



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

**RETROGÊNESE PSICOMOTORA:
UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL**

KARYNE SANTOS LOPES

FORTALEZA – CEARÁ
2007

**RETROGÊNESE PSICOMOTORA:
UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL**

KARYNE SANTOS LOPES

Monografia apresentada à Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade.

FORTALEZA – CEARÁ
2007

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à 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.

KARYNE SANTOS LOPES

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

Professora Luciane Ponte e Silva
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Santa Virgem Maria, que me proporcionaram lucidez e fortalecimento nas minhas ações.

Ao meu marido, Adriano, por nunca medir esforços para que eu pudesse concluir esse trabalho e desfrutar, ainda mais, do mundo do saber.

Aos meus pais, à compreensão para a realização desta pesquisa.

Às minhas amigas de curso pelo carinho e atenção dedicados.

À minha orientadora, Luciane Ponte e Silva, que com sua paciência e sabedoria, soube me mostrar os caminhos para a vitória.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Ninguém envelhece por ter vivido determinado número de anos; só se envelhece quando se abandonam os ideais.

(Anônimo)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	11
1.1 – O Processo de Envelhecimento.....	11
1.2 – O Idoso.....	14
1.3 – Alterações Associadas à Idade.....	17
1.3.1 – Aspectos biológicos.....	18
1.3.2 – Aspectos psicológicos.....	22
1.3.3 – Aspectos sócio-econômico-culturais.....	24
CAPÍTULO II - O COTIDIANO x A TERAPIA OCUPACIONAL.....	26
2.1 – A Terapia Ocupacional.....	30
2.2 – A Terapia Ocupacional e o Atendimento do Idoso.....	34
CAPÍTULO III – RETROGÊNESE: UMA ABORDAGEM PSICOMOTORA.....	37
3.1 – Compreendendo a Psicomotricidade.....	37
3.2 – Fundamentos Psicomotores.....	43
3.2.1 – Tonicidade.....	43
3.2.2 – Equilibração.....	44
3.2.3 – Lateralização.....	45
3.2.4 – Noção do Corpo.....	45
3.2.5 – Estruturação espaço-temporal.....	46
3.2.6 – Praxia global.....	47
3.2.7 – Praxia fina.....	47
3.3 – Retrogênese Psicomotora.....	48
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

RESUMO

O presente trabalho faz uma abordagem sobre questões relacionadas à atuação da Psicomotricidade na terceira idade, identificando os aspectos normais do processo do envelhecimento, relacionados aos fatores biológicos, psicológicos, afetivos, cognitivos e sociais. A Psicomotricidade é abordada de maneira geral, incluindo os sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Procurou-se destacar os benefícios que a Gerontopsicomotricidade pode trazer ao processo do envelhecimento, interferindo positivamente na retrogênese psicomotora. Ao longo dessa pesquisa bibliográfica, percebeu-se a dificuldade em encontrar uma literatura especializada sobre o tema em questão, refletindo a pouca atenção que era dada ao envelhecer, resultando assim na maior necessidade de traçar alguns paralelos entre a Velhice, Psicomotricidade e Terapia Ocupacional. Para a população idosa que sofre com as alterações do processo do envelhecimento, a Gerontopsicomotricidade é um caminho que abre possibilidades de encontrar formas diferenciadas de fazer o que sabem, proporcionando a estes indivíduos, ainda tão discriminados, viver o envelhecimento como um momento pleno da vida, de ação e não de limitação e perdas. A conquista da auto-confiança e o resgate da auto-estima, estimula-os ao auto-cuidado e motiva-os a preservar sua independência e autonomia que são elementos essenciais para o bem-estar do idoso. A Psicomotricidade na terceira idade vem favorecer a integração do idoso e sua conseqüente socialização, estabelecendo de forma equilibrada a inter-relação entre psiquismo e motricidade, propiciando o equilíbrio e a noção do corpo no espaço, em sua totalidade, contribuindo para a preservação da sua saúde.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano, passa por várias fases, desde a concepção até a morte, sendo elas, a infância, a puberdade, a maturidade e o envelhecimento.

No processo de envelhecimento, a última etapa é a velhice, na qual mudanças biológicas, psicológicas e sociais a caracterizam. Quando se fala em velhice associa-se a preconceitos, contradições e associações de que a idade avançada está ligada ao declínio, à inferioridade. O declínio biológico normal (senectude) no processo de envelhecimento e as dificuldades funcionais com o avançar da idade, sustentam de modo geral uma concepção de velhice como o período de decadência inevitável.

Estatisticamente a população idosa é uma realidade crescente, ocasionando uma inversão na pirâmide social, ou seja, em 2025 estima-se que esse contingente seja de aproximadamente 25% da população total. No entanto, na sociedade de consumo em que vivemos, onde o valor social prioritário é o poder econômico, o idoso é discriminado e excluído por não ser mais produtivo, nem integrar-se aos padrões de beleza e juventude culturalmente aceitos. A aposentadoria afasta o idoso de seu papel profissional representado para alguns, uma ausência de sentido da vida tornando-se um momento de perda e vazio. A inatividade e a falta de

perspectivas podem levar a sentimentos de depressão que acabam por comprometer a saúde do idoso.

Muitas vezes o idoso não consegue enfrentar a velhice acatando seu declínio físico e suas limitações; pois afastado da vida social, seu corpo que antes era ativo, agora é punido pelas restrições funcionais, e assim sente-se solitário, dependente das pessoas, sem um objetivo a cumprir.

Conhecendo-se esta dura realidade, a Psicomotricidade pretende discutir como melhorar a qualidade de vida na terceira idade, trazendo juntamente com a Terapia Ocupacional um novo olhar, o qual possibilitará uma nova relação e significação desses conceitos.

A Psicomotricidade é o controle mental sobre a expressão motora; pois através do movimento o idoso pode se comunicar e transformar o mundo que o cerca. A atividade psicomotora passa então a ser de suma importância na terceira idade, pois procura valorizar a auto-imagem, desenvolvendo maior confiança e rejuvenescimento do corpo. O idoso é estimulado através do movimento, aprendendo a se conhecer, se aceitar e melhorar seu comportamento junto aos familiares além de se tornar mais capaz (FERREIRA, 2000).

A gerontopsicomotricidade surge como um ramo da Psicomotricidade que se destina a favorecer o desenvolvimento integral do idoso, de forma harmônica e equilibrada, bem como fazer a inter-relação entre a motricidade e o psiquismo; enquanto a retrogênese procura analisar o processo da involução humana.

Partindo desses conceitos e das modificações que afetam o idoso, a atuação psicomotora visa possibilitar ao idoso o reconhecimento do seu corpo e a busca da harmonização em relação a ele e ao mundo exterior.

Dessa forma, o presente trabalho teve o interesse em estudar a retrogênese psicomotora através do olhar da terapia ocupacional e estabelecer quais melhoras essa associação pode trazer, tendo como objetivos a manutenção e/ou o restabelecimento dos efeitos progressivos do envelhecimento, conservando ao longo deste processo, a tonicidade funcional, o controle postural flexível, a boa imagem do corpo, a organização espacial e temporal, a integração e o prolongamento das praxias, tudo perfeitamente desenvolvido de acordo com as necessidades funcionais específicas de cada um, proporcionando uma maior independência nas atividades de vida diária do idoso.

Para tanto, procurou-se realizar uma revisão bibliográfica sobre essa temática, percebendo-se ao longo desse processo a carência de literatura específica sobre o assunto em questão, resultando na necessidade de estabelecer conexões entre os vários temas abordados. No primeiro capítulo apresentaremos algumas considerações gerais sobre o processo de envelhecimento e o seu impacto nas diversas condições humanas.

O segundo capítulo é composto pela explanação acerca do cotidiano do idoso, e um breve comentário sobre a Terapia Ocupacional. Enquanto o terceiro capítulo enfoca o processo da retrogênese, fazendo um paralelo entre os conceitos da Psicomotricidade, mais especificamente, os fundamentos psicomotores, e os sistemas funcionais da organização mental superior propostos por Luria.

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

1.1 – O Processo de Envelhecimento

“O homem, como ser vivo que é, não escapa às leis impostas pela natureza, as quais a uma seqüência fatal e irremissível: nascer, crescer, reproduzir, amadurecer, envelhecer e morrer” (SERRO AZUL, 1981).

Envelhecer é um processo natural e inevitável ao qual todo ser que tem vida enfrentará; independente do sexo, raça, classe social, condição financeira e cultural a que pertença.

O envelhecimento era um acontecimento real nos países desenvolvidos; hoje essa realidade não é mais exclusividade destes, afinal o mundo está envelhecendo. No Brasil, estudos mostram que nossa população idosa aumentou consideravelmente seu número a partir da década de 60, em virtude do declínio nos índices da taxa de natalidade, diminuição da fecundidade, e a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

Desde a Antigüidade, o processo de envelhecimento vem despertando interesse; pois o homem tem como uma constante a procura de um meio para prolongar a vida, ou seja, preservar a madureza e protelar a velhice. Determinar o que vem a ser envelhecimento, não é das tarefas mais fáceis, pois se trata de uma questão multidimensional, já que estamos nos referindo a seres humanos, os quais muitas vezes enfrentam o envelhecimento como algo evidente, reconhecendo-o como destino das coisas que têm vida, um efeito normal da mudança do tempo; enquanto outros passam grande parte de sua existência tentando ocupar-se com atividades para invalidar os efeitos inconvenientes do envelhecimento (HAYFICK, 1997).

Em conformidade ao processo inato ao qual somos submetidos, percorremos o ciclo natural da vida. Assim sendo, a evolução biológica se dá com o atravessar de várias etapas, onde o envelhecimento é mais uma dessas etapas na vida do ser vivo, podendo iniciar-se de forma espontânea nos diferentes sistemas do organismo, pois recebe influências diretas e determinantes das condições pessoais, sociais, econômicas e culturais do meio que o cerca, onde esses fatores influenciadores do processo vital, afetam decisivamente a evolução de cada ser humano.

A começar da fecundação, o conceito passa por várias fases de amadurecimento, sendo elas, a infância, adolescência, maturidade e envelhecimento; todavia temos consciência das crises que acompanham essas etapas. O envelhecer destaca-se como uma das fases mais difíceis de se compreender e aceitar. Com isso o mundo, em particular, o Ocidente, não dispõe de conhecimentos suficientes para lidar com a nova realidade da população, pois

em todo o mundo já se percebe uma inversão na pirâmide etária, estamos deixando de ser um mundo com maior número de jovens para um crescente número de idosos, cabendo à sociedade adaptar-se a esta nova situação e não prosseguir com a mentalidade de que o indivíduo com mais de 65 anos torna-se um ser inútil, improdutivo e incapaz, desperdiçando com isso a oportunidade de aprender, ensinar e ajudar os que se tornam idosos (DEECKEN, 1997).

Embora seja feita uma estreita relação entre redução da capacidade físico-mental do idoso com o surgimento de doenças na terceira idade; esta relação é tida muitas vezes como errônea, pois ainda que a susceptibilidade a doenças seja um fato provável; visto o processo biológico natural do organismo estar em déficit devido à carência fisiológica, e não fisiopatológica dos vários sistemas do corpo; a idade cronológica elevada não tem obrigatoriamente que corresponder à idade biológica, ou seja, muitas vezes uma pessoa com vários anos de vida tem uma condição de saúde altamente conservada, decorrente de uma adequada qualidade de vida, por sua vez influenciada por fatores sócio-econômico-culturais.

“A velhice, no homem, se traduz por uma decadência psicofísica global nem sempre uniforme, conforme o comportamento das células e tecidos resultante de uma esclerose progressiva e da proliferação do tecido conectivo” (SERRO AZUL, 1981).

Envelhecer não é sinônimo de adoecer, mas a possibilidade de se contrair alguma doença neste momento da vida é grande, e as conseqüências no organismo do idoso são freqüentes e decorrentes das próprias transformações fisiológicas normais da velhice, porém a intensidade e gravidade da enfermidade

é que caracteriza a senilidade, ou seja, a debilidade saliente do vigor físico e geralmente associado ao desnorteamento mental. O idoso não mais possui condições de reagir às afecções igualmente quando era jovem, e o acúmulo de quadros patológicos agudos agravam o seu estado de saúde, tornando mais difícil sua recuperação.

A separação do homem de suas ocupações diárias, o excesso de tempo descompromissado e o sedentarismo são fatores adoecedores para o idoso, e o surgimento de enfermidades nesta faixa etária são notórias, tais como osteoporose, afecções reumáticas, adenocarcinoma de próstata, cardiopatias e demências; sendo evidente que as doenças não são eventos habituais, naturais ao processo de envelhecimento (MORAGAS, 1997).

As principais afecções que limitam o transcurso espontâneo da vida do idoso, são as mudanças no sistema osteoarticular e no sistema circulatório, assim como as desordens da visão, audição e memória tornando-o incapaz de executar suas tarefas cotidianas independentemente. Assim sendo, acaba por desenvolver estados psicológicos patogênicos influenciando-o a crer que não mais existe possibilidade de adaptar-se a sua nova realidade, e sim que a finitude da vida é o que lhe espera. Portanto, conforme o exposto observa-se que o processo de envelhecimento é um assunto complexo, onde, conforme a visão de cada ser, ele pode enveredar por caminhos harmoniosos como também tortuosos, sendo difícil situar precisamente o indivíduo idoso na sua magnitude (BERGER, 1995).

1.2 – O Idoso

Na literatura existe uma vasta compreensão sobre o indivíduo idoso, portanto, é importante referenciar algumas definições que tentam caracterizar o idoso. Inicialmente os povos só tinham consciência de defini-lo sob o prisma cronológico, onde após estudos mais aprofundados as situações psicológicas e sociais foram incluídas nas definições.

Segundo Aurélio Buarque de Holanda (1986), idoso é o “*que tem bastante idade; velho*”.

A Política Nacional do Idoso (*apud* SINÉSIO, 1999) diz que idoso é aquela pessoa com 60 anos de idade ou mais.

A Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada na cidade de Viena, Áustria, no ano de 1982, definiu a população idosa como sendo, aqueles indivíduos que atingiram idades cronológicas de 60 anos ou mais de vida.

De acordo com Netto (1996), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a pessoa idosa relevando a natureza cronológica, ou seja, um ponto de corte de 60 anos para os países em desenvolvimento e de 65 anos para os países desenvolvidos, também ela subdivide-os em 3 faixas de idade, sendo elas

- **Jovens idosos:** pessoas entre 60 a 69 anos.
- **Meio-idosos:** pessoas de 70 a 79 anos.
- **Idosos Velhos:** aqueles acima de 80 anos.

Para Nicola (1986), a definição de idoso é “indivíduo com alterações morfológicas e funcionais no limite entre o normal e o patológico em equilíbrio instável e com adaptação das prestações funcionais às possibilidades efetivas de rendimento”.

Amâncio (1975), classifica as idades de interesse geriátrico como:

1. Idade do meio, idade pré-senil, do primeiro envelhecimento ou crítica – ocorre entre os 45 anos até os 60 anos.
2. Senescência gradual – está entre os 60 e 70 anos.
3. Velhice conclamada – entre os 70 e 90 anos.
4. Grande velho ou Longêvo - ocorre acima dos 90 anos.

Ainda segundo Amâncio (1975), a definição a respeito de quem é considerado idoso, deve fazer referência às três categorias propostas pela OMS após reformulação do conceito, sendo elas:

- **Categoria biológica:** observa os efeitos biológicos, como os sinais que aparecem com o avançar da idade.
- **Categoria psicológica:** a questão da idade não é fator relevante, e sim suas atitudes e comportamentos.

- **Categoria social:** comenta a respeito do afastamento social e profissional.

O Ministério da Previdência Social, em 04 de janeiro de 1994, formulou a Lei Nº 8842 que tinha o intuito de assegurar os direitos sociais do idoso, gerando condições que propunham sua autonomia, integração e participação ativa no meio social. A mesma lei estima como idosos, todos os indivíduos com idade acima de 60 anos (REVISTA, O MUNDO DA SAÚDE v.23, nº 4, 1999).

Em publicação de sua autoria, Zimmerman (2000) define velho como “aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi”.

Partindo das definições apresentadas, percebe-se que não existe uma que reúna todas as partes que compõem a grandeza do ser vivo, afinal estamos nos referindo a indivíduos dotados de qualidades próprias. E vitorioso é aquele que consegue atingir a velhice, pois deixa-nos claro que souberam desfrutar dos prazeres do viver, e de preferência com qualidade.

1.3 – Alterações Associadas à Idade

“As mudanças físicas que ocorrem no corpo após os 60 anos estão relacionadas tanto aos aspectos internos como aos aspectos externos, sendo algumas facilmente visíveis e outras não” (FINGER, 1986).

Vários são os aspectos que caracterizam a velhice; esses são de origem biológica, psicológica e sócio-econômico-culturais, levando o ser humano a redução de suas habilidades, capacidade mental e vigor físico. Várias e diferentes são as opiniões que levam os estudiosos a acreditar nos motivos que causam estes déficits no ser humano. Os filósofos e físicos da antiga Grécia e de Roma os atribuíam à queda do calor natural existente no corpo de cada pessoa. Já os médicos árabes e hindus achavam que na velhice havia uma perda progressiva da água do corpo causando o enrugamento dos tecidos. Hoje em dia sabe-se que as condições da velhice ocorrem por fatores como: as condições genéticas de cada pessoa, o modo de vida e os fatores ambientais desfrutados por elas.

1.3.1 – Aspectos biológicos

Com o avançar dos anos o organismo começa a apresentar desgastes naturais inerentes à idade. A exteriorização física é um dos sinais mais visíveis deste processo, sendo esses, as rugas, ressecamento da pele, cabelos brancos e finos. O sistema cardiovascular sofre mudanças no coração e vasos sanguíneos resultando em obstrução dos vasos, aumento da pressão arterial, e batimentos cardíacos irregulares. As alterações significativas do sistema respiratório incluem a diminuição do reflexo da tosse e a respiração menos profunda. Dentre os problemas apresentados em relação aos órgãos dos sentidos, os mais evidentes são os da visão e audição, sendo eles diminuição da acuidade visual, lacrimejamento acompanhado ou não de ardor, prurido e perda auditiva adquirida (RODRIGUES, 1996).

As alterações percebidas no sistema renal e urinário referem-se à atrofia dos rins, com conseqüente redução das funções renais e diminuição do número de néfrons, originando em dificuldade na eliminação dos detritos. A bexiga apresenta mudanças relevantes na sua estrutura, sendo elas, declínio na capacidade de retenção, baixo tônus vesical e retardo dos influxos nervosos involuntários responsáveis pela micção e esvaziamento (BERGER, 1995).

O sistema nervoso é vigorosamente atingido, havendo uma diminuição do peso e volume do encéfalo, atrofia das circunvoluções, redução do aporte sangüíneo e gasto de oxigênio. As mudanças cognitivas são sentidas, pois a memória de curto prazo (imediate) não guarda com facilidade as informações recentes (SINÉSIO, 1999).

As estruturas ligadas à deambulação sofrem também desgastes, como perda de massa óssea ocasionando fraturas freqüentes; diminuição da força muscular, provocando impedimento na manutenção do equilíbrio, gerando a marcha típica do idoso, ou seja, passos curtos e arrastados, tronco inclinado para frente; e diminuição da agilidade e estatura, em virtude da compactação das vértebras (RODRIGUES, 1996).

Segundo Zimerman (2000), há uma série de fatores que são visíveis no envelhecimento; as principais modificações externas e internas presentes nos idosos são:

MODIFICAÇÕES EXTERNAS

- As bochechas se enrugam e embolsam;
- Aparecem manchas escuras na pele (manchas senis);
- A produção de células novas diminuem, a pele perde o tônus, tornando-se flácida;
- Podem surgir verrugas;
- O nariz alarga-se;
- Os olhos ficam mais úmidos;
- Há um aumento na quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz;
- Os ombros ficam mais arredondados;
- As veias destacam-se sob a pele dos membros, enfraquecem;
- Encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral;
- Diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras.

MODIFICAÇÕES INTERNAS

- Os ossos endurecem;
- Os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo seu funcionamento;
- O cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente;
- O metabolismo fica mais lento;
- A digestão é mais difícil;
- A insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia;
- A visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada, pode provocar cegueira;
- As células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se;
- O endurecimento das artérias e sua obstrução provocam arteriosclerose;
- O olfato e o paladar diminuem.

1.3.2 – Aspectos psicológicos

“O principal inimigo do ser humano que envelhece é o próprio; e a única vitória importante é a vitória sobre si próprio” (BERGER, 1995).

Com o chegar da velhice o homem se depara com uma realidade nova e para ele desconhecida, pois quando se é jovem nunca se tem tempo para pensar no amanhã, então quando a velhice chega temos que aceitar o inevitável, ou seja, nos confrontamos com as inúmeras perdas, separações, isolamento e degradações peculiares a essa etapa da vida.

Para Gatto (*apud* NETTO, 1996):

As perdas mais marcantes são a ausência de entes queridos – cônjuges, parentes e amigos; o aparecimento das enfermidades crônicas, o isolamento e redução de papéis sociais, ficando claro que, com o passar dos anos, todo ser humano passa por várias perdas e frustrações; contudo na velhice elas aumentam e o tempo para superá-las é restrito.

As alterações emotivas e a afetividade são influenciadas pelo ambiente em que evoluem e pela saúde física e mental; com a idade, os fatores de estresse aumentam, as crises e problemas tornam-se maiores, afetando a saúde em geral.

Sinésio (1999) relata que:

As perdas mais significativas que ocorrem na 3ª idade referem-se aos problemas de auto-imagem e auto-estima, identificadas pela destruição da imagem pessoal, por não se sentir mais uma pessoa útil, acarretando angústia, agressividade e, conseqüentemente, transformando-se em um estado de depressão.

Os idosos saudáveis são únicos; seu modo de vida, os seus interesses, capacidades, necessidades e expectativas são diferentes; viveram muitas experiências de vida, mas também emoções e sentimentos; há uma maturidade emocional que lhes é própria (PICHERS, 2000).

Os idosos saudáveis de espírito, de posse de todos os seus meios e capazes de se envolver em novos caminhos continuam a solucionar os seus problemas utilizando os mesmos modos de funcionamento, que na época da juventude, porque conservam os seus traços de caráter.

As emoções ligam-se muitas vezes a um conjunto de imagens negativas que apresentam as pessoas de idade como seres difíceis, irritáveis, desagradáveis e tristes. A vida afetiva dos idosos não é melhor nem pior do que a das pessoas jovens, mas muitas vezes é o sentimento de inutilidade e de impotência, as perdas no plano físico, emotivo e social que a tornam mais difícil. As pessoas de idade são mais vulneráveis aos problemas emotivos porque os seus recursos físicos e afetivos estão muitas vezes afetados pelas várias crises que enfrentam.

A velhice é uma 'situação de crise', um ponto de virada na existência em que os mecanismos de adaptação habituais já não permitem fazer face às diferentes alterações encontradas, e que são muito ameaçadoras e, sobretudo, geradoras de stress (BERGER, 1995).

Extraordinariamente, os problemas psicológicos relacionados com o envelhecimento não possuem ligações com os prejuízos originados com o declínio da capacidade cognitiva e sim com as perdas de papel social, as crises, as muitas coisas que envolvem estresse, as enfermidades, o cansaço, o

desarraigamento e vários motivos que enfraquecem a capacidade de concentração e meditação do idoso (BERGER, 1995).

Os idosos que ultrapassam essa difícil etapa, continuam a ter a integridade e os valores pessoais e são capazes de admitir bem a velhice, conservando-se ativos, tendo sucesso na adaptação e sabendo utilizar as capacidades que lhes sobraram e comportando-se de forma ajustada (DEECKEN, 1997).

1.3.3 – Aspectos sócio-econômico-culturais

O tema “ser velho” decorre como sendo um fenômeno mundial, o qual vem organizando-se nos últimos 30 anos. No Brasil, o questionamento surgiu a partir da década de 60, onde se estimou que não há somente um envelhecimento, mas processos de envelhecimento que são determinados socialmente, sendo esses em níveis de gênero, etnia, classe social e cultura. As variabilidades desses processos devem-se às adversidades das condições de vida e de trabalho a que estiveram subjugadas as pessoas idosas.

O processo de urbanização, o surgimento das indústrias e o sistema capitalista foram aspectos que contribuíram para o desgaste dos trabalhadores da época; pois eles não possuíam uma visão ampla de seus direitos como cidadãos, ficando alheios a esses. A mão-de-obra desqualificada, os baixos salários, a alimentação carente e o excesso de trabalho destruíam pouco a pouco a saúde do indivíduo, criando-se, então um conjunto de leis (CLT) que beneficiava o trabalhador; com isso, aquele que tivesse cumprido sua trajetória de trabalho tinha por direito um salário patrocinado pelo governo. Vale ressaltar que a quantia

ofertada muitas vezes mal dava para sobreviver, sendo necessária a reinserção no mercado informal de trabalho (BOUTIQUE e AZEVEDO *apud* NETTO, 1996).

“A Constituição Federal assegura aos trabalhadores os direitos inerentes à previdência social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, entre outros (art. 165, inciso XVI)” (SERRO AZUL, 1981).

A influência da questão cultural no processo de envelhecimento será analisada pela Antropologia Interpretativa onde a ligação proposta por essa ciência à velhice mantém-se arraigada na idéia de que a nossa sociedade vincula o desligamento do homem ao sistema produtivo e determina que o idoso já não possui muitas capacidades físico-funcional-mentais para tal tarefa, então exilam-no do sistema e definem-no como um “fardo pesado” a ser carregado pela esfera produtiva da sociedade; porém, a conduta cultural do homem difere dependendo do momento histórico e das diferentes camadas da sociedade (MERCADANTE *apud* NETTO, 1996).

Com base nessa perspectiva, ou seja, considerando-se os aspectos sócio-econômico-culturais, pode-se inferir que as alterações percebidas na velhice são vastamente caracterizadas, e devemos criar possibilidades para o ser idoso viver dignamente no convívio social, gerando assim sentimentos favoráveis a fim de facilitarem a aceitação das diversas mudanças que envolvem todas as dimensões da vida do indivíduo.

CAPÍTULO II - O COTIDIANO x A TERAPIA OCUPACIONAL

O cotidiano é definido por Aurélio Buarque de Holanda (1988), como sendo “os fatos de todos os dias, que se fazem ou sucedem habitualmente”.

Quiroga (*apud* RIVIÉRE, 1998, p.12) conceitua cotidianidade como “*a manifestação imediata, no tempo, no ritmo, no espaço, das complexas relações sociais que regulam a vida dos homens numa determinada época histórica*”.

A partir dessas conceituações, compreende-se que tudo o que nos rodeia constitui elementos formadores do nosso cotidiano, afinal é o nosso dia-a-dia que é preponderantemente reflexo de ações, movimento impregnado de originalidade.

O ser humano pelo simples fato de estar vivo, desfruta da cotidianidade, independente do seu status social, da sua capacidade intelectual e cultural; envolvendo todas as nuances do ser, sua individualidade, sua personalidade, seu temperamento, idéias e perspectivas. Este trabalho em conjunto, não implica que toda a intensidade será utilizada, Heller (1970) refere-se às características da vida

cotidiana, como sendo a heterogeneidade e a hierarquia, estas repercutindo sobre vários pontos de vista, sobretudo em nossos tipos de atividades.

Heller (1970) classifica também como partes orgânicas da vida cotidiana, a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação conforme cada estrutura econômica-social da época, sendo a ênfase maior destinada para a hierarquia, afinal ela é aberta a mudanças.

O homem por estar inserido na cotidianidade, atinge completo desenvolvimento quando é capaz de absorver todas as capacidades indispensáveis para mantê-lo na sociedade vigente de forma independente. Isto implica que não é somente necessário saber manipular as coisas, mas também, saber absorver o significado das relações sociais; pois apenas suprir as necessidade básicas instintivamente não é suficiente, devemos saber nos portar adequadamente frente as situações. O aprendizado desse processo inicia-se na família, escola e, por fim, na sociedade.

“A vida cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico” (HELLER, 1970).

A particularidade humana não se expressa na questão do isolamento, mas também na individualidade; o ser é único, não há uma representação universal da sua essência. A subjetividade de cada um torna singular a nossa forma de encarar o mundo. O genérico é comum a todo indivíduo, está inserido neste, que se propaga por toda a atividade, porém a significação é pessoal e particular.

O complexo humano-genérico em tempo algum será o homem sozinho, mas sim a complementação das partes, ou seja, a família, a comunidade, a nação e a humanidade. E em algum momento esse homem adquiriu a “consciência do nós”, afinal ele sempre pertenceu à humanidade e possuía a “consciência do eu”.

A particularidade e a genericidade funcionam consciente e inconscientemente no indivíduo, pois este tem autonomia na escolha dos seus elementos genéricos e particulares. O homem tem a liberdade de escolher as possibilidades que lhe singulariza.

“O fato de se nascer já lançado na cotidianidade continua significando que os homens assumem como dadas as funções da vida cotidiana e o exercem paralelamente” (HELLER ,1970).

A cotidianidade esta repleta de caminhos, alternativas e opções. Essas recebem influências diretas da moral, a auto-formação individual é que irá impulsionar sua tomada de atitude diante de uma situação.

A vida cotidiana possui uma característica que é predominante, sendo esta a espontaneidade, afinal o homem da cotidianidade é ágil, atuante, e receptivo; evocando seu planejamento próprio sobre suas ações e escolhas. Entende-se então, que o planejamento das ações, acontece apoiada no fator probabilidade, não se examina objetivamente como as conseqüências das ações repercutiram na atividade cotidiana.

Novaes (1995) refere como sendo as mudanças e os novos comportamentos percebidos no organismo do indivíduo idoso, provocadores de necessidades a serem feitas, repercutindo na reorganização do seu novo estilo de vida, no seu cotidiano.

Não é pelo fato de ter falhas na memória, limites nos órgãos sensitivos, problemas de deambulação e sentimentos de insegurança que o idoso deverá perder o gozo e interesse pela vida, afinal enquanto tivermos vida ela deve ser bem vivida.

Viver bem a velhice é uma responsabilidade individual e está intimamente relacionada com o desejo de viver; afinal as limitações devem ser ultrapassadas, isso com o apoio dos avanços da medicina e da tecnologia (NOVAES, 1995).

Simone de Beauvoir (1990), em sua obra *A velhice*, apresenta sua visão em relação à senectude. Percebe-se que para ela, a velhice é uma etapa da vida do indivíduo idoso que possui conteúdos subjetivos para continuar fazendo planos em relação ao futuro, porém eles perdem o interesse em refazer sua vida, seu cotidiano, perdem a característica da particularidade, isto é, não expõe sua vontade própria, seus desejos; suas lembranças não importam.

Porém, o constituinte genérico que é comum a todos, aflora revigorado de forças; os idosos comportam-se conforme a visão que a sociedade lhe atribui, ou seja, são seres desprovidos de curiosidade, privilégios, objetivos e utilidade.

Entretanto, por intermédio das novas concepções da Geriatria e Gerontologia, essa problemática está enveredando por outros caminhos. Vimos que nas instituições, a ociosidade e o tédio são tão profundos, que todas as possibilidades do idoso se distrair sucumbem. Todavia com a intervenção da Terapia Ocupacional não temos mais essa situação como uma constante, pois essa modalidade de tratamento, objetiva a realização da pessoa, através da função, dando ênfase à consideração da pessoa como um todo.

2.1 – A Terapia Ocupacional

A origem da Terapia Ocupacional relaciona-se a área da Psiquiatria, sendo assim, tem como diretrizes o uso e o estudo do trabalho, do lazer, dos exercícios e das artes.

As atividades, desde os primórdios das civilizações, têm sido usadas de forma terapêutica. Os chineses acreditavam que a insanidade mental era contraída pela ausência de atividade e utilizavam o treinamento físico, seguindo uma série de exercícios, com o objetivo de promover a saúde. Os egípcios compreendiam a loucura como uma manifestação divina e faziam uso de jogos e atividades recreativas para minimizar as doenças. Já os gregos e romanos sugeriam o uso de músicas, danças e leituras a fim de melhorar o estado de saúde e os transtornos mentais (MOLINA, 1998). Enfim, era constante e comum o uso de atividades com finalidades terapêuticas.

Em meados dos séculos XVIII e XIX começaram a surgir as primeiras especialidades de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, embora só tenham sido

reconhecidas tempos depois. Em 1780, Tissot considerou o exercício ocupacional como ativo, passivo e misto, recomendando vários tipos de atividades. Com o passar de alguns anos, Pinel prescreveu exercícios físicos e ocupacionais manuais na crença de que o trabalho manual desempenhado de forma rigorosa era a melhor forma de assegurar uma boa moral e disciplina entre os pacientes dos hospitais psiquiátricos (MOLINA, 1998).

Apesar de ser utilizada há muito tempo como prática terapêutica, a Terapia Ocupacional adquiriu caráter científico e profissional no início do século XX. Portanto, sua história profissional relaciona-se ao tratamento de transtornos mentais descritos pelo psiquiatra Adolf Meyer que ao ingressar nos Estados Unidos, concebeu a enfermidade mental como resultado da ausência de interação afetiva do indivíduo com o meio ambiente. O referido autor afirmava que o uso correto do tempo em atividades úteis e gratificantes consistia numa parte essencial do tratamento de indivíduos neuropsiquiátricos (MOLINA, 1998).

Adolf Meyer, assessorado pela esposa, que era assistente social, deu início a um programa de atividades sistemáticas no hospital que prestava serviço. Contudo, na mesma época, vários outros profissionais desenvolveram o uso da Terapia Ocupacional, dentre eles sobressai-se Susan Tracy (enfermeira), Eleanor Clark Slagle (assistente social), Herbert J. Hall (médico), William Rush Duntan (psiquiatra) e George Barton (arquiteto) (MOLINA, 1998).

Susan Tracy pode ser considerada a primeira terapeuta ocupacional, pois em 1905, durante seu treino como enfermeira, confirmou os benefícios da ocupação no alívio da tensão nervosa; o que tornou a estadia no leito mais tolerável por parte das

pacientes. Acreditava na ocupação como elemento favorável ao tratamento medicamentoso, observando que o relacionamento interpessoal associado ao sucesso do tratamento por meio da ocupação era um fator relevante (CARVALHO, 2000).

Slaze, principal mentora da Terapia Ocupacional, criou o método de tratamento denominado de treinamentos de hábitos; o qual objetivava a adaptação social do portador de distúrbio emocional e deficientes físicos (CARVALHO, 2000).

Dunton escreveu o primeiro livro de Terapia Ocupacional – “Um manual para enfermeiras”, onde descrevia os dogmas básicos ou as principais regras na aplicação da terapia da ocupação (LOTFI, 1999).

Após os trabalhos desses profissionais, várias instituições começaram a investir na formação profissional do terapeuta ocupacional.

Durante essa época, o uso da atividade para a Terapia vinha sendo nomeado de várias formas, tais como: tratamento moral, tratamento do trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional e ergoterapia. George Barton, em 1914, criou o termo Terapia Ocupacional, dissertando como objetivos da profissão: “*distrain a mente do paciente, exercitar algum conjunto particular de músculos ou membros; ou talvez, simplesmente, para aliviar o tédio da convalescência*” (LOTFI, 1999).

A primeira definição de Terapia Ocupacional foi formulada em 1922:

Qualquer atividade mental ou física, definitivamente prescrita e dirigida para o distinto propósito de contribuir para acelerar a recuperação de danças ou injúrias de 50, engajada ao movimento de expansão da reabilitação para os países em desenvolvimento e, seguindo o modelo reducionista da época. A Terapia Ocupacional, enquanto profissão formal, destacou-se no Brasil a partir de centros de reabilitação, criadas inicialmente em São Paulo e Rio de Janeiro; e posteriormente expandindo-se para outros estados (CARVALHO, 2000).

Como já referido, a Terapia Ocupacional no Brasil também se expandiu no campo psiquiátrico após a construção do Hospício Pedro II, influenciada pela escola francesa e pelas idéias de Esquirol. Essa instituição que teve à sua direção o professor Juliano Moreira, psiquiatra baiano, apresentava várias oficinas de trabalho e salões de jogos e leituras para os internos, com a intenção de estimular e ampliar as atividades ocupacionais (MOULAR, 1998).

Em 1931, criou-se a Assistência a Psicopatas para o Estado de Pernambuco, o qual foi um sistema pioneiro de atenção ao doente mental no Nordeste, que também introduziu a ocupação terapêutica, elaborada pelo neuro-higienista Ulisses Pernambucano. Funcionava com uma equipe multidisciplinar, numa perspectiva de intervenção institucional e de ação comunitária extra-hospitalar de modo a integrar a atenção preventiva, curativa e de reabilitação (LOTFI, 1999).

Após um período sem grandes aparições e publicações, a profissão teve seu ressurgimento com Nise da Silveira, no Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, em 1946 (CARVALHO, 2000).

O desenvolvimento da Terapia Ocupacional no setor da geriatria teve seu início nos princípios dos anos 70, na Espanha, com a criação de hospícios e serviços de Geriatria. Nos primeiros anos de funcionamento dos serviços, a figura do

terapeuta ocupacional se incorporou primeiro no hospital-dia e, posteriormente, nas unidades de média e larga estância. Após, vai se incorporando para diversos centros de reabilitação de idosos (MOLINA, 1998).

Em 1986, a Associação de Terapia Ocupacional Americana (AOTA) definiu a Terapia Ocupacional da seguinte forma:

Terapia Ocupacional é o uso terapêutico, trabalho e jogo para incrementar a independência funcional, aumentar o desenvolvimento e prevenir a incapacidade; pode incluir a adaptação de tarefas ou de esforços para alcançar a máxima independência e para aumentar a qualidade de vida (MOLINA, 1998).

2.2 – A Terapia Ocupacional e o Atendimento do Idoso

A Terapia Ocupacional aplicada à Geriatria é definida como um tratamento dado ao idoso com o intuito de capacitá-lo a viver o processo de envelhecimento saudável, promovendo uma maior independência para AVD's, AVP's, atividades produtivas e de lazer (BORSOI *apud* PAPÁLEO, 1996).

Ferrari (1975), terapeuta ocupacional, conceituou a Terapia Ocupacional aplicada à geriatria como sendo:

Um tratamento feito através de auto-estimulação para realização de múltiplas atividades que possam levar o idoso a um autoconhecimento, aceitando-o a si próprio, levando-o a vencer uma série de barreiras comuns a esse período de vida como: perdas, solidão, depressão, doença. Procurando dessa forma ajudá-lo a melhor adaptação a essa nova fase da vida; através do uso de atividades especificamente selecionadas,

estimulando e procurando manter uma independência física, mental e social.

Numa conceituação mais recente, a OMS (1997) define a Terapia Ocupacional como:

Uma disciplina que abrange os domínios da terapêutica de reeducação, da readaptação, da prevenção e da consultoria. Dirige-se às pessoas apresentando de forma declarada ou potencial, uma disfunção, uma incapacidade, de natureza somática, psíquica, intelectual ou associada, criando uma desadaptação ou uma alteração de identidade. Os objetivos principais da Terapia Ocupacional constituem em manter ou proporcionar o máximo de autonomia individual, social e / ou profissional à pessoa em desvantagem funcional (...).

A Terapia Ocupacional utiliza como foco principal do seu trabalho, a ocupação. O indivíduo, no decorrer da sua vida, realiza diversas atividades, seja no campo físico, cultural ou social e, com o envelhecimento, estas atividades sofrem um declínio necessitando a substituição das mesmas por outras equivalentes, dignificando sua velhice (BORSOI *apud* PAPALÉO, 1996).

De acordo com Ferrari (1975), os objetivos da Terapia Ocupacional voltados ao idoso, fundamentam-se em méritos humanísticos os quais apreciam as necessidades físicas, psíquicas e sociais da pessoa com idade avançada, dando assim, uma explicação direta dos objetivos gerais e específicos da intervenção.

Os objetivos da Terapia Ocupacional aplicada à Geriatria são:

- integrar a pessoa em idade avançada à sua própria comunidade, tornando-a o mais independente possível;
- incentivar, estimular e encorajar a pessoa em idade avançada a continuar edificando planos, ter ambições e aspirações;
- manter o nível de atividade, alterando o quadro geral externo do comportamento;
- reabilitar o idoso com incapacidade física e ou / mental;
- contribuir para o ajustamento psíquico-emocional da pessoa em idade avançada proporcionando meios para manifestar ou exprimir sua agressividade de maneira aceitável socialmente;
- enfatizar os aspectos preventivos do envelhecimento prematuro e de promoção de saúde;
- conseguir que o idoso viva em comunidade, em contato com pessoas de todas as idades, promovendo relações interpessoais através da motivação.

Os objetivos de hoje, provavelmente, serão modificados em relação à pessoa em idade avançada de amanhã. Também deve-se considerar as variáveis como faixa etária, sexo, cultura e saúde; sendo o terapeuta ocupacional o profissional da área da saúde capaz de selecionar as atividades, recorrendo aos

conhecimentos básicos do grupo ou do indivíduo, e levando em consideração as atividades preferidas, o nível intelectual, a capacidade cognitiva, suas disfunções e limitações (BORSOI *apud* PAPALÉO, 1996).

CAPÍTULO III – RETROGÊNESE: UMA ABORDAGEM PSICOMOTORA

3.1 – Compreendendo a Psicomotricidade

O estudo da Psicomotricidade teve origem na França, por volta de 1950, e sua evolução se relaciona com a psiquiatria. Durante esse período as escolas européias e americanas influenciaram de forma significativa o seu progresso. Entretanto, com o intuito de obter uma melhor compreensão acerca dessa ciência faz-se necessário enfatizar a evolução do corpo no decorrer de seu processo histórico, considerando-o como foco primordial no desenvolvimento da Psicomotricidade.

Da civilização oriental à civilização ocidental, e dentro desta, desde a grega, passando pela idade média, até os nossos dias, a significação do corpo sofreu inúmeras modificações. Desde Aristóteles, passando pelo cristianismo, o corpo é, de certo modo, subjugado em função do espírito. Descartes, com toda a influência do seu pensamento na evolução científica, considerou o corpo como objeto e fragmentado do espaço visível separado do sujeito conhecedor (FONSECA, 1995).

Na Argentina, a influência da Psicomotricidade europeia (especialmente, a francesa) foi conquistando numerosos adeptos, por uma prática que enfatizava a utilização dos gestos, do movimento e do corpo, não só no âmbito clínico, mas também no campo educativo.

Historicamente, o termo “Psicomotricidade” aparece por intermédio do discurso médico, mais precisamente o neurológico, quando foi necessário no final do século XIX, nomear as zonas do córtex cerebral situadas além das regiões “motoras” (LEVIN, 1999).

De acordo com vários pesquisadores o termo Psicomotricidade foi criado por Ernest Dupré, em 1907, ao descrever sobre a síndrome da “debilidade motora” e sua relação com a debilidade mental.

As primeiras práticas psicomotoras se iniciaram com Edouard Guilmain, que através da convivência com um grupo de crianças afetadas por distúrbios de caráter, resolveu ir em busca de um método de exame que tivesse a função de diagnóstico, indicação terapêutica e prognóstico e apoiado em pesquisas de seus antecessores, criou a reeducação psicomotora, compreendida por uma série de exercícios com objetivos de reeducar a função tônica e o controle motor. Logo após o surgimento do modelo de Guilmain inúmeros testes motores foram descobertos, dentre os mais conhecidos encontram-se os de Ozeretski e os de Pick e Vayer.

Nesta época a Psicomotricidade estava muito ligada aos aspectos motores e, como diz Ajuriaguerra (1980), seria um equívoco dedicar-se, exclusivamente ao estudo de um homem motor. Isto conduziria a considerar a motricidade como uma

simples função instrumental de valor puramente efetuator e dependente da mobilização de sistemas por uma força estranha a eles, quer seja exterior ou interior ao indivíduo despersonalizando assim, completamente a função motora (AJURIAGUERRA *apud* OLIVEIRA, 1997).

Continuando com o percurso histórico algumas personalidades como Levin, Gesell, Wallon, Piaget e Ajuriaguerra passaram a ter outra visão de corpo, agora como possuidor de algum afeto, apesar de ainda ser inexpressivo. Somente com a influência psicanalítica é que se ampliou os investimentos diante de um corpo mais expressivo, permitindo a harmonia corpo-afeto. Vários outros autores que não foram citados como Zazzo, Lézine, Reich, Aucouturier, Lapierre etc., também contribuíram para os avanços que a Psicomotricidade vem assumindo atualmente.

O processo histórico da Psicomotricidade no Brasil surgiu de forma similar aos outros países. Os primeiros sinais acerca de sua origem no nosso país foram assinalados na década de 50. Em meados de 60, surgiram as primeiras práticas reeducativas. E foi na década de 70 que a Psicomotricidade se concretizou no Brasil, apresentando dois tipos de movimentos: o primeiro correspondia aos profissionais que utilizam técnicas estrangeiras e o segundo pertencia aos profissionais que atuavam nas áreas educativas e reeducativas difundindo tudo como se fosse Psicomotricidade.

Após esse período, surgiram outros profissionais acrescentando métodos mais eficazes ao seu meio de trabalho. Em 1977, a Psicomotricidade passou a ser vista como forma de terapia e a partir daí foi criada a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade – SBP (BUENO, 1998).

A Psicomotricidade é uma ciência que tem o objetivo de estudar o homem através de seu corpo em movimento, nas relações com seu mundo interno e externo. Ela é uma ciência entrelaçada por se utilizar de saberes e atribuições de outras áreas, mas se fundamenta principalmente na Neurologia e na Psiquiatria, ficando seu conceito associado basicamente ao funcionamento do Sistema Nervoso (SN).

Também é uma técnica, pois seus conhecimentos são transformados em instrumentos para atuar com as pessoas e mais ainda, pode ser considerada uma terapia, na proporção em que buscar resgatar a expressão motora que de alguma forma esteja bloqueada (COSTE, 1981).

Pode-se observar que o homem atua no universo através de seus movimentos corporais interagindo constantemente com o ambiente em que vive, e ao mesmo tempo em que transforma esse meio, também ele acaba por se transformar.

A Psicomotricidade está relacionada ao fator afetividade e a personalidade, pois o ser humano utiliza-se do corpo para expressar seus sentimentos (BUENO, 1998).

Enfim, a Psicomotricidade é uma ciência da educação, pois educa o movimento e ao mesmo tempo põe em jogo as funções cognitivas. Partindo dessa posição, pode-se ver a relação intrínseca das funções motoras e cognitivas caminhando lado a lado, como também com afetividade, que encaminha também o movimento. O movimento é o deslocamento de qualquer objeto e na

Psicomotricidade o importante não é o movimento do corpo como o de qualquer outro objeto, mas a ação corporal em si, a unidade biopsicomotora em ação.

O desenvolvimento psicomotor se caracteriza por uma maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial; e também o reconhecimento dos objetos, das suas posições; a imagem ou o esquema corporal, aspectos estes que serão enfatizados mais adiante quanto aos fundamentos psicomotores.

Um dos pioneiros da Psicomotricidade foi Henry Wallon, o qual relata que as atitudes comportamentais estão concomitantemente relacionadas ao processo afetivo, existindo um diálogo corporal que precede a linguagem verbal.

Elucidando o pensamento do autor tem-se:

A boa evolução da afetividade é expressa através da postura, de atitudes e do comportamento. Podemos transmitir, sem palavras, através de uma linguagem corporal, todo o nosso estado interior. Transmitimos a dor, o medo, a alegria, a tristeza e até nosso conceito de nós mesmos (OLIVEIRA, 1997).

Wallon dá ênfase ao movimento humano, considerando-o instrumento fundamental na construção do psiquismo e estuda a analogia entre a motricidade e o caráter o qual lhe permite estabelecer a relação que o movimento mantém com o afeto, as emoções e o meio ambiente do indivíduo, resultando numa separação do dualismo cartesiano, dando origem ao paralelismo psicomotor, no qual físico e psíquico se correspondem termo a termo, desenvolvendo-se na mesma proporção, independentes, mas coincidem-se.

A Psicomotricidade atua nas áreas da educação, reeducação, terapia e clínica psicomotora. A educação psicomotora deve ser iniciada desde os princípios do

desenvolvimento psicomotor e abrange o indivíduo como um todo, relacionando seus aspectos biológicos, afetivos, sua relação com o meio, preparando-o para um melhor aprendizado. Previne futuros comprometimentos de seus elementos psicomotores ao chegar a maturidade e podendo se agravar na terceira idade.

A reeducação é desenvolvida em indivíduos comprometidos por alterações ou tratamentos psicomotores, com intuito de educar o que não foi aprendido satisfatoriamente em etapas anteriores (BUENO, 1998).

A terapia psicomotora direciona-se a indivíduos com distúrbios mais graves, objetivando a elaboração do sentido do sintoma a recriar a unidade perturbada. O tratamento é geralmente realizado de forma individual, podendo evoluir para grupos. É centrada num exame específico e preconiza que nesta prática se faz necessário uma relação entre terapeuta e paciente, ou seja, diálogo tônico-emocional.

A clínica psicomotora relaciona-se com a transferência e não mais a empatia, vínculo ou comunicação corporal, baseia-se no simbolismo da estrutura dos transtornos psicomotores e não apenas em seus signos. Nesta, o indivíduo fala através de seu corpo, com as suas ações, gestos e espera ser olhado e escutado na transferência a partir de um lugar simbólico (LEVIN, 1999).

Cada área da Psicomotricidade possui objetivos específicos atuando de acordo com os distúrbios existentes, levando em consideração que cada indivíduo tem a sua particularidade. Entretanto, pode ser utilizada em qualquer faixa etária, observando as adaptações necessárias.

3.2 – Fundamentos Psicomotores

De acordo com Fonseca (1999), o início do desenvolvimento humano reflete uma antecipação da motricidade face a psicomotricidade. Com a evolução do ser humano, a atividade mental absorve a atividade motora, ou seja, transforma-se em psicomotricidade, traduzindo a organização neuropsicológica que serve de base a todas as aprendizagens humanas.

O desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento funcional de todo o corpo e suas partes. Este desenvolvimento está dividido em fatores psicomotores que se compõem de sete itens, dentre eles, estão: a tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, que vem a ocorrer nessa ordem de desenvolvimento. Embora esta fundamentação se dê ao longo do desenvolvimento psicomotor infantil, essa abordagem será utilizada nesse trabalho, uma vez que na perspectiva da gerontopsicomotricidade o que ocorre é uma involução psicomotora progressiva e o processo vai se dar de forma inversa.

3.2.1 – Tonicidade

A tonicidade é a base da Psicomotricidade e está integrada na primeira unidade funcional do cérebro, tendo a função primordial de alerta e de vigilância; ela é responsável pelas atitudes, posturas, mímicas, emoções e através dela emergem todas as atividades motoras humanas. Este fator psicomotor tem um papel importante no desenvolvimento psicológico e motor.

A tonicidade compreende todos os músculos responsáveis pelas funções biológicas e psicológicas, além da relação e comunicação social não-verbal, tem como característica principal o seu baixo nível energético, que permite ao ser humano manter-se de pé por muito tempo sem manifestar sinal de fadiga; assim dessa forma o tônus envolve também a apreciação do poder muscular, visto que é neurologicamente indissociável dele. Toda a motricidade necessita do apoio da tonicidade, de fato é impossível separar a motricidade da tonicidade (FONSECA, 1995).

3.2.2 – Equilibração

A equilibração também está incluída na primeira unidade funcional e tem a função fundamental de vigilância, de alerta e de atenção. Ela envolve múltiplos ajustamentos posturais antigravistas, que dão suporte a qualquer resposta motora, refletindo assim, desta forma a resposta motora vigilante e integrada, face a força de gravidade que atua sobre o indivíduo. Abrange o controle postural e o desenvolvimento das aquisições de locomoção; garante uma contração permanente com um baixo nível de energia tendo como função compensar o efeito da força gravitacional.

A equilibração compreende, em termos psicomotores, a integração da postura no sistema funcional complexo, que combina a função tônica e a proprioceptividade nas inúmeras relações com espaço envolvente (QUEIRÓS apud FONSECA, 1995).

3.2.3 – Lateralização

A lateralização pertence a terceira unidade funcional e tem como função compreender a recepção, a análise e o armazenamento de informação. É peculiar no ser humano e está relacionada com a evolução, sendo influenciada por fatores genéticos, embora os fatores de pressão social a possam influenciar.

A integração bilateral é indispensável ao controle da postura e ao controle perceptivo visual. Sem esses dois dados, a lateralização como sistema funcional complexo não se diferencia e assim, dessa forma, produz os seus efeitos na Psicomotricidade (FONSECA, 1987).

3.2.4 – Noção do Corpo

A noção do corpo faz parte da segunda unidade funcional e tem a função principal de recepção, análise e armazenamento de informação. Assume um invariante tátil-quinestésico da postura, em que convergem simultaneamente, mas com uma contribuição particular, os fatores psicomotores anteriores da tonicidade, equilíbrio e da lateralidade. Trata-se de uma construção multifactorial que envolve a relação inevitável com o outro e a dimensão central da linguagem, noção primeiro intuitiva, da qual decorre uma auto-imagem sensorio interior, que depois passa a uma noção especializada lingüisticamente.

A noção do corpo constitui-se a partir de estímulos periféricos e das referências do movimento corporal, resultando em processos de transdução e de análise desde as informações táteis às quinestésicas, cujo produto final resulta a

síntese e no armazenamento de posturas corporais, de padrões de movimento, de direcionamento do objeto e o envolvimento, dependentes da experiência cultural e de aprendizagem.

A noção do corpo é um sistema funcional complexo, na medida em que resulta da organização e estruturação de percepções simples no universo mais complexo, como representações do corpo, verdadeiras transformações corticais de memórias de neurônios que dão ao corpo uma singularidade própria e uma localização subjetiva intrínseca. O corpo transforma-se num instrumento do pensamento e da comunicação. É nele e com ele que nos reconhecemos no que somos e como somos.

3.2.5 – Estruturação espaço-temporal

Este fator pertence a segunda unidade funcional, envolvendo as regiões posteriores do córtex, tendo como função a análise, processamento e armazenamento de informação.

A estruturação espaço-temporal tem como base a integração cortical de dados espaciais, mais referenciados com o sistema visual, e de dados temporais, rítmicos, mais referenciados com o sistema auditivo. Tem propriedades funcionais adaptadas à capacitação, análise, síntese e armazenamento de estímulos recebidos pelos analisadores sensoriais, visuais e auditivos, que compreendem a translação dialética dos dados espaço-temporais.

A estruturação emerge da motricidade da relação com os objetos localizados no espaço, da posição relativa que ocupa o corpo, enfim, das várias relações ligadas com o tônus, o equilíbrio, a lateralidade e a noção do corpo, confirmando a questão da hierarquização dos sistemas funcionais e da sua organização vertical.

3.2.6 – Praxia global

A praxia global está ligada a terceira unidade funcional, cuja função primordial é envolver a organização da atividade consciente e a sua programação, regulação e verificação; ela está localizada nas regiões anteriores do córtex, mais exatamente nos lóbulos frontais.

A praxia global tem a missão da automatização e realização dos movimentos globais complexos, que se desenvolvem num determinado período de tempo e que exigem a atividade conjunta de vários grupos musculares.

3.2.7 – Praxia fina

A praxia fina está integrada também a terceira unidade funcional e está localizada nas regiões anteriores do córtex, isto é, nos lóbulos frontais. Esta fator integra todos os seus parâmetros a um nível mais complexo e diferenciado, uma vez que compreende a menor motricidade e a perícia manual de onde decorre a origem do homem.

A praxia fina, por compreender as tarefas motoras seqüenciais finas, está mais relacionada com a área 8. De acordo com o modelo de Luria, tem o objetivo de

coordenação dos movimentos dos olhos durante a fixação de atenção e durante as manipulações de objetos que fazem o controle visual, além de compreender as funções de programação, regulação e verificação das atividades de apreensão e manipulação mais finas e complexas.

3.3 – Retrogênese Psicomotora

Para iniciar um estudo sobre a retrogênese psicomotora, convém enfatizar aspectos conceituais da Evolução Humana. Dentro da Psicomotricidade uma das áreas que vem ao longo dos últimos anos aumentando seu conteúdo científico é a que diz respeito às possibilidades da atuação da Psicomotricidade no processo de envelhecimento.

Esse campo de atuação na Psicomotricidade recebeu a denominação de Retrogênese Psicomotora que é conceituada, por Fonseca (1995), como sendo a fase da involução psicomotora. Nesse período, existem fatores que são considerados negativos ou positivos e que interferem na mesma, sendo eles:

Fatores negativos que aceleram o envelhecimento

De acordo com Chopra (1996, 91), os fatores que aceleram a retrogênese são:

- Depressão
Incapacidade de expressar as emoções
Sentir-se incapaz para modificar-se e modificar os outros
Viver sozinho
Solidão, ausência de amigos íntimos
- Falta de uma rotina diária regular
- Falta de uma rotina de trabalho regular

- Insatisfação com o trabalho
Ter que trabalhar mais de 40 horas por semana
Dificuldades financeiras, dívidas
Preocupação habitual ou excessiva
Arrependimento por sacrifícios feitos no passado
Irritabilidade, enraivecer-se com facilidade ou ser incapaz de exprimir a raiva que sente
Críticas demais a si mesmo e aos outros.

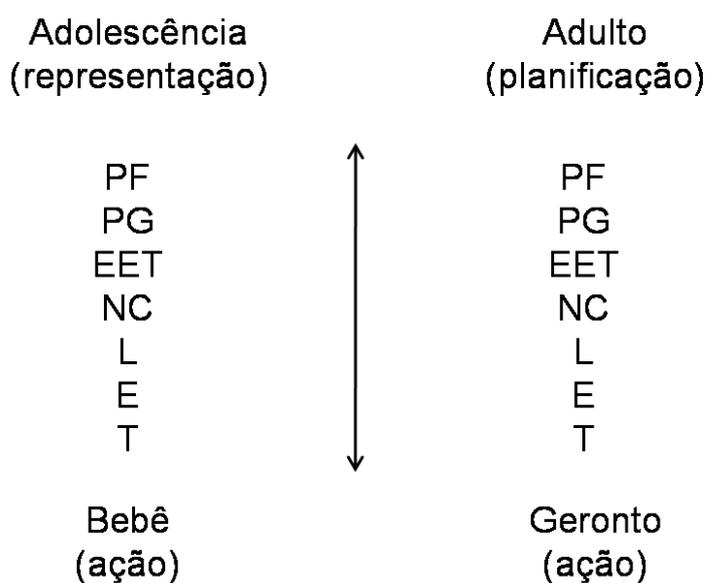
Fatores positivos que retardam o envelhecimento

Afirma, ainda, Chopra (1996 b, p. 91) que os principais fatores que diminuem o impacto da retrogênese são:

- Casamento feliz (ou relacionamento satisfatório)
- Satisfação no trabalho
- Sensação de felicidade pessoal
Capacidade de rir com facilidade
Vida sexual satisfatória
Capacidade de fazer e manter amigos íntimos
- Rotina diária regular
- Rotina de trabalho regular
Tirar pelo menos uma semana de férias por ano
Tempo de lazer agradável, hobbies satisfatórios
Capacidade de exprimir os sentimentos facilmente
Visão otimista do futuro
Sentir-se financeiramente seguro, viver de acordo com suas disponibilidades.

O envelhecimento impõe disfunções e desintegrações que variam de pessoa para pessoa, mas seguindo sempre um processo de evolução para involução universal. A concentração, a planificação e a inflexibilidade mental, a lentidão do comportamento, as perturbações da memória de curto prazo e a redução da modificabilidade da aprendizagem, bem como a restrição na abstração e na conceitualização, evocam necessariamente a desintegração de sistemas e de centros funcionais, daí a importância de se falar com detalhes da relação entre os fatores psicomotores e suas unidades funcionais.

Ressaltando que a evolução caminha para uma involução, isto é, está pré-programada para se desintegrar, então o produto final da evolução é a involução. Esta como mudança de comportamento intrínseco no período final da vida implica uma deterioração, de propriedade e funções, seguindo agora uma seqüência inversa.



Fonte: Fonseca, 1995.

No idoso, em todas as manifestações do seu comportamento, quer sejam motoras, cognitivas, perspectivas ou sócio-emocionais, a involução geneticamente programada, vai dar-se agora “*do córtex à medula, do mais complexo ao mais simples, do mais voluntário ao mais automático, pressupondo, conseqüentemente, uma desorganização vertical descendente*” (FONSECA, 1995).

A filogênese se dá desde o surgimento dos primatas até o Homo sapiens, caracterizados por processos adaptativos e hereditários. Contudo, para uma melhor compreensão acerca da evolução humana, torna-se necessário destacar a noção

adaptativa, pois é a partir desta que há um ajustamento do organismo ao meio em transformação caracterizando os processos de assimilação e acomodação.

Uma das características fundamentais que favorece a adaptação é a motricidade por intermédio da qual o homem se relaciona com o meio em que vive, conseguindo transformá-lo e ser transformado, onde se adapta utilizando seus recursos ecológicos, satisfazendo suas necessidades básicas de sobrevivência, enfim, encerrando uma adequação de suas funções orgânicas.

Então, a motricidade tornou a marca da evolução humana, sendo também um complemento do cérebro, pois este determina e controla os comportamentos adaptativos e a relação entre fatores endógenos e exógenos. Diante disto, conclui-se que a evolução humana vem concomitantemente associada a evolução da motricidade e esta possui uma relação intrínseca com o cérebro, considerado seu órgão central (FONSECA, 1998).

O progresso das aquisições locomotoras ao longo dos tempos, através dos quais o homem assumiu a postura ereta, o controle e regulação da marcha contribuíram, assim, para o aumento de suas atitudes e simultaneamente para a evolução cerebral. Em termos de organização a nível cortical o homem possui o cérebro mais hierarquizado e diferenciado de todos os outros vertebrados.

A sua evolução como órgão mais organizado, medula, ao menos organizado, córtex, dos centros inferiores mais organizados, aos centros superiores que se vão organizando pela vida afora, do mais simples ao mais complexo, do mais reflexo ao mais automático, do mais automático ao mais voluntário, pressupondo uma organização vertical ascendente (FONSECA, 1998).

De acordo com Luria, a organização funcional do cérebro é extremamente complexa e compõe-se de três partes distintas, denominadas por ele de Unidades Funcionais, que agem reciprocamente e de forma hierárquica permitindo que o indivíduo absorva informações do meio externo e a partir daí possa avaliar seus atos e adaptar os seus comportamentos. Cada unidade é responsável por uma única função, mas ao todo, constituem a atividade cerebral, implicando nas mais variadas formas de condutas, especificadas na organização psicomotora (FONSECA, 1995).

As estruturas responsáveis pela regulação do tônus cortical encontram-se situadas no subcórtex e no tronco cerebral, mais precisamente, na formação reticulada. Esta é constituída por fibras de origem ascendentes e descendentes, ou seja, fibras que levam os impulsos aferentes (sensitivas) da medula ao córtex e retornam através de fibras eferentes conduzindo a resposta motora do córtex a medula.

O sistema reticular ascendente inclui a formação reticulada, o tálamo e o hipotálamo que além de ter a função de alerta, colabora com os processos conscientes e de regulação da atenção e atitudes. Enquanto o sistema reticular descendente não é enfatizado por Luria, no entanto, relaciona-se com a manutenção do tônus postural (FONSECA, 1995).

De acordo com esta unidade, toda atividade humana para evoluir de forma adequada necessita de um estado de alerta e vigilância funcionando sobre as mínimas condições. Para que isto ocorra, o estado de alerta impõe que sejam mobilizados um certo nível tônico e energético proveniente do córtex para que os sistemas que estabelecem as comunicações do centro de controle possam ser

ativados, caso contrário não haverá processamento, manutenção ou organização de qualquer atividade mental. Da mesma forma que é imprescindível um certo nível de tônus postural à realização de movimentos voluntários.

Concluindo, a primeira unidade funcional não atua somente a nível de tônus cortical, mas mantém uma íntima relação com os sistemas superiores do córtex.

A segunda unidade funcional de Luria relaciona-se com a análise, codificação e armazenamento de informações visuais, auditivas e tátil-cinestésicas, compreendendo zonas primárias responsáveis pela seleção, distribuição e identificação, zonas secundárias que atuam na codificação e conservação, e zonas terciárias que agem realizando a combinação em termos de conduta. Nesta unidade incluem os subfatores lateralização, noção de corpo e estruturação espaço-temporal (FONSECA, 1995).

Localiza-se nas regiões posteriores e laterais do cérebro e nestas áreas encontram-se superfícies receptivas dos órgãos sensoriais conectadas com o meio externo, correspondendo aos lobos occipital (visual), temporal (audição) e parietal (tátil-cinestésica). Cada modalidade sensorial pertence às zonas responsáveis por estímulos específicos e são áreas exclusivamente de projeção.

As áreas secundárias encontram-se sobrepostas as primárias e possuem um grau de especificidade menor, pois apresentam inúmeros neurônios de associação, permitindo a realização de processos informativos mais complexos. Enquanto as áreas terciárias já são menos específicas que as secundárias e encontram-se sobrepostas a estas. Relacionam-se com funções mais elaboradas da percepção,

integrando todas as informações analisadas pelas áreas anteriores e armazenando-as sobre a forma de representação mental, surgindo assim, o simbolismo (FONSECA, 1995).

Segundo Machado (1998), a disposição das estruturas desta unidade inclui uma divisão funcional do córtex que Luria sugeriu baseada no seu grau de relacionamento, com a motricidade e com a sensibilidade. Nestas, encontram-se as áreas primárias ou áreas de projeção, as quais estão diretamente relacionadas com a sensibilidade e a motricidade e correspondem ao princípio de estruturação da segunda unidade funcional. Existem as áreas de associação que se dividem em secundárias e terciárias.

As secundárias ou gnósicas são também chamadas de unimodais, pois embora de forma indireta relacionam-se com uma determinada modalidade sensorial ou motora e são responsáveis pela codificação e síntese, transformando a informação sensorial em sistemas funcionais. As conexões de uma determinada área de associação unimodal se fazem predominantemente com a área primária da mesma função. As áreas terciárias são consideradas supramodais, ou seja, estão envolvidas com atividades psíquicas superiores como memória, processos simbólicos e pensamento abstrato. Esta mantém ligação com várias áreas unimodais ou outras áreas supramodais. Elas têm a função de receber e integrar as informações sensoriais já elaboradas por todas as áreas secundárias e também pela elaboração das diversas estratégias comportamentais (MACHADO, 1998).

A constituição das áreas primárias em secundárias e após em terciárias favoreceu a aquisição de novas particularidades de integração cujas mudanças foi de suma importância para o ser humano e seu processo histórico.

Portanto, a segunda unidade de Luria segue uma disposição hierárquica constituindo-se desde as áreas primárias até as terciárias, funcionando num sentido vertical ascendente. Cada região possui a sua função, sendo as primárias compostas por fibras exclusivamente de projeção, as quais levam os impulsos sensoriais para as zonas correspondentes a estes (locais específicos); as secundárias são compreendidas por fibras de projeção e associação responsáveis pela síntese e interpretação das informações e as terciárias compõem-se por coesões de associação responsáveis pela integração das funções cognitivas. E todas estas áreas possuem uma relação mútua funcionando harmonicamente.

A terceira unidade funcional de Luria refere-se à programação, regulação e verificação da atividade mental. Nesta unidade estão incluídos os subfatores da praxia global e praxia fina. Encontra-se localizada nas regiões anteriores do córtex, isto é, nos lóbulos frontais. Destacam-se a região pré-central classificada como a área motora do córtex correspondente a área 4 de Brodman denominada de área primária frontal. Nesta existem células piramidais responsáveis pela regulação dos movimentos voluntários. Na porção mais anterior encontra-se a região pré-motora, referente as áreas 6 e 8 de Brodman, considerada como áreas secundárias frontais. Estas possuem função de realizar e automatizar os movimentos mais complexos, que necessita ocorrer num certo período de tempo, impondo a ação simultânea de vários grupos musculares. Já aquelas respondem pela coordenação dos

movimentos oculares durante a fixação da atenção, assim como durante qualquer atividade que exija controle da visão (FONSECA, 1995).

A junção das áreas secundárias frontais formam a terceira unidade funcional e demonstram uma importante função na organização do movimento. Encontram-se conectados com o córtex aferente, ou seja, que recebe impulsos sensitivos, mantendo uma íntima relação com as outras unidades. As terciárias frontais estão envolvidas no córtex frontal granular, cuja função relaciona-se com a formação de intenções e de programas e, concomitantemente com as funções de regular e verificar as atividades mais complexas (FONSECA (1995).

No ser humano as ações são conduzidas por processos conscientes, intencionais e motivacionais. Entretanto, para que isto prevaleça é necessário programar as atitudes comportamentais estabelecendo uma relação entre ação e situação, determinar a finalidade na memória e direcionar a sequência dos atos. Por último observar os efeitos e fazer uma analogia com as intenções anteriores.

Embasado nisso, Fonseca (1995) afirma: *“A coordenação de movimentos é uma organização de ações motoras em função de um objetivo antecipado, o que pressupõe uma inter-relação consciência-ação”*.

A terceira unidade corresponde aos mesmos aspectos estruturais que a segunda, no entanto, funciona de forma diferenciada e seu sentido de organização vertical é descendente, ocorrendo das áreas terciárias às secundárias e, por último atinge as primárias. Envolve a elaboração dos aspectos conscientes dos processos cognitivos, sendo responsável em programar, regular e verificar a atividade,

componentes intrinsecamente relacionados com a linguagem. A partir disto, serão elaborados os movimentos voluntários (FONSECA, 1995).

Diante do exposto, pode-se observar que as três unidades de Luria funcionam dentro de um processo harmonioso se comunicando mutuamente e possuindo uma inter-relação dinâmica, de modo que se houver algum distúrbio em uma das unidades, o funcionamento das funções mentais complexas será interrompido e as informações não serão processadas adequadamente, pois qualquer alteração a nível das unidades causará modificação na organização das outras

O desenvolvimento humano segue a organização do modelo neuropsicológico de Luria e caracteriza-se por um processo contínuo que se inicia desde a concepção até a morte. O ser humano caminha de uma imaturidade para uma maturidade ultrapassando inúmeros obstáculos incorporando aquisições essenciais para lidar com os fatos existentes, culminando num declínio da maturidade ao atingir a terceira idade.

As patologias que acometem essa população acarretam vários transtornos às estruturas cerebrais, invertendo a seqüência dos aspectos do desenvolvimento que veio a originar e introduzir o termo Retrogênese.

O que anteriormente, em termos antagônicos seguia uma organização vertical do tipo ascendente, agora no idoso ocorre ao inverso, a involução envolve uma passagem do mais organizado ao menos organizado (córtex à medula); do mais complexo ao mais simples; da mais voluntária ao mais automático, pressupondo uma desorganização vertical descendente (FONSECA, 1995).

CONCLUSÃO

A partir da revisão bibliográfica realizada, percebe-se que a intervenção psicomotora precoce na população idosa faz-se necessária, visto que as pessoas dessa faixa etária passam por modificações significativas na motricidade, tornando-se muitas vezes incapazes de se auto-manter, ocorrendo um comprometimento cognitivo-motor que os envolve e que têm reflexos no seu bem estar físico e emocional..

Apesar das pesquisas sobre esse assunto serem ainda escassas e/ou pouco divulgadas no âmbito acadêmico, está se fazendo notar uma preocupação e um amplo desejo, por parte dos profissionais que trabalham com os idosos, em formular um programa de atividades psicomotoras voltadas para os idosos, objetivando minimizar as suas incapacidades, resgatar a auto-estima e o desejo de viver bem, promovendo ou restabelecendo a atividade espontânea, componente de fundamental importância para a aquisição da autonomia e realização pessoal.

Diante da mudança observada em todos os países, no que se refere ao crescente aumento de idosos e o impacto dessa estatística na sociedade, na economia e no sistema de saúde, a OMS vem preconizando como ideal o envelhecimento ativo que é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002).

Nessa perspectiva, se considerarmos que com a senescência, os gestos cotidianos e as atividades de vida diária são progressivamente abandonadas pelos déficits nos fatores psicomotores, vemos quão severas podem ser as repercussões se nenhum trabalho for instituído.

Portanto, a possibilidade de utilizar as atividades psicomotoras constitui um excelente potencial para combater ou amenizar os distúrbios motores e cognitivos que envolvem os idosos, pois as atividades exercidas com êxito são vivenciadas como um encorajamento gratificante e como um estímulo para recomeçar.

Ao término desse trabalho, pode-se concluir que a Terapia Ocupacional utilizando a Psicomotricidade através da reeducação psicomotora torna-se um meio eficaz de atuação com pessoas da terceira idade no tocante aos aspectos psicomotores defasados, proporcionando aos idosos uma provável reconstrução dos fragmentos para que possam integrar-se ou reintegrar-se como sujeitos atuantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, William B.; BERKOW, Robert. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca; 1994.

AMÂNCIO, Aloysio. **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro: Ateneu, 1995.

BAUR, R.; EGELER, R. **Ginástica, Jogos e Esporte para Idosos**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1983.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENTES, Gisele O. **Recreação: uma alternativa de adaptação às mudanças e perdas sociais na 3ª idade**. Fortaleza: UNIFOR, 2000.

BERGER, Louise. **Pessoas Idosas; uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BOONE, J; FERREIRA, C; NAZZARO, P. **Doença de Alzheimer: 90 anos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Colóquio, 1999.

BUENO, J. Machado. **Psicomotricidade: teoria & prática**. São Paulo: Lovise, 1998.

BUSSE & BLAZER, **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMUS, Jean Le. **O corpo em discussão: da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

CANÇADO, F. A. X. **Noções Práticas de Geriatria.** Belo Horizonte: Health, 1994.

CARVALHO, Carolina C. Mosca de. **A execução das AVD's de paciente com Alzheimer: uma orientação terapêutica ocupacional ao cuidador.** Universidade de Fortaleza, 2000. (Monografia de Graduação).

CORRÊA, Antônio C. de Oliveira. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer.** Belo Horizonte: Health, 1996.

COSTE, Jean Claude. A. **Psicomotricidade.** Trad. A. Cabral, Rio de Janeiro: Guanabara, 1992

DEECKEN, Afonso. **Saber envelhecer.** 3ª ed. Petrópoles: Vozes, 1997.

FERRARI, M. A. C. **Geriatria, Aspectos educacionais de Terapia Ocupacional.** Biblioteca da USP, 1975.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Nova edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa.** 10 ed. Rio de Janeiro: Codil, 1961.

FINGER, J. A. O. **Terapia Ocupacional.** São Paulo: Sarvie, 1986.

FONSECA, V. da. **Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998

_____. **Manual de observação psicomotora.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FULDER, Stephen **Pondo fim à velhice.** Rio de Janeiro: Record, 1983.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo:

Perspectiva, 1987.

GRANDI, Isabella. **Conversando com o cuidador a doença de Alzheimer**. Belém: Grafisa, 1998.

GRIEVE, June. **Neuropsicologia para terapeutas ocupacionais**. Oxford: Blackwell Science, 1997.

HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional**, São Paulo: Dynamis, 1999.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campos, 1996.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra filosofia, 1970.

INFOVIVA. **Doença Mentalz**. [online] Disponível em: <http://www.infoviva.matriz.com.br/doencas/mentalze00.htm>. Acesso: 18 out. 00.

KATZ, Chaim S. **Psicanálise e Instituição**. Rio de Janeiro: Documentário, 1977.

KEPLER. **Alzheimer e Parkinson**. [online] Disponível em: <http://netpage.em.com.br/gkepler/index.html>. Acesso: 18 out. 00.

KHALSA, Dharma Sing H. D. **Longevidade do cérebro**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

LAGRANGE, Georges. **Manual da psicomotricidade – Técnicas de educação**. Lisboa: Estampa, 1982.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. 4. ed. Tradução de Julieta Jerusalinsky. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOTFI, Patrícia A. Studart. **O perfil do Terapeuta Ocupacional no Estado do Ceará e as necessidades sociais**. Universidade de Fortaleza, 1999. (Monografia de Graduação).

MACHADO, Ângelo. **Neuroanatomia funcional**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1993.

MAGALHÃES, D. N. **Invenção Social da Velhice**. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

MAIA, T. L. **Metodologia Básica**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 1994.

MARQUES, Paulo R. de Brito. **Demência tipo Alzheimer: diagnóstico, tratamento e aspectos sociais**. Recife: Caxangá, 1997.

MASSON, Suzanne. **Generalidades sobre a reeducação psicomotora e o exame psicomotor**. São Paulo: Manole, 1985.

MEUR, A. De. **Psicomotricidade: educação e reeducação**. São Paulo: Manole, 1991.

MOLINA, Pilar D; TARRÉS, Pilar. **Terapia ocupacional em geriatria: princípios e prática**. Barcelona: Masson, 1997.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social. Envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas 1997.

MOULARD, GILBERTO VERARDO. **Psicologia e Terapia Ocupacional: refletindo um caminho para a saúde mental**. Campo Grande: Só livros, 1998.

NETTO, Matheus P. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

NICOLLA, T. **Geriatrics**. São Paulo: Luzzatto, 1986.

NOVAES, M. H. **Conquistas Possíveis e Rupturas Necessárias**. Rio de Janeiro: Nau, 1995.

OLIVEIRA, G. C. **Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico**. Petrópolis / RG: Vozes, 1997.

PAZ, C. Raul Lorda. **Educação física e recreação para a terceira idade**. Porto Alegre: Sagra, 1990.

_____. **Recreação na terceira idade**. Porto Alegre: Sprint, 1995.

PICHON, R. **Psicologia da vida cotidiana**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RAUCHBACH, R. **A atividade física para terceira idade**. Curitiba: Lovise, 1990.

RODRIGES, R. A. P. **Como cuidar dos idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ROGÉRIO, Ana F. Pinheiro; MARINHO, Clênia R. Sabóia. **Psicomotricidade: um programa para a terceira idade**. Fortaleza: UNIFOR, 1996.

ROSA, M. **Psicologia Evolutiva**. Petropolis: Vozes 1990.

SAYEG, Norton. **Doença de Alzheimer: guia do cuidador**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1991.

SERRO, A. Carualho, F: DECOURT. **Clínica do indivíduo idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

SINÉSIO, N. B. O. **Universidade da melhor idade – Uma proposta Salesiana para o idoso**. Campo Grande: UCDB, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, R. J. **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter 1994.

VAYER, P; PICQ L. **Educação Psicomotora e Retardo Mental**. São Paulo: Manole, 1988.

WILKER. **Psicomotricidade**. [online] Disponível em:
<http://www.terravista.pt/aquaalto/5767/index1.html>. Acesso: 16 set. 00.

ZIMMERMAN, G. I. **Velhice – Aspectos biopsicosociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZIMMERMANN, D. **Relações da psicanálise com analistas didatas, Instituições e pacientes**. Porto Alegre: Artes Médicas 1988.