332 AC, o mais influente filósofo do pensamento do mundo ocidental) sugeria o desenvolvimento de métodos que evitassem a perda de calor, o que prolongaria a vida, dando um certo cunho científico ao problema. Em diversas culturas conhecemos relatos de rituais, banhos de ervas, banhos de leite, como nos conta a história da rainha Cleópatra, para manter a pele branca, suave e jovem. Na idade média surgiram os alquimistas, considerados os químicos antigos que se utilizavam da alquimia (arte medieval que procurava descobrir o elixir da longa vida e a transformar qualquer metal em ouro) através de poções mágicas, filtros etc...buscando a imortalidade, a perfeição do ser humano.

O segmento da população que atinge a maior idade está crescendo e ocupando um grande espaço na nossa sociedade. Não faz muito tempo, e dizia-se que o Brasil era um país de jovens, parte da população tinha menos de trinta anos de idade. No entanto nos últimos anos vem ocorrendo uma mudança a nível mundial. No Brasil em 1990 havia cerca de 10 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade, e há uma previsão para o ano 2025 de 35 milhões de idosos, quando o nosso país ocupará o 6º lugar entre os demais. Hoje, o último censo nos mostra essa nova realidade, em 1990 a expectativa de vida do brasileiro era em média de 60 anos, já em 2000 houve um aumento para 68 anos e 7 meses. Para quem tem hoje 40 anos a expectativa atual é de 73anos e 10 meses, para quem tem 60 anos é 77 anos e 9 meses.

Segundo o IBGE as mulheres vivem mais, e a diferença entre homens e mulheres em 1991 era de sete anos e 2 meses, em 2000 foi de sete anos e 9 meses. A menor expectativa de vida do país é a do estado de Alagoas com uma média de 63 anos e 2 meses e a média mais alta situa-se no estado do Rio Grande do Sul com 71 anos e 7 meses. Na Espanha as mulheres que nascerem agora terão a maior expectativa de vida da Europa (82,7 anos), para os homens não é tão estimulante, ocupam o sétimo lugar com uma esperança de 75,5 anos. Os líderes vitais são os Islandeses, com 78 anos. Estes são

dados atuais apurados pelo programa de Desenvolvimento demográfico do Conselho da Europa desenvolvido em 43 países membros e três não membros. Aqui, no Brasil, o setor de Previdência Social deverá ser violentamente atingido, e o setor de saúde, por sua vez está totalmente despreparado para esta realidade, pois ainda está muito voltado para as crianças e os jovens, quando a realidade nos indica novos dados em relação à população da terceira idade, onde já se pensa em criar uma nova faixa etária que seria a 4ª idade, sem falarmos na formação médica que ignora totalmente o trabalho com os idosos. Medidas imediatas e dentro da nossa realidade, deverão permear as mudanças em todos os níveis da nossa sociedade e principalmente do nosso sistema de saúde e previdenciário. Este é um desafio que enfrentaremos para lidar com essa mudança de forma positiva, para que o nosso idoso seja mais saudável.

As mudanças funcionais que ocorrem com o avanço da idade são atribuídas a vários fatores, como defeitos genéticos, fatores ambientais, surgimento de doenças e expressão de genes do envelhecimento, ou gerontogenes.

Embora seja uma fase previsível da vida, o processo de envelhecimento não é geneticamente programado, como se acreditava antigamente. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer. Há sim, genes variantes cuja expressão favorece a longevidade ou reduz a duração da vida.

Estudos genéticos de pessoas centenárias tem contribuído para a identificação de genes variantes, alelos de genes normais, que podem estar associados com a longevidade. Por outro lado, genes variantes que comprometem o processo de desenvolvimento e de reprodução do indivíduo, tendem a ser eliminados, como ocorre no caso da doença genética humana do envelhecimento precoce, ou progeria.

Várias teorias foram propostas para explicar o processo do envelhecimento. A mais abrangente, e mais amplamente aceita cientificamente na atualidade, é a teoria do envelhecimento pelos radicais livres.

Esta teoria foi proposta em 1954 pelo médico Denham Harman, pesquisador da Universidade de Nebraska nos EUA, mas só adquiriu aceitação na comunidade científica depois dos anos 70, quando se descobriu a toxicidade do oxigênio. Segundo a teoria de Harman, o envelhecimento e as doenças degenerativas a ele associadas, resultam de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas por radicais livres. Essa teoria é ancorada nas inúmeras evidências científicas de que os radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade, como a arteriosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o câncer, a hipertensão, as doenças neurodegenerativas e outras.

Um estudo recente, que comprova o envolvimento dos radicais livres no envelhecimento humano, foi feito com trabalhadores da Usina Atômica de Chernobyl. Pesquisadores russos mostraram que cerca de 80 % das pessoas

que trabalham na usina apresentam idade biológica superior aos habitantes de Kiev, que não foram expostos à radiação proveniente do acidente acontecido em 1986. O envelhecimento acelerado dos trabalhadores de Chernobyl é uma evidência clara da participação dos radicais livres, gerados pela radiação, no mecanismo de envelhecimento humano.

O envelhecimento pode ser entendido como a consequência da passagem do tempo ou como o processo cronológico pelo qual um indivíduo se torna mais velho. Esta tradicional definição tem sido desafiada pela sua simplicidade.

No caso dos seres vivos relaciona-se com a diminuição da reserva funcional, com a diminuição da resistência às agressões e com o aumento do risco de morte. Rosângela Machado postula que no ser humano caracteriza-se por um processo biopsicossocial de transformações, ocorridas ao longo da existência, suscitando diminuição progressiva de eficiência de funções orgânicas (biológica), criação de novo papel social que poderá ser positivo ou negativo de acordo com os valores sociais e culturais do grupo ao qual o idoso pertence (socio-cultural); e pelos aspectos psíquicos vistos tanto pela sociedade quanto pelo próprio idoso (psicológico).

Inicialmente foi postulado que o envelhecimento do ser humano seria o processo de deterioração dos sistemas com o tempo, permitindo assim a existência de filosofias “anti-envelhecimento” (onde velho é tão bom quanto novo, ou mesmo potencialmente igual ao novo) e mesmo de intervenções designadas a reparar ou impedir o envelhecimento.

Em que pese que, à luz do conhecimento atual, o envelhecimento é um processo inexorável e irreversível, este artigo tratará especificamente dos aspectos sociais, cognitivos, culturais e econômicos do envelhecimento. A biologia do envelhecimento será considerada em detalhe em “senescência”. O envelhecimento é uma parte do ciclo de vida.

O envelhecimento é uma parte importante de todas as sociedades humanas, refletindo as mudanças biológicas, mas também as convenções sociais e culturais.

A idade é usualmente e arbitrariamente medida em anos e, na maioria das sociedades, o aniversário de nascimento é considerado um evento importante.

Também na maioria das sociedades é comum a negação do processo de envelhecimento e dos eventos a este associados. Muita energia, tempo e dinheiro são gastos exclusivamente para esconder os efeitos do envelhecimento, especialmente entre as mulheres. Tingimento capilar, maquiagens elaboradas ou mesmo cirurgia plástica por razões cosméticas são exemplos muito comuns. Contrastando com estes fenômenos, entre os mais jovens é muito comum procurar aparentar mais idade no intuito de receber o respeito associado às idades mais avançadas ou mesmo permissão para

realizar atividades reservadas às pessoas mais velhas, como comprar bebidas alcoólicas ou dirigir veículos.

Assuntos ligados ao envelhecimento populacional, em que a idade média das populações tem aumentado nas últimas décadas, constituem um fator importante em muitas nações do mundo. Os efeitos sociais deste envelhecimento são enormes. Por um lado, a criminalidade tende a ser maior entre os mais jovens; uma população muito jovem também demandará altas taxas de emprego, acesso à educação básica e universitária e adoção de novas tecnologias. Idosos apresentam diferentes necessidades à sociedade e aos governos, bem como freqüentemente diferentes valores. Em nações em que o voto é voluntário, os idosos tendem a votar com mais freqüência que os jovens, aumentando seu peso político. Por outro lado, em nações com voto obrigatório é freqüente a adoção do voto voluntário para idosos, diminuindo potencialmente seu peso político.

Em biologia, “senescência” é o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a este processo. Este conceito se opõe à senilidade, também denominado envelhecimento patológico, e que é entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

“Envelhecimento ou senescência celular” é o fenômeno em que células isoladas demonstram uma habilidade limitada de se dividirem em um meio de cultura, bem como as alterações bioquímicas – elucidadas ou não – associadas a esta limitação.

“Senescência orgânica” é o envelhecimento do organismo como um todo, ligado, entre outros fenômenos, ao envelhecimento celular. O envelhecimento do organismo é geralmente caracterizado pela diminuição da capacidade de responder a desafios à função orgânica. Estes desafios em geral oneram a capacidade funcional de nossos órgãos e sistemas, que diminui com o passar dos anos. De forma interessante, em indivíduos jovens e saudáveis, esta capacidade funcional se encontra muito além do necessário para o cotidiano, de forma que existe uma denominada reserva funcional; o envelhecimento fisiológico ou normal pode também ser entendido como uma diminuição progressiva desta reserva funcional, de forma a diminuir a capacidade de resposta a desafios. Esta diminuição na capacidade de manter a homeostase do organismo tem sido denominada homeostenose e está ligada a riscos progressivamente maiores de doença ou perda da capacidade funcional. Por esta razão, a morte é a conseqüência final do envelhecimento, mas vale notar que a diminuição das reservas funcionais em seres humanos é lenta e progressiva, sendo compatíveis com a vida saudável em idades tão avançadas como a dos centenários. É o estresse adicional das doenças (especialmente as doenças crônicas) e dos maus hábitos de vida (como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade e outros) o grande vilão para a saúde do idoso: ao atingirem begativamente uma reserva funcional já normalmente diminuída em relação ao jovem que estas causam insuficiências orgânicas em idades menos avançadas.

Alguns pesquisadores trataram no passado o envelhecimento como mais uma doença. No entanto, esta visão está cada vez menos arraigada nos meios científicos, à medida que a presença deste fenômeno se demonstra em praticamente todos os seres vivos e a genética demonstra estar relacionada pelo menos em grande parte ao mesmo.

A vida humana é freqüentemente dividida em várias etapas. Esta divisão é arbitrária, uma vez que todos os processos biológicos de modificação são lentos e progressivos – e muitas vezes coexistem uns com os outros, como o processo de envelhecimento e o de desenvolvimento, ambos se iniciando desde a concepção, se considerados todos os aspectos bioquímicos já conhecidos.

Assim, a divisão da vida humana em períodos de um ciclo reflete fenômenos ou estados observáveis, mas padece de enorme variabilidade individual. Dada a influência cultural destas divisões, em algumas culturas, a divisão mostrada abaixo não reflete um dado homogêneo. Há grande variação entre os países sobre com qual idade um indivíduo se torna legalmente um adulto.

No Brasil existem questões como a idade mínima para o voto (16 anos), a obrigatoriedade do voto (entre 18 e 65 anos), o voto opcional (entre 16 e 18 anos de idade ou mais de 65 anos), bem como a maioridade civil (18 anos) e a maioridade criminal (21 anos), bem como a aposentadoria compulsória para servidores públicos (70 anos).

A economia do envelhecimento é da maior importância. Crianças e adolescentes em geral dispõem de pouco dinheiro, mas a maior parte deste é destinada à aquisição de bens de consumo. Estes também têm grande impacto no modo como seus pais gastam seu dinheiro.

Adultos jovens são considerados uma coorte muito valorizada pelo mercado. Estes em geral recebem seu próprio dinheiro e apresentam poucas responsabilidades, como crianças ou dívidas. Em geral, estes ainda não têm hábitos de consumo fixos e estão mais abertos a novos produtos. Assim, em geral, os mais jovens constituem o alvo central das estratégias de marketing. A televisão é programada principalmente para atrair pessoas entre 15 e 35 anos de idade, e os filmes também são construídos em torno deste apelo.

As pessoas de meia-idade e os idosos tendem a comprar menos e são tradicionalmente enxergados como possuindo hábitos de compra muito arraigados e estáveis, portanto, estando menos abertos ao marketing. Idosos em geral tendem a possuir maior patrimônio, mas tendem a ser mais econômicos, estando assim mais abertos ao marketing de instituições financeiras do que ao mercado de consumo. É importante notar que isto reflete, nos países em desenvolvimento, o estado dos idosos das classes média e alta, enquanto que idosos oriundos das classes menos favorecidas podem não apresentar renda e depender de seus filhos, por exemplo.

No Brasil, o fenômeno da pobreza e do desemprego tem levado, no entanto, a situações em que são os idosos aposentados ou pensionistas a sustentar seus descendentes desempregados.

Finalmente, a diminuição da população jovem (e, portanto, da porcentagem da população contribuidora dos sistemas de pensão e impostos) está projetando uma situação de queda na arrecadação dos sistemas previdenciários e aumento nos gastos (com aumento da parcela de aposentados), ameaçando um colapso dos sistemas previdenciários. Embora diferentes estratégias tenham sido propostas, esta é ainda uma questão aberta atualmente.

Certas culturas se encontram diante de uma situação ou entendimento menos problemático do que o descrito acima, pela própria maneira como entendem o ser idoso: a idade avançada é vista como um estágio a ser atingido e o idoso, visto com respeito e status. Isto é particularmente mais comum nas culturas orientais.

Um declínio constante em muitos processos cognitivos é visto ao longo da vida, particularmente a partir dos 30 anos de idade. A maioria das pesquisas tem se focalizado em memória e envelhecimento e tem-se verificado declínio em diferentes tipos de memória com o envelhecimento, mas não na memória semântica ou no conhecimento geral, como definições e vocabulário, os quais tipicamente aumentam ou mantêm-se estáveis.

O envelhecimento é um processo que apresenta algumas características:

É universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios.

É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação às descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o desenvolvimento de técnicas estéticas etc...nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter.

É Heterogêneo e individual, em cada espécie há uma velocidade própria para envelhecer, essa rapidez de declínio funcional varia desmedidamente de pessoa para pessoa e numa mesma pessoa de órgão para órgão.

É deletério, danoso, pois leva a uma perda progressiva das funções.

É intrínseco.

Modificações Gerais:

- Diminuição da massa óssea;

- Atrofia da musculatura esquelética;
- Redução da água intracelular;
- Aumento e redistribuição da gordura;
- Diminuição da concentração de albumina sérica;
- Redução da taxa de metabolismo basal;
- Alteração do sistema de regulação de temperatura
- Diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição a formar auto-anticorpos e assim desenvolver doenças auto-imunes.

O envelhecimento é caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processo patológico.

A partir destas considerações, é preciso conceituar idoso, velhice, terceira idade. Ramos, afirma que a velhice significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes. Biologistas definem este processo como um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, do nascimento à morte. Sociólogos e psicólogos chamam o fato de que, além das alterações biológicas, o processo de desenvolvimento social e psicológico de um indivíduo e alterações em funções podem ser observados, além de problemas de integração e adaptação social.

Segundo veras, não existe um consenso sobre o que se chama de velhice, idoso e terceira idade, porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural, os desvios se produzem em ambos os sentidos. Isto é, a caracterização do idoso não é definível por simples cronologia, mais sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde. Assim cabe ressaltar que o processo de envelhecimento, em geral, é muito pessoal e cada indivíduo que envelhece pode apresentar involuções em diferentes níveis e em diversos graus, no sentido de que certas funções e capacidade declinam mais rapidamente que outras.

A deterioração da saúde física e mental que ocorre com o passar dos anos, leva os demais indivíduos a considerarem tal pessoa como idosa. Cronologicamente, há um dificuldade em se caracterizar a terceira idade, pois dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os membros poderão apresentar sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidades em diferentes idades cronológicas.

Segundo a Organização dos Nações Unidas (ONU), os indivíduos seriam considerados idosos aos 65 anos de idade, em países desenvolvidos. Já para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população, (ONU, 1985). Portanto, para os países em desenvolvimento, a proporção de idosos é menor, só que o processo de envelhecimento de suas populações vem se dando num certíssimo espaço de tempo.

Hoje, a probabilidade de que se alcance os 70 anos de vida é grande, apesar de uma grande maioria não se preparar para o envelhecer em nosso país. As pessoas não se preparam para a aposentadoria, quanto mais para ficar velho. Há mesmo, uma negação do próprio envelhecimento, uma recusa a pensá-lo ou planeja-lo. Uma forte razão para esta recusa é a imagem negativa e pejorativa associada a velho ou velhice.

Além do receio de tanta senilidade e decrepitude, as pessoas não aceitam o envelhecimento, devido, também, à falta de uma “razão de ser” da velhice, por não encontrarem um papel para si mesmo na sociedade.

A velhice deveria ser encarada como mais uma etapa que pode e deve ser significativa. Ecléa Bosì afirma que “durante a velhice deveríamos estar ainda enganados em causas que nos transcendem, que não envelhecem e que dão significado aos nossos gestos cotidiano”.

Esse é o primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo: a perda de seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções.

A maioria de nós sabe em dia nasceu, da mesma forma que sabemos nosso nome. No entanto, em muitos países menos desenvolvidos, muitas pessoas desconhecem a data de seu nascimento. Na China, por outro lado, até mesmo os analfabetos sabem a data em que nasceram. Os chineses, no entanto, consideram-se com um ano no dia de seu nascimento e determinam sua idade de acordo com um calendário lunar, o que facilita muito a ocorrência de erros nos cálculos das idades dos chineses segundo o calendário solar ocidental ou dos ocidentais segundo o calendário chinês. (Um mês lunar tem 29,5 dias. Portanto, um ano lunar de doze meses fica rapidamente fora de sincronização com nosso calendário solar de 365,25 dias. Para compensar isso, os chineses inserem um mês lunar extra em intervalos irregulares, o que torna o ano no qual o mês é acrescentado um ano bissexto).

Ocorrem incertezas semelhantes sobre as idades quando ponderamos o que, dentro de cada um de nós, fica um ano mais velho a cada aniversário. Normalmente, pensamos não no envelhecimento das nossas células, mas sim em como nos relacionamos com nossa família e nossos amigos ou no que imaginamos que a sociedade espera de alguém de nossa idade. Porém, se você disser figurativamente que não é a mesma pessoa que era há cinco ou dez anos, estará literalmente correto. Todos nós somos compostos de bilhões de células individuais e dos produtos gerados pelas células. A maioria das células presentes no nosso organismo hoje não estava presente há cinco ou dez anos. Na verdade, algumas não estavam presentes nem mesmo ontem.

Existem pelo menos três tipos de tecidos nos quais as células estão em um constante estado de divisão: a pele, as células que revestem o trato digestivo e as células que produzem as células vermelhas e brancas do sangue. Muitas das células desses tecidos dividem-se diariamente, e as células mais antigas são simplesmente eliminadas. As antigas células da pele estão na

fronteira mais externa de nossa pele e acabam sendo eliminadas no meio ambiente. As células velhas dos intestinos são eliminadas no trato digestivo (sim, somos canibais de nós mesmos!) e as velhas células do sangue são literalmente comidas por outras células, denominadas fagócitos. As células de outros tecidos são substituídas por novas células (um processo denominado renovação) ao longo de um período maior.

Dois importantes tipos de tecidos são compostos de células que não se dividem nem se renovam. São as células nervosas (encontradas no corpo inteiro, inclusive no cérebro) e as células esqueléticas e do músculo cardíaco. A maior parte das células do cérebro e dos músculos que uma pessoa possui durante a vida estão presentes desde o seu nascimento, ou logo após, e não se dividem mais. Os músculos, o coração e o cérebro crescem após o nascimento em grande parte porque as células que os formam aumentam de tamanho (não de número) e em parte porque *outras* células que cercam os neurônios e as células musculares se dividem e contribuem para o aumento do tamanho.

Se muitas das nossas células renovam-se em menos de dez anos, quantos anos realmente você tem? Afinal, as células que se renovaram durante os últimos dez anos se foram e podem ter sido substituídas várias vezes por novas células; assim, suas células atuais podem ser mais jovens do que as que estavam presentes há mais de uma década.

A maioria de suas células não o acompanha do berço ao túmulo, por isso, figurativa ou literalmente, na verdade, você não é a mesma pessoa que era há alguns anos. A melhor resposta à pergunta “Quantos anos você tem?” é: você tem a idade de suas células mais antigas – os neurônios e as células esqueléticas com os quais nasceu e que ainda tem. Quando comemorar seu próximo aniversário, a precisão exige que você comemore apenas o aniversário de suas células nervosas e musculares e os produtos das células que foram substituídos.

Porém, antes de você planejar a bizarra comemoração do aniversário de seu neurônios e células musculares, acrescentarei outra complicação. Embora sejamos todos compostos de células individuais e seus produtos, as células, em si, são compostas de átomos. A complicação é que, como resultado dos processos metabólicos normais, as moléculas podem se renovar ou ser substituídas sem que as células individuais nas quais estão contidas sejam substituídas. O que acontece com uma célula velha é análogo ao que poderia acontecer com um carro antigo. Se todas as peças do carro forem substituídas, o carro não será mais o mesmo. Se todas as partes da célula forem substituídas, a célula não será mais a mesma. Os neurônios com os quais você nasceu podem, aparentemente, ser os mesmos hoje, mas na realidade muitas das moléculas que os compunham quando você nasceu (exceto o DNA) podem ter sido substituídas por outras moléculas. Assim, células que não se dividem podem não ser as mesmas células com as quais você nasceu!

É provável que ocorra algum grau de renovação nas células que não se dividem, embora, com exceção do DNA, não tenhamos prova de que seja

completa. Se a maior parte das moléculas nas células nervosas e musculares é renovada, a comemoração do seu aniversário será complicada por duas razões. Primeiro, se todas as moléculas, com exceção de algumas, tiverem sido renovadas, você literalmente será uma pessoa diferente hoje. Segundo, todas as suas moléculas, tenham ou não sido renovadas, são compostas de unidades mais fundamentais chamadas átomos, a maioria dos quais não sofreu mudança desde a criação do nosso planeta. Representamos simplesmente rearranjos únicos de antigos átomos com bilhões de anos. Na verdade, somos compostos de átomos com bilhões de anos; poderíamos mesmo nos considerar imortais! Nesse sentido, todos nós temos um bilhão de anos, independente de quando nascemos, e a comemoração de nosso aniversário passa a ser um absurdo.

Como compensação parcial para a perda das comemorações de aniversário, considere o seguinte benefício: os átomos presentes em nosso corpo podem ter sido parte do corpo de outra pessoa, morta há muito tempo. Essa é a única base científica para acreditarmos que nós, os vivos, representamos uma forma e reencarnação. Quando morremos, nossos átomos dissipam-se no meio ambiente, e alguns talvez venham a fazer parte de outro ser humano, em um padrão contínuo de átomos reciclados. Você poderia argumentar que se trata de um indício científico de vida após a morte; nossos átomos são imortais, mas nós, como indivíduos, não. Diante da morte, o conceito que temos de nós mesmos desaparece para sempre, independente da origem e do destino de nossos átomos.

Tentar definir com exatidão a idade de um organismo vivo obviamente pode confundir nossa mente. O melhor que você pode fazer, se insistir na trabalhosa precisão, é comemorar o nascimento de todas as suas células mortais porque, embora elas não existam mais, foram elas que geraram as linhagens de células cujo resultado foi você.

A partir dos anos 80, o envelhecimento populacional tem-se tornado um fenômeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984). Segundo Berquó (1996), no Brasil, por exemplo, a população maior de sessenta e cinco anos atingiu, no ano 1991, mais de sete milhões de pessoas e estima-se que entre os anos 2010 e 2020 a taxa de crescimento de indivíduos dessa faixa etária seja de 3,80, o que comparando-o com a taxa de 1991-2000 (de 2,25), representará um aumento considerável. No entanto, em muitas regiões, ainda se rejeita o idoso, seja de maneira direta ou indireta. Esse prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado inúmeros questionamentos acerca de como estará sendo compreendido o envelhecimento humano dentro das sociedades atuais. A sociedade brasileira não parece estar preparando seus cidadãos para esse processo (Santos, 1990).

O problema de pesquisa que determinou a realização desse estudo foi discutir como diferentes grupos de pessoas idosas ou próximas dessa faixa etária compreendem o envelhecimento em geral através de três dos

fenômenos que mais o tipificam: o idoso como protagonista, a velhice como última fase da vida e o próprio envelhecimento enquanto processo que transcende a própria velhice para abranger todo o curso de vida. O objetivo central desse trabalho é analisar os conteúdos das representações sociais que diferentes grupos de pessoas têm, no que diz respeito a essas questões do envelhecimento humano.

Uma das áreas de pesquisa da Gerontologia Social é o desenvolvimento de teorias acerca do processo de envelhecimento que integrem a preocupação com a qualidade de vida e com a própria compreensão dos idosos acerca desse fenômeno (Neri, 1993). Sendo assim, a análise de representações sociais sobre esses aspectos é de grande utilidade para a Gerontologia, pois possibilita a identificação de modos compartilhados de pensar e de atuar em relação a esse processo, ao caracterizar os conhecimentos e crenças dos grupos sociais a respeito do mesmo.

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada, já não é mais privilégio de poucas pessoas. Em contraposição, muitas sociedades não são conseqüentes com essas mudanças demográficas, no seguinte sentido: as mesmas atribuem valores relacionados com a competitividade para seus grupos, valorizam a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional, entre outras. Só que, na realidade, muitas dessas crenças e valores, nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, se levar em consideração algumas mudanças e perdas que freqüentemente se associam à velhice. Parte dessas crenças são construídas na forma de representações, nas conversações diárias dos grupos. Nesse sentido, Moscovici (1981) assinala que a noção de representação social remete a:

"... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum".

Com o advento da descoberta dos antibióticos, e outros avanços das ciências da saúde, os países desenvolvidos conseguiram retardar o processo do envelhecimento e aumentar a expectativa média de vida humana ao nascer, no século passado.

Ao vencer as causas da morte prematura, a expectativa média de vida da população americana passou de 47 anos ao início do século para cerca de 77 anos ao seu final (75 para os homens e 80 para as mulheres).

Entretanto, mesmo com todas as melhorias das condições de vida conquistadas, a expectativa média de vida ao nascer não deverá passar de 90 anos no futuro. A questão que se coloca hoje para a pesquisa biomédica não é meramente conseguir adiar o envelhecimento e aumentar o tempo de vida humana, mas sim, prolongar a duração da vida com qualidade.

No Brasil, estamos em meio a um processo evolutivo caracterizado por uma progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias, e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Atualmente, a expectativa média de vida da população ao nascer é de 69 anos para os homens e 72 para as mulheres. A análise do crescimento populacional de diferentes faixas etárias mostra que o grupo de idosos, com 60 anos ou mais, é o que mais está crescendo no país. De 1980 a 2000, o contingente entre 0-14 anos teve um aumento de 14 % enquanto o grupo de pessoas idosas cresceu 107 %.

Esses dados configuram um enorme desafio para o país neste início de século em relação aos idosos. É preciso investir na promoção da saúde pública, para se lograr prevenir a morte prematura e aumentar a expectativa média de vida da população, para os patamares dos países desenvolvidos. Torna-se também imperativo investir na implementação de políticas públicas para propiciar condições de vida saudável e de qualidade para a população de idosos que cresce progressivamente.

1.1 – DESENVOLVIMENTO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento não é a velhice. O envelhecimento é um processo irreversível, que se inscreve no tempo, começa com o nascimento e acaba com a morte do indivíduo.

O envelhecimento cronológico deve ser diferente do envelhecimento funcional. Trata-se não só de uma questão de generosidade de sentimentos, mas também de uma maneira do indivíduo conservar em si suficiente cumplicidade com a criança que foi. A maneira pela qual as pessoas passam e encaram as características do envelhecimento é que as classifica como velhas.

Esse é um processo normal na vida de tudo que é vivo na terra, sabemos que a partir do momento que nascemos, também já estamos no processo de envelhecimento.

Não é simples porém, responder a questão: “Quando é que se fica velho?” O conceito do tempo no processo de envelhecimento deve ser entendido nos seguintes aspectos:

- . Físico – é chamado tempo objetivo, medido em calendários, relógios, data de nascimento e outros. É mensurável e quantificável, podendo ser relacionado à idade do organismo. Este tempo físico não corresponde ao tempo biológico;
- . Biológico – é aquele que se refere aos relógios biológicos, ritmos circadianos e metabólicos de sincronização individual. A idade biológica reflete as variações entre indivíduos com a mesma idade cronológica e se define como a posição do indivíduo em relação a sua expectativa de vida. O envelhecimento neste caso poderia refletir modificações ou dessincronização dos relógios internos;
- . Psicológico – definido como a experiência subjetiva do tempo, o modo como este é percebido e vivenciado pelo indivíduo. No idoso encontra-se uma vivência interna de lenhificação da passagem do tempo, enquanto o tempo externo parece acelerado;
- . Social – refere-se à posição e hábitos sociais adquiridos, sentidos pelo indivíduo como pertencentes ao papel social e cultural, esperado para a idade. O envelhecimento, por este parâmetro, é avaliado de acordo com o papel social desempenhado pelo indivíduo.

Se a velhice designa a última etapa da vida, quando será que ela se inicia: aos 50, aos 60, aos 70 ou mesmo aos 90... e para quem chega aos 100?

A velhice não é a espera da morte, assim como a demência não é uma ameaça na idade avançada. Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.

A velhice só chega a partir do momento em que você se acha velho, e não é a idade que define isso, podemos está velho por fora e jovens e

saudáveis por dentro, precisamos mesmo é viver de uma forma saudável e que as pessoas possam respeitar mais os idosos.

Vários estudiosos declaram que a velhice não tem nada a ver com a idade cronológica. Mas, mesmo assim, é comum classificarmos em primeira idade o período de nossa formação física, moral, social e profissional, que abrange do nascimento aos 28 anos. A segunda idade, aquela do desfrute da maturidade, dos 28 aos 56 anos. Já a terceira idade, o chamado outono da vida, dos 56 aos 84 anos e a quarta idade, a chamada idade da velhice, inicia-se aos 84 anos, Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989).

Velhice é um estado de espírito, além do fato que a velocidade do envelhecimento não ser a mesma para todos os organismos da espécie humana. Daí a principal diferença entre os idosos, de acordo com a idade cronológica e biológica, ser a individualidade.

Há velhos de vinte anos, como há jovens de oitenta.

Depende muito da pessoa, ser velho ou estar velho só depende de cada um, e não só da aparência física, concordo que a velhice estar no estado de espírito de cada pessoa e não apenas naquilo que estamos vendo, precisamos tratar o idoso como pessoas normais e não como incapacitado, alias a experiência é uma das qualidades que o idoso tem e pesa muito nos dias de hoje, viver e saber viver.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento cronológico se dá a partir dos 60 anos, classificando os idosos em três outras faixas: de 60 a 69 anos, são os jovens idosos; de 70 a 79 anos são os meios idosos e a partir dos 80 anos são os idosos velhos, também chamada a quarta idade, pelos franceses.

Envelhecer implica algo que é associado à idade cronológica, mas não idêntico a ela. Pode ser usado de diversas formas, explica fenômenos, define senilidade, justifica dificuldades, relaciona mudanças e alterações, enfim, é um termo atribuído a um processo multifacetado e, portanto, de difícil e imprecisa conceituação.

A maioria dos gerontologistas define o envelhecimento como diminuição da capacidade de sobrevivência do organismo, mas isto diz pouco sobre a causa do envelhecimento. A principal dificuldade se dá na separação do processo biológico primário do envelhecimento, das doenças associadas e dos fatores ambientais. Essa separação é fundamental para o entendimento desse processo do ciclo vital. Chama também à atenção o fator desuso, ou seja, a utilização inadequada dos sistemas orgânicos, que são geneticamente determinados para a realização de diversas funções e atividades, o sedentarismo atual preocupa das características ancestrais de espécie humana, os caças a coleta, que implicavam em grande atividade física.

Temos que pensar que envelhecer é uma coisa boa e saudável, muitos acha isso ruim, mais se nos tivemos um pouco mais de confiança em nos

mesmo, vamos saber que é um dádiva de Deus, poder viver vários momentos na vida, ver nossos filhos se tornarem homens, conhecer nossos netos, bisnetos, isso tudo é uma alegria que o idoso tem que ter, saber que pode continuar a fazer suas atividades diárias normais, claro com mais cuidado, mais podendo fazer isso é o que importa, ter a consciência que a vida não termina por estarmos mais velhos e sim quando realmente estamos sem condições de realmente viver a vida sem se preocupar com o envelhecimento.

Até pouco, a meia-idade era o período menos estudado do ciclo de vida. Exceção da idéia, hoje em grande descrédito, da “crise da meia-idade”, os anos intermediários eram considerados um hiato relativamente monótono entre as mudanças mais dramáticas do início da idade adulta e a velhice. Agora que a geração nascida no pós-guerra está na meia-idade, a pesquisa sobre esse período está se intensificando. Nos Estados Unidos, entre 1990 e 2015, a população de 45 a 64 anos devem aumentar em 72%, de 47 para 80 milhões. Essa é a coorte com melhor nível de instrução e mais afluenta a atingir a meia-idade em qualquer lugar, e está mudando nossa perspectiva sobre a importância e sobre o significado dessa época da vida.

O conceito meia-idade é relativamente novo; o termo passou a ser utilizado na Europa e nos Estados Unidos na virada do século XX. Hoje as pessoas nas sociedades industriais estão vivendo muito mais do que em épocas anteriores, bem além dos anos de criação ativa dos filhos], e a meia-idade tornou-se uma etapa distinta da vida com suas próprias normas, oportunidades, com seus próprios papéis e desafios. Assim, alguns estudiosos descrevem a “meia-idade” como um conceito socialmente construído, com significado culturalmente atribuído. Na verdade, algumas sociedades tradicionais, como os Gusii no Quênia, não reconhecem qualquer estágio intermediário da idade adulta.

À medida que a vida continua a se alongar e a se diversificar, é cada vez mais difícil generalizar sobre os anos intermediários. É inclusive difícil dizer quando começam e quando terminam. Com os aperfeiçoamentos na saúde e na duração da vida, os limites superiores da meia-idade estão subindo. Em um estudo, jovens adultos em seus 20 anos definiram a meia-idade como indo dos 30 aos 55 anos, mas adultos mais velhos de 60 a 70 anos consideram que os anos intermediários iniciavam-se nos 40 e estediam-se aos 70 anos.

O significado da meia-idade varia com a saúde, com o gênero, com a etnicidade, com a condição socioeconômica, com a coorte e com a cultura. A maioria das pessoas de meia-idade nos Estados Unidos hoje está em boa forma física, cognitiva e emocional – em maior grau do que em qualquer geração anterior – e sente-se bem com a qualidade de sua vida. Algumas pessoas de meia-idade podem participar de uma maratona; outras ficam sem fôlego ao subir uma escada mais íngreme. Algumas têm uma memória mais aguda, do que nunca; outras sentem sua memória começar a falhar. Alguns, como Gandhi, estão no auge da criatividade ou da carreira; outros começaram mais devagar ou chegaram a situações-limite. Outros, ainda, tiram o pó de sonhos há muito guardados ou perseguem novos objetivos.

A meia-idade geralmente é um período movimentado, às vezes estressante. Ela costuma ser repleta de muitas responsabilidades e de múltiplos papéis – responsabilidades e papéis que a maioria dos adultos sente-se competente para enfrentar: administrar lares, departamentos ou empresas; lidar com a independência dos filhos; talvez cuidar de pais idosos ou iniciar novas carreiras.

“Usar ou perder” é o lema de muitas pessoas de meia-idade que adotaram a caminhada, o tênis, a ginástica aeróbica e outras formas de atividade física. A pesquisa confirma a sabedoria desse credo. Algumas mudanças fisiológicas são resultados direto do envelhecimento biológico e da constituição genética, mas o acúmulo de fatores comportamentais e de estilo de vida, desde a infância, afetam a probabilidade, o momento de ocorrência e a extensão das mudanças físicas. Pelo mesmo raciocínio, a saúde e os hábitos de estilo de vida nos anos intermediários influenciam o que acontece nos anos posteriores.

Desde o início da idade adulta até os anos intermediários, as mudanças sensoriais e motoras são pequenas, graduais e quase imperceptíveis – até que um dia um homem de 45 anos nota que não consegue consultar a lista telefônica sem os óculos, ou uma mulher de 60 anos precisa admitir que não consegue andar com a mesma rapidez que antes.

Problemas visuais ligados à idade principalmente em cinco áreas: visão de perto, visão dinâmica (ler sinais em movimentos), sensibilidade à luz, busca visual (por exemplo, localizar um sinal) e velocidade de processamento de informações visuais. Também é comum uma ligeira perda na acuidade visual ou nitidez da visão. Devido às mudanças da pupila do olho, pessoas da meia-idade podem precisar de aproximadamente um terço a mais de luminosidade para compensar a perda de luz que chega à retina.

Algumas mudanças estruturais e sistêmicas podem tornar-se perceptíveis durante os anos intermediários. Na quinta e na sexta década, a pele pode se tornar-se menos tesa e lisa, pois os tecidos imediatamente abaixo da superfície perdem gordura e colágeno. Os cabelos podem tornar-se mais ralos, (devido a uma menor taxa de substituição), e mais grisalhos, pois a produção de melanina, o agente pigmentador, diminui. As pessoas transpiram menos à medida que o número de glândulas sudoríparas diminui. Tendem a adquirir peso, devido ao acúmulo de gordura corporal, e perdem altura devido à contração dos discos intervertebrais.

A densidade óssea geralmente alcança o máximo dos 35 aos 40 anos. A partir de então, as pessoas costumam sofrer certa perda líquida de osso, pois mais cálcio é absorvido do que repostado, fazendo com que os ossos tornem-se mais finos e mais quebradiços. A perda óssea acelera-se aos 50 anos; ela ocorre duas vezes mais rápido nas mulheres do que nos homens, às vezes levando à osteoporose. As articulações podem tornar-se mais rijas, principalmente ao despertar pela manhã, pois os tendões e os ligamentos tornam-se menos eficientes.

Ambos os sexos apresentam uma redução gradual de altura de aproximadamente a, 15 milímetro por ano, começando mais ou menos os trinta anos. Com o passar da idade, as extremidades tornam-se finas e o troco mais grosso. No homem, o diâmetro do antebraço diminui após os sessenta anos e o diâmetro da panturrilha após os quarenta.

Os hábitos de mastigação mudam acentuadamente com o envelhecimento, tanto nos homens quanto nas mulheres. O número de cáries aumenta com a idade, bem como a probabilidade e gravidade de doença periodontal. O fluxo de saliva e seus componentes permanecem estáveis durante o processo de envelhecimento.

A quantidade total de gordura no corpo permanece relativamente constante com a idade, mas sua distribuição muda. A gordura se acumula mais nas coxas do que no abdome; portanto, o “aumento da meia-idade” não se deve realmente a um aumento do tecido gorduroso. Provavelmente ocorre devido à perda de tônus muscular, produzindo a queda característica do abdome.

Estudos de corte transversal mostram que o colesterol no sangue aumenta do início da idade adulta até os 60 ou 65 anos para em seguida cair. Embora não tenha sido elaborado especificamente para estudar o envelhecimento, o Estudo Longitudinal de Framingjam, Massachusetts identificou fatores de risco para o desenvolvimento de doença coronária que podem ser aditivos (ou seja, cada fator de risco aumenta a probabilidade de desenvolver doença coronariana). Os fatores de risco são: fumo, hipertensão, níveis elevados de colesterol plasmático e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), baixa capacidade vital, diabetes e obesidade. Quando não está doente, o coração de uma pessoa idosa bombeia quase tão bem quando o de um adulto jovem e saudável. Não há indícios de que a função cardíaca decline com a idade. A frequência cardíaca máxima, que também pode ser chamada de pulso, diminui com a idade. Não se trata de um problema de saúde. Com a idade, tanto os homens quanto as mulheres desenvolvem um estreitamento de parede cardíaca. A incidência de doenças coronariana aumenta com a idade.

Na ausência de doenças, os traços de personalidade permanecem basicamente iguais durante toda a vida, mas a preferência por atividades em ritmo acelerado diminui em torno dos cinquenta anos. A crença comum de que a personalidade de uma pessoa mais idosa muda com o tempo, que ela se torna bem ou mal-humorada, é um mito. Não foram obtidos indícios que sustentem a crença de que as pessoas idosas se tornam hipocondríacas.

A função renal, medida pela capacidade dos rins de filtrar os dejetos nitrogenados do sangue, diminui com a idade. A capacidade dos linfócitos, um tipo de celular branca do sangue, de matar células cancerosas começa a diminuir os quarenta anos. A eficiência de outras células brancas do sangue que combatem doenças infecciosas, chamadas neutrófilos, também diminui com a idade. A função pulmonar diminui com a idade. Nos homens saudáveis, o declínio é um fator de risco significativo para doença coronariana.

Após os 65 anos, a força no antebraço e nos músculos das costas diminui. A força, medida pela capacidade de rodar uma manivela durante um período de tempo, diminui após os cinquenta anos, mas há boas razões para acreditar que isto se deve à redução da coordenação, e não à perda de força. A atividade física diminui com a idade. O desempenho máximo durante o exercício diminui com a idade. O desempenho físico pode aumentar com o tempo, como resultado de mudanças no estilo de vida, por exemplo, prática diária de exercícios. Embora o desempenho físico possa melhorar a algumas doenças possam ser retardadas, eliminadas ou diminuídas, não há indícios de que as causas básicas do envelhecimento sejam afetadas pelo aumento do exercício.

A postura normal, ereta, característica do adulto jovem, raramente é observada nas pessoas realmente idosas. Existem vários motivos para isso, inclusive mudanças no esqueleto e nos músculos. Praticamente todos os estudos realizados mostraram que a altura do ser humano, tanto de pé quando sentando, diminui com a idade, começando nos homens em torno dos quarenta e nas mulheres em torno dos 43 anos. Um estudo de corte transversal realizado em 1989 com 1.763 pessoas revelou que, em média, a perda de altura de pé foi de quase 5 centímetros nas mulheres e entre 60 milímetros e 2,5 centímetros nos homens. Não é surpreendente que as grandes perdas ocorram em idades avançadas, já que o ritmo de perda de altura aumenta com a idade.

Praticamente todos os estudos realizados mostram que o peso aumenta na meia-idade e diminui na velhice. Em U.S. Health Examination Survey (Levantamento de Exames de Saúde Norte-Americano) de 1965, os homens alcançaram o peso médio máximo de 78 quilos na faixa etária de 34 a 44 anos. Esse valor diminuiu para 75 quilos entre 65 e 74 anos e para 63 quilos entre 75 e 79 anos. As mulheres estudadas apresentaram resultados diferentes. O peso médio na faixa etária de 25 a 34 anos foi de 62 quilos. Esse valor aumentou, alcançando um máximo de 69 quilos entre 45 a 64 anos e, em seguida, caindo para 66 quilos entre 65 e 74 anos e 62 quilos entre 75 e 79 anos.

De um modo geral, o diâmetro, a circunferência e a profundidade do tórax aumenta com a idade, tanto nos homens quanto nas mulheres.

Vários estudos mostraram que tanto o nariz quanto as orelhas se alongam com a idade. Outras dimensões faciais aparentemente não se modificam significativamente após os cinquenta anos.

Os ossos do crânio são independentes, embora conectados por articulações fibrosas chamadas suturas. Muitas dessas suturas começam a se fundir aos setenta, oitenta ou noventa anos. Os ossos do crânio também parecem ficar mais espessos com a idade.

O crescimento de alguns ossos da bacia continua em algumas pessoas até a sétima década de vida.

Ninguém morre porque a pele envelhece, mas a pele realmente mostra mudanças drásticas decorrentes do avançar da idade. Frequentemente, é a aparência da pele que determina nossas conclusões estereotipadas sobre a idade da pessoa. Sua descoloração, rugas e deterioração soa comumente consideradas como um reflexo da idade cronológica e até da saúde de modo geral. Além das roupas, a pele é o que mais observamos quando olhamos para uma pessoa. É por todas essas razões que o envelhecimento dos seres humanos é identificado primeiramente na pele.

O primeiro sinal de rugas aterroriza muitas pessoas. Entretanto, a verdadeira culpa dessa reação não é das rugas, mas da desvalorização dos homens e mulheres idosos pela sociedade. A vaidade ferida pode ter efeitos psicológicos profundos, levando à perda da auto-estima e conseqüentes mudanças nas interações sociais. A principal causa das mudanças da pele que observamos quando uma pessoa envelhece é o componente ultravioleta da luz do sol, que produz um efeito chamado foto envelhecimento ou envelhecimento extrínseco. O efeito é maior na pele exposta ao sol menos nas áreas não expostas, como as nádegas. Embora haja algumas divergências, acredita-se que as rugas características da velhice sejam causadas pela perda de uma proteína chamada colágeno. O colágeno é tão abundante no corpo que constitui a base de uma teoria de envelhecimento que será considerada mais adiante. O foto envelhecimento – dano causado pela luz ultravioleta – exacerba as rugas. Até a forma como você dorme pode afetar os vincos que aparecem verticalmente em sua face.

Há alguns motivos para acreditar que as células nervosas da pele tornem-se menos eficientes com a idade. Isto talvez explique por que a pele das pessoas mais idosas é menos sensível à dor do que a dos adultos jovens. As queimaduras tendem a ser mais graves nos idosos porque a sensibilidade reduzida ao calor e à dor aumenta o tempo de reação. A sensibilidade ao toque também é reconhecidamente reduzida nos idosos. A densidade do sistema circulatório da pele, que compreende pequenas veias, capilares e arteríolas, diminui à medida que envelhecemos. Provavelmente, essa também é a razão pela qual as pessoas idosas sentem frio mais rapidamente quando a temperatura cai. Para uma pessoa idosa, a temperatura agradável é frequentemente cinco ou oito graus superior à temperatura que seria considerada agradável por uma pessoa mais jovem.

Uma resposta nervosa menos eficiente da pele mais idosa, combinada a uma queda do sistema imunológico, também pode ser responsável pela redução ou retardamento da resposta inflamatória aos fatores irritantes. Esta capacidade reduzida do sistema de alerta pode fazer com que as pessoas idosas se exponham mais tempo a um fator irritante antes do aparecimento de um sinal de alerta, por exemplo, a vermelhidão. A cicatrização de ferimentos nos idosos é mais lenta do que nos jovens, e a força do ferimento em si (resistência ao desgasta) é menor até a conclusão do processo de cicatrização, embora os reparos ocasionais sejam igualmente bons.

A sexualidade não é apenas uma marca característica da juventude. Embora ambos os sexos sofram perdas na capacidade reprodutiva em algum

ponto da idade adulta – as mulheres tornam-se incapazes de ter filhos e a fertilidade dos homens começa a diminuir – o prazer sexual pode continuar durante toda a vida adulta.

A menopausa ocorre quando uma mulher para definitivamente de ovular e de menstruar e quando não é capaz de conceber um filho; geralmente se considera que ocorra um ano após o último ciclo menstrual. Em 80% das mulheres, isso ocorre entre 45 e 55 anos; em média, aproximadamente aos 51 anos. Alguns mulheres, contudo, sofrem mudanças menstruais aos 30; outras, somente depois dos 60 anos.

O período de vários anos durante o qual uma mulher sofre mudanças fisiológicas que ocasionam a menopausa é denominada *perimenopausa* também é conhecido como *climatério* ou “mudança de vida”. A partir dos 30 anos, a produção de óvulos em uma mulher começa a diminuir imperceptivelmente. Depois, quando ela se aproxima do seu 50^a aniversário, os ovários produzem menos estrogênio, o hormônio feminino. A menstruação torna-se irregular, com menos fluxos do que antes e com um período mais longo entre os ciclos menstruais. Em mulheres que fazem histerectomia, a menopausa chega abruptamente, sem preparação.

Sintomas físicos que afetam uma pequena minoria de mulheres incluem secura, ardor e prurido vaginal; infecções vaginais e urinárias; disfunção urinária causada pela contração dos tecidos. Algumas mulheres demoram mais para se excitarem sexualmente do que antes, e algumas sentem dor durante as relações sexuais devido ao adelgaçamento dos tecidos vaginais e da lubrificação insuficiente. Outros problemas físicos às vezes descritos por mulheres na menopausa incluem dores articulares ou musculares, dores de cabeça, insônia, fadiga, tontura, ganho de peso e constipação, mas esses sintomas parecem relacionar-se apenas indiretamente com a menopausa, quando muitos.

Os homens não têm uma experiência comparável à menopausa. Não sofrem uma queda repentina na produção hormonal na meia-idade, como ocorre com as mulheres; em vez disso, os níveis de testosterona diminuem paulatinamente a partir dos anos de adolescência, somando de 30 a 40% de redução aos 70 anos.

O termo *climatério masculino*, às vezes, é utilizado para descrever um período de mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas envolvendo o aparelho reprodutivo masculino e outros sistemas corporais. Os sintomas supostamente associados ao climatério incluem depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, fraqueza, diminuição do impulso sexual, falha erétil, perda de memória e redução da massa muscular e óssea e nos pelos corporais, mas não há certeza de que essas queixas, muitas vezes vagamente definidas, estejam relacionadas com os níveis de testosterona. O ajustamento psicológico dos homens, como o das mulheres, pode ser oriundo de eventos como doença, preocupações com o trabalho, saída dos filhos de casa ou falecimento dos pais, assim como de atitudes culturais negativas em relação ao envelhecimento.

Os homens realmente sofrem algumas mudanças no funcionamento sexual. Embora um homem possa continuar a reproduzir até bem tarde na vida, a quantidade de espermatozoides começa a diminuir ao final dos 40 ou 50 anos, tornando-o menor a probabilidade de que ele seja pai. As ereções tendem a se tornar mais lentas e menos firmes, os orgasmos menos freqüentes, e as ejaculações menos vigorosas; aumenta o tempo para se recuperar e ejacular novamente. Contudo, a excitação sexual e a atividade sexual podem continuar sendo parte normal e vital da vida.

Estima-se que 39% dos homens de 40 anos e 67% dos homens de 70 anos podem sofrer de disfunção erétil (popularmente chamada de impotência): incapacidade persistente de alcançar ou manter o pênis ereto o suficiente para um desempenho sexual satisfatório. Segundo o Estudo do Envelhecimento Masculino de Massachusetts, cerca de 5% dos homens de 40 anos e 15% dos homens de 70 anos são totalmente impotentes. Diabetes, hipertensão, colesterol elevado, insuficiência renal, depressão, distúrbio neurológicos e muitas doenças crônicas estão associadas à disfunção erétil. Álcool, drogas, tabagismo, técnicas sexuais empobrecidas, falta de conhecimento, relacionamentos insatisfatórios, ansiedade e estresse podem ser fatores contribuintes.

Em uma sociedade orientada aos jovens, sinais visíveis de envelhecimento, como rugas, costas encurvadas, “sinais de idade” e acúmulo de gordura na meia-idade podem ser perturbadores. Pessoas de meia-idade despendem muito tempo, esforço e dinheiro tentando parecer jovens.

Até pouco tempo, eram principalmente as mulheres que eram vítimas da perseguição implacável da juventude. Nos tempos medievais, um homem maduro era considerado sábio, ao passo que uma mulher madura era considerada como “fria” e “seca”. Nos homens, o cabelo grisalho, a pele mais áspera e os pés-de-galinha tem sido vistos como indicadores de experiência e de domínio; em mulheres, como sinais de estar “descendo a ladeira”.

As mudanças na aparência tendem a afetar mais a responsabilidade do marido à esposa do que vice-versa. Segundo a psicologia evolucionista esse duplo padrão do envelhecimento remonta ao impulso universal de perpetuar a espécie. Uma vez que as mulheres perdem sua capacidade reprodutiva mais cedo do que os homens, a perda da aparência de juventude podia informar a um homem que uma mulher poderia não ser mais parceira desejável (isto é, fértil).

Hoje o duplo padrão de envelhecimento está desaparecendo; os homens também sofrem com a valorização dada à juventude. Isso se aplica particularmente ao mercado de trabalho e ao mundo dos negócios. Não é coincidência que tratamentos de combate ao envelhecimento para homens tenham dado um salto de crescimento em uma época de redução corporativa. Os homens atualmente gastam tanto quanto as mulheres em produtos cosméticos e estão fazendo mais cirurgias estéticas.

A auto-estima sofre quando as pessoas desvalorizam seu ser físico. Por outro lado, o esforço para manter a juventude e o vigor podem ser positivos se não for obsessivo e se refletir a preocupação com a saúde e com a boa forma. Homens e mulheres que possam manter ao máximo uma boa forma física e ao mesmo tempo aceitem de maneira realista as mudanças que estão ocorrendo em si mesmos e que possam apreciar a maturidade como uma realização positiva para ambos os sexos, são mais capazes de tirar o melhor da idade-adulta – época em que tanto o funcionamento físico como o cognitivo tendem a estar em um nível surpreendentemente elevado.

Em geral, os americanos de meia-idade – como pessoas de meia-idade de outros países industrializados – são bastantes saudáveis. Menos do que 17% das pessoas de 45 a 64 anos consideram sua saúde má ou regular. Mais de três quartos das pessoas nessa faixa etária não possuem limitações funcionais, e apenas uma em cada 10 é incapaz de realizar atividades importantes por motivos de saúde. Os homens tendem mais a ter restrições sobre atividades importantes, as mulheres sobre atividades secundárias ou menos importantes (NCHS, 1998^a). Limitações de atividades geralmente são causadas por enfermidades crônicas, como problemas de coluna, artrite e reumatismo, e aumentam com a idade. A personalidade afeta o modo como as pessoas julgam sua própria saúde; as com elevado teor da dimensão de personalidade denominada neuroticismo são menos propensas a descrever saúde excelente do que pessoas classificadas como extrovertidas, afáveis ou escrupulosas.

1.2 – SAÚDE DO IDOSO

Hoje o que nos observamos é que há um grande melhora na saúde de nossos idosos, mais ainda estamos muito longe e é muito pouco o que estamos fazendo por eles, precisamos de mais empenho, vontade, determinação e conhecimento para que eles possam viver ai melhor.

Precisamos elaborar mais formas para nossos idosos possam viver ainda melhor e com prazer, saber que tem à ajuda de todos para ter uma vida feliz.

A cada momento que se passa verifica-se um aumento na perspectiva da vida da população, tornando-se absolutamente necessário a implantação de um serviço que venha contribuir para alcançar os objetivos descritos ao longo da introdução deste trabalho.

A população idosa, ou seja, o segmento de 65 anos e mais vêm tendo um crescimento expressivo em nosso país, superando, inclusive, o crescimento da população total. Assistimos também um aumento de sua longevidade.

Portanto, a questão do idoso “deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores das políticas sociais e da sociedade em geral...enquanto a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, o envelhecimento como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade do presente e do futuro”(Berquó, 1999:38).

A Secretaria Municipal de Paraipaba com o intuito de contribuir com uma maior qualidade de vida da população idosa existente no município, implantou em 1999 o Programa Idoso Cidadão, cuja atuação por meio de uma equipe interdisciplinar, composta por médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, vem desenvolvendo diversas atividades de caráter educativo e preventivo, trabalhando saúde sob a ótica da promoção e construção de uma qualidade de vida digna inserida no cotidiano de cada idoso.

Este programa, fundamentado na Política Nacional do Idoso, tem como objetivo geral contribuir com a construção a cidadania do idoso, assegurando seus direitos sociais de integração, independência, dignidade, auto-realização e participação efetiva na comunidade, bem como melhorando sua qualidade de vida através de ações básicas de saúde.

De acordo como o censo municipal realizado pelas agentes de saúde, em 2001, o município de Paraipaba possui 22.127 habitantes, sendo 9.293 habitantes da zona urbana e 12. 834 habitantes da zona rural. É importante

dizer que o município cerca de 2.179 habitantes com faixa etária acima de 60 anos, dos quais 1.111 são do sexo masculino e 1.068 são do sexo feminino.

“O envelhecimento é a resposta do corpo às condições que lhe são impostas, tanto por dentro quanto por fora” (Deepak Chopra).

O ideal seria que os idosos tivessem um sistema de saúde acessível, cuidados em casa, um lar seguro, serviços legais e sociais. Entretanto, cada vez mais freqüentemente aparece a questão dos maus-tratos, abusos e abandonos.

A violência física e os atos realizados com intenção de ferir ou provocar dor podem ser considerados maus-tratos aos idosos. Os mais freqüentes são as pancadas com objetos, causando fraturas, hematomas, queimaduras ou feridas. A literatura também inclui o abuso psicológico ou emocional como uma categoria de maus-tratos. Geralmente, o abuso físico e o emocional acontecem juntos. O abandono ou a sua ameaça é uma outra forma de abuso psicológico, assim como a apropriação de dinheiro ou bens. As pesquisas mostram no Canadá, Grã-Bretanha e Estados Unidos que a incidência da violência física alcançam 2,2%, a agressão verbal 1,1% e o abandono 0,4%. O cônjuge é responsável por 2/3 do abuso, sendo os adultos jovens responsáveis pelo restante.

Alguns fatores de risco favorecem os maus-tratos:

- Saúde deficiente e dano funcional do idoso – a fragilidade física sempre foi considerada o fator mais importante, entretanto, é provável que ela apenas impeça a pessoa de se defender e escapar da situação, além de aumentar sua vulnerabilidade.
- Alterações cognitivas do idoso – pensamento, memória, atenção, concentração, etc.
- Abuso de drogas ou doença mental da pessoa responsável por seus cuidados – o idoso encontra-se em uma situação de dependência de alguém que não responde por seus próprios atos.
- Dependência daquele que maltrata em relação a vítima – ou seja, o idoso corre riscos de maus-tratos quando a pessoa que cuida de si é seu dependente física ou economicamente.
- Problemas de moradia – ambiente carente de segurança, higiene, conforto, etc.
- Isolamento social – deve ser evitado, pela necessidade de afeto, contato humano, compreensão e apoio que estimularão o idoso.

As situações que podem alertar o médico sobre a possibilidade de maus cuidados e abuso podem ser:

- A demora entre a produção de uma ferida ou doença e a solicitação de atendimento médico.
- Diferença entre a história contada pelo paciente e a contada por seu acompanhante que pode ser o suposto autor do abuso.
- Explicações vagas ambas as partes.

- Visitas freqüentes ao pronto-socorro devido a piora de uma doença crônica, apensar de tratamento e medicação corretos.
- Dano funcional no paciente sem responsáveis que o acompanhe.
- Achados de laboratórios discrepantes com a historia relatada.

Todas as fontes de informações possíveis são importantes, é necessário investigar rotineiramente, se possível escutar outros familiares, vizinhos, enfermeiros ou outras pessoas que possam do paciente cuidar. Quando houver suspeita desse tipo de tratamento, é preferível interrogar o paciente individualmente. Algumas perguntas poderiam ser feitas: Sente-se seguro no lugar onde mora? Quem prepara sua comida? Espera muito tempo para receber sua medicação ou alimentação? As pessoas que cuidam de você lhe batem, insultam ou empurram? Em geral os médicos consideram essa perguntas difíceis de serem feitas, porém esta é a única maneira de detectar os maus-tratos.

Quanto a interrogar os supostos abusadores, é melhor que o médico deixe por conta de um profissional com experiência no assunto, como o assistente social da instituição. Caso não seja possível, nunca deve chegar a um confronto com essas pessoas até porque pode ser mais prejudicial ao paciente.

Os procedimentos clínicos para descobrirem os maus-tratos nesse tipo de paciente são:

- A historia clinica completa (forma individual) – avaliação dos fatores psicológicos, sociais, econômicos, etc. Perguntar diretamente sobre as diversas formas de abuso.
- Observação do comportamento – do paciente e de seu acompanhante.
- Aparência geral – higiene, roupas.
- Pele e mucosas – cicatrizes, hematomas, lacerações, queimaduras, úlceras de decúbito.
- Sistema músculo-esquelético – procurar possíveis fraturas ocultas ou dor.
- Estado neurológico e psiquiátrico – sintomas depressivos, ansiedade ou outros sintomas psiquiátricos.
- Estudo por imagens ou laboratórios.
- Apoio social e financeiro.

Quando se confirmar a presença de maus-tratos, o essencial é preservar a segurança da vítima e o respeito por sua autonomia. É importante separar o idoso de quem abusa dele. Em outros, o paciente pode insistir em permanecer em seu meio e, se não houver alterações cognitivas, deve-se respeitar seu desejo. Quando o paciente for capaz de decidir, os tribunais devem nomear um responsável por sua guarda, que tome decisões econômicas e cuidados. As vítimas, muitas vezes têm medo de denunciar as condições em que vivem, por medo do agressor ou para não serem levadas a lugares especiais, o que às vezes é uma medida necessária. No entanto, se o mesmo aceita uma intervenção, deve-se estabelecer um plano de segurança informá-lo de que os

maus-tratos podem piorar com o tempo, providenciar assistência que alivie as causas dos maus-tratos.

Quando o paciente não estiver capacitado para decidir, é possível solicitar uma conversa com assistentes sociais ou denunciar o caso ao tribunal.

Desde a antiguidade, a velhice tem sido associada a dependência e à perda do controle sobre a própria vida, mesmo para os atos corriqueiros e banais de sobrevivência. Muitas teorias tendem a confirmar o envelhecimento como tempo de declínio e decadência. Assim a velhice tem sido pensada, quase sempre, como um processo de degenerativo, oposto a qualquer processo ou desenvolvimento. Parece até que nessa etapa da vida deixa de existir o potencial de desenvolvimento humano.

A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo e está ocorrendo o envelhecimento populacional em quase todos os países. Com isso, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até 70 ou 80 anos. Favoreceu uma sobrevivência cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, é a melhor resposta para que as pessoas conservem sua autonomia e independência, e continuem desempenhando uma vida na sociedade.

Na etapa da velhice, é comum observarmos as pessoas que cercam o idoso em freqüentes atitudes que contribuem para que o mesmo vá perdendo a sua autonomia. O processo de exclusão se dá através do isolamento da pessoa em sua própria casa ou de seus asilos, e a expropriação do poder vai se dando lenta e subjetivamente. A família, frequentemente, aparece como principal responsável por sua expropriação, seguida pela sociedade e pelo Estado. Sob o pretexto de cuidar do bem-estar do seu idoso, de protegê-lo e poupá-lo, a família o alija das decisões, sonega-lhe informações, priva-o da participação, tira sua liberdade de escolha, chegando mesmo a decidir o que ele deve comer e vestir. Frequentemente, a família assume a administração de seus bens, que podem ser muitos (propriedades e dinheiro) ou simplesmente a aposentadoria. Muitas vezes chega a desfazer sua casa, criando dessa forma uma dependência cada vez maior.

A sociedade alija-o porque já não representa a força de trabalho produtivo, além de, em geral, atribuir à família o dever de preocupar-se com ele.

O Estado contribui com essa situação, na medida em que, como aponta Fernandes (1997), sustenta situações discriminatórias na sua legislação. É o caso da isenção do voto atribuída às pessoas maiores de 70 anos (pois o que a princípio pode parecer um benefício é uma forma de exclusão) e a compulsoriedade das aposentadorias para os empregados civis aos 70 anos, não permitindo ao idoso liberdade de escolha (ressaltando que a mesma medida não atinge os empregadores e os políticos).

Como a autonomia é fundamental para a efetiva possibilidade do ser humano exercer a sua dimensão pessoal, o que lhe possibilita se livre, ser feliz,

ser verdadeiro, necessário se faz compreender como se dá o processo de expropriação da autonomia do idoso dentro da família e sua reação diante dessa questão, bem como considerar como essa problemática vem sendo tratada nos programas de atenção ao segmento idoso.

A autonomia de cada um não existe só em si, mas para si. Portanto, ela depende da relação política que é estabelecida entre os sujeitos. Nesse momento entra em cena a dimensão do ser político. É a participação do sujeito político que possibilita a construção da cidadania e seu efetivo exercício.

O exercício da cidadania, como verdadeiro exercício do ser político do homem – no qual ele tem reconhecido seus direitos e deveres inerentes à convivência humana -, é o caminho na busca e construção do lugar social do ser que envelhece. Com o avanço dos anos deparamos-nos com uma série de perdas significativas: o surgimento das doenças crônicas deteriorando a saúde, a viuvez, a morte de amigos e parentes próximos, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente, dificuldades financeiras, decorrentes da aposentadoria, afetam de tal forma nossa auto-estima culminando, na maioria das vezes, como uma crise.

Como enfrentar estas perdas tentando evitar sua evolução para uma situação séria de crise?

A prevenção será diferente, pois depende dos recursos que serão trabalhados com cada idoso. Assim é mais provável que, este supere certas doenças se tiver acesso a um tratamento adequado; é mais provável que não sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem; sendo mais provável que não sinta a perda da juventude como algo destruidor, se tiver assimilado a outros valores e interesses ao longo da vida; é mais provável que não sinta a proximidade da morte de forma tão ameaçadora se teve uma vida mais satisfatória e produtiva. No entanto, com maior ou menor intensidade, mesmo diante destas perdas. Pode ocorrer, no entanto, de o idoso sentir-se incapacitado ou frágil para enfrentá-las, instalando-se assim uma crise séria. É nesta hora que os recursos psicológicos motores têm grande valia para auxiliá-los a compreender a situação, resgatar seu potencial de adaptação e superação e restabelecer o equilíbrio emocional.

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não são sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais freqüentes em idosos. A visão e a audição progressivamente diminuídas, problemas cardíacos, reumáticos e articulares limitando as atividades, a necessidade de internação e o tempo de permanência hospitalar estendendo-se.

As condições físicas exercem enorme influência sobre o estado mental. Acresça-se o fato de cada pessoa perceber seu estado físico de maneira diferenciada e podemos desencadear um grave desequilíbrio na manutenção da saúde mental. É importante considerar em relação a uma crise de perda as condições de saúde e a percepção do idoso sobre estas condições, além das modificações orgânicas, ou seja os indicadores da passagem do tempo, que

muitas vezes acabam transformando nossa auto-estima, gerando transtornos emocionais mais agudos.

Em paralelo a tudo isto, há a vivência do preconceito. O idoso se sente de maneira contundente, pois cresceu interiorizando o envelhecimento como algo negativo. Estas imagens, a princípio distantes da realidade concreta, passaram a ser auto-imagens negativas a partir do momento em que começou a envelhecer. Hoje, no momento em que a vivência é real, influenciado por estes sentimentos o idoso pode aceitar passivamente esta fase como improdutiva, sem realizações, sem perspectivas. Em conseqüência disso deixa de lutar por uma vida mais completa, intensificando o quadro de crise emocional.

É necessário enfatizar também as perdas de ordem econômico-social; pois estas chegam junto com a aposentadoria. Além da perda de vínculo profissional e do papel social, há uma baixa considerável nos rendimentos. Sendo assim grande parte dos casos a aposentadoria traz o declínio do padrão de vida, acompanhando às vezes de sérias privações. Sem contar que não existe qualquer preparo emocional para este momento.

Capitanini (2000) também ressalta a impotência dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice. Segundo o autor, embora a solidão se torne uma ocorrência mais possível na velhice, pode-se envelhecer sem solidão ou isolamento. Tal proposição, que desvincua a idéia do envelhecer da doença e solidão, também é compartilhada por Freire (2000), Sabe-se hoje que a velhice não implica necessariamente doença e afastamento, que o idoso tem potencial para mudança e muitas reservas inexploradas. Assim, os idosos podem sentir-se felizes e realizados e, quando mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde. (Freire, 2000, p. 22).

A visão de que é possível envelhecer com saúde e cercado de contato social tem motivado a realização de estudos em diversas áreas para a identificação dos meios pelos quais se pode chegar a uma velhice bem-sucedida, Freire (2000), por exemplo, sugere o aperfeiçoamento das habilidades sociais como uma das estratégias para atingir a velhice bem-sucedida.

A importância das habilidades sociais para a saúde e a qualidade de vida não está restrita à velhice. Uma revisão de estudos feita por Falcone (2000) relaciona as habilidades sociais a melhor qualidade de vida, a maior satisfação pessoal e profissional. Por outro lado, as deficiências em interagir socialmente estão relacionadas a uma variedade de transtornos psicológicos, Argyle (1984) aponta que as deficiências em habilidades sociais atingem cerca de 25 a 30% dos pacientes com transtornos emocionais. Entretanto, ainda não existe um consenso quanto a uma definição de habilidades sociais. Considerando-se que uma discussão sobre o assunto iria além dos limites deste artigo, optou-se por adotar um conceito mais amplo, em que o indivíduo socialmente habilidoso "é capaz de obter ganhos com maior freqüência,

desempenhar o mínimo possível de tarefas indesejáveis, além de desenvolver e manter relacionamentos mutuamente benéficos e sustentadores”.

Pesquisas recentes propõem que as habilidades sociais incluem componentes cognitivos (de percepção e de processamento de informação) e comportamentais (Matos, 1997). Assim, para interagir socialmente de modo efetivo, o indivíduo deve ser capaz de selecionar de forma acurada informações úteis e relevantes de um contexto interpessoal e de usar essa informação para determinar o comportamento apropriado dirigido à meta e executar comportamentos, verbais e não verbais, que maximizem a probabilidade de alcançar a meta, mantendo, ao mesmo tempo, boas relações com os outros.

A assertividade é definida como a “capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos da outra pessoa”. Em uma revisão feita por Falcone (1998), foi verificado que os estudos sobre os efeitos do treinamento assertivo têm apontado a ocorrência do aumento da autoconfiança e da realização pessoal, bem como da redução da depressão e da ansiedade social.

Determinados contextos sociais, especialmente quando há conflito, torna-se necessário controlar as próprias emoções e fazer um esforço para compreender e validar os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa, antes da manifestação dos próprios sentimentos e perspectiva. Todas essas evidências sugerem que o sucesso nas relações sociais e interpessoais dependem da integração das habilidades empáticas, assertivas e de solução de problemas, com os seus componentes cognitivos e comportamentais. A falta e/ou a deficiência em uma delas podem ocasionar padrões de comportamento socialmente inadequados, tais como a esquiva (ficar calado, sair da situação para evitar um confronto interpessoal, entre outros) ou agressividade (adotar comportamentos que não consideram os sentimentos e necessidades do outro, reagir de maneira hostil, depreciar, etc.). Esses padrões acabam prejudicando a qualidade da interação, favorecendo os conflitos sociais. De acordo com Matos (1997), as carências de habilidades sociais provocam dificuldades em situações interpessoais, tais como estabelecer novas amizades, aceitar críticas, lidar com provocações, pedir ajuda, resistir à pressão dos pares, entre outras.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Verificaram que a situação de vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem sobre os seus relacionamentos interpessoais e que o apoio social desempenha um papel importante nesse processo. A aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competência social ou de habilidades sociocognitivas.

Neri (2001b) aponta que as redes de apoio social são muito importantes na velhice, principalmente se e quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais. A autora define redes de apoio social como “(...) grupos

hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária”. (Neri, 2001b, p. 110). Tais redes promovem efeitos potencialmente benéficos à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

A literatura sobre apoio social e rede de relações sociais na velhice propõe que (Neri, 2001b): a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar, psicológico e social dos idosos; os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque são livre escolha e assim mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos; a qualidade percebida é mais importante do que a qualidade de relacionamento, para as relações sociais e a saúde física e mental; as relações sociais entre as mulheres são qualitativamente superiores às dos homens, porque elas têm mais habilidades interpessoais, são mais calorosas e capazes de estabelecer relações de intimidade.

Uma das condições necessárias para a obtenção das redes de apoio social é manifestar habilidades de comunicação. De acordo com estudos de Hansson, Jones e Carpenter (1984), as medidas de apoio social estão relacionadas com os índices de habilidades sociais, auto-estima, extroversão e assertividade, e estão inversamente relacionadas com neuroses, pessimismo, afetos negativos e outros mais.

A literatura aponta a importância de competências sociais para a qualidade de vida na terceira idade, mas não fornece dados suficientes que indiquem a presença ou carência de habilidades sociais em idosos, em que contexto social torna-se mais fácil ou mais difícil comportar-se de forma socialmente habilidosa, ou mesmo quais as habilidades sociais mais necessárias para a melhor qualidade de vida na terceira idade. A partir dessa constatação, verifica-se a necessidade de investigar as situações nas quais os idosos apresentam facilidades e dificuldades no desempenho das habilidades sociais.

CAPITULO 2 – RECURSOS PSICOMOTORES PARA O ATENDIMENTO AO IDOSO

Mesmo que já existam atividades elaboradas para atender a Terceira Idade optamos pela junção Psicomotricidade mais Educação Física por sabermos que atendimento ao idoso requer variados exercícios na medida que a velhice soma em si inúmeros transtornos que vem dificultar sua atividade espontânea. Então buscamos com esta união obter um novo olhar, uma nova escuta que facilitará uma nova relação.

Cuidar bem do idoso e como cuidar bem das nossas crianças, não podemos abandonar de forma alguma, são pessoas que merecem todo o nosso carinho, atenção e empenho para ter um futuro ainda mais digno.

Partimos portanto para um programa voltado e adequado as suposições e confirmações apontadas pelo estudo de Vitor da Fonseca sobre a Retrogênese Psicomotora. Prioriza este pesquisador a criação de programas para gerentes sugerindo que se utilizem ou adaptem métodos de relaxação, formas dinâmicas e estatísticas de estimulação vestibular e proprioceptiva, exploração de situações estatísticas e dinâmicas de equilíbrio, atividade lúdica de ativação global, de atenção, de observação, memória, atividade somatognóstica, exploração de atividade de verbalização, situações de elaboração práxica etc. (FONSECA, 1987).

Participará deste atendimento idosos lúcidos e que desempenham uma postura funcional.

O programa foi idealizado a partir de atividade grupal tendo um número máximo de dez (10) idosos. O terapeuta atuará como facilitador das atividades.

Será necessário adaptar alguns exercícios psicomotores com a finalidade de evitar a exaustão, como também deve-se ter prudência em relação as enfermidades ortopédicas, traumatológicas, cardíacas e/ou cerebelosas.

A noção de aumento da expectativa média de vida é fácil de entender, mas não explica a história toda. Queremos saber se todos esses anos adicionais são saudáveis. O desejo de avaliar este aspecto de nossos últimos anos de vida criou uma variante, cada vez mais em moda, do conceito de expectativa vida, denominada expectativa de vida ativa, saudável ou funcional. Em lugar de considerar a morte como ponto final, a expectativa de vida ativa termina quando a saúde de uma pessoa se deteriora a ponto de provocar a perda de sua independência nas atividades da vida cotidiana, tornando-a dependente de outras pessoas, precisando de algum tempo de assistência. Para muitos de nós, conseguir prever o surgimento dessa dependência no último estágio da vida é tão importante quanto prever o momento da sua morte. A expectativa de vida ativa é igualmente importante para os responsáveis pelo

planejamento da saúde e autoridades, e é calculada da mesma forma que a expectativa de vida – poderia até ser chamada de expectativa de saúde.

Como o número de pessoas estudadas para determinar a expectativa de vida ativa foi muito menor do que o de pessoas estudadas para determinar a expectativa de vida, as tabelas resultantes não são tão confiáveis, e se restringem às pessoas mais idosas. Em 1974, foram estudados mais de 1.600 habitantes do estado da Massachusetts com 65 anos ou mais, que não viviam em instituições. Como seria de esperar, aos participantes mais idosos do estudo restaram menos anos de independência do que aos mais jovens. Revelou-se uma diminuição da expectativa de vida ativa com idade, de dez anos na faixa etária 65-69 anos para 4,7 anos na faixa etária de 80-84 anos. A expectativa de vida ativa das pessoas com 85 anos ou mais ficou em torno de 2,9 anos.

A expectativa de vida ativa é calculada com base no percentual de pessoas de cada idade que não vivem em instituições, que precisam de assistência para a realização e suas atividades cotidianas. O julgamento sobre o que constitui assistência nas atividades cotidianas varia mas mesmo assim, ainda podemos realizar estudos reveladores. Como seria de se esperar, a proporção de pessoas que precisa de assistência aumenta com a idade. A maioria dos norte-americanos com mais de 65 anos é saudável e tem uma vida normal e produtiva mas, com o avançar da idade, a saúde se deteriora, aumentando a necessidade de cuidados. Um estudo revelou que 45% das pessoas com mais de 85 anos precisavam de ajuda em uma ou mais atividades básicas como, por exemplo, fazer compras ou preparar refeições. Cerca de 22% dessas pessoas com mais de 85 anos vivem em instituições ou asilos, e aproximadamente metade é inválida (condição definida pela incapacidade de utilizar os meios de transportes públicos. Embora não haja dados disponíveis específicos em relação aos centenários, suas características provavelmente não diferem de forma significativa das características de todas as pessoas com mais de 85 anos.

Ao contrário da morte, o ponto final para a determinação da expectativa de vida, a invalidez, ponto final da expectativa de vida ativa, às vezes é reversível. Algumas pessoas que se tornam dependentes pela perda da saúde a reconquistam, tornando-se novamente independentes. Podem ocorrer vários ciclos como esse mas, com o avançar da idade, aumenta o percentual de pessoas que permanecem dependentes após atingir uma condição de dependência.

Ao envelhecer, alguns de nós morrerão repentinamente sem que sua saúde sofra muitos danos; outros morrerão após uma ou mais doenças crônicas prolongadas. Seria útil conhecer a probabilidade de um ou de outro destino. Algumas pessoas, se tivessem escolha, optariam por uma morte rápida na velhice. Mas nós não temos escolha. Contudo, o que acontece é de importância crucial para os que desejam se preparar para o pior e para os médicos responsáveis pelo planejamento do orçamento dos custos públicos de assistência médica.

2.1 – TIPOS DE ATIVIDADES

Ao praticar a musculação devemos levar em consideração o nosso tipo físico (somatotipo), carga genética, idade, grau de ociosidade e adequarmos os exercícios às nossas necessidades, com um treino individualizado criado pelo preparador físico, é necessário que haja um acompanhamento de um profissional.

Exemplo: alguns fisiologistas defendem que uma pessoa “hardgainer” (HG), cuja genética não permite ganhar músculo rapidamente, geralmente terá uma rotina de baixo volume e frequência de treino e, normalmente, treinará cada parte do corpo uma vez por semana.

Fortalecimento e Ganho de Massa Muscular, Fortalecimento das Células de Defesa do Organismo - Devido a descarga hormonal durante os exercícios, Aumento da Densidade Óssea, importante para manter os ossos fortes, rígidos, Melhora do Controle da Musculatura, deixando mas firmes e fortes para o equilíbrio, Controle da Gordura no Corpo, importante para a saúde do individuo, Diminuição do Risco de Doenças Como Infarto e AVC, doença que pode levar a morte, Atenua a Ansiedade, a Depressão e a Irritabilidade, esses são alguns ganhos que um pessoa bem orientada pode ganhar.

Faça uma avaliação física antes de iniciar o seu programa de treinamento: Composição corporal, medidas, capacidade aeróbia e anaeróbia, força e flexibilidade. Controle o seu desenvolvimento mensalmente.

O programa de treinamento deverá ser elaborado por um instrutor eficiente, com formação profissional sólida e consciente do trabalho que está realizando. O tempo de duração de cada série dependerá do desenvolvimento de cada um durante os treinamentos. O alongamento é essencial para liberar o encurtamento e recuperar a estabilidade muscular – Flexibilidade e Força.

Estimula a circulação, melhora o condicionamento físico geral, a flexibilidade, a amplitude muscular e o alinhamento postural adequado. Além disso, promove melhoras nos níveis de consciência corporal e melhora a coordenação motora.

Todos esses benefícios citados ajudam a prevenir e reduzir riscos de uma futura lesão proporcionando inclusive alívio de dores crônicas, ou seja, o método pilates é particularmente utilizado para reabilitação de problemas na coluna. Ele fortalece, alonga, e equilibra toda a musculatura que envolve a coluna vertebral, alinhando e descomprimindo tensões na mesma. Ajudando a aliviar pinçamentos e compressões de discos. Esta descompressão facilita e estimula a circulação na região com problemas.

Este trabalho de estabilização da pelve e coluna, também, como acréscimo, ajuda a preparar a reabilitação de áreas com fraqueza muscular

com maior eficiência. Este método tem sido utilizado com sucesso em reabilitação de complicações de joelhos, ombros, panturrilhas, em casos de acidentes automobilísticos, poliomelites, apoplexia, de pós-cirurgias, pré e pós-parto, e dentre outros, sempre estando bem orientado o resultado é ótimo. Segundo Joseph Pilates, após as 10 primeiras aulas, o praticante sente que o corpo mudou; após 20 aulas, que as mudanças são visíveis; após 30, as demais pessoas começam a notar as mudanças.

As atividades físicas aquáticas provaram ser eficaz no desenvolvimento e manutenção das potencialidades físicas e também orgânicas. Uma componente desse grupo de atividades é a hidroginástica, que vem cada vez mais ganhando adeptos por todo o mundo. Segundo alguns especialistas, os exercícios aquáticos são mais divertidos, agradáveis, eficazes, estimulantes, cômodos e seguros.

Nos indivíduos idosos, a prática de atividade física ajuda a manter ou melhorar a densidade mineral óssea o que é de extrema importância para a prevenção e o tratamento da osteoporose. Também melhora a força muscular, a flexibilidade articular e o equilíbrio, reduzindo a incidência de quedas e o risco de fraturas.

Na hidroginástica, o principal objetivo é o condicionamento cardiovascular e muscular, por meio do treinamento em flexibilidade, coordenação motora e relaxamento. Segundo especialistas, a hidroginástica é extremamente eficaz no combate ao estresse, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

Ao contrário dos exercícios realizados no solo, a prática da hidroginástica não é acompanhada por dores, transpiração e sensação de exaustão. Dentro da água, o indivíduo tem uma sensação de redução no peso, o que reduz de maneira importante a tensão nas articulações. Com isso, os exercícios realizados dentro da água são desenvolvidos com maior facilidade, aumentando o rendimento do aluno e possibilitando a prática de atividade por um período de tempo maior. Como o impacto é reduzido, as dores e os espasmos musculares pós-atividades praticamente não ocorrem. O gasto calórico médio é de 260-400 Kcal/hora.

Um benefício bastante agradável da hidroginástica é a massagem proporcionada pela água, por meio da pressão e da resistência. Isso garante um efeito suavizante sobre a musculatura, ajuda a aumentar a circulação periférica de sangue e alivia as tensões.

A hidroginástica, quando praticada de maneira adequada e regularmente, permite uma melhora em todos os componentes do condicionamento físico, que são:

- Componente Aeróbico: melhorando a capacidade cardiovascular e pulmonar;
- Componente de Força Muscular: dando mais força e equilíbrio no músculo;
- Componente de Resistência Muscular, melhorando muito a sua respiração;
- Componente de Flexibilidade, deixa a pessoa mais hábil e com agilidade;

•Componente de Composição Corporal: relaciona-se à relação entre a massa magra e a quantidade de gordura.

Outra vantagem importante da hidroginástica é que ela é uma das poucas atividades que podem ser realizadas por indivíduos com pouco ou nenhum condicionamento físico. Com isso, pessoas de qualquer idade, inclusive gestantes, podem praticá-la. Nas gestantes, a hidroginástica ajuda na prevenção das dores lombares e cervicais e aumenta a circulação nas pernas, facilitando o parto e o período de recuperação.

Quando comparada ao exercício em terra, verificou-se que correr 400 metros dentro da água equivale, em termos de gasto calórico e tempo, a 1500 metros em terra firme. Caminhar 4,5Km com água na altura da coxa pode consumir até 460Kcal.

Muitas pessoas têm o hábito de caminhar, outras caminham apenas nos meses que antecedem o verão. Há ainda aquelas que nem se preocupam em fazer exercícios. Mas saiba que a caminhada é uma das melhores atividades físicas e deveria ser praticada diariamente, pois faz muito bem à saúde.

Se você nunca experimentou, por que não começar agora? Ainda há tempo. Corra para o guarda-roupa, vista uma algo bem leve e procure caminhar num local gostoso e tranquilo e não esqueça que deve se alimentar antes.

A caminhada é um exercício aeróbico muito simples, que não exige equipamentos, roupas ou locais específicos, apenas um calçado adequado para não causar lesões. Pode ser feita por qualquer pessoa, independente de sexo ou idade, mas se possível se oriente, com um profissional.

É um dos exercícios mais indicados para adultos, especialmente idosos e portadores de doenças cardíacas e metabólicas, como diabetes, osteoporose, obesidade e colesterol alto, explica a educadora física Adriana Ramos da Silva, da Clínica Caminho. E, além disso tudo, é uma maneira segura de fortalecer a musculatura de maneira global e com segurança.

Ela também ajuda no tratamento de distúrbios psicológicos. Caminhar ou correr 30 minutos, três vezes por semana, pode ser tão eficiente no tratamento de depressão aguda quanto a utilização de medicamentos, afirma Adriana.

No entanto, é preciso tomar alguns cuidados para que a caminhada seja eficiente. Segundo Adriana, o ritmo é individual, mas é preciso ser constante e mais acelerado, aumentando a frequência cardíaca. Procure contar os batimentos do pulso antes, durante e depois da caminhada. O ideal é praticar entre 65% a 85% da Frequência Cardíaca Máxima, que corresponde a 220 menos a idade da pessoa, com isso pode ser tem um controle maior.

Começar sempre devagar, caminhando por 20 minutos, três vezes por

semana, e fazer um alongamento simples, principalmente dos membros superiores e inferiores, antes e depois da caminhada são fundamentais. Não pratique exercícios em jejum e beba água antes, durante e depois da prática. Evite andar e parar, como se estivesse passeando mantenha o ritmo.

Quando o percurso estiver fácil e o aumento do tempo de caminhada já não estiver sendo sobrecarga, é sinal de que você conseguiu um bom condicionamento físico. Somente nesse momento é adequado passar para o jogging ou corridas,

Algumas atividades utilizadas como auxílio na psicomotricidade:

Massa de Modelar Humana

Descrição da Atividade

Esta atividade requer que os idosos estejam divididos em dois grupos onde o primeiro será selecionado para manipular a massa de modelar humana e o outro para ser a própria massa, que terá q eleger um membro do outro grupo para ser a massa de modelar, este individuo poderá executar qualquer movimento com membros superiores, tronco e face do colega que estará acomodado num banco.

Num segundo momento ocorrerá a troca de funções, sendo invertidos os papéis, isto é, quem manipulou agora será manipulado.

No final da atividade formaremos um único grupo onde solicitaremos que todos relatem como se sentiram durante a atividade, o que foi melhor vivenciar, a manipulação ou ser manipulado.

A atividade tem como objetivo facilitar o conhecimento de si (noção de corpo), a socialização, estimular o equilíbrio estático e dinâmico e promover uma variação tônica.

Jogo da Bola Direcionada

Descrição da Atividade

Nesta atividade as cadeiras estarão dispostas em círculo, onde cada idoso deve escolher o seu lugar de preferência.

Solicita-se que cada se apresente ao grupo dizendo seu nome. Em seguida será introduzida uma bola, no qual será lançada imediatamente após dito o nome do colega. Seguindo assim a atividade. Necessário se faz orientar que a bola deve ser lançada devagar para não machucar o colega.

Depois pede-se que fiquem em pé sendo colocada outra bola. Agora serão duas bolas lançadas. Continua a atividade da mesma maneira.

O terapeuta deve estar atento durante a posição de pé quanto a fadigabilidade do grupo.

Prioriza-se com esta atividade uma estimulação da percepção, atenção e concentração, memória, noção espaço-temporal e praxia global.

Brincando com Papéis

Descrição da Atividade

É distribuído no centro da sala diversos papéis abertos. Num primeiro momento pede-se ao grupo que dirija-se a estes. Escolham e realizem o que desejarem com os mesmos. Passado esta primeira parte solicita-se que cada um pense num animal ou fruta que deseje vivenciar confeccionando assim sua fantasia. Caso necessite de outros materiais pode recorrer aos colegas.

Após a confecção haverá uma apresentação ao grupo através de uma expressão verbal e/ou corporal. No final reúne-se todos num grupo onde cada um relatará o que sentiu durante a atividade.

Os objetivos desta pratica são resgatar a praxia global e fina, estimular a socialização, espontaneidade e criatividade.

A vivência necessita dos seguintes recursos: papel solofone, papel crepon, papel seda, papel manteiga, papel veludo, papel laminado e papel jornal.

Maestro Invisível

Descrição da Atividade

Os idosos devem estar acomodados em cadeiras em circulo. Sendo escolhido um idoso para se retirar da sala. Será ainda escolhido no grupo outro membro para ser o maestro invisível. Todos deverão imitar os seus gestos sem deixar que o companheiro descubra. O idoso retornará a sala e tentará descobrir quem é o maestro. Caso descubra, este troca de lugar com o mesmo. Do contrário o terapeuta deverá indicar outro idoso.

Esta brincadeira tão utilizada em nossa infância estimula a percepção, atenção e concentração, noção espaço-temporal, noção corporal, praxia fina e global, criatividade e expressão.

Qual a Surpresa?

Descrição da Atividade

Os idosos sentados em cadeiras colocadas em círculo. Passamos um papel pedindo que cada um escreva um nome de uma profissão.

Caso exista algum idoso analfabeto e/ou com problema visual o terapeuta deverá escrever por este ou solicitar que outro idoso o ajude.

Todos os papéis serão recolhidos e colocados dentro de uma caixa. Ao som da música a caixa passará de mão em mão. Quando parar a música, quem estiver com a caixa terá que retirar um papel e executar através de mímica a profissão que ali constar. O grupo deve estar atento [ara descobrir o nome da mesma.

A brincadeira tem como objetivo, estimular a praxia global, expressão corporal, memória e noção espaço-temporal.

O Jogo Dramático

Descrição da Atividade

Os idosos acomodados em duas mesas formando dois grupos. É dado para cada grupo uma folha de papel gigante 40 kg, canetas, lápis de cera e cor. Solicita-se num primeiro momento que cada um desenhe o que quiser no papel ou dê continuidade ao desenho do outro de acordo com seu tempo. A cada parada da música trocará o idoso que está desempenhando, isto é, só desenha um idoso em cada espaço de tempo. Após o termino da primeira parte solicita-se que através dos desenhos formulem pequena estória. Esta estória deve ser dramatizada para o grupo.

Jogo tem a finalidade de estimular a criatividade, socialização, noção espaço-temporal, espontaneidade e expressão.

Lançamento da Bola

Descrição da Atividade

Os idosos andam livremente pela sala, nas pontas dos pés, no calcanhares, percebendo o seu corpo e os pontos de apoio dos membros inferiores.

Pede-se que escolham um par entre os participantes do grupo, formando assim uma dupla. Cada dupla receberá uma bola de tamanho médio. A Dupla terá que lançar a bola de dentro de um arco disposto um de frente do outro tendo a distância sempre aumentada sem poder deixar a bola cair.

Um percursos de pelo menos quatro lançamentos.

O jogo facilita o contato consigo mesmo e estimula a praxia global e fina, equilíbrio, noção espaço-temporal.

Qual a Música?

Descrição da Atividade

O terapeuta explicará que a atividade será conduzida da seguinte forma:

Um participante será convidado a se retirar da sala e somente retornará após cada componente do grupo ter pensado numa palavra. Esta palavra deve constar numa música ou em várias. Ao retornar a sala o idoso deve escolher pelo nome um dos companheiros do grupo. Este deve falar qual a palavra escolhida. Após a revelação o idoso deve cantar ou gesticular uma música que contenha a palavra. Caso contrário tem que executar uma tarefa idealizada pelo grupo.

A atividade proposta tem como objetivo estimular a memória, a socialização e espontaneidade, resgatando a razão de viver.

Eu Sei...

Descrição da Atividade

Nesta atividade os idosos estarão sentados em círculo. O terapeuta explicará que cada um deve continuar a frase: Eu sei..., porém utilizando apenas expressão corporal. Devem estar atento, pois terão que dar continuidade as expressões dos outros participantes e incluindo o seu movimento, isto é, devem observar a seqüência dos gestos já realizados.

A prática objetiva estimular a memória, criatividade, percepção, atenção e concentração, praxia fina e/ou global e a expressão.

Feitiço Contra o Feiticeiro

Descrição da Atividade

A atividade requer que o grupo esteja distribuído em dois. Cada subgrupo deve pensar numa tarefa para o outro grupo realizar. O terapeuta após a escolha e explanação de cada grupo sobre as tarefas deve explicar que não haverá troca das mesmas, mas que cada um realizará a tarefa que idealizou apresentando através de dramatização.

Este jogo se propõem trabalhar a socialização, criatividade, praxia global e fraternização.

Onde está o objeto?

Descrição da Atividade

Primeiramente os idosos devem observar os objetos que estão distribuídos em cima da mesa (os objetos devem ser do seu dia-a-dia, exemplo: linha, óculos, escova de dentes, etc). São convidados a se retirarem da sala e somente retornarem quando o terapeuta solicitar.

Deveram encontrar na sala os objetos que foram distribuídos por esta e colocá-los na ordem que estavam postos sobre a mesa.

A atividade propõem estimular a memória, percepção, praxia global, atenção, concentração e orientação espacial.

O Mural

Descrição da Atividade

Os idosos serão convidados a caminhar pela instituição colhendo material vegetal (folhas, galhos, flores, etc) que lhe agradem. Após todos retornarem a sala serão divididos em dois grupos e terão que elaborar e confeccionar na folha gigante de 40 kg um símbolo ou mensagem para o grupo.

O objetivo desta atividade é a socialização, praxia global e fina, criatividade, espontaneidade e auto-imagem.

Toque sem Toque

Descrição da Atividade

Pede-se aos idosos que formem duplas. De pé, um na frente do outro com distância equivalente ao tamanho de um braço. Escolhem quem será o número um e o número dois. Olho no olho, o número um deve procurar acertar o pé do número dois. Esse deve retirar o pé do chão não deixando o companheiro acertá-lo. Depois trocam os papéis.

A brincadeira facilita a descontração e conseqüentemente a socialização, estimula o equilíbrio dinâmico, atenção, concentração e percepção.

Nome

Descrição da Atividade

Os idosos devem confeccionar com folhas de papel ofício, tinta, cola, purpurina o seu nome. Devem escolher o local da sala para colocá-lo em evidência. Após esta primeira etapa todos devem observar os nomes dos colegas. Cada participante terá aproximadamente um minuto para escolher e

expressar o nome de algum colega de diversas maneiras: raiva, alegria, tristeza, etc. No final cada um deve dizer como se sentiu durante a realização do nome ou na maneira como foi chamado pelo colega.

A atividade deseja estimular memória auditiva, auto-estima, auto-imagem, socialização contato consigo mesmo e o resgate da história de vida.

O que Sobra?

Descrição da Atividade

Os idosos estão divididos em dois grupos. O primeiro grupo deve sentar nas cadeiras que se encontram na entrada da sala de costas para o restante do grupo. Solicita-se ao segundo grupo que pense numa cena diária (como por exemplo: acordar, escovar os dentes, trocar de roupa e sair) e escolham um membro do grupo para fazer a mímica para o primeiro componente do grupo número um. Este deve prestar atenção para passar ao segundo componente e assim por diante até o último. Troca os grupos e reinicia a atividade.

Tal atividade tem como objetivo atenção e concentração, percepção, memória, criatividade e socialização.

Quem Sou Eu?

Descrição da Atividade

A atividade requer que os idosos estejam divididos em duplas. Solicita-se que escolham quem é o número um e o número dois. O número um deve pensar numa profissão ou atividade que execute no outro através da movimentação do seu corpo. O outro deve descobrir quem ele é? Após trocarem de lugar.

Objetiva-se com este jogo estimular a criatividade, socialização, espontaneidade, noção do corpo e equilíbrio.

Encenação

Descrição da Atividade

Solicita-se que se dividam em dois grupos. Cada Subgrupo deve pensar numa cena com três emoções ou três superstições ou três preconceitos. Usando apenas a mímica deve apresentar para o outro grupo.

A vivência tem a finalidade de facilitar a socialização, praxia global, criatividade e expressão.

Atividade com Revista

Descrição da Atividade

Os idosos acomodados na mesa cada um recebe uma revista onde solicita-se que retire uma pagina que lhe chame atenção ou que lhe agrade. Pede-se que o mesmo picote a folha – toda, colocando os papéis sobre a mesa. Após, solicita-se que organizem de uma maneira, seja pela cor, forma, tamanho, etc. Depois que organizem de outra forma. Por último pede-se que observem atentamente as partes da folha. O terapeuta mistura todas as folhas e solicita que os idosos procurem cinco partes de sua revista e forme um símbolo que lhe represente. A atividade tem por objetivo estimular a praxia fina, memória e criatividade.

O Exercício da Rosa

Descrição da Atividade

Os idosos divididos em dois grupos. Em cada subgrupo solicitamos um participante para ser o individuo que executará movimentos pendulares para frente, lado direito e esquerdo, para trás tendo a proteção dos outros companheiros. Durante a atividade ocorrerá trocas até que todos tenham vivenciado a experiência. Ao final solicita-se que falem sobre a sensação produzida pela atividade. O terapeuta deve está atento quanto a aplicação da atividade para evitar possíveis quedas. Pretende-se com esta prática reforçar o equilíbrio dinâmico, já que ocorre o deslocamento do eixo corporal, noção de direita e esquerda, orientação espacial e confiança nos outros.

Jogando com Balões

Descrição da Atividade

Distribuiremos um balão para cada idoso. Após, solicitamos que os mesmos chutem os balões pela sala aproveitando todo o espaço livre. Andem pela sala livremente jogando o balão para cima tendo cuidado para não deixá-lo cair. Caminhem pela sala com o balão entre as mãos apertando-o. O terapeuta deve estar atento quanto a fadigabilidade dos idosos.

Depois sentam-se nas cadeiras colocadas na lateral da sala. Sentados pede-se para que levem lentamente o balão percorrendo todo o corpo até o chão (na frente) e depois retornem na mesma maneira. Sentados passem o balão pela costa da cadeira (como se estivesse desabotoando o sutiã).

A prática pretende trabalhar os seguintes aspectos: praxia global, equilíbrio dinâmico, noção espacial e noção de corpo.

Transposição de Imagens

Descrição da Atividade

Divide os idosos em dois subgrupos, o primeiro grupo terá que fazer um símbolo que represente a palavra paz e o segundo a palavra amor. Cada símbolo terá que passar por estas etapas: desenho, pintura, argila e por último uma dramatização com gestos e sonorizações.

Esta pratica propicia atenção, concentração, praxia fina percepção tátil, criatividade, disponibilidade e socialização.

Ao final deste programa devemos salientar que o terapeuta deve considerar o ritmo de cada idoso, a sua performance, como também a história de suas vida.

A população idosa, ou seja, o segmento de 65 anos e mais vêm tendo um crescimento expressivo em nosso país, superando, inclusive, o crescimento da população total. Assistimos também um aumento de sua longevidade.

Portanto, a questão do idoso “deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores das políticas sociais e da sociedade em geral...enquanto a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, o envelhecimento como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade do presente e do futuro”(Berquó, 1999:38).

2.2 – GANHOS NA TERCEIRA IDADE COMO FUNÇÃO DA ATIVIDADE PSICOMOTORA

Através da Educação Física, pode-se fazer um programa para melhorar a qualidade de vida de idosos. A musculação é uma das atividades que pode-se ser usada, com um objetivo de fortalecer e melhorar seu equilíbrio, sua força e sua auto-estima, com o acompanhamento e com um programa bem elaborado.

O profissional pode começar fazendo um alongamento bem específico, buscando deixar o idoso bem à vontade, conversando e estimulando e se possível explicando os benefícios da atividade física. Fazendo uma atividade aeróbica, o idoso pode melhorar o seu equilíbrio, seus batimentos cardíacos, melhorar a circulação sanguínea e facilitar a respiração. Fazer uma caminhada à beira mar também ajuda no desempenho e na auto-estima, já que o idoso pode-se sentir capaz de fazer sua atividade em ar livre, de uma maneira autônoma e independente.

Na academia pode ser feito a musculação, para melhorar sua força e deixando os ossos mais rígidos, já que com o passar do tempo vamos perdendo massa óssea e com isso ficando com dificuldades de fazer determinados movimentos, como vestir uma camisa, calçar um sapato, subir escadas, levantar uma cadeira e outras coisas relacionadas a movimentos.

A noção de aumento da expectativa média de vida é fácil de entender, mas não explica a história toda. Queremos saber se todos esses anos adicionais são saudáveis. O desejo de avaliar este aspecto de nossos últimos anos de vida criou uma variante, cada vez mais em moda, do conceito de expectativa de vida, denominada expectativa de vida ativa, saudável ou funcional. Em lugar de considerar a morte como ponto final, a expectativa de vida ativa termina quando a saúde de uma pessoa se deteriora a ponto de provocar a perda de sua independência nas atividades da vida cotidiana, tornando-a dependente de outras pessoas, precisando de algum tempo de assistência. Para muitos de nós, conseguir prever o surgimento dessa dependência no último estágio da vida é tão importante quanto prever o momento da sua morte. A expectativa de vida ativa é igualmente importante para os responsáveis pelo planejamento da saúde e autoridades, e é calculada da mesma forma que a expectativa de vida – poderia até ser chamada de expectativa de saúde.

Como o número de pessoas estudadas para determinar a expectativa de vida ativa foi muito menor do que o de pessoas estudadas para determinar a expectativa de vida, as tabelas resultantes não são tão confiáveis, e se restringem às pessoas mais idosas. Em 1974, foram estudados mais de 1.600 habitantes do estado da Massachusetts com 65 anos ou mais, que não viviam em instituições. Como seria de esperar, aos participantes mais idosos do estudo restaram menos anos de independência do que aos mais jovens. Revelou-se uma diminuição da expectativa de vida ativa com idade, de dez anos na faixa etária 65-69 anos para 4,7 anos na faixa etária de 80-84 anos. A

expectativa de vida ativa das pessoas com 85 anos ou mais ficou em torno de 2,9 anos.

A expectativa de vida ativa é calculada com base no percentual de pessoas de cada idade que não vivem em instituições, que precisam de assistência para a realização e suas atividades cotidianas. O julgamento sobre o que constitui assistência nas atividades cotidianas varia mas mesmo assim, ainda podemos realizar estudos reveladores. Como seria de se esperar, a proporção de pessoas que precisa de assistência aumenta com a idade. A maioria dos norte-americanos com mais de 65 anos é saudável e tem uma vida normal e produtiva mas, com o avançar da idade, a saúde se deteriora, aumentando a necessidade de cuidados. Um estudo revelou que 45% das pessoas com mais de 85 anos precisavam de ajuda em uma ou mais atividades básicas como, por exemplo, fazer compras ou preparar refeições. Cerca de 22% dessas pessoas com mais de 85 anos vivem em instituições ou asilos, e aproximadamente metade é inválida (condição definida pela incapacidade de utilizar os meios de transportes públicos. Embora não haja dados disponíveis específicos em relação aos centenários, suas características provavelmente não diferem de forma significativa das características de todas as pessoas com mais de 85 anos.

Ao contrário da morte, o ponto final para a determinação da expectativa de vida, a invalidez, ponto final da expectativa de vida ativa, às vezes é reversível. Algumas pessoas que se tornam dependentes pela perda da saúde a reconquistam, tornando-se novamente independentes. Podem ocorrer vários ciclos como esse mas, com o avançar da idade, aumenta o percentual de pessoas que permanecem dependentes após atingir uma condição de dependência.

Ao envelhecer, alguns de nós morrerão repentinamente sem que sua saúde sofra muitos danos; outros morrerão após uma ou mais doenças crônicas prolongadas. Seria útil conhecer a probabilidade de um ou de outro destino. Algumas pessoas, se tivessem escolha, optariam por uma morte rápida na velhice. Mas nós não temos escolha. Contudo, o que acontece é de importância crucial para os que desejam se preparar para o pior e para os médicos responsáveis pelo planejamento do orçamento dos custos públicos de assistência médica.

A retangularização contínua de nossas curvas de sobrevivência nos diz algo muito importante sobre o estado de nossa saúde à medida que envelhecemos. Nos últimos anos ocorreram várias mudanças sociais que, se forem mantidas, oferecem a possibilidade de adiar a morte ou eliminar doenças. Dentre os exemplos estão a atitude cada vez mais negativa de sociedade em relação ao cigarro; a melhoria da saúde pessoal e as decisões relacionadas ao estilo de vida, como por exemplo a redução da ingestão de alimentos gordurosos; a intervenção médica, como o desenvolvimento e o uso de drogas que reduzem a pressão arterial e os níveis de colesterol. Essas mudanças em nossos hábitos podem ter enormes efeitos sobre o planejamento do orçamento de saúde, sobre o sistema de previdência social e até sobre a dívida do país.

Se, em decorrência dessas mudanças sociais e dos sucessos das pesquisas biomédicas as doenças associadas à velhice fossem adiadas, passando a ocorrer em estágios cada vez mais avançados da vida, talvez não sofrêssemos as doenças crônicas da velhice durante tantos anos. Dentro de nosso tempo máximo da vida fixo de 115 anos teríamos mais anos vigorosos e saudáveis e menos anos de doenças. Esse fenômeno é chamado de *compressão*, pois as doenças da velhice ficariam compreendidas em um número menor de anos. As doenças cardíacas, por exemplo, poderiam começar a ocorrer na casa dos setenta e não na dos sessenta. Os derrames poderiam se tornar mais comuns aos oitenta do que aos setenta. A compressão está ocorrendo? Na verdade não sabemos, principalmente porque não sabemos se o tempo de vida humana é realmente fixo.

Independente dessa compressão estar ou não ocorrendo, o *total* de pessoas portadoras de uma doença específica aumentará. Isso certamente ocorrerá, pois o número absoluto de pessoas idosas nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos aumentará. Todas as pessoas que atingirão a velhice nas próximas décadas estão vivas atualmente. Conhecemos este número com bastante precisão. Dados recentes do U.S. Bureau of the Census mostram que, em 2050, o número de pessoas com 85 anos ou mais terá aumentado de 2,3 milhões para cerca de 16 milhões. Sabemos que cerca de 20% das pessoas com mais de 85 anos têm deficiências mentais graves e exigem assistência a longo prazo. Mesmo que, em 2050, este percentual fosse reduzido à metade, o número de indivíduos que atualmente precisam de assistência passaria de cerca de meio milhão hoje a três vezes mais. De acordo com essa mesma lógica, o número de pessoas com outros males associados à idade também aumentará em termos absolutos, salvo outras inovações significativas na pesquisa biomédica

Embora acreditemos que o tempo de vida humana *tenha* permanecido fixo durante os últimos 100.000 anos, não existe realmente uma forma de provar que não tenha sofrido algumas mudanças desde então. A dificuldade de determinarmos com precisão a idade de pessoas muito idosas prejudica nossa habilidade de obter essas informações importantes. Se o tempo de vida humana está realmente aumentando, então, por exemplo, poderíamos descobrir que os seres humanos mais idosos chegavam aos 100 anos em 1850, aos 115 anos em 1900 e aos 120 anos em 1950. Esses seriam indícios positivos de que o tempo máximo de vida está aumentando, especificamente se, em cada período, um grande número de pessoas atingisse essas idades tão avançadas. O problema é que nós, na verdade, não sabemos se as pessoas que alegam ser supercentenárias atualmente (mais de 115 anos) são tão velhas quanto dizem. E, além disso, a existência de tais pessoas antes de entrarem para os registros da história é inteiramente especulativa. Mesmo que as alegações dos atuais supercentenários se mostrem verdadeiras, o número de supercentenários é muito reduzido para gerar estatísticas confiáveis.

A maioria dos gerontologistas não aceita um tempo máximo de vida humana superior a cerca de 115 anos. A razão deste ceticismo é que não existem indicadores precisos, como os anéis das árvores ou as escamas de

peixe descritos anteriormente, que determinam a idade cronológica dos seres humanos. Não existe uma forma de verificar fisicamente a idade cronológica de um indivíduo; portanto, é preciso acreditar nos registros escritos ou pior, orais. Se é que existem, poucas certidões de nascimento de pessoas que alegam ter mais de 115 anos podem ser consideradas autênticas sem nenhuma dúvida. Em geral, as certidões de nascimento de pessoas que alegam uma superlongevidade são aceitas mais com base na fé do que em indícios científicos. No censo norte-americanos realizado em 1980, aproximadamente 25 mil pessoas alegaram ser centenárias. A maioria das alegações não pôde ser provada pois, até meados deste século, a apresentação da certidão de nascimento não era uma exigência legal na maioria dos estados norte-americanos, e muitos gerontologistas acreditam que o número é bastante exagerado. De qualquer forma, com uma proporção tão pequena de centenários autênticos em relação à população total, é impossível determinar com precisão o tempo máximo da vida humana.

Além, de impedir a determinação do tempo máximo da vida humana, nossa incapacidade de verificar as datas de nascimento das pessoas muito idosas impede a constatação de alterações em nosso tempo de vida. Se o tempo de vida nos Estados Unidos tiver aumentado ou diminuído, mesmo que em cinco ou dez anos durante este século, essa variação não seria detectada, pois é praticamente impossível obter dados básicos confiáveis sobre a longevidade no século XIX e verificar a precisão das alegações dos atuais supercentenários. Conseqüentemente, um argumento a favor do tempo de vida fixo pode ser tão bom quanto um a favor do aumento ou até da diminuição do tempo de vida. Os dados sobre a idade de óbito nos países escandinavos, onde os registros abrangem grande parte do século passado, são muito mais preciso, embora não se possa observar qualquer tendência sobre o tempo de vida dos seres humanos nesses registros.

Uma razão para a dificuldade de detectar mudanças no tempo de vida é que, como o número de pessoas que atinge os 100 anos ou mais é extremamente pequeno, o foco da atenção é o indivíduo, e não as populações. Quando a pessoa mais idosa morre, a atenção se volta para a “nova” pessoa mais idosa. Se a pessoa mais idosa morre com 112 anos e a próxima pessoa mais idosa morre com 110, será que isso indica uma tendência no tempo de vida? Os gerontologistas esperam a manutenção de registros precisos das idades de um número maior de centenário no mundo inteiro para que as futuras gerações possam ser capazes de responder perguntas como essas.

CONCLUSÃO

Este trabalho mostrou uma forma como podemos trabalhar com o idosos, buscando melhor sua qualidade de vida, a sua auto-estima e mantendo ainda mas seus desejos por viver mais e melhor. Tendo em vista a dificuldade de encontrar livros para este trabalho, nos buscamos de várias formas para mostrar o quanto é importante a psicomotricidade na vida do idoso.

Mostramos também a importância do profissional da Educação Física, para junto com os psicomotricistas fazer um trabalho em conjunto, o idoso é também uma criança e precisa de nossa atenção sempre para ter uma vida ainda melhor do que merece.

Citamos formas e jeitos para facilitar o trabalho e minimizar as incapacidades, mantem o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processo patológico.

Assim a determinação da saúde física e mental que ocorre com o passar dos anos leva os demais indivíduos a considerarem tal pessoa como idosa. Cronologicamente, há uma dificuldade em se caracterizar a Terceira Idade, pois dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros poderão apresentar sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações as perdas de adaptabilidade em diferentes idades cronológicas.

Segundo a Organização das Nações Unidas, os indivíduos seriam considerados idosos aos 65 anos de idade em países desenvolvidos. Já para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adotam-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população (ONU, 1985).

Portanto, para os países em desenvolvimento, a proporção de idosos é menor, só que o processo de envelhecimento de suas populações vem se dando num curtíssimo espaço de tempo.

Hoje, a probabilidade de que se alcance os 70 anos de vida é grande, apesar de uma grande maioria não se preparar para envelhecer em nosso país. As pessoas não se preparam para a aposentadoria, quanto mais para ficar velho. Há, mesmo, uma negação do próprio envelhecimento, uma recusa a pensá-lo ou planejá-lo. Uma forte razão para esta recusa é imagem negativa e pejorativa associada a velho; velhice.

Além do receio de tanta senilidade e decrepitude, as pessoas não aceitam o envelhecimento, devido, também, à falta de uma “razão de ser” da velhice, por não encontrarem um papel para si mesmos na sociedade.

A velhice deveria ser encarada como mais uma etapa que pode significativa. Ecléa Bosi afirma que “durante a velhice deveríamos estar ainda

enganados em causas que nos transcendem, que não envelhecem e que dão significados a nossos gestos cotidianos”.

Esse é o primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo: a perda de seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

- HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**, Zahar, 1997.
- VELASCO, C. G. **Aprendendo a Envelhecer...à luz da psicomotricidade**, All Print, São Paulo – Brasil, 2005.
- FONSECA, V. **Psicomotricidade, Filogênese, Ontogênese e Retrogênese**, Arte Médicas, Porto Alegre, 1998.
- MATHEUS, R. Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento – Programa de Estudo Pós-Graduados em Gerontologia – PUC – SP, EDUC, São Paulo, 2001.
- PILATES, J. **Benefícios do pilates**, Papirus, São Paulo, 1998.
- GOYA, N. Lima, R. O. **Sustentação é uma publicação quadrimestral do COSEMS/CE**, Marcus Sá – Reg. Prof. MTB/CE 565, EDUC, Ceará, 1999.
- NERI, A. L. **Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas**. Editora: Papirus, São Paulo, 1993.
- BERQUÓ, E. **Construindo novos caminhos**, Unicamp, São Paulo, 2000.
- MOSCOVICI, M. **Sombra do objeto: Sobre Inatualidade da Psicanálise**, Brasilianische Bücher, 1999.
- SANTOS, J. F. **“Breve, pós-humano”**, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1980.
- FREIRE, G. M. **Dos 8 aos 80 anos**, All Print, Recife – PE, 1945.
- HARMAN, D. **A saúde dos homens**, Detox, Califórnia – EUA, 1954.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade**, Cia das Letras, São Paulo, 1994.
- Sites:**
- PAULO, M. **Benefícios do Pilates**, <http://www.cdof.br/pilates1.htm#4>, 05/11/2006.
- NEVES, M. **Musculação na terceira idade e benefícios**, http://marcio_neves.site.uol.com.br/, 05/11/2006.
- MOREIRA, J. RONALDO, A. **Boa saúde com qualidade de vida**, <http://boasaude.uol.com.br/lib/emaillorprint.cfm?id=4704<ype=lib>, 11/12/2006.

RANGEL, M, ADRIANO, M. **Saúde na Rede: Atividades aeróbicas**, <http://www.saudenarede.com.br/?p=av&jd=Beneficios da caminhada&parc=103621>, 07/11/2006.