

FERNANDA CASTRO MANHÃES
ROSALEE SANTOS CRESPO ISTOE
CARLOS HENRIQUE MEDEIROS DE SOUZA

o r g a n i z a d o r e s

Envelhecimento em foco

ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES I



FERNANDA CASTRO MANHÃES
ROSALEE SANTOS CRESPO ISTOE
CARLOS HENRIQUE MEDEIROS DE SOUZA

o r g a n i z a d o r e s

Envelhecimento em foco

ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES I



Rio de Janeiro – 2015

Copyright © 2015 Brasil Multicultural Editora

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização do autor.

Diretor editorial

Décio Nascimento Guimarães

Diretora adjunta

Milena Ferreira Hygino Nunes

Coordenadora científica

Gisele Pessin

Design

Fernando Dias

Assistente editorial

Samara Moço Azevedo

Conselho Editorial

Prof. Dr. Auner Pereira Carneiro

Profa. Dra. Bianka Pires André

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai

Prof. Me. Décio Nascimento Guimarães

Prof. Me. Fábio Machado de Oliveira

Profa. Dra. Fernanda Castro Manhães

Profa. Me. Gisele Pessin

Prof. Me. Matheus Carvalho de Mattos

Profa. Me. Milena Ferreira Hygino Nunes

Profa. Dra. Shirlena Campos de Souza Amaral

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Sindicato Nacional dos Editores de Livros - SNEL)**

E59 Envelhecimento em foco: abordagens interdisciplinares I / Fernanda Castro Manhães, Rosalee Santos Crespo Istoe e Carlos Henrique Medeiros de Souza, organizadores. – Campos dos Goytacazes, RJ : Brasil Multicultural, 2015.

224 p.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-5635-001-5

1. VELHICE – ASPECTOS SOCIAIS 2. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DO CONHECIMENTO 3. ENVELHECIMENTO 4. INTERAÇÃO SOCIAL NA VELHICE I. Manhães, Fernanda Castro (org.) II. Istoe, Rosalee Santos Crespo (org.) III. Souza, Carlos Henrique Medeiros de (org.) IV. Título

CDD 305.26



Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa - IBRAMEP
Av. Alberto Torres, 229 - Sala 1101 - Centro
Campos dos Goytacazes - RJ
28035-580 - Tel: (22) 2030-7746
Email: contato@brasilmulticultural.com.br

Envelhecimento em foco

ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES |

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández

Prof^a. Dr^a. Bianka Pires André

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza

Prof^a. Dr^a. Cláudia de Barros Camargo

Prof. Me. Décio Nascimento Guimarães

Prof^a. Dr^a. Eliana Crispim França Luquetti

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida

Prof^a. Dr^a. Fernanda Castro Manhães

Prof. Dr. Gerson Tavares do Carmo

Prof. Dr. Luiz Ortiz

Prof^a. Dr^a. Maria Eugênia Totti

Prof^a. Dr^a. Martha Vegara Fregoso

Prof. Dr. Pedro Lyra

Prof^a. Dr^a. Rosalee Santos Crespo Istoe

Resumo dos autores

Pedro Lyra

Poeta, ensaísta e crítico. Pós-Doutorado em Tradução Poética pela Universidade de Paris-III / Sorbonne Nouvelle (2005). Atualmente é professor Titular de Poética da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, em Campos-RJ. Longa experiência na área de Letras, com ênfase em Teoria Literária, atuando principalmente nos seguintes temas: poesia, discurso, história, ideologia, dialética, geração, desejo, criação, cultura de massa e pós-moderno. É autor de 10 livros de poesia, 5 de ensaio, 4 de crítica e 4 antologias pessoais, uma delas bilíngue português-francês, publicada pela l'Harmattan de Paris (2000), e vários títulos inéditos e em elaboração.

Carolina Crespo Istoe

Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF. É pós-graduanda em Farmacologia, com previsão de término em 2016. Graduada em Farmácia pela Universidade Estácio de Sá, é Farmacêutica na Unidade de Pronto Atendimento - UPA - em Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro. Responsável por elaborar o pedido de medicamentos, gerenciar estoque, prestar assistência farmacêutica à equipe multidisciplinar e ao paciente. É professora do curso de enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC - ministrando as disciplinas de Histologia, Embriologia, Imunologia e Microbiologia.

Sérgio Elias Istoe

É mestrando no curso interdisciplinar em Cognição e Linguagem da UENF - Universidade Estadual do Norte Fluminense. Possui graduação em Teologia - Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil (1985) e graduação em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo (1990). Especialista em Formação de Gerentes (FAAP-SP), Gestão Empresarial Estratégica (Educom-PR) e Economia e Gestão Empresarial (UCAM-RJ). Atualmente é professor na área de Gestão (Administração e Recursos Humanos) da Universidade Estácio de Sá. Possui experiência na área de Administração, com ênfase em Administração de Empresas.

Priscila Cristina da Silva Maciel

Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF (2014). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá (2010) e formação em Arteterapia, Educação e Saúde pelo Instituto Crescer (2008). Atualmente está cursando Pós-Graduação em Neuroaprendizagem pela Universidade Cândido Mendes - UCAM. Atua como psicóloga educacional nas esferas pública e privada e atua como terapeuta cognitivo comportamental com ênfase em crianças e adolescentes e relação familiar.

Fernanda Castro Manhães

Pós-doutoranda em Cognição e Linguagem na Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF; é doutorada em Ciências da Educação pela Universidade Autónoma de Assunção - UAA. Possui mestrado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF. É, também, licenciada em Pedagogia e licenciada em Educação Física. Atualmente é Diretora Acadêmica da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC e Coordenadora Geral dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu. Docente da rede Estadual de Ensino /RJ. Integrante do Projeto de extensão "Terceira Idade em Ação" - CCH/UENF. Desenvolve pesquisas nas áreas de Envelhecimento humano, Educação Básica, Ensino Superior e Práticas Educativas. Editora-chefe da Revista Científica *LinkSciencePlace*.

Décio Nascimento Guimarães

Pedagogo, administrador e orientador educacional, doutorando e Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). É Orientador Educacional da Prefeitura Municipal de Macaé e Técnico de Atividade Judiciária - Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente é Agente de Capacitação da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro - Núcleo Campos dos Goytacazes, Professor da Escola de Administração Judiciária do TJERJ, Presidente do Conselho Técnico Consultivo do Instituto Cultura e Saber e Coordenador Acadêmico do Instituto Brasil Multicultural de Educação e Pesquisa (IBRAMEP). Professor Universitário e Pesquisador nas Áreas: Educação Inclusiva, Gestão e Planejamento Organizacional, Didática, Gestão Educacional, Pedagogia Empresarial, entre outros.

Júlio César dos Santos Boechat

Doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF (2014). Mestre em Cognição e Linguagem também pela UENF (2013). Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Salgado de Oliveira (2000). Experiência docente em Graduação iniciada em 2005/1. Professor Titular de Anatomia Humana do Curso de Medicina da FACIG - Membro do NDE do Curso; Professor da Universidade Salgado de Oliveira - Curso de Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física; Professor da Faculdade São Fidélis - curso de Nutrição, Enfermagem e Educação Física - Membro do NDE; Professor da Faculdade Metropolitana São Carlos - licenciado; Professor da UNIFLU - curso de Fonoaudiologia - Membro do NDE. Possui experiência na área de Morfologia, com ênfase em Anatomia Humana, atuando principalmente nos seguintes temas: Anatomia Humana, Neuroanatomia, reabilitação, prevenção e linguagem tecnológica. Atualmente é fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Macaé - estatutário.

Reubes Valério da Gama Filho

Possui mestrado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (2001), doutorado em Fisiologia da Reprodução e Melhoramento Genético pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (2006) e Pós-doutorado em Cognição e Linguagem com ênfase em novas tecnologias, na remodelação cognitiva, na Universidade Estadual do Norte Fluminense. Atualmente é professor doutor da Universidade Salgado de Oliveira, Faculdade Metropolitana de São Carlos, Faculdade de São Fidélis/CENSUPEG, FACIG/Medicina coordenador dos programas VIGIAR e VIGISOLO do Laboratório de Vigilância Ambiental em Saúde e Coordenador do Laboratório de Patologia Clínica do Centro de Controle de Zoonoses. Tem experiência na área de Fisiopatologia e saúde pública com ênfase em Vigilância em Saúde e histologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Vigilância Sanitária e Saúde Coletiva. Membro do NDE e do Comitê de Ética da FACIG-Medicina, membro do NDE - Enfermagem - Universo, membro do NDE e CPA da FASF.

Mariana Crespo Istoe

Graduanda em medicina pela Universidade Estácio de Sá.

Jefferson Cabral Azevedo

Doutorando e Mestre pelo programa de Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual Norte Fluminense, MBA em Gestão Estratégica de Recursos Humanos pela Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora, Pós em Hipnose Clínica pelo Instituto Brasileiro de Hipnose, Psicólogo pela UNESA - Nova Friburgo e Administrador de Empresas pela UCAM, Coordenador de Estágio do Curso de Administração de Empresas da Faculdade Metropolitana São Carlos, Coordenador do Serviço de Psicologia Aplicada pela Universidade Estácio de Sá.

Karla Rangel Ribeiro

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (2011); Mestrado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2012). Doutorado em andamento pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Atualmente é professora do Instituto Federal Fluminense Campos / campus Guarus. Pesquisa a temática de políticas públicas para diminuir a evasão escolar em adolescentes.

Lívia Vasconcelos de Andrade

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF; Psicóloga, com área de atuação focada na saúde e na educação.

Daniele Fernandes Rodrigues

Doutoranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF. Mestre em Economia Empresarial com especialização em Economia pela Universidade Candido Mendes - UCAM e graduação em Administração de Empresas pela Universo. Professor titular do curso de administração da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), e da pós-graduação da Universidade Candido Mendes (UCAM). Funcionária pública como Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro cedida a UENF para atividades de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem.

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Coordenador da Pós-Graduação (Mestrado & Doutorado) Interdisciplinar em Cognição e Linguagem (PGCL/ UENF). Doutorado em Comunicação e Cultura (UFRJ). Mestrado em Educação, pós-graduação em gerência de informática e pós-graduação em produção de software (UFJF). Bacharel em Direito, Licenciado em Pedagogia (UNISA), Bacharel em Informática (CES/JF). Diretor de Pesquisa da ANINTER - SH - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação Interdisciplinar em Sociais e Humanidades (desde out/2014). Avaliador de cursos do Conselho Estadual de Educação (CEE/RJ). Avaliador de cursos e institucional do INEP/MEC, desde 2004. Avaliador *Ad hoc* CNPq - Ciências sem Fronteiras. Associado a CEAD, ABED, INTERCOM, ANINTER e a SBC.

Jaqueline Maria de Almeida

Graduação em Letras pela Universidade Federal de Viçosa – UFV (2010), Mestrado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF (2012). Atualmente é doutoranda em Cognição e Linguagem pela mesma universidade. Trabalha com ensino e desenvolve pesquisas nas áreas de Linguística Textual, Educação e Tecnologias e Ensino Profissionalizante.

Eliana Crispim França Luquetti

Doutora e Mestra em Linguística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Licenciada e Bacharelada em Português/Latim, também pela UFRJ. Atualmente é professora associada da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Possui experiência na área da Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: tecnologia, linguagem, cognição, variação, fonoaudiologia, língua, gramática, linguística, ensino, leitura, escrita, livros didáticos de Língua Portuguesa, estrangeirismo, léxico e gêneros textuais.

Daniela Balduino de Souza Vieira

Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF (2014). Especialista no Ensino de Espanhol/LE (2002) e graduada em Letras - Português/Espanhol pelo Centro Universitário Fluminense/ UNIFLU-FAFIC (1999). Atualmente é professora do ensino básico, técnico e tecnológico do Instituto Federal Fluminense Campus Campos Guarus.

Tem experiência na área de Letras, com ênfase em Línguas Estrangeiras Modernas, Linguística e Linguística Aplicada.

Márcia Regina Pacheco Soares

Possui graduação em Administração e Licenciatura em Pedagogia, Mestrado em Cognição e Linguagem (em andamento). Experiência em cursos da área administrativa, EAD, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e atuação pedagógica com idosos. Bolsista FAPERJ, área de pesquisa: Cognição e Linguagem / Envelhecimento humano.

Rosalee Santos Crespo Istoe

Possui graduação em Teologia - Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil/RJ (1985), graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo/SP (1991), mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo/SP (1999) e doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ (2007). É psicóloga e professora do Curso de Mestrado e Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: 1 - Graduação: Psicologia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente; Psicologia da Educação. 2 - Mestrado e Doutorado: Educação Saúde e Gênero; Seminários Avançados e Supervisão. 3 - Pesquisadora: Desenvolve pesquisas na área de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano e coordena o projeto "Terceira Idade em Ação" na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, no município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Thaís Pacheco Soares

Doutoranda e Mestre em Biociências e Biotecnologia, graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2012).

Larissa Corrêa Pedra Ferreira

Advogada, graduada pela Faculdade de Direito de Campos (FDC), especialista em Comércio Exterior pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sócia do escritório Pedra Ferreira & Campos Advocacia e Consultoria e bolsista no projeto "Terceira Idade em Ação" na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Atua como professora de Logística Global no curso Técnico de Logística na

Escola Técnica de Campos - ETC. É membro da Junior Chamber International - JCI - desde 2007, tendo feito diversos trabalhos voluntários com destaque para a Coordenação do Projeto "Almoço no Asilo" em 2008. Estudou nos Estados Unidos e Argentina, além de ter participado de eventos na Cidade do Panamá - Panamá, Nova Déli - Índia e Rosário, Argentina. Tem interesse pelos seguintes temas: Participação Democrática, Direito, Legitimação, Ciências Sociais e Judicialização de Riscos.

Bruna Cristina Guerrieri Veloso Ferreira

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Pública. Possui experiência de trabalho com pessoas soropositivas (HIV/Aids), realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), de 2008 até 2010. Atuou no projeto "Terceira Idade em Ação" da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, de 2012 até 2013. É pós-graduada em Gestão de Políticas Públicas para Família, Infância e Juventude.

Camilla Paiva Silva

Mestranda em Cognição e Linguagem pela UENF - Universidade Estadual do Norte Fluminense, possui graduação em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá (2012) e graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Campos (2001), atuando principalmente nos seguintes temas: mediação, zona de desenvolvimento proximal, educação à distância, constituição do sujeito e formação de conceitos.

Karine Lôbo Castelano

Doutoranda e Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF. Licenciada em Letras - Língua Portuguesa e Literaturas de Língua Portuguesa pela Universidade Federal de Viçosa - UFV. Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão da Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Atualmente é Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). Tem experiência nas áreas de Educação e Linguística, atuando principalmente nos seguintes temas: linguagem, escrita, formação de professores, metodologias de ensino e novas tecnologias. Integrante do grupo de pesquisa/CNPq Escrita: poder e subjetividades (UENF) e do Núcleo de Estudos sobre Acesso e Permanência na Educação (UENF/IF Fluminense).

Adalberto Romualdo Pereira Henrique

Mestrando em Educação - UCP/RJ. Especialista em Saúde do Idoso - FAMA/MG. Cursando especialização em Saúde Coletiva e Educação Especial - UCAM/RJ. Graduado em Terapia Ocupacional - FAMINAS/MG. Possui experiência em reabilitação física/neurológica, contextos hospitalares e em tecnologia assistiva.

Prefácio

Aristóteles (384-322 a.C.) dedicou um grande esforço para estudar o tempo e percebeu que, olhando pelo lado que queremos vê-lo, temos uma profunda incerteza. Uma das teorias mais revolucionárias acerca do tema, foi proposta por Albert Einstein (1879-1955) e, já na atualidade, por Stephen Hawking (1942-) que propõe uma nova teoria do tempo. Claramente, o tempo é algo que preocupa a espécie humana. O tempo está no foco do nosso pensamento e, talvez a razão principal disso, se deva ao fato de que o tempo está desaparecendo de nossas vidas ao longo do envelhecimento que experimentamos.

Na atualidade, o envelhecimento é considerado um problema de saúde pública para todos os governos, pois a pirâmide populacional tem sido revertida e temos um aumento da população envelhecida, com as consequências sociais concomitantes que isso implica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), o mundo está experimentando uma transformação demográfica: em 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos aumentará de 600 milhões para quase 2 bilhões, e prevê-se que a porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais se duplique, passando de 10% para 21%. Este aumento será maior e mais rápido nos países em desenvolvimento, onde se espera que a população idosa se multiplique por quatro nos próximos 50 anos.

Neste contexto, a obra que apresentamos "Envelhecimento em foco: Abordagens Interdisciplinares", organizada pelos professores: Dr^a. Fernanda Castro Manhães, Dr^a. Rosalee Santos Crespo, e Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza, é atual, relevante e oportuna, pois trata-se de um trabalho que apresenta diversos conceitos.

Todos esses conceitos são relevantes a uma leitura informativa, que nos leva a uma reflexão que abordará temas que vão, desde a educação e tecnologia, até aos processos psicológicos do envelhecimento. No contexto da educação tecnológica, podemos chamar de era do conhecimento ou da informação de uma nova realidade. Dos processos psicológicos, ressaltamos os ganhos cognitivos que contribuem para uma vida mais participativa.

Além disso, discute a importância de um esclarecimento sobre a idade na cultura do espetáculo da vida. Mostra as relevâncias científicas, sobre a importância e os cuidados com medicamentos e a influência da automedicação ao idoso, suas consequências e os sintomas de enfermidades.

Outro tema admirável é o ensino de línguas na terceira idade, e a importância da criatividade como estímulo de ampliação das habilidades inovadoras em suas vidas. Na sequência, abrange o estatuto do idoso e suas contribuições como agente de mudança social, bem como, o processo de envelhecimento humano, nos aspectos físicos.

Todos estes temas implicam em uma cuidadosa elaboração de um novo paradigma, que tenha o impacto de consideração como esfera especial. E também rebusca uma visão de inovação política que contribua para a integração participativa do idoso.

“Nada envelhece somente por viver um certo número de anos; as pessoas envelhecem ao abandonar seus ideais; com o passar dos anos se arrugam o rosto, mas perder o entusiasmo enrugam a alma”.

(Cícero, 45 a.C.)

Dr. Antônio Hernández Fernández
Dra. Cláudia de Barros Camargo
Universidade de Jaén, Espanha

Apresentação

Todo livro tem a sua história. Este não pretende ser diferente e foi pensado durante o desenvolvimento de pesquisas e atividades no projeto de extensão “Terceira Idade em Ação”, coordenado pela Prof^a. Dr^a Rosalee Santos Crespo Istoe (membro da comissão organizadora deste livro), que desenvolve um importante trabalho com os idosos desde 2008.

O livro *Envelhecimento em foco: abordagens interdisciplinares*, nasceu do interesse dos organizadores em debater possíveis interfaces entre esses dois temas, aqui apresentados e intrinsecamente relacionados entre si. Reúne um conjunto de artigos produzidos por docentes, discentes, pesquisadores e convidados do curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, com o apoio da CAPES, FAPERJ e CNPq.

Temos percebido ao longo de nossos estudos e pesquisas sobre desenvolvimento e envelhecimento humano, um crescimento acelerado de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Tudo isso devido ao aumento da expectativa de vida e a drástica redução da taxa de natalidade. É fato que o avanço da medicina e o conseqüente aumento na expectativa de vida tornaram o envelhecimento da população um fenômeno mundialmente constatado.

Essa possibilidade impõe a necessidade de se desenvolver políticas públicas que atendam as demandas desse segmento por saúde, educação, assistência social e por condições dignas de vida, tendo como grande desafio a ser posto em prática, a promoção da educação para a cidadania. Como a cidadania é exercício, é movimento, educar para a cidadania, é estabelecer o desenvolvimento de um

processo de aprendizado social na construção de novas formas de relação, contribuindo para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais e ativos. Com isso, cabe à sociedade, isto é, autoridades, médicos, professores e à própria família, repensar o papel do idoso na sociedade, fazendo com que ele conquiste cada vez mais o seu espaço. Nesse sentido, as atividades sociais, físicas, laborativas, recreativas, culturais associativas e de educação para a cidadania, vem sendo, nos últimos tempos, fatores determinantes para quem deseja envelhecer com saúde.

A proposta deste livro é mostrar o fruto dessas experiências: o trabalho de pesquisa que temos desenvolvido sobre envelhecimento e sua interdisciplinaridade. São pesquisas de diversos profissionais que aqui se reúnem. São pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento que, com sua percepção e considerando sua linha de pesquisa bem como sua formação de origem, trouxeram um olhar diferenciado e até poético, sobre as questões que envolvem o desenvolvimento e o envelhecimento humano. Dessa forma, o conteúdo do livro indica um modo de envelhecer e de viver a vida, apontando para possibilidades simples e objetivas.

Para finalizar, aproveitamos aqui para agradecer especialmente às agências de fomento, à UENF, ao grande amigo Décio Nascimento Guimarães, pela concretização desta publicação, à editora Brasil Multicultural, aos autores e aos idosos, pelo carinho e incentivo contínuo.

Dedicamos este livro aos professores e alunos do programa, assim como os profissionais envolvidos e, principalmente, aos idosos do projeto “Terceira Idade em Ação” que, encontraram a essência para um envelhecimento saudável. Desejamos que a leitura deste livro seja um convite para que mais pessoas se integrem à pesquisa na área interdisciplinar sobre desenvolvimento humano.

Boa leitura a todos!

Sumário

- | | |
|--|-----|
| 1 - A idade na cultura do espetáculo
Pedro Lyra | 20 |
| 2 - Ciberespaço e envelhecimento humano:
reflexões sobre automedicação de idosos
Carolina Crespo Istoe
Sérgio Elias Istoe | 36 |
| 3 - Educação tecnológica continuada: aspectos
cognitivos na terceira idade
Priscila Cristina da Silva Maciel
Fernanda Castro Manhães
Décio Nascimento Guimarães | 60 |
| 4 - Consequências musculoesqueléticas e
articulares da inatividade na senilidade
Júlio César dos Santos Boechat
Reubes Valério da Gama Filho
Mariana Crespo Istoe | 86 |
| 5 - Processos psicológicos e físicos do
envelhecimento: a resiliência e relação entre
a perda e o perder
Jefferson Cabral Azevedo
Karla Rangel Ribeiro
Lívia Vasconcelos de Andrade | 112 |

- 6 - Percepção sob a importância da criatividade:
um estímulo à criação como melhoria da qualidade
de vida em idosos 132
Daniele Fernandes Rodrigues
Carlos Henrique Medeiros de Souza
Jaqueline Maria de Almeida
- 7 - O ensino de línguas na terceira idade:
uma proposta inclusiva 156
Daniela Balduino de Souza Vieira
Eliana Crispim França Luquetti
- 8 - Envelhecimento e aprendizagem: a educação
em discussão 174
Márcia Regina Pacheco Soares
Rosalee Santos Crespo Istoe
Thaís Pacheco Soares
- 9 - Estatuto do idoso: um agente de mudança social 188
Larissa Corrêa Pedra Ferreira
Bruna Cristina Guerrieri Veloso Ferreira
Camilla Paiva Crespo
- 10 - O processo de envelhecimento humano:
uma observação sobre os comprometimentos
dos aspectos físicos 201
Adalberto Romualdo Pereira Henrique
Karine Lôbo Castelano



1 - A idade na cultura do espetáculo^(*)

Pedro Lyra

1 - O fantasma da velhice

Delicado problema do mercado cultural – não econômico, não político, não estético, mas puramente e tristemente humano – sobretudo no mundo contemporâneo, com seu endeusamento hedônico da juventude e da beleza, é a decadência de seus agentes: a velhice.

Como se verá numa breve série de depoimentos a seguir, recolhidos na grande mídia onde essa atividade necessariamente se projeta e se afirma, as figuras gloriosas do universo do espetáculo só se mostram felizes mesmo durante a juventude e a maturidade. Não têm condição (claro que particularmente as mulheres) de aturar a perda da beleza, do sólio de diva: Greta Garbo... Elizabeth Taylor... Brigitte Bardot... 3 tristes tigresas¹.

Lyz o confessou, com todas as letras do eufemismo: “O papel mais difícil que já enfrentei foi o de amadurecer”.² Não era um papel para o cinema, onde ela o desempenharia muito bem, mas para a vida, onde

* Este texto, revisto para esta edição, é uma fusão do 3º e 4º itens de “A lógica do mercado cultural”, publicado na revista *Tempo Brasileiro* nº 189/190 (Rio de Janeiro, abr.-set. 2012). Primeiro capítulo do livro *A tevê e o fim da era do amor – A vulgarização do sexo no cotidiano e no mercado cultural*. A sair.

1 Uma lista das 10 maiores da “beleza clássica” do cinema, divulgada por um canal de televisão em junho de 2009, não incluía nem Greta nem Brigitte. Eram elas: 10ª) Vanessa Redgrave, 9ª) Elizabeth Taylor, 8ª) Catherine Deneuve, 7ª) Ava Gardner, 6ª) Grace Kelly, 5ª) Sophia Loren, 4ª) Rachel Welch, 3ª) Marilyn Monroe, 2ª) Rita Hayworth, 1ª) Audrey Hepburn. Não informaram quem votou. Para que ninguém pense que a lista é minha, declaro que eu incluiria aquelas duas – e mais Suzanne Pleshette. Talvez nos lugares da 10ª, da 6ª e da 5ª colocada.

2 *Jornal do Brasil*. Rio de Janeiro, 13.2.2006. Citada por Márcia Peltier.

seu desempenho certamente não seria igual (com quase uma dezena de casamentos – inclusive um recasamento, com o ator Rosano Brazzi). Ângela Rô Rô foi mais direta: “Quando uma mulher bonita, como eu, perde sua beleza, sofre um baque”.³ Marília Pêra foi resignada: “Fico emocionada com o tempo. Conformer-se com ele é a única forma de ser feliz”.⁴ Não é bem uma “forma” e sim, uma condição.

Num dos “fraseados, reflexões e asneiras... interessantes, diferentes ou simplesmente absurdas” [sic], recolhidos por Heloísa Tolipan como uma das “pensatas divertidas, ouvidas em bocas célebres pela coluna ao longo de 2007”, Vera Fischer – numa nítida (e inconsciente) postura de auto-consolo – fez esta declaração, já depois dos 50 anos: “Hoje percebo que, ao contrário da Vera transgressora de antigamente, eu não preciso de platéia para estar em cena”.⁵ É uma tentativa de neutralizar o fato de já não ter mais as que já teve. Ainda na casa dos 30, Letícia Spiller parecia antecipar-se a esse fenômeno, ao recusar adiando mais um convite (e o alto cachê) de uma revista masculina para pousar nua, com este objetivo argumento: “A não ser que lá pelos 46 anos eu ainda esteja gostosa”.⁶ Deverá estar.

Essa “fome” de beleza foi expressa do modo mais autêntico e mais radical por uma superdiva que viveu em função dela mesma – Marilyn Monroe: “Toda menina deve ser chamada de bonita, mesmo que não seja”.⁷ Em sua concepção, mais do que um simples

3 *Jornal do Brasil*. Rio de Janeiro, 6.7.2006.

4 *Jornal do Brasil*. Caderno *Ecológico*, nº 51. Rio de Janeiro, abr. 2006.

5 *Jornal do Brasil*, revista *Domingo*. Rio de Janeiro, 1.3.2008.

6 *O Globo*. Rio de Janeiro, 6.6.2008.

7 *Jornal do Brasil*. Revista *Domingo*. Rio de Janeiro, 19.10.2008. Também citada por Heloísa Tolipan.

desejo, ou por mera vaidade, é uma necessidade – e não apenas para essa arte, mas para a própria vida: bonita, será bem-vinda em qualquer ambiente.

Não há atriz-*gata* que não sofra um choque quando lhe oferecem o primeiro papel de mãe. Uma reagiu indignada quando lhe ofereceram o primeiro de avó. Duas décadas depois, agradeceria penhorada se lhe oferecessem o de uma heróica e/ou trágica bisavó. Mas este não encontra modelo na vida real. Sim, não é preciso, mas a natureza convenientemente mimética das artes do espetáculo (sobretudo a televisiva), bloqueia o espaço do imaginário para a criação de tipos algo distanciados do padrão.

É que, além do problema existencial, as atrizes (tanto quanto os atores) enfrentam também um problema profissional típico, com o envelhecimento: como os velhos já quase não exercem atividade pública importante nenhuma na vida, fica difícil transformá-los em personagens importantes de uma narrativa. Enfrentam grandes dramas. Não digo os de saúde, que são muito dolorosos, mas muito prosaicos: comovem os parentes, mas não o público; e sim os psicológicos, concentrados numa dupla nostalgia: a do *passado distante*, que são bem poéticos e podem comover a todos, e a do *futuro vazio*, pois sabem que já não podem desfrutar plenamente o tempo de vida que ainda lhes resta. O velho só tem passado, o que realça a exclusão do ator idoso: o melhor de tal vida só poderia ser representado por um ator jovem, ou maduro. Mesmo assim, parece não interessar muito aos narradores ou roteiristas – e muito menos ao público. É só por isso que também quase não há papel para atores velhos.

Com uma frequência maior, vemos o contrário: personagens velhos interpretados por jovens atores maquiados. No final de 2007, o diretor Aderbal Freire Filho apresentou no teatro Poeira em Botafogo uma boa comédia intitulada *As centenárias*, mas

quem as interpretavam eram duas atrizes (Marieta Severo e Andréa Beltrão) com a metade da idade das personagens.⁸ Indagado se estava pensando em atuar num novo filme, o já veterano ator e diretor Clint Eastwood, respondeu que “não sabia quantos papéis havia por aí para sujeitos com 78 anos”.⁹ Quase nenhum. E acrescentou, com plena lucidez: “É ridículo quando você não interpreta a própria idade”. Resulta em algo forçado. No caso de Aderbal, ele não tinha opção.

Na Bienal do Livro do Rio de 2009, o ator Omar Shariff – exagerando no imediatismo de uma incrível cegueira existencial – repetiu o que afirmara a jornalistas no festival de cinema de Veneza de 2009: “O futuro e o passado são inúteis”. E tentou explicar o absurdo, particularizando o que acabara de generalizar: “Acho que pensar no futuro é algo que serve para os jovens, e pensar no passado é inútil quando se é velho”. Correto quanto aos jovens; mas, quanto aos velhos, que bobagem: sem mais futuro e com o presente esvaziado, os velhos só dispõem mesmo do passado. Os que tiverem alguma habilidade intelectual (e saúde!) poderão transfigurá-lo – e, assim, revivificar o presente e abrir uma outra dimensão do futuro.

Aos 85 anos, o ator Sérgio Brito lamentou que “foi esquecido e que só consegue trabalhar quando produz as suas próprias peças”.¹⁰ Não é bem o ator que foi “esquecido”, mas o seu personagem que foi descartado: Brito o interpretaria muito bem, mas o seu drama não interessa ao público. É como se só interessasse ao mercado cultural a focalização dos dramas da juventude e da

8 Fui assistir com um grupo familiar e brinquei com uma filha de 15 anos: as centenárias não estão no palco, mas na platéia...

9 *O Globo*. Rio de Janeiro, 17.12.2008.

10 *O Globo*. Rio de Janeiro, 14.1.2008.

maturidade, por alguma utilidade de fundo mercadológico para o presente e pedagógico para o futuro. Porque, fundamentado numa radical identificação, só dramas das pessoas nessas faixas etárias têm um público capaz de remunerar o investimento, e a imagem do velho na tela não o seduz. Às vezes, até provoca um certo distanciamento. Da velhice, o presente é a nostalgia e o futuro é a morte. Portanto, está fora do mercado: os velhos praticamente só consomem remédios – e viagra. Não dá para ostentar a marca de um antibiótico como se ostenta a de uma gravata... a de um perfume...

2 - O apelo do presente

O presente é o tempo central das práticas humanas, tanto a existencial quanto a cultural; mas a morte, sendo o mais grave tema para a Religião, para a Filosofia e para a Literatura, não se presta muito para as artes mais ligadas ao mercado, como o cinema; menos ainda, para a telenovela; e rigorosamente nada-nada para a música popular – todas preferencialmente voltadas para a fruição (quando muito, para o questionamento) do agora. O estado de espírito-padrão do seu público é a *expectativa de prazer*, de diversão, não de questionamento. Essa arte precisa atrair esse público e a morte desperta sempre um natural sentimento de repulsão. Soberana na tragédia, o que vemos de morte nas artes do espetáculo é como *fatalidade* – natural decorrência do envelhecimento ou de doenças; ou como *violência* – o assassinato, o acidente ou o suicídio, não como tema metafísico.

Talvez apenas um escritor idoso, tendo acumulado conhecimento e experiência, reunisse todas as condições para a produção de uma obra-prima sobre os dramas da velhice – todas, menos uma: a física.

Sobre a declaração de Sérgio Brito, o jornal fez (*loc. cit.*) uma breve enquete com 5 astros coetâneos do ator, em que os entrevistados – pelas experiências pessoais – comprovam tudo que afirmamos.

Mauro Mendonça “vai direto ao assunto”, ao problema central: “Os *caras* querem produtos vendáveis e acham que velho não é vendável”. Para o público cativo do padrão cênico vigente, vimos que não é mesmo. Fernanda Montenegro evoca os elementos básicos referentes aos 2 fatores em questão – o mercado e a velhice: “Na TV, em cinema, é outra coisa: há a indústria, e os jovens estão lá para entrar nela, dar os beijos lambidos, mostrar as dentaduras maravilhosas, ter corpos que se desnudam com facilidade”. Ela deixa implícita a ideia que formula da visão do desnudamento de um corpo envelhecido. Realmente, pode-se falar numa indústria cinematográfica ou televisiva, mas não numa indústria teatral (como menos ainda numa indústria poética). E essas cenas eróticas protagonizadas pelos jovens estão praticamente banidas do universo da velhice. Bibi Ferreira, apoiada no *slogan* contido numa marca de *whisky*, alude a uma condição fundamental, não apenas do teatro mas de qualquer atividade, da própria vida, para não sucumbir: “É tudo uma questão de não parar de trabalhar. Sabe aquele uísque Johnnie Walker? Sabe qual é o *slogan* dele? ‘Continue andando’”. No mesmo tom, Eva Todor corrobora: “Não paro de trabalhar. Isso [o esquecimento] pode atingir um pouco as pessoas que abandonam a carreira”. Estão certas – desde que haja condição para andar e papel para exercer. Obviamente, não recusariam convite nessa idade.

O depoimento mais centrado é o de Nathália Timberg, como que uma síntese ou um corolário dos anteriores:

O público só se lembra de quem está no palco ou no ar. Há escassez de papéis para os mais velhos. Pelo menos, papéis com representatividade. Seja em teatro, TV ou

cinema, os temas geralmente giram em torno de gente mais jovem, sexo e performance física, sem envolver nossa faixa.

Como se tivesse em mente esse dramático quadro, a atriz Laura Cardoso protestou lucidamente, 2 dias depois, no mesmo jornal, ao estrelar uma comédia: “Por que tem de falar dos meus 80 anos? A pessoa faz 80 e só pode ter balanço pra trás? Quero pra frente!”.¹¹ É esse *à frente* que o mercado nega aos velhos: para seus agentes, a estrada chegou ao fim, mesmo que eles ainda tenham condição de andar. Também depois dos 80, a ex-vedete Wilza Carla bradou em entrevista a uma tevê: “Eu quero trabalhar!”. Exatamente a mesma súplica de Henriqueta Brieba, citada na enquete por Mauro Mendonça. Não sei se alguém respondeu.

A sensação maior de vazio não é pela perda da juventude, das condições de trabalho, nem pela proximidade da morte, mas pela *perda da íntima satisfação desse trabalho* – o que ele representava de afirmação, de prazer, de brilho – tudo que, que no caso, constituía a própria razão da vida. Pois o artista compõe, com o atleta, a dupla dos únicos indivíduos que têm no seu trabalho o seu maior prazer.

Bem antes desse marco pré-fatal, mas já um pouco além do modelo com que se consagrou, embora ainda “em plena forma”, Luísa Brunet reclamou numa entrevista de tevê – aos 46 anos – não apenas da magreza das modelos posteriores mas da exclusividade concedida às jovens. Protestos inúteis: nesse universo do espetáculo, só há espaço para a beleza e para a juventude. Os outros, só na platéia. É uma realidade tão gritante que, até mesmo num certo ponto (ainda!) da juventude, essas divas começam a sofrer uma

11 O *Globo*. Rio de Janeiro, 16.1.2008.

espécie de síndrome de prenúncio de um melancólico (e antecipado!) final de carreira. Na zona dos 40, também Xuxa constatou: “A única maneira de eu poder ser uma princesa é sendo uma princesa velha, né? Não tenho mais idade para isso”.¹²

E ainda na plenitude dos seus 29 aninhos, a modelo Isabella Fiorentino declarou, com um diáfano manto a camuflar o biquini – e com todo exagero: “Acho que já passei da idade de mostrar o bumbum”.¹³ Passara ainda não!

Hoje, com os recursos plásticos e médicos disponíveis, já não é tão raro preservar a beleza além da juventude – problema mesmo é o custo do “milagre”. Escrevendo sobre Martha Argerich, o jornalista Arthur Dapieve afirmou, mas com sutil realce para a raridade (grifo meu): “Aos 67 anos, depois de três casamentos, a pianista ainda é uma bela mulher, do tipo que faz cara de sonsa, fingindo não perceber o efeito que causa”.¹⁴

Sérgio Brito (e seus colegas brasileiros) não estão sozinhos nessa triste sensação de ostracismo. Como tantas outras figuras gloriosas do universo do espetáculo, a atriz holandesa Sylvia Kristel – famosa em todo o mundo nos anos 70 pelo clássico do supererotismo *Emmanuelle* – também se lamenta já aos 55 anos, e lá no Primeiro Mundo: “Hoje, a juventude sequer sabe quem sou. Só no Japão é diferente. Lá, sou sempre chamada para programas de TV ou entrevistas em que me pagam o suficiente para pagar o aluguel”.¹⁵ Ela mesma aponta a razão: “Nos anos 1970, o feminismo tratou a personagem de *Emmanuelle* com desprezo.

12 *O Globo*. Revista da TV. Rio de Janeiro, 10/5/2009.

13 Revista *Veja*, nº 2057. São Paulo, abr. 2008.

14 *O Globo*. Rio de Janeiro, 31.10.2008.

15 *O Globo*. Rio de Janeiro, 10.7.2008.

Mas as feministas japonesas a encararam como uma heroína, por sua liberação sexual”. Mas ela não faturou o suficiente para comprar uma mansão, como tantas outras? Talvez não. E quando percebeu que sua carreira estava praticamente encerrada, tomou o mesmo rumo de Brito: virou diretora, como se também somente assim pudesse encontrar um novo papel.

3 - Um melancólico confronto

Algun desocupado teve a talvez útil mas por certo maligna idéia de divulgar pela internet, com data de 2008, um PPS intitulado “As garotas que nós amamos: ontem e hoje”. São 2 blocos de fotos de 23 atrizes: umas da juventude, no esplendor da beleza e da glória; e umas da velhice. É um confronto triste, a revelar uma dolorosa face da natureza e do destino humanos. São elas: 1) Ursula Andress – com 71 anos; 2) Julie Andrews – com 72; 3) Carol Baker – com 76; 4) Brigitte Bardot – com 73; 5) Julie Christie – com 67; 6) Joan Collins – com 75; 7) Doris Day – com 83; 8) Barbara Eden – com 74; 9) Anettee Funicello – com 65; 10) Gina Lollobrigida – com 80; 11) Sophia Loren – com 73; 12) Kim Novak – com 74; 13) Patti Page – com 81; 14) Jane Powell – com 78; 15) Debbie Reynolds – com 73; 16) Jane Russel – com 86; 17) Stella Stevens – com 71; 18) Jill St. John – com 67; 19) Elizabeth Taylor – com 76; 20) Shirley Temple – com 79; 21) Mamie Van Doren – com 74; 22) Rachel Welch – com 67; 23) Ester Williams – com 88.

Algumas não apresentam detalhe especial: apenas as imagens normais de uma jovem e de uma idosa. Mas em outras ressaltam fortes as marcas da passagem do tempo, tanto sobre o rosto quanto sobre a expressão: choca, ver Ursula Andress e Rachel Welch de biquini, e depois sorrindo meio sem jeito; Sophia Loren decotada, e depois com grandes óculos; Jane Russel supersensual, e

depois algo compungida; Lyz Taylor menos bela que em muitas outras cenas, e depois com rosto de obesa.

As de melhor aparência, com sorriso jovial e de plena alegria, são as menos gloriosas Joan Collins, Mamie Van Doren e Barbara Eden. A mais desgastada parece ser Patti Page. Os mais fortes contrastes são os de: Stella Stevens – uma deslumbrante adolescente quase nua em pose sensual, e depois algo abatida; de Carol Baker – uma belíssima jovem de *topless* com as mãos cruzadas sobre os seios, em face de uma velha contrita; e, mais que todas, Brigitte Bardot – uma jovem superdiva, arrebatadamente deitada nua de braços numa praia deserta, seios e nádegas à mostra, diante de uma anciã cheia de rugas no rosto e no pescoço.

Mas será que o desocupado não encontrou fotos de Rita Hayworth... de Marlene Dietrich... de Claudia Cardinale... de Catherine Deneuve... de Angie Dickinson... de Melina Mercuri... de Audrey Hepburn... de Suzanne Pleshette... e, mais que todas, de Greta Garbo? Também foram endeusadas no seu tempo de juventude. E umas não morreram jovens. Aí lembramos a reportagem comentada na nota 76 do meu livro *Poema e Letra-de-música*:¹⁶ Marilyn Monroe perdeu de vida mais que o tempo que viveu, mas escapou de entrar numa galeria tão melancólica como essa. Quando, apesar da idade, conseguem se manter ativas, é um triunfo sobre o tempo. Em 16.9.2009, a TV Cultura exibiu um documentário sobre as célebres “Cantoras do Rádio”. Estavam presentes Carminha Mascarenhas, Carmélia Alves e Ellen de Lima. O visual, claro que já não era o das “gatinhas” de quase meio século antes. Mas a voz estava nítida – e o astral também, magnificamente definido por Ellen: “Não estamos na ordem do dia, mas estamos em dia e em ordem”. Essas só envelheceram no corpo, não no espírito.

16 Curitiba, Ed. GRV, 2010.

É o mesmo caso de Meryl Streep, no comentário de Marília Pêra: “Bonito, um país cuja cultura produz atrizes que, aos 60 anos, merecem o direito e o orgulho de serem talentosas, ricas, famosas e homenageadas no mundo, com a vida plena ainda de perspectivas brilhantes na carreira”.

Significativo detalhe: ela não fez referência à beleza. Como num alternativo adendo, Fernanda Montenegro aduziu: “Ela conservou um frescor”. É muito simples a razão de toda essa sensação de desserventia dos atores envelhecidos: o tema básico da narrativa trivial, como a do cinema e a da telenovela, é o amor, na plenitude do erotismo, da sexualidade e mesmo da luxúria. Os velhos já não podem amar como os jovens: apenas se acompanham, se amparam. Assim como os muito feios se toleram, eles se agradecem.

4 - A tradição do hedonismo

Em abono também do hedonismo da cultura de massa, registre-se que esse culto à beleza, vinculada à juventude, não é nem de longe um apanágio da nossa hora. Na realidade, ele decola das origens da nossa cultura, como se mostra claro na mitologia e na poética gregas: foi a beleza da jovem Helena que despertou o amor de Páris... o que o encorajou a seu rapto... o que provocou a guerra de Tróia... o que deu origem à *Ilíada* e à *Odisseia*.

E como todos lembram, Platão chamava Safo de “A décima musa” – certamente, não pela sua bela poesia, mas pela sua bela imagem, que ele devia conhecer de algum tipo de retrato da época, ainda que 2 séculos distante. No mundo romano, Ovídio dedicou ao tema toda uma *Arte de amar*, em muitas passagens, atual ainda hoje.

Na Idade Média ocidental, dominada pelo puritanismo cristão, o impulso foi reduzido e só atingiria um alto nível no lirismo de

Dante, elevando Beatriz ao plano divino, e de Petrarca, já no seu final, no endeusamento de Laura em versos como estes:¹⁷

*In qual parte del Ciel, in quale idea
Era l'empio onde Natura tolse
Quel bel viso leggiadro, in ch'ella volse
Mostrar quaggiù quanto lassù potea?*

Mas no Oriente, mesmo já em parte submetido ao fundamentalismo islâmico, Omar Khayyam no século XII elevou esse *carpe diem* ao nível mais alto, em *rubayat* como esta:¹⁸

*Um jardim,
uma bela adolescente,
e uma urna cheia de vinho:
– eis aqui meu Paraíso!
– eis aqui meu Inferno!*

E explodiu no Renascimento, com a retomada do antropocentrismo: aí então esse *pathos* atingiu um ponto culminante, para nunca mais ceder. Entre muitas passagens de exaltação à beleza, Camões registra com plena objetividade:¹⁹

Em fermosa, Letea se confia.

Como qualquer “gata” de hoje... Típico representante francês da época, Ronsard – dirigindo-se a (uma) Helena, num reforço ao

17 Do soneto CVIII da primeira parte do seu *Canzonieri*. Remeto à minha tradução: “Vinte sonetos de amor e uma canção de despedida”, in: *Revista Brasileira* nº 48. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Letras, ago.-set. 2006. p. 246.

18 Cito a minha própria recriação, in: *Sombras*. Fortaleza, Ed. do A., 1967. p. 104.

19 *Sonetos de Luís de Camões – Corpus minimum*. Org. Leodegário A. de Azevedo Filho. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 2004. p. 101.

hedonismo da mitologia grega – o explicitou do modo mais objetivo, como na paráfrase de Bandeira:²⁰

*O tempo foge... A vida é breve e vã...
Por isso, amai-me... enquanto sois bonita.*

Passada essa fase... E o poeta coroa tudo, atribuindo esta melancólica lembrança a uma Helena já envelhecida, no seu mais famoso verso:

Ronsard m'a célébré au temps ou j'étais belle.

Apenas nesse breve tempo... Depois, então, só fez crescer – e acabou se impondo como um absoluto. Já na modernidade, Bilac (sobretudo no clássico *Tarde*)²¹ exaltou a beleza ao nível mais elevado. No célebre soneto “A um poeta”, considera-a “gêmea da Verdade” (p. 119); noutro, sobre o seu “crepúsculo”, confere à protagonista “o orgulho de ser bela” (p. 54); e atribuiu o suicídio de Cleópatra (p. 104) à perda não do poder, e sim da beleza, num pressentimento de que, sem aquele charme, não conquistaria mais poder (nem homem!) nenhum – depois da série imperial de seduções (César... Marco Antônio... Otávio...):

Matou-a o medo de ser feia.

E apresenta uma espécie de contraponto a Cleópatra, a talvez mais bela Aspásia, amante de Péricles, noutro antológico soneto (p. 106) não exatamente sobre ela, mas sobre sua beleza na velhice:

20 Soneto “Paráfrase de Ronsard”. Do livro *Cinza das horas*, in: *Poesia e prosa*. Rio de Janeiro, Aguilar, 1958. v.1, p.46.

21 Rio, Francisco Alves, 1919.

*Velha, Aspásia, como um clarão, na Academia
E na ágora, surgia e ofuscava as mais belas;
E, sob as cãs, e sob as roupagens singelas,
Aureolada do amor de Péricles, sorria...*

*Do Helesponto, do Egeu, do Jônio em romaria,
Vinham vê-la e admirá-la efêbos e donzelas.
E eles: "Que sol nos teus cabelos brancos!" E
elas:
"Brilha mais do que a aurora o final do teu dia!"*

*Ela e a Acrópole, frente a frente, alvas, serenas,
Unidas no esplendor, gêmeas na majestade,
Eram a forma e a idéia, iluminando Atenas.*

*Aspásia, deusa clara e simples, na moldura
Do céu, nume feliz, perfumava a cidade...
Era uma religião a sua formosura!*

A razão reside num expressivo detalhe: Aspásia envelheceu, mas – ao contrário de sua “colega” egípcia – não perdeu o amor do seu “rei”, como se o amor lhe preservasse a beleza.

5 - Uma velhice prestigiada

No polo oposto ao dessas artes, há atividades em que a velhice é uma alta credencial: são aquelas que não dependem nada de imagem visual, mas plenamente de uma competência que compreende conhecimento e experiência, *aprimorados com a idade*.

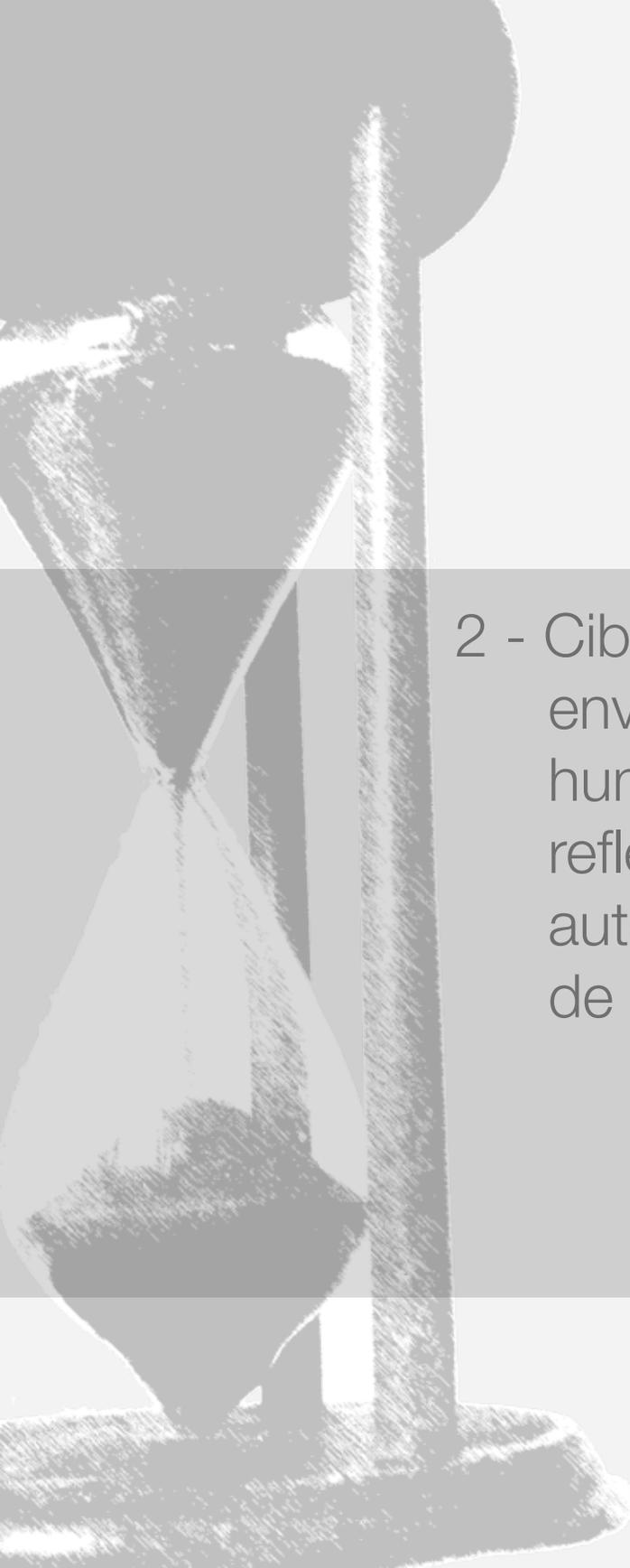
Todos confiam mais num velho médico, num velho juiz, num velho professor: desde que não-desatualizados, devem ser mais

proficientes que seus colegas jovens. Assim como num velho amigo. Um novo amor é sempre desejável, mas o reencontro com um amor antigo tem um atrativo especial.

Outros artistas (como as poetas – e não apenas as sem charme) não sofrem no processo de envelhecimento; não se sentem infelizes (ou não mais do que podem ter se sentido pela vida) ao perderem a juventude. Ao contrário: sabem que, no curso desse processo, criarão o melhor de sua obra, tão importante quanto sua própria vida, numa rigorosa dialética de condição e destinação: *a vida se volta para a arte e a arte se volta para a vida*. Navegar é preciso... Viver também, para poder navegar. É evidente que “viver”, no lema dos navegadores romanos como na profissão de fé de Pessoa, não significava “existir”, mas “desfrutar a vida”.

Evocando Vinícius, a beleza *não* é fundamental para seu trabalho – como para vários outros tipos de profissionais. Quem precisa ser bonito é o poema. E a musa!

Numa aula em que discutíamos esse tema, uma jovem e bela aluna me criticou contestando que minha teoria era muito cruel. Respondi que cruel é a natureza humana, que concede uma juventude/maturidade de glória e de prazeres, mas – muito frequentemente – uma velhice de privações e sofrimento.



2 - Ciberespaço e envelhecimento humano: reflexões sobre automedicação de idosos

Carolina Crespo Istoe

Sérgio Elias Istoe

1 - Introdução

O presente trabalho tem a pretensão de discutir, com relevância científica, quais são os benefícios e os malefícios da popularização e do acesso facilitado às redes de internet, no âmbito das informações sobre medicamentos.

Observamos que é importante destacar o efeito da informação de relevância científica, quando disponível e usada por usuários sem o conhecimento prévio do assunto, se há a influência em pseudo diagnósticos, somatização de doenças e, conseqüentemente na automedicação.

É importante enfatizar que a automedicação pode levar à intoxicação do sujeito, bem como ao mascaramento de possíveis doenças mais severas, disfarçando sua real sintomatologia, o que dificulta um real diagnóstico a ser realizado por um profissional especializado, podendo-se, inclusive, em casos mais extremos, levá-lo a óbito.

Há que se destacar, entretanto, que informações inovadoras, publicadas em sites de relevância científica, e utilizadas por um profissional especializado, colaboram para a constante atualização do mesmo. Isso possibilita um acesso imediato às informações disponibilizadas, sem que o mesmo tenha que aguardar uma eventual publicação literária com aquela informação. Ou seja, isso facilita o acesso à outro mecanismo diferente dos famosos livros, que muitas vezes podem demonstrar-se obsoletos, tendo em vista constantes descobertas e pesquisas realizadas com o intuito de fornecer o melhor tratamento ao ser humano.

2 - Revisão da Literatura

2.1 - O advento da internet

A guerra fria, que uniu por um lado os países capitalistas, sob liderança dos Estados Unidos e, por outro lado os países socialistas, liderados pela União Soviética – URSS, marcou o início de pesados investimentos na engenharia, física e eletrônica. Felizmente, a guerra nuclear, temida por toda a humanidade, não foi o desfecho final desse conflito. Em 1989, o muro de Berlim caiu e, em 1991, houve a dissolução da URSS. A partir desse momento, houve uma relocação dos recursos. Antes eram feitos investimentos pesados em físicos, engenheiros, inventores voltados para a indústria bélica. Agora, esse recursos passaram a ser investidos nesses mesmos profissionais, porém com outros objetivos, tais como, empreendedorismo, comunicação e progresso tecnológico (BRUM, 2009).

O ENIAC foi o primeiro computador de uso geral. Ele foi criado pelo Instituto de Tecnologia de Massachusetts – MIT, e apresentado ao público em geral em 1946 (LEVY, 1999). Ele pesava cerca de 30 toneladas, pois era construído com estruturas metálicas, ocupava uma área equivalente a um ginásio esportivo, e era capaz de realizar operações complexas. Por consumir uma grande quantidade de energia elétrica, durante um longo tempo, os computadores eram máquinas bem caras, além de ocupar bastante espaço. Por esses motivos, seu acesso era restrito apenas para um grupo limitado de profissionais. Esse cenário mudou completamente a partir da década de 1970 (BRUM, 2009).

Segundo Castells (1999) e Souza (2004), a internet surgiu em 1969 e foi criada pelo Departamento de Defesa dos Estados Unidos. Este estava preocupado com a Guerra Fria e estava em busca de uma forma de compartilhar informações sigilosas, visando à

proteção contra os soviéticos do seu sistema de comunicação, caso ocorresse uma possível guerra nuclear. Em vista disso, foi criada uma rede eletrônica, a ARPANET, com a finalidade de transferir de forma rápida uma grande quantidade de dados de um computador para outro.

A microinformática surge então na década de 1970, com o estabelecimento do Personal Computer – PC, e a convergência tecnológica. Nas décadas de 1980 e 1990, houve a popularização da internet e a transformação do PC em um computador coletivo – CC. Nesse período, a rede é o computador e o computador é uma máquina de conexão (LEMOS, 2004). Na década de 1990, grandes pensadores passaram a perceber que a humanidade estava deixando o mundo da civilização pós-industrial e começando a ingressar numa nova era, que começou a ser chamada de “Sociedade do Conhecimento” (BRUM, 2009). Observa-se que a internet se tornou a base de uma rede de comunicação composta de milhares de redes de computadores usadas por indivíduos e grupos do mundo inteiro, com todos os tipos de objetivos, bem diferentes daqueles da Guerra Fria. Ela foi preliminarmente desenvolvida com fins militares, e hoje é a maior rede de computadores do mundo, desempenhando importantes mudanças na comunidade de pesquisa e desenvolvimento (SOUZA, 2004).

A cada dia surgem novas tecnologias, denominadas nômades, que são representados pelos *smartphones*, *notebooks*, *laptops*, *palmtops*, cuja ênfase é a mobilidade tecnológica. Neste século, contamos com computadores coletivos móveis – CCM, o que agiliza o acesso as informações (LEMOS, 2004).

2.1.1 - A construção de um ciberespaço

Percebemos que as redes de computadores podem ser apontadas, nos últimos anos, como o maior e mais eficiente recurso

para gerir o desenvolvimento cognitivo e preservar a memória coletiva, ao possibilitar um novo ambiente de interação social: o ciberespaço.

De acordo com o filósofo Frances Pierre Lévy (1999), os homens têm um apetite extraordinário para a interconexão, que envolve a liberdade, a escolha, a solidariedade, a interdependência e a consciência.

A internet, simplesmente representa o estado de reagrupamento da sociedade que se sucede à cidade física (LÉVY, 1999). Este reagrupamento dito pelo autor, também é intitulado de ciberespaço. Esse ciberespaço é o espaço aberto pela interconexão mundial dos computadores, que não compreende apenas informações, materiais e seres humanos, pois também é povoado e constituído por seres estranhos, meio máquinas, meio textos, meio cenários, meio autores: os programas (LÉVY, 1999). Segundo o autor, é um espaço de comunicação que descarta a necessidade do homem físico para construir a comunicação como meio de relacionamento. Ainda segundo Lévy, ciberespaço é um “espaço de comunicação aberto pela interconexão mundial dos computadores e das memórias dos computadores”. (1999, p. 92). O ciberespaço - que também é chamado de rede - é o novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O termo especifica não apenas a infra-estrutura material da comunicação digital, mas também o universo de informações que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo.

Seguindo essa perspectiva, o ciberespaço é o ambiente, é o espaço constituído com base em uma comunicação, em linguagens e diálogos máquina/máquina, homem/máquina. Nesse novo contexto, o desenvolvimento cognitivo aparece mediado pelas relações sociais no ciberespaço, sendo fundamentado no interesse e

nas condutas de aprendizado autônomas. É o lugar onde circulam as mensagens em rede, que dá oportunidade para que pessoas de todos os lugares do planeta superem as barreiras temporais e espaciais, comunicando-se com os mais insólitos navegantes dessa rede (MOTHÉ, 2012). Sobre esse espaço em questão, o filósofo Levy (1999) diz o seguinte:

O espaço cibernético envolve, portanto, dois fenômenos que estão acontecendo ao mesmo tempo: a numerização que implica essa plasticidade de potencial de todas as mensagens seria o primeiro aspecto e o fato de que as mensagens potenciais são postas em rede, e fluxo é o segundo fenômeno. Desta forma, o espaço cibernético está se tornando um lugar essencial, um futuro próximo de comunicação humana e pensamento humano. (p. 68)

2.1.2 - Sociedade e cibercultura

A cibercultura é entendida por Lévy (1999) como o conjunto de técnicas, atitudes, práticas, valores e modos de pensamento que se desenvolvem com o crescimento do ciberespaço onde acontece uma desterritorialização do acesso à informação. Ela é dominada pela mobilidade, pelos fluxos, pelo desenraizamento e pelo hibridismo cultural. Podemos dizer que a cibercultura é uma nova maneira de compreender as relações tecnológicas que se estabelecem na sociedade. Ela é um espaço de comunicação que possibilita aos indivíduos, uma gama infinita de criação e recriação do seu próprio espaço social (LEMOS, 2004).

A sociedade possui redes de informações cada vez mais complexas e fundadas no paradigma econômico, em um mundo cada vez mais globalizado, que se traduz não somente em práticas sociais, mas também nas alterações da vivência do espaço, tem

como parâmetro das experiências sociais (MOTHÉ, 2012). Castells (2000) diz que a fonte básica de significado social, se dá pela busca da identidade individual ou coletiva, atribuída ou construída, num mundo de fluxos globais de poder, riqueza e imagens.

2.2 - O círculo de informações dos medicamentos

Os anos que sucederam a segunda guerra mundial ficaram conhecidos como a idade de ouro da indústria farmacêutica, pois se observou um enorme aumento de produtos farmacêuticos inovadores, resultado do grande desenvolvimento dessa indústria no âmbito mundial (SILVA, 2007).

Nos dias de hoje, inúmeros medicamentos novos são disponibilizados no mercado, provocando o que pode ser chamado de explosão de informação, que nem sempre é imparcial e de boa qualidade (VIDOTTI *et al.*, 2000). Observa-se que, esse enorme volume de dados, não é disposto de forma ágil e eficiente à todos os profissionais de saúde, que acabam por ficar desatualizados rapidamente e ficam disponibilizadas na rede com livre acesso a qualquer pessoa, independente da sua área de atuação profissional (VIDOTTI *et al.*, 2000; ZIMMERMANN, 2007). Um grande desafio do mundo moderno consiste em separar informações atualizadas das desatualizadas, as confiáveis das não confiáveis (ZIMMERMANN, 2007).

Um grande problema observado é que a maioria das informações que chegam aos indivíduos em geral provém da indústria farmacêutica, e geralmente são tendenciosas, pois tem como principal objetivo o cunho comercial, visto que na maioria das vezes, os efeitos colaterais e possíveis reações adversas, não estão expostos de forma clara e objetiva (ZIMMERMANN, 2007). As palavras, seduzem, iludem, convencem e fascinam. Elas são capazes de mudar comportamentos e, quando são associadas a

imagens, são capazes de criar necessidades e gerar desejos (ANVISA, 2008). Sendo assim, a ANVISA, órgão regulamentador sanitário do país, publicou normas que devem ser seguidas na hora de fazer a propaganda de medicamentos. Porém, não se observa uma regulamentação no tocante às informações medicamentosas a serem fornecidas em sites onde não há a comercialização de produtos farmacêuticos.

2.3 - Propaganda de medicamentos

Desde o início do século passado, as propagandas de medicamentos visam atrair clientes para as suas fórmulas, práticas e promessas de saúde perfeita. Podemos citar personagens de Monteiro Lobato, por exemplo, que criou o Jeca Tatu, o caboclo apático, infestado de vermes e que foi salvo por um elixir milagroso. Alguns anúncios, inclusive, chegaram a afirmar que os remédios poderiam prevenir divórcios e suicídios. Usaram até as divas da beleza dos anos 1940 para nos catequizar quanto ao hábito de se consumir calmantes (NETO *et al.*, 2002).

As primeiras medidas concretas que visavam fiscalizar as propagandas de medicamentos partiram da Junta Central de Higiene. A junta foi criada em 20 de setembro de 1851, visando buscar e aplicar as medidas contra a febre amarela que vitimou quase 10 mil pessoas no verão de 1850. Essa instituição foi criada mediante pressão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em junho de 1829, que lutava para regulamentar o exercício da Medicina, a fabricação e a comercialização de medicamentos no Brasil. Desde a sua fundação, essa instituição lutava para reprimir o anúncio e a venda de medicamentos falsos, perniciosos e ineficazes, especialmente os ditos “remédios secretos”, os quais a fórmula não era divulgada pelo fabricante (NETO *et al.*, 2002). Em outubro de 1827 foi criado o *Jornal do Comércio*, um dos

mais importantes periódicos do Brasil e onde os anúncios de medicamentos começaram a ser publicados em larga escala no país (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Ao final da década de 1840, do séc. XIX, as propagandas de medicamento haviam se multiplicado de tal forma que, para chamar a atenção dos leitores, foram traçadas duas novas estratégias: a primeira, mais utilizada, consistia em publicar junto ao anúncio do remédio, um relato ou agradecimento de pessoas que haviam sido curadas pelo produto anunciado. A segunda maneira de elevar a confiabilidade e atrair o público, era de fazer uma associação a um médico ou a um estabelecimento médico renomado. Como exemplo, podemos citar os vendedores da “Salsaparrilha de Sands”, que anexaram na propaganda um atestado do doutor Francisco de Paula Cândido, importante professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, conforme descrito na Academia Nacional de Medicina (2014).

Outras formas de seduzir os clientes iam desde o compromisso da devolução do dinheiro caso não houvesse a cura da moléstia, a promessa de sigilo absoluto, muito importante na época para doenças venéreas e alcoolismo, e o aviso de que logo estariam indo embora da cidade e os clientes não deveriam demorar muito tempo para procurar o vendedor (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Em meados de 1846, o secretário de polícia da corte, Luis Fortunato de Brito, orientou a Câmara Imperial de Medicina para que ela o orientasse quanto a proibição dos boticários de vender medicamento sem receita médica ou de um cirurgião, salvo nos casos em que o remédio era de natureza “inocentíssima”. Segundo os políticos da época, os poucos dias de prisão e os baixos valores das multas aplicadas não ajudavam em nada na intimidação dos sujeitos infratores (NETO *et al.*, 2002).

Após um período crítico para a saúde pública brasileira, a população era convocada para a vacinação obrigatória imposta por Oswaldo Cruz e aprovada pelo congresso brasileiro. Em 1904, aconteceu a revolta da vacina. Exatamente um ano após essa revolta, foi inaugurada a pomposa Avenida Central, em 15 de novembro de 1905. Em meio aos grandes esqueletos de concreto que surgiam nessa avenida, surgiram também, como se fossem “enfeites”, inúmeros e imensos painéis publicitários. Não foi surpresa para ninguém que as propagandas sobre medicamento reinavam, e a maioria era utilizada nesses painéis. Os principais produtos anunciados eram tônicos e xaropes que passaram a ser produzidos em larga escala por boticas que haviam se transformado em pequenos e médios laboratórios do país (ARAÚJO *et al.*, 2012). Nessa avenida, passaram a acontecer os desfiles carnavalescos da época, que eram também um meio de publicidade para a propaganda de produtos farmacêuticos (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Em 1908, o propagandista e poeta Felipe Daudt, que era irmão de João Daudt de Oliveira, o dono do laboratório Daudt, iniciou uma nova fase da publicidade brasileira. Ele convidou poetas e escritores para assinarem e produzirem os reclames do lendário xarope Bromil, o principal produto da empresa. Os anúncios eram feitos em verso e começaram a ser escritos por Olavo Bilac, Hermes Fontes, Emilio Menezes e Basílio Viana. A propaganda dos medicamentos passou a ser cantada em versos pois, além de curar, o remédio também tinha que atrair e seduzir os clientes (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

A partir de 1901, os cartões postais invadiram o Brasil. Eles eram muito mais do que uma forma de correspondência; viraram objetos de coleção de vários brasileiros. A febre era tão grande que, em 1904, foi fundada a primeira entidade especializada no assunto: a *Sociedade Cartophilica Emmanuel Hermann*, no Rio de Janeiro.

Olavo Bilac chegou a dizer que os cartões eram “o melhor veículo de propaganda e reclame de que podem dispor os homens, as empresas, o comércio e as nações”. Os cartões postais circulavam pelos correios sem envelope e traziam imagens de paisagens, de gente sofrendo e de vários produtos, principalmente os medicamentos. A Emulsão de Scott, Unitisal, Rinoleina, Pílulas Catharticas do Dr. Ayer e outros medicamentos estampavam ali sua marca, transformando esses postais numa poderosa mídia alternativa (GOMES, 2006).

Na primeira década do século XX, um grande nome se destacou no marketing brasileiro, foi ele José Lyra. Ele foi o responsável por recordes de vendas de um dos seus maiores clientes: o Laboratório Daudt. Ele criava bordões auto-confiantes, tal como “Bromil, a morte da morte”. Suas ações não paravam somente nas frases, ele inventou corsos fora da época do carnaval, somente para mostrar seus anúncios, distribuiu amostras grátis pelas ruas, necessitando até da intervenção policial devido ao tumulto que foi formado, ele idealizou concursos patrocinados por laboratórios famosos, e também foi o pioneiro no *merchandising*, onde imprimiu marcas em guarda-sóis de praia, sombrinhas, entre outros (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Em 1914, começou a Primeira Guerra Mundial e, com isso, os anúncios de medicamentos passaram a ter um enfoque na força do homem brasileiro. Os reclames prometiam que os tônicos iam acabar com a “preguiça crônica”. As imagens se opunham com o personagem Jeca Tatu, criado na época e que representava o típico e perturbador homem brasileiro. Com o fim da guerra, a Alemanha, berço da indústria farmacêutica, derrotada, foi obrigada a pagar indenizações aos países vencedores e, como parte do pagamento, teve que ceder a patente da Aspirina, criada pela Bayer para os Estados Unidos (BUENO e TAITELBAUM, 2008). Entre setembro de 1918 e janeiro de 1919, o mundo foi acometido

pela primeira epidemia, a Gripe Espanhola, que vitimou cerca de 1% da população mundial, aproximadamente 25 milhões de pessoas. Como havia poucos medicamentos para combater essa gripe, isso impulsionou o investimento em pesquisas e alavancou a indústria farmacêutica. De acordo com o historiador Cláudio Bertolli Filho (2003) a gripe aumentou de forma significativa o número de propagandas de medicamentos, porém poucas drogas tinham os principais componentes declarados. Os reclames anunciavam produtos com fins preventivos, curativos e até para serem usados quando o doente já estava no estágio avançado da gripe. Ficou claro, também nessa época, a má-fé de alguns anunciantes, que pegaram um produto já anteriormente anunciado e só adaptaram o anúncio para os acometidos pela epidemia, sem qualquer comprovação científica para isso.

Dois médicos também usavam os anúncios prometendo cura para os doentes, um foi o doutor Padalino que prometia uma completa cura pelo método naturalístico e o doutor Peruche que se utilizava de injeções de “óleo cinzento”, composto em 40% de “mercúrio purificado”, o que às vezes era letal. Uma das vítimas notáveis que faleceram por meio da gripe espanhola foi o presidente Rodrigues Alves, que tinha sido reeleito para o segundo mandato, mas morreu antes da sua posse, em 16 de janeiro de 1919 (FILHO, 2003).

Em 15 de fevereiro de 1922, acontecia no Teatro Municipal de São Paulo, a Semana de Arte Moderna. Esse movimento iria influenciar toda a forma de se expressar, não podendo se excluir os textos publicitários, que passaram a ser mais dinâmicos, metafóricos e vibrantes. Justamente nessa época foi criado por Bastos Tigre um dos slogans mais famosos da propaganda brasileira: “Se é Bayer, é bom” que é usado até os dias de hoje (BUENO e TAI-TELBAUM, 2008). Essa modernidade trazida pelos movimentos artísticos implicou, também, no ritmo de vida das pessoas da

época, tornando-o mais vertiginoso e, sem dúvida, muito mais desgastante. Nesse novo contexto, os remédios eram vistos como um seguro contra as vulnerabilidades e fraquezas do corpo. Segundo o grande escritor Machado de Assis “O mundo caminha para a saúde e riquezas universais, assim se explicam os debates sobre medicina e economia e a fé nos xaropes e em seus derivados” (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Em 31 de Janeiro de 1923, foi emitido o Decreto nº 16.300, chamado de Regulamento Sanitário Federal e, por ter sido elaborado por Carlos Chagas, foi apelidado de “Reforma Chagas”. Pela primeira vez era incorporado o termo “Vigilância Sanitária”. Mesmo contendo 1.679 artigos, nenhum deles fazia referência específica à fiscalização das propagandas de medicamentos. Como o país enfrentava inúmeros problemas relacionados à saúde pública, vigiar a publicidade iria soar como futilidade. Em um dos artigos, esse decreto objetivava o “licenciamento ou fiscalização de produtos farmacêuticos, soros, vacinas e produtos biológicos, bem como produtos de higiene e toucador” (BRASIL, 1923). A partir daí, alguns elixires e “tônicos caseiros” foram sumindo das prateleiras das farmácias e, assim, o mercado brasileiro foi invadido por produtos importados dos Estados Unidos e da Europa.

Os grandes laboratórios, Merck e Schering, chegaram ao Brasil em 1923, o Beecham em 1922, a Sidney Ross em 1920, a Rhodia em 1919 e a Bayer já tinha representação desde 1896. Essas marcas já estavam presentes na mídia e escolhia a mulher como público-alvo já que, cabia à “Rainha do Lar”, escolher o fortificante mais efetivo para as crianças, comprar o medicamento para aliviar as dores de cabeça do marido e o melhor remédio pra cólica pois, na época, sustentar a casa ainda era obrigação masculina, porém definir e escolher as marcas era função da mulher (MAGALHÃES, 2004). A partir de então, a propaganda usava o modelo da mulher liberal, esportiva que dirigia e fumava.

As propagandas usavam mensagens mostrando que um antiespasmódico era capaz de “libertar” a mulher e fazê-la deixar de ser uma “escrava voluntária”. Na vida real, as mulheres acabavam sendo submetidas a jornadas duplas nas fábricas e, ainda, dar conta das atividades domésticas (BARBOSA, 2012).

Em 1928, Alexander Fleming realizou trabalhos que posteriormente deram origem aos antibióticos. Isso não só mudou completamente a história da medicina como também da propaganda de medicamentos (PEREIRA e PITA, 2005).

No dia 31 de Outubro de 1930, Getúlio Vargas tomou o poder e acabou com a República Velha. Dentre as várias medidas tomadas por ele, em 14 de novembro do mesmo ano, foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública, comandado pelo jurista Francisco de Campos, o “Chico Ciência”, que declarou que, sanear e educar era o primeiro dever da Revolução (MORAES, 1992; HOCHMAN, 2005). Em 8 de setembro de 1931, Belisário Pena (era o responsável pelo Departamento Nacional de Saúde Pública) e Vargas assinaram o Decreto nº 20.377. Entre esses 180 artigos, se encontram as primeiras medidas legais que visam fiscalizar a propaganda de medicamentos no país (HOCHMAN, 2005). No Capítulo IX encontramos alguns artigos que se referem às especialidades farmacêuticas, tais como:

Art. 120: É proibido vender medicamentos anticoncepcionais ou anunciar em termos que induzam a este fim, produtos que possam ser aplicados como tais, sob pena de multa de 500\$, dobrando nas reincidências.

Art. 122: Os anúncios das especialidades farmacêuticas, fora dos jornais científicos e das publicações técnicas, limitar-se-ão exclusivamente nos termos da licença concedida pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. Art. 123. É expressamente

proibido o anúncio de especialidades farmacêuticas por meio das suas indicações terapêuticas, com insinuação de respostas por intermédio de caixas postais, institutos, residências e outros meios. Os proprietários ou responsáveis pelos preparados que infringirem este artigo e o precedente, serão punidos com multa de 200\$ a 500\$, cassando-se a licença nas reincidências (Decreto nº 20.377, Brasil, 1931).

Era apenas o início para se ter algum controle sobre o que era comercializado e suas propagandas. Como exemplo da falta de uma política mais dura, podemos citar o caso das Pastilhas de Cocaína Cloroborata Midy e o xarope de Cocaína Houdé. Esses medicamentos tinham em suas indicações que iam desde o alívio das dores de garganta, moléstias dos olhos, rachaduras nos seios resultantes da amamentação, à dentição indolor das crianças. Essa substância era comercializada de forma banal, sem estudos mais profundos (ARAÚJO *et al.*, 2012).

A política dita nacionalista de Vargas, acabou por limitar um pouco a importação de produtos (texto abaixo), inúmeras empresas estrangeiras passaram a se instalar no país, em março de 1931 a suíça Roche, as americanas Johnson & Johnson, Glaxo, Abbott e Ciba-Geigy vieram entre os anos de 1934 e 1937. Por terem grande poder econômico, logo se tornariam acionistas majoritárias dos laboratórios nacionais e, com isso, aumentaram a injeção de dinheiro que se voltava para a produção e, principalmente, para a publicidade de seus produtos (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Art. 125: É expressamente proibida a importação de especialidades farmacêuticas procedentes de país que não permita a entrada

e o consumo em seu território dos produtos da indústria farmacêutica brasileira, em reciprocidade de tratamento, sem prejuízo das demais disposições deste regulamento (Decreto nº 20.377, Brasil, 1931).

Com o avanço da modernização do Brasil, surgiram as rádios e estavam se tornando cada vez mais populares entre a família brasileira. Desde a primeira transmissão, em 1922, as propagandas nas rádios eram proibidas, porém, em 1º de Março de 1932, Vargas autorizou o seu início, regulamentado pelo Decreto-lei nº 21.111. Não sendo surpresa para ninguém, os principais anúncios eram sobre medicamentos. A Rádio Nacional, inaugurada em 1936 era a de maior audiência, e seus principais anunciantes eram os laboratórios produtores do Elixir de Inhame, Colírio Moura Brasil, o Urodonal e o Mitigal, porém nenhum produto foi mais anunciado do que o Sonrisal (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Além das rádios, outra forma de fazer marketing foi surgindo. Com a popularização dos bondes que eram utilizados por cerca de 50 milhões de pessoas por ano, logo eles se tornaram cheios de anúncios de medicamentos, por dentro e por fora deles (BUENO e TAITELBAUM, 2008).

Atualmente, existem novas regras para a propaganda de medicamentos. Elas visam a reduzir o consumo exagerado dos remédios, fazendo com que eles não sejam mais tratados como mercadorias e sim como interventores da saúde (NETO *et al.*, 2002). Como um produto de destaque, que permanece no mercado até hoje, podemos citar o sal de frutas ENO. Esse produto chegou ao Brasil em 1898, mas só passou a ser produzido aqui em 1932. Efervescente, gostoso como refrigerante e aliviante, fez sucesso imediato no país. Os *outdoors* e cartazes da Eno vendiam seus encantos com trabalhos de artistas e chegou até a ser considerado

como embelezador da cidade, segundo o departamento de propaganda da empresa. Desde a Segunda Guerra Mundial, a marca já fazia ações promocionais, como concurso de vitrines e corsos durante o carnaval.

Sempre foi considerada um grande anunciante na era do rádio e da televisão. Seus bordões, na época em que abusar não era pecado, incentivavam beberrões e glutões: “Beber todos bebem, mas é preciso que saiba: para beber bem, é preciso ter em casa o Sal de Frutas Eno, que evita a ressaca”. “Um abuso na comida é normal. Só não é natural você passar mal depois desse abuso. Por isso, tome Sal de Frutas Eno”. Nas décadas de 1950 e 1960, alguns dos textos foram censurados pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia. Em 1999, o produto foi premiado no Festival de Propaganda de Cannes, como um anunciante que se manteve no mercado, sempre de acordo com sua época (BUENO e TAI-TELBAUM, 2008).

2.4 - Automedicação: uma reflexão acerca de sua prática

A automedicação envolve as várias maneiras pelas quais o indivíduo ou o responsável por ele, decide sem avaliação médica, qual medicamento usar e como ele será utilizado (PEREIRA, 2007). Para a Organização Mundial de Saúde – OMS - a automedicação é responsável por parte das ações de auto-cuidado e, quando feita de forma correta, traz benefícios para a saúde do paciente (SOUZA, 2008; ORUETA *et al.*, 2007). Pode ser tanto para alívio imediato ou para fins curativos. Há o compartilhamento de remédios entre outros membros da família ou da comunidade, usando informações feitas para um paciente em algum momento anterior, a utilização de sobras de prescrições antigas, por vezes há a interrupção ou o prolongamento do tratamento (PEREIRA, 2007).

Segundo dados da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA) foi estimado que, aproximadamente, 80 milhões de pessoas no Brasil eram adeptas da automedicação na década de 1990 (SOUZA, 2008).

Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) são entendidos como problemas de saúde advindos da farmacoterapia, podendo ter origem na utilização de medicamentos em fatores biopsicosomáticos, no atendimento prestado por profissionais de saúde, interferindo nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente. Como fator de risco para os PRMs, podemos citar a automedicação.

No ano de 2001, cerca de 80 milhões de pessoas praticaram a automedicação e cerca de 20 mil morrem por ano devido a essa prática. Dados brasileiros dão conta que os medicamentos são responsáveis por 28% dos casos de intoxicação humana e responsáveis por 6,6% do total de admissões hospitalares (BORTOLON *et al.*, 2007).

A consequência da automedicação pode ser desde o mascaramento dos sintomas de enfermidades em evolução, até o surgimento de doenças iatrogênicas e resistência microbiana aos antibióticos, riscos de abuso e dependência (SOUZA, 2008; ORUETA *et al.*, 2007).

Porém, também podemos discutir alguns possíveis benefícios da automedicação como, por exemplo, a redução dos atendimentos médicos desnecessários, o que é particularmente importante para o Brasil por ser um país em desenvolvimento. Em países já desenvolvidos, a prática da automedicação vem sendo utilizada de forma experimental por meio de programas institucionais, que tem como objetivo fornecer maior autonomia ao paciente (SOUZA, 2008). Nesses países, há também o rígido controle estabelecido pelas agências reguladoras e o crescente envolvimento

dos farmacêuticos com a correta orientação dos usuários, que diminuem a problemática prática da automedicação (ARRAIS *et al.*, 1997).

2.4.1 - Influências sobre a prática da automedicação

Observa-se que fatores econômicos, culturais, sociais e políticos têm influência direta no aumento e na difusão da automedicação no mundo (PEREIRA, 2007).

Entre esses fatores, podemos destacar a grande disponibilidade de produtos farmacêuticos, simbolismo que o medicamento representa para a restauração da saúde, a publicidade irresponsável da indústria farmacêutica, a pressão dessa indústria para a mudança de medicamentos vendidos sob apresentação de receita em medicamentos de venda livre nos balcões das farmácias, supermercados e lojas de conveniência. A possibilidade de se obter informações sobre medicamentos pelos meios de comunicação, em especial pela internet, a qualidade e a dificuldade do acesso à assistência a saúde são fatores relevantes para a automedicação (PEREIRA, 2007; SOUZA, 2008).

Os medicamentos de venda livre, ou *Over the Counter* - OTC, são aqueles usados para tratar enfermidades tidas como “banais”, ou de sintomas menores. Eles podem ser anunciados diretamente ao consumidor, diferentemente dos que necessitam de receita médica para sua obtenção (PUERTA *et al.*, 2005).

A prática de remuneração dos atendentes das farmácias baseadas em comissão sobre as vendas, cria uma lógica de mercado que favorece em muito a prática da automedicação (BORTOLON *et al.*, 2008).

2.4.2 - Análise crítica da automedicação na população brasileira

No Brasil, onde a grande maioria dos habitantes possui baixa escolaridade, e pouco acesso às informações relativas ao uso correto de medicamentos, a prática de se automedicar fica ainda mais grave (SOUZA, 2008). A má qualidade da oferta de medicamentos, a carência de informação e instrução para a população em geral e o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica, justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país (ARRAIS *et al.*, 1997).

Em Weiderpass, Béria, Barros *et al.* (1998, p. 337), lemos o seguinte:

(...) o consumo de medicamentos é um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, assim como da propaganda dirigida a médicos e populações. Seu estudo pode ser utilizado também para identificar a necessidade de intervenções específicas como: esclarecimento à população quanto ao seu uso adequado, formação e educação continuada de profissionais da saúde para a prescrição racional; identificação de populações em risco de consumo crônico de medicamentos inadequados. Além disso, pode subsidiar a elaboração de políticas públicas para conter a venda e o uso de medicamentos desnecessários.

Em um estudo realizado por Pereira (2007) observou-se a prevalência do uso de analgésicos, antipiréticos e antiinflamatórios não-hormonais em crianças e adolescentes que se automedicaram. Isso é um indicativo que a automedicação está associada ao tratamento sintomático da dor. Pode-se observar também que a

automedicação nessa população independeu do nível socioeconômico. Observamos, também, que a maioria das indicações de medicamentos foram feitas pelas mães, em segundo lugar pelos funcionários da farmácia e em terceiro lugar por utilização de prescrições médicas antigas. Nesse estudo, as principais situações que motivaram a automedicação foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal, febre, dor de cabeça, diarreia, má digestão e cólicas abdominais.

De acordo com estudos feitos por Arrais (*et al.*, 1997), observa-se que a automedicação é praticada, em sua maioria, por mulheres entre 16 e 45 anos. Nos homens, observa-se uma predominância dessa prática nas idades mais avançadas. Observa-se, também, que mulheres com um nível cultural maior, maior autoestima, maior preocupação com a saúde e um desejo se responsabilizar por ela mesma, são as que mais se automedicam (ORUETA *et al.*, 2007).

2.5 - Terceira idade e consumo de medicamentos

O aumento do número da população de idosos é um fenômeno mundial e crescente. No Brasil, podemos observar uma queda no número da taxa de fecundidade e de mortalidade, caracterizando um aumento da longevidade e uma queda do número de jovens. Esse fenômeno é observado principalmente nas regiões sudeste e sul do país de acordo com o IBGE (2005). Isso faz com que haja a necessidade de se desenvolver um olhar mais cuidadoso para a população idosa (DIDONET, 2007).

Um grupo de interesse relacionado ao uso de medicamento são os idosos, pois geralmente fazem uso da chamada polifarmacoterapia, visto que, podem apresentar o comprometimento de mais de um sistema ou órgão. É estimado que cerca de 30% das internações hospitalares de idosos se dá devido à efeitos relacionados

a medicamentos, incluindo efeito tóxicos relacionados ao seu uso (BORTOLON *et al.*, 2008).

Segundo um estudo realizado por Bortolon (*et al.*, 2008) em um hospital universitário no Distrito Federal, relatou que, das idosas estudadas, 30,8% faziam uso de um ou mais produtos sem prescrição médica. Entre essas praticantes, dados de variância demonstraram que não há uma variação quantitativamente significativa do consumo de medicamentos sem prescrição médica de acordo com a escolaridade e a renda dos pacientes. Isso mostra que há uma homogeneidade dessa prática entre a população idosa.

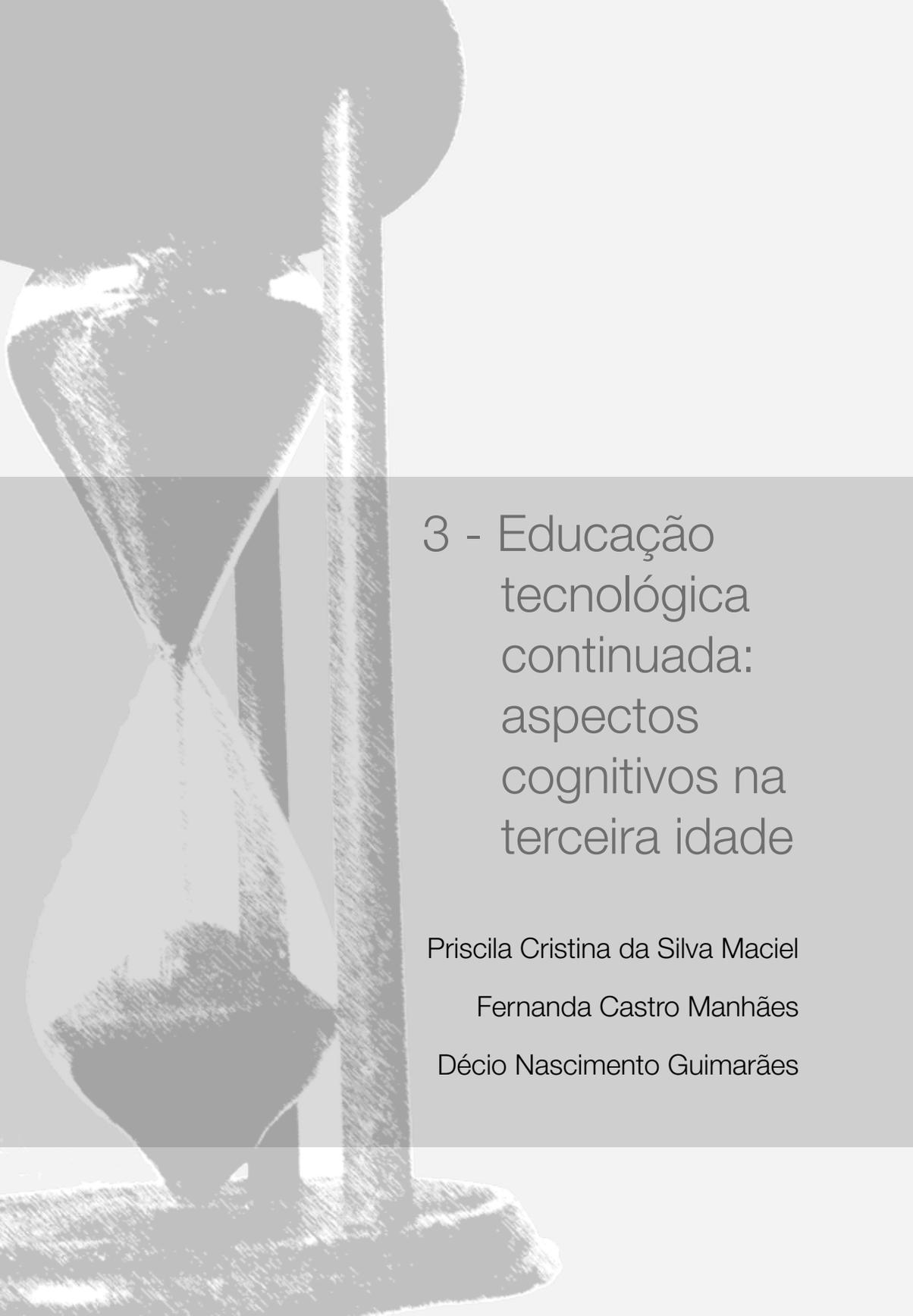
Segundo um estudo realizado por Murray e Callaham (2003), podemos observar que há uma maior prevalência de doenças crônicas com conseqüente consumo maior de medicamentos na população idosa. Essa pesquisa mostrou também que, além dos medicamentos receitados pelo médico, eles também se automedicam. Isso torna o esquema terapêutico repleto de medicamentos diferentes, correndo riscos de interações medicamentosas e risco de erros posológicos, devido a grande quantidade de comprimidos e cápsulas.

Quanto maior for a polifarmácia em idosos, maior a chance de surgirem questionamentos sobre os medicamentos em uso, logo, maior será a importância das informações serem passadas de forma clara, objetiva, verbal e escrita (DIDONET, 2007).

Referências

- Academia Nacional de Medicina. Disponível em www.anm.org.br. Acessado em 14 de Janeiro de 2014.
- ANVISA. Disponível em www.anvisa.gov.br. Acessado em 20 de Julho de 2012.
- ARAÚJO, C. P.; BOCHNER, R.; NASCIMENTO, A. C. **Marcos legais da propaganda de medicamentos: avanços e retrocessos**. Physis Revista de Saúde Coletiva. v. 22, n°01. Rio de Janeiro, 2012.
- ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. **Perfil da automedicação no Brasil**. Revista de Saúde Pública, vol. 31, n°1, p. 71-77. Brasil, 1997.
- BARBOSA, G. F. **Corpo doente X corpo saudável: o ideal de corpo, saúde e beleza nos almanaques de farmácia das décadas de 1930 à 1940**. VI Simpósio Nacional de História Cultural da Universidade Federal do Piauí, 2012.
- BI, P.; TONG, S.; PARTON, K. A. **Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a chinese city**. Social Science & Medicine. n° 50, p. 1445-1450. 2000.
- BORTOLON, P. C.; MEDEIROS, E. F. F. de; NAVES, J. O. S.; KARNIKOWSKI, M. G. de O.; NÓBREGA, O. de T. **Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras**. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 13, n°04, p. 1219-1226. Brasil, 2008.
- BRASIL, www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm. Acessado em 6 de novembro de 2013.
- BRASIL, www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20377-8-setembro-1931-498354-publicacaooriginal-1-pe.html. Acessado em 6 de novembro de 2013.
- BRUM, L. C. C. **Normose na sociedade em rede: paradoxo diante do fluxo informacional**. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Campos dos Goytacazes, 2009.
- BUENO, E.; TAITELBAUM, P. **Vendendo Saúde - A História da Propaganda de Medicamentos no Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2008.
- DIDONET, J. **Avaliação da bula de medicamentos sob a ótica dos idosos**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
- FILHO, C. B. **A Gripe Espanhola em São Paulo 1918**. Paz e Terra. São Paulo, 2003.
- GOMES, M. L. **Vendendo saúde!** Revisando os antigos almanaques de farmácia. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. v. 13, n°04; Rio de Janeiro, out/dec, 2006.
- HOCHMAN, G. **Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945)**. Editora UFPR. Revista Educar, n°25, p. 127-141. Curitiba, 2005.
- LEMONS, A. **Cibercultura e Mobilidade: a Era da Conexão**. 2004.
- LEMONS, A.; Cunha P. **Olhares Sobre a Cibercultura**. Sulina. Porto Alegre, 2003.
- LÉVY, P. **A inteligência Coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. Loyola. São Paulo, 1998.
- LÉVY, P. **Cibercultura**. Trad. de Carlos Irineu da Costa. 1 ed. Ed. 34. São Paulo, 1999.
- LOPES, N. M. **Automedicação: algumas reflexões sociológicas**. Sociologia, Problemas e práticas, n°37, p. 141-165. Portugal, 2001.

- MAGALHÃES, M. G. S. **A infância nos almanaques de farmácia.** Higiene e dietética entre as décadas de 1920 a 1940. III Congresso Brasileiro de História da Educação – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Paraná, 2004.
- MORAES, M. C. M. de. **Educação e Política nos anos 30: a presença de Francisco Campos.** Revista Brasileira de Pedagogia. v. 73, n°17-4, p. 291-321. Brasília, 1992.
- MOTHÉ, A. A. **Jornal digital: contribuição para a leitura e compreensão de textos na educação de jovens e adultos no município de Campos dos Goytacazes/RJ.** Dissertação. Universidade Estadual do Norte Fluminense. Campos dos Goytacazes, 2012.
- MURRAY, M. D.; CALLAHAN, C. M. **Improving medication use for older adults: an integrated research agenda.** Annals of Internal Medicine, v. 139. n° 5. p. 425-428. 2003.
- NETO, L. S. C.; CORTES, A. C. L.; SANTOS, O. B.; SOUSA, G. C. **Análise das propagandas de medicamentos veiculadas em emissoras de televisão e sua concordância com a legislação vigente.** Revista Piauiense de Saúde. v.1. n°2. p. 34-40. 2002.
- ORUETA, R.; GÓMEZ-CALCERRADA, R. M.; SÁNCHEZ, A. **Actualización en medicina de familia.** SEMERGEN, v. 34, n°3, p. 133-137. Toledo, 2007.
- PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. **Alexander Fleming (1881-1955): da descoberta da Penicilina (1928) ao Premio Nobel (1945).** Revista da Faculdade de Letras. III série. v. 6. p. 129-151. Porto, 2005.
- PEREIRA, F.S.V.T.; BUCARETCHI, F.; STEPHAN, C.; CORDEIRO, R. **Automedicação em crianças e adolescentes.** Jornal de pediatria, v. 83, n°5, p. 453-458. Brasil, 2007.
- PUERTA, D. R.; MUÑOZ, O. L.; MAYOR, E. E.; MARTÍNEZ, R. M. **La automedicación responsable, La publicidad farmacéutica y su marco em La Atención Primaria.** SEMERGEN, v. 32. n°3. p. 117-124. Madrid, 2005.
- SILA, E. V. **Centro de informação sobre medicamentos: caracterização do serviço e estudo da opinião dos usuários.** Brasília, 2002.
- SOUZA, C. H. M. de. **Comunicação, Educação e Novas Tecnologias.** FAFIC. Rio de Janeiro, 2004.
- SOUZA, J. F. R. de; MARINHO, C. L. C.; GUILAM, M. C. R. **Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual.** Revista Associação Médica Brasileira. v. 54. n° 3. p. 225-231. Brasil, 2008.
- SZABO, I.; PASSOS, M. M. B. **Centro Regional de Informações Sobre Medicamentos: uma ferramenta para o uso racional.** Ministério da Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica. Rio de Janeiro, 2009.
- VÄÄNÄNEN, M. H.; PIETILÄ, K.; AIRAKSINEN, M. **Self-Medication with antibiotics – Does it really happen in Europe?** Health Policy. n° 77. p. 166-171. Ireland, 2006.
- VIDOTTI, C. C. F.; HOEFLER, R.; SILVA, E. V.; MENDES-BERGSTEN, G. **Sistema Brasileiro de Informação Sobre Medicamentos – SISMED.** Caderno de Saúde Pública. 16(4): p. 1121-1126. out-dez. Rio de Janeiro, 2000.
- ZIMMERMANN, I. R. **Centro de Informações Sobre Medicamentos: Necessidade de Implantação em Instituições de Saúde.** Florianópolis, 2007.
- WEIDERPASS, E; BERIA, J; BARROS, F. C; VICTORIA, C. G; TOMASI, E; HALPERN. **Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil.** Revista de Saúde de Pública. v. 32. n 4, ago. 1998.



3 - Educação tecnológica continuada: aspectos cognitivos na terceira idade

Priscila Cristina da Silva Maciel

Fernanda Castro Manhães

Décio Nascimento Guimarães

Considerações iniciais

As vivências, os contextos sociais, os estilos de vida e as particularidades de cada indivíduo são fatores que influenciam diretamente no processo de envelhecimento. Frente a este contexto, levanta-se aqui uma preocupação no que diz respeito aos declínios advindos com a idade, principalmente os de origem degenerativa, que influenciam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e podem significar perda de autonomia e independência.

Temos observado que, uma das características mais marcantes da sociedade no século XXI é a longevidade. Os dados demográficos apontam para um envelhecimento populacional acelerado e inconteste, caracterizado pelo declínio da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, melhoria das condições nutricionais e de saneamento, além das novas descobertas tecnológicas, principalmente na área da medicina preventiva.

A tendência de envelhecimento populacional no Brasil é evidenciada pelo último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), divulgado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD). A pesquisa revela que a população acima de 60 anos, que era de 10,7 milhões de pessoas em 1991, passou para 23,5 milhões em 2012 – mais que o dobro registrado em 1999 –, totalizando 12,1% da população brasileira.

O conjunto dessas transformações na pirâmide etária brasileira constitui um novo desafio social emergente. Tem-se observado que grande parte da população idosa continua ativa e participativa na sociedade,

buscando novos meios para se manter independente e integrada no convívio social e cultural. Essa nova realidade requer reformulações nas políticas públicas e na conscientização social, a fim de demonstrar que o processo de envelhecimento pode ocorrer de forma satisfatória e vivenciado de maneira bem-sucedida.

Atrelando a essas transformações demográficas, o uso dos aparatos tecnológicos, em especial o computador e a internet, assumem grandes proporções em diferentes segmentos da sociedade. A modernização nos trouxe uma tecnologia que mais parece ser descartável, já que a cada instante é substituída por lançamentos que superam as funcionalidades anteriores, tornando os saberes obsoletos diante das novidades da tecnologia.

Vivencia-se uma nova realidade social, atravessada pela diversidade tecnológica, que nos impulsiona a uma busca constante de atualizações em todos os seguimentos. A esta nova realidade, que podemos chamar de era do conhecimento ou da informação, pode-se atribuir a dualidade da inclusão e da exclusão tecnológica, que, por sua vez, podem ser potencializadas pelas oportunidades oferecidas ou não aos indivíduos.

Neste contexto, pode-se dizer que os avanços tecnológicos precisam ser compreendidos como instrumentos facilitadores e incorporados para que possam ter funcionalidade no contexto em que se inserem. As imensas possibilidades de uso do conhecimento provido pelos avanços tecnológicos influenciam a forma de pensar e agir de todas as gerações que vivenciam o momento atual. Deste modo, observa-se a crescente necessidade e importância desses instrumentos para a conscientização dos idosos sobre os impactos causados pelas transformações sociais, culturais e econômicas que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) têm impulsionado nos últimos anos. Inseridos nesta problemática de inúmeras transformações sociais, tecnológicas e demográficas,

diversos pesquisadores têm se debruçado sobre o tema envelhecimento, preocupados com a presença deste fenômeno na sociedade, tendo em consideração a relevância atribuída aos fatores relacionados à promoção da qualidade de vida e ao envelhecimento bem-sucedido ou satisfatório.

Envelhecer, embora seja um fenômeno natural e universal a todos os seres vivos, pode ser vivenciado de diferentes formas por cada indivíduo, tornando-se um processo heterogêneo e peculiar a cada um. Embora sejam visíveis as transformações biopsicossociais caracterizadas por este período, chegar à terceira idade é o resultado de todo um percurso ao longo da vida, e que independe da idade cronológica.

Tendo em vista todo o exposto e baseado em diversos autores que tratam a temática do envelhecimento como um processo heterogêneo, peculiar e adaptativo, este estudo objetivou investigar como o contexto da educação tecnológica continuada, com a utilização das TIC's, influenciam no desempenho cognitivo de idosos.

A partir das considerações apresentadas, torna-se cada vez mais necessário estudar mecanismos que auxiliem essa crescente população a vivenciar um envelhecimento mais saudável e com qualidade de vida, no qual as tecnologias podem somar esforços significativos para a conquista de um envelhecer satisfatório.

Algumas considerações sobre o envelhecimento humano

A sociedade contemporânea brasileira caminha para um envelhecimento acelerado e incontestável. Os dados demográficos e a pirâmide populacional sinalizam um novo panorama social, marcado pelo envelhecimento e pela longevidade, em virtude de melhores condições de vida proporcionadas por vários fatores,

entre eles, saneamento, saúde, educação e condições de moradia, que viabilizam possibilidades de inserção dos que envelhecem de forma ativa na sociedade.

Autores como (VERAS, 1994; NOVAES, 1997; NERI, 2003) apontam que o envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida e a longevidade são consequências dos avanços científicos e tecnológicos, assim como o declínio da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, melhoria das condições nutricionais, além das novas descobertas na área da medicina.

A tendência do envelhecimento populacional é uma preocupação emergente da nossa sociedade, principalmente pela evidência dos estudos e pesquisas que comprovam que o número de pessoas idosas cresce em largos passos, em proporção as pessoas que nascem (IBGE, 2010).

De acordo com Almeida (2013), falar de envelhecimento populacional remete às mudanças na estrutura etária populacional que “produz um aumento do peso das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (p. 17). De acordo com o Estatuto do Idoso, no Brasil, considera-se idoso o sujeito que possui idade igual ou superior a 60 anos (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2009), o Brasil conta com uma população aproximada de quase 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade. O aumento populacional da pessoa idosa também é evidenciado pelo último levantamento do último censo (IBGE, 2010), indicando que, em 1960, a proporção de idosos que era de 4,7%, passou para 8,5% em 2000 e em 2010 esse número chegou a 10,8%. Esses números são evidenciados pelo reflexo da diminuição das taxas de fecundidade e do nível de reposição populacional, que relacionada a outros fatores, tais como os avanços da tecnologia,

especialmente na área da saúde, desenvolvimento de políticas públicas, novos olhares sobre o envelhecimento, melhoria das condições de saneamento básico e nutricionais, colaboraram não só para o crescimento deste grupo etário, como também para a longevidade (KACHAR, 2003; IBGE, 2010; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

De acordo com os dados do IBGE (2000), a queda da taxa de fecundidade iniciou-se somente a partir de 1960 e de forma gradual foi se intensificando até os dias atuais, o que permitiu a ocorrência da transformação demográfica vivenciada atualmente.

Beltrão *et al.* (2004), apontam que, em 2020, espera-se que o grupo etário dos idosos venha a constituir 14% da população brasileira. Esse crescimento pode ser justificado pela desaceleração demográfica em outros grupos etários e, principalmente, pelo aumento da expectativa de vida.

Sobre esse apontamento, o Ministério da Saúde (2006) comenta que, a partir de 1960, o seguimento etário que mais vem crescendo no Brasil é o grupo com 60, enquanto que a população jovem encontra-se em um processo de desaceleração do crescimento.

De acordo com as projeções da OMS (2002), vislumbra-se que em 2025 o Brasil será o sexto país no mundo em número de população idosa, tendo em vista que o grupo etário de indivíduos com 80 anos ou mais, será a parcela populacional que mais sofrerá aumento (WHO, 2002).

Os apontamentos observados sobre envelhecimento populacional, em especial os dados e as projeções apresentadas, pode-se dizer que o Brasil vem perdendo a sua característica de um país jovem. O aumento dessa parcela populacional, juntamente com a longevidade, nos traz grandes desafios, a começar pelas demandas nas áreas de saúde, educação, serviço social e políticas públicas.

É fundamental compreender que as mudanças demográficas dos últimos tempos fez emergir uma maior representatividade entre o seguimento etário dos idosos, o que tem fomentado preocupações com as questões sobre o envelhecimento e seus desdobramentos.

Diante deste cenário, é preciso compreender o envelhecimento como um processo natural e comum a todos os seres vivos. Porém, nos seres humanos, possui características peculiares. Para Agostinho (2004), trata-se de um fenômeno normal, universal e inelutável, caracterizado por um conjunto de fatores não só fisiológicos, mas também psicológicos e sociais.

Sabe-se que, até o início do século XX, a expectativa de vida do ser humano era em torno de 50 a 60 anos. Porém, atualmente, com todo o progresso da tecnologia e da medicina, essa expectativa aumentou de forma significativa, chegando-se facilmente aos 80 anos de idade.

O envelhecimento é um processo dinâmico relacionado a inúmeros fatores. Segundo Machado (2003), pode ser acelerado ou retardado, dependendo dos fatores ambientais, genéticos, familiar, problemas de saúde, hábitos e classe social de cada indivíduo. Assim, envelhecer se torna único para cada pessoa, estando diretamente relacionado aos fatores ocorridos no decorrer da existência de cada um.

Para Dátilo (1998, p. 4), o envelhecimento é um “[...] processo que se inicia no momento da fecundação e cessa somente com a finitude”. Veras (1994) pontua com uma visão mais ampla sobre o processo de envelhecimento:

[...] é um termo impreciso, e sua realidade é difícil de perceber. [...] Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.

[...] Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento. Inevitavelmente, há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito (VERAS, 1994, p. 25).

Por ser um processo inerente ao ser humano, o envelhecimento nada mais é do que uma etapa da vida; chegar à velhice ou na terceira idade é completar o ciclo de vida designado para o ser humano; “[...] não é uma etapa de deterioração ou de declínio [...] é uma idade de plenitude, vitalidade e crescimento” (PINTOS, 1992, p. 17). Segundo Kachar (2001) o termo “terceira idade” surgiu na década de 1960 na França, a fim de demarcar novas etapas entre a vida adulta e a velhice, envolvendo todas as pessoas com idade avançada acima de 45 anos, mas com potenciais ativos na sociedade.

De acordo com o IBGE (2002), é considerado idoso o indivíduo que tem mais de 60 anos. Pessoas consideradas velhas, acima de 75 anos, segundo Kachar (2003), passaram a fazer parte de um novo termo “a quarta idade”. O processo de envelhecimento é algo que acontece ao longo da vida e não é algo exclusivo a pessoas de terceira ou quarta idade, embora as mudanças de ordem física e orgânicas sejam mais evidentes nestas etapas da vida.

As transformações que ocorrem no processo de envelhecer são várias. Sobre elas, Papalia e Olds (2000) afirmam que: “algumas mudanças fisiológicas são resultado direto do envelhecimento, mas fatores comportamentais e de estilo de vida, que remontam à juventude, muitas vezes afetam seu momento de ocorrência e sua extensão”. (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 432).

Neste sentido como propõe as autoras Kachar e Arcuri (ambas 2005), a velhice precisa ser considerada como resultado de uma vida que é completamente influenciada pelas questões sociais e

não como sinônimo de declínio e inutilidade. Essas inquietações sobre o envelhecimento faz emergir pesquisas e estudos que tomaram um lugar de destaque, onde estudiosos e pesquisadores de diversos segmentos buscam compreender as múltiplas faces do envelhecer e determinar que proporcionem melhores condições de saúde e de vida aos idosos.

Por fim, ao envelhecer o indivíduo precisa resgatar seu potencial para as realizações e criações, assim como os mais jovens, porque suas habilidades, aprendizagem e possibilidades não se findam com o envelhecimento, mas sim, configuram-se novas necessidades e formas de aprendizagem que insiram o idoso de forma singular no meio social que se apresenta.

Um breve olhar para educação tecnológica na terceira idade

Os avanços tecnológicos são compreendidos como facilitadores e precisam ser incorporados e aprendidos para que possam ter funcionalidade no contexto em que se inserem. As imensas possibilidades de uso do conhecimento provido pelos avanços, influenciam a forma de pensar e de agir de todas as gerações que vivenciam o momento atual (KACHAR, 2003).

Nesse contexto de transformações, ao analisar a relação da sociedade com as tecnologias da informação e comunicação (TICs), é possível identificar a familiaridade dos jovens com a tecnologia, onde Kachar (2003, p. 122) pontua que:

A geração mais nova tem mais intimidade e atração pelos artefatos tecnológicos, assimila facilmente as mudanças, pois já convive desde tenra idade, explorando os brinquedos eletrônicos e/ou brincando com o celular dos pais. Porém, a geração

adulta e mais velha, de origem anterior à disseminação do universo digital e da internet, não consegue acolher e extrair tranquilamente os benefícios dessas evoluções na mesma presteza de assimilação dos jovens.

Rosen e Weil (1995) afirmam que pessoas idosas têm menor probabilidade de utilizarem as novas tecnologias do que as mais novas, por conviverem menos com crianças e por terem saído do mercado de trabalho ou da escola antes da generalização das TICs.

De acordo com Kachar (2003, p. 136), “As pessoas da terceira idade necessitam de um tempo maior e seguem um ritmo mais lento para aprender a manipular e assimilar os mecanismos de funcionamento desses artefatos”. Sabe-se que, muitos idosos não recebem a atenção devida da sociedade e da família, encontrando-se excluídos. Entretanto, a ciência tem buscado reformular as representações do envelhecimento, tornando possível a vivência desse processo com qualidade de vida. Hoje, a pessoa idosa não vive mais, necessariamente, recolhida e recordando lembranças do passado, mas pode ser ativa, produtiva e participativa (KACHAR, 2001).

Sentir-se pertencente a esta sociedade tecnológica, implica em estar inserido no processo de virtualização da mesma. Para Morris (1994), idosos que utilizam o computador sentem-se menos excluídos na sociedade que, por sua vez, torna-se cada vez mais tecnológica.

A educação tecnológica continuada para o público da terceira idade torna-se uma necessidade, favorecendo a mediação entre o público idoso e a realidade digital, estreitando as lacunas existentes entre as gerações, e permitindo ir muito além da socialização.

Kachar (2001), destaca que a tecnologia pode contribuir para a redução do isolamento social favorecendo, ao mesmo tempo, a estimulação cognitiva, diminuindo o sentimento de inutilidade e contribuindo para a promoção do bem-estar da pessoa.

Com essa finalidade, Pereira e Neves (2011) apontam que se faz necessário promover um ambiente específico de aprendizagem para o público idoso, que o integre à informática de modo peculiar, de acordo com suas necessidades e condições físicas. Nesse sentido, Pasqualotti e Both (2008, p. 32) complementam que é “[...] necessário construir espaços que permitam ser criados novos significados para vivência da velhice, seja para trabalhar as perdas ou ainda os aspectos saudáveis que devem ser mantidos”.

Assim, a inclusão digital favorece a inclusão social, estreitando as lacunas existentes entre as gerações, favorecendo a autonomia e independência - que constituem fatores relevantes para a conquista de um envelhecer bem-sucedido na terceira idade. Criar oportunidades para que se aprenda a enfrentar os obstáculos e barreiras sociais são ações que contribuem para a construção de um novo envelhecer - ativo, consciente e independente.

Metodologia

O universo desta pesquisa foi constituído por idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadores do Projeto de Extensão Universitária “Terceira Idade em Ação”. A pesquisa foi desenvolvida nas dependências do Projeto de Extensão em questão, realizado na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), no município de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro. Para a composição deste estudo, participaram da amostra um total de 21 idosos, distribuídos por duas condições experimentais, caracterizados pelo grupo

de sujeitos (ativos digitais) e pelo grupo de sujeitos (inativos digitais). A escolha por esta população se dá em virtude de estarem inseridos em um Projeto de caráter socioeducativo que oferece oficinas de inclusão digital para o público idoso.

O presente estudo teve como ambiente estimulador (variável independente) para o grupo experimental (ativos digitais), as aulas de informática básica para o público idoso, realizadas na “Oficina Digital” durante três semestres consecutivos. No que tange ao período da pesquisa, o processo de coleta de dados estendeu-se entre os meses de setembro a novembro do ano de 2013.

O Grupo Experimental (ativos digitas) foi composto por 11 idosos frequentadores do Módulo III, da “Oficina Digital”. A oficina realizava aulas de informática para o público idoso há cerca de 1 ano e meio, com aulas uma vez por semana e duração de duas horas/aula. O grupo em questão participava há três semestres das aulas de informática na oficina.

O Grupo Controle constitui-se por 10 idosos que estavam interessados a iniciar as aulas de Introdução à Informática no Módulo I da referida oficina no mês de março de 2014, período este que iniciaria uma nova turma.

No que se refere à natureza deste estudo, baseou-se em uma pesquisa aplicada que buscou investigar, na prática, a influência das oficinas de inclusão digital no desempenho cognitivo de idosos, verificando os efeitos sobre a percepção do envelhecimento bem-sucedido. O delineamento desta pesquisa foi do tipo transversal, com uma abordagem de natureza quali-quantitativa diante do problema exposto. Para atingir os objetivos propostos, esta pesquisa caracterizou-se como exploratória e descritiva. Quanto à coleta de dados realizada neste estudo, utilizou-se os seguintes instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos;
- Questionário de indicadores sobre as condições de saúde;
- Testes padronizados para avaliação do desempenho cognitivo, os quais serão descritos nos resultados abaixo.

Resultados e discussão

Diante da exposição do embasamento teórico e da metodologia que norteiam este estudo, busca-se apresentar neste tópico os resultados obtidos por meio da análise dos dados coletados.

• Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra

A amostra deste estudo engloba um total de 21 idosos, distribuídos por duas condições experimentais, dos quais 11 sujeitos pertenciam ao GE (ativos digitais) e 10 sujeitos pertenciam ao GC (inativos digitais), ambos participantes do Projeto de Extensão Universitária “Terceira Idade em Ação”. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra estudada.

Os dados sociodemográficos demonstram que, os participantes deste estudo são, em sua grande maioria, sujeitos do sexo feminino (80%), seguindo de 20% de sujeitos do sexo masculino. Os resultados encontrados com relação ao predomínio do sexo feminino entre os idosos, corroboram os estudos de Carvalho e Garcia (2003) e Shephard (2003), onde enfatizam que, no envelhecimento ocorre um processo que chamamos de “feminização da velhice”. Quanto à idade, apresentaram idade média de 66,8 anos, variando entre a idade mínima de 60 anos e a máxima de 81 anos com a faixa etária predominante de 60 a 64 anos (47%), caracterizando-os como idosos jovens. De acordo com Maués *et al.* (2010), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

considera idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80. Há também, na literatura, a definição de muitos idosos como aqueles com idade maior ou igual a 80 anos e, ainda, maior ou igual a 85 anos.

No que concerne ao estado civil, à maioria dos idosos encontra-se casados (38%), seguindo de 28% viúvos, 20% divorciados e 14% solteiros. Em relação ao nível de escolaridade, 42% dos participantes possuem ensino médio completo, seguindo por 38% com ensino superior completo. Esses resultados vão de encontro a outros estudos que apontam a prevalência de idosos casados em relação a outras situações conjugais. A pesquisa de Dias (2010), por exemplo, realizada em Florianópolis, corrobora os dados do IBGE (2000) ao sinalizar um crescimento da proporção de idosos casados em ambos os sexos, com um aumento no percentual de 77,3% para os homens e 40,8% para as mulheres.

No que concerne à constituição familiar, pode-se constatar que, 38% dos sujeitos participantes residem com o cônjuge, sendo semelhante à porcentagem dos que residem sozinhos. Esses números apontam uma consonância com os estudos correlacionados com os arranjos familiares no Brasil. De acordo com dados da pesquisa FPA/SESC (2007), 51% dos idosos pesquisados residem com cônjuges ou parceiros e, ainda, 15% moram sozinhos. É possível observar que a proporção de idosos residindo com cônjuges é maior do que em relação àqueles que residem sozinhos. Mesmo não representando a maioria dos arranjos familiares no Brasil, é preciso considerar a realidade dos idosos que estão vivendo sozinhos.

Em relação à raça, 62% declaram-se brancos, 28% pardos e 10% negros. Os dados encontrados no presente estudo são consistentes com a literatura e com os indicadores de raça da população brasileira como um todo.

De acordo com Camarano, Kansos e Mello (2004), os dados do IBGE (2000) apontam que, 60,7% das pessoas idosas declararam-se brancas, seguido por 30,7% das que se declararam pardas e 7% das que se disseram ser negras.

Conforme mencionado anteriormente, a distribuição da amostra total deste estudo segue dividida em dois grupos, sendo composta por 52% de idosos pertencentes ao GE (ativos digitais) e 48% pertencentes ao GC (inativos digitais).

Para uma melhor visualização, a Tabela 3 apresenta uma síntese comparativa de ambos os grupos, destacando a maior prevalência observada nos dados sociodemográficos.

Tabela 1 – Síntese comparativa dos dados sociodemográficos entre os grupos experimental e controle

Variáveis	Grupo Experimental (Ativos Digitais) (n=10)		Grupo Controle (Inativos Digitais) (n=11)	
Média de Idade	65 anos	%	68,8 anos	%
Idade Min. e Max.	60 – 74	-	60 – 81	-
Sexo	Feminino	81%	Feminino	100%
Faixa Etária	De 60 à 64 anos	55%	De 60 à 64 anos	40%
Estado Civil	Casados	36%	Casados e Viúvos	40%
Escolaridade	Ensino Superior	55%	Ensino Médio	60%
Condição Atual	Aposentados	91%	Aposentados	80%
Com quem Reside	Sozinhos	46%	Cônjuge	40%
Raça	Branco	55%	Branco	70%

• Indicadores sobre condições de saúde

De um modo geral, a relação aos aspectos relacionados à saúde do idoso com a promoção de um envelhecimento satisfatório e a aquisição de conhecimento, é algo que vem sendo enfatizado, principalmente porque a saúde é um dos aspectos mais apontados na definição de envelhecimento bem sucedido, conforme menciona Cupertino *et al.* (2006) em sua pesquisa.

Na Tabela 2, pode-se observar a descrição das informações relacionadas aos indicadores das condições de saúde dos sujeitos deste estudo.

Tabela 2 – Indicadores sobre as Condições de Saúde dos Grupos Experimental e Controle

NÍVEIS		Grupo Experimental (GE)		Grupo Controle (GC)	
		Ativos Digitais (n=10)		Inativos Digitais (n=11)	
		N	(%)	N	(%)
Percepção Geral com a Saúde	<i>Muito Boa</i>	4	(36,4%)	3	(30%)
	<i>Boa</i>	5	(45,4%)	3	(30%)
	<i>Regular</i>	2	(18,2%)	4	(40%)
Incidência de Patologias	<i>Sim</i>	5	(45,4%)	7	(70%)
	<i>Não</i>	6	(54,6%)	3	(30%)
Utilização de Medicação	<i>Sim</i>	6	(54,6%)	7	(70%)
	<i>Não</i>	5	(45,4%)	3	(30%)

As questões correspondentes aos indicadores sobre as condições de saúde foram respondidas através de 3 questões fechadas de múltipla escolha, elaboradas para o presente estudo, acerca das

suas condições gerais de saúde. As questões foram elaboradas de acordo com os aportes teóricos estudados. Os dados dos sujeitos pesquisados foram tabulados de acordo com a frequência das respostas e convertidos em porcentagens, de forma a serem apresentados em gráficos, em modo comparativo.

Pode-se observar que o GE (ativos digitais), de uma forma geral, atribuem como **Boa** (45,4%) a sua percepção com a saúde, seguido por 36,4% de Muito Boa e 18,2% como **Regular**. Já o GC (inativos digitais), em sua maioria, possui uma percepção Regular das condições de saúde, representando uma frequência de (40%), seguindo pela porcentagem de 30% das condições Muito boa e Boa.

Os dados encontrados no presente estudo superaram os números da literatura estudada, apontando que a maioria dos idosos (45,5%) perceberam sua saúde como “muito boa ou boa”, mesmo acometidos por alguma doença crônica, é o que releva a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD (2009).

• Prevalência de patologias

Nesta questão, pergunta-se aos sujeitos participantes sobre a prevalência de alguma patologia, optando por duas opções de respostas (sim ou não). Os resultados apontam para a incidência de patologias nos idosos (ativos digitais) com o percentual de 54,6% de sujeitos que não possuem nenhuma patologia no momento da pesquisa, seguido por 45,4% de sujeitos que possuem algum tipo de patologia. Quanto aos idosos (inativos digitais) representam um total de (70%) de sujeitos que possuem algum tipo de patologia, seguido de (30%) sujeitos sem patologia.

É sabido que, na medida em que envelhecemos, diversas funções e aspectos vão se alterando em todas as dimensões da vida do sujeito, podendo acarretar em disfunções ligadas à saúde e a

prevalência de doenças. De acordo com IBGE quanto mais envelhecemos, maiores são as chances de contrair alguma doença crônica, é o que aponta os números da PNAD (2009), em que 77,4% dos idosos pesquisados apresentam algum tipo de doença crônica, superando os dados encontrados no presente estudo.

• Avaliação do desempenho cognitivo

A presente avaliação compreendeu investigar de forma comparativa as habilidades cognitivas de ambos os grupos, a fim de verificar se houve diferenças significativas em relação aos aspectos cognitivos. Desta forma, a avaliação cognitiva dos sujeitos participantes deste estudo preconizou a aplicação de três instrumentos: 1) Miniexame do Estado Mental – MEEN (FOLSTEIN *et al.* 1975; BRUCKI *et al.*, 2003; BERTOLUCCI *et al.* 1994); 2) Teste de Fluência Verbal – Categoria Animal (BRUCKI *et al.*, 1997) e 3) Teste do Desenho do Relógio – TDR (SUNDERLAND *et al.*, 1989).

Os resultados obtidos após a aplicação dos testes seguiram a norma de correção proposta pelos seus respectivos autores. Diante de uma análise descritiva dos dados, foi possível a obtenção de escores médios de ambos os grupos, sendo apresentados em termos de médias, desvio padrão (DP) e valor de significância estatística ($P = < 0,05$).

A seguir, serão apresentados os resultados de modo comparativo relacionados aos três instrumentos aplicados para avaliação do desempenho cognitivo de ambos os grupos estudados, conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 – Testes cognitivos

Testes	Grupo Experimental (GE)		Grupo Controle (GC)		Teste t $P = < 0,05$
	Ativos Digitais (n=11)		Inativos Digitais (n=10)		
	Média	DP	Média	DP	
MEEN	27,82	1,08	23,70	4,45	$p=0,007$
Teste do Relógio	8,91	1,76	5,50	2,37	$p=0,001$
Fluência Verbal	16,09	3,33	13,10	2,56	$p=0,033$

* (DP = desvio padrão; P= nível de significância estatística)

Com relação ao desempenho cognitivo global dos sujeitos da amostra, este foi avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM) proposto por Folstein, (1975) e adaptado por Brucki *et al.* (2003). Esse instrumento teve como objetivo, realizar um rastreamento cognitivo dos sujeitos idosos desta pesquisa, a fim de verificar e comparar o desempenho das habilidades cognitivas de ambos os grupos estudados.

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Utilizou-se como referência os escores adotados por Bertolucci *et al.* (1994), adotando o ponto de corte de 13 pontos para sujeitos sem escolaridade, 18 pontos para sujeitos com quatro anos de escolaridade e 26 pontos para sujeitos com 8 anos ou mais de escolaridade. No caso do presente estudo, adotou-se uma uniformidade do ponto de corte 26, já que todos os sujeitos desta pesquisa possuem 8 anos ou mais de escolaridade.

Na presente amostra, verificou-se que os idosos (ativos digitais) apresentaram um escore médio de (27,82) e (DP = 1,08) sugerindo um desempenho cognitivo global acima da média esperada (26). Quanto aos idosos (inativos digitais), estes apresentaram um escore médio de (23,70) e de (DP = 4,45), apresentando um decréscimo no desempenho cognitivo global em comparação ao grupo de idosos (ativos digitais). Em relação a significância estatística verificou-se que houve diferença significativa entre os dois grupos pesquisados ($p = 0,007$).

Diante dos resultados obtidos no (MEEM), pode-se inferir que, os idosos (ativos digitais) apresentaram um desempenho superior à média esperada (27,82) no que diz respeito às habilidades cognitivas mapeadas pelo instrumento em questão, sendo (orientação temporal, orientação espacial memória, atenção, linguagem e capacidade construtiva visual). Já os idosos (inativos digitais) apresentaram uma média abaixo do ponto de corte sugerido (23,7), sugerindo um decréscimo nas habilidades cognitivas investigadas em relação aos idosos (ativos digitais).

No que tange à avaliação das funções executivas como planejamento, atenção concentrada, organização visuoespacial, praxia, visuoconstrutiva, coordenação psicomotora e memória recente, utilizou-se o Teste do Desenho do Relógio (TDR), proposto por Sunderland *et al.* (1989). Consiste em um instrumento de fácil aplicabilidade e execução que demanda na realização de um desenho representando um relógio em uma folha de papel, indicando através dos ponteiros a hora (2h 45 min).

Quanto à interpretação dos dados obtidos no presente instrumento, utilizou-se uma escala com método quantitativo proposta por Sunderland *et al.* (1989). A escala utilizada para tabulação dos dados corresponde em uma pontuação de 0 a 10 pontos (10 para a melhor representação do relógio com as horas correspondentes

e 0 para a pior representação). O valor do ponto de corte é de 6 pontos do total, tendo em vista que, uma pontuação abaixo de 6, sugere prejuízos nas habilidades rastreadas pelo instrumento, que necessitam ser melhor investigadas (SUNDERLAND *et al.*, 1989; MARTINELLI; APRAHAMIAN, 2012).

Desta forma, verificou-se no grupo de idosos (ativos digitais) uma média de 8,91 pontos (DP = 1,76), contrapondo-se com a média obtida no grupo de idosos (inativos digitais) de 5,50 pontos (DP = 2,37).

É possível observar que, o grupo de idosos (inativos digitais) apresentou uma média abaixo do ponto de corte sugerido em comparação ao outro grupo. Cabe salientar que o grupo dos idosos (ativos digitais) apresentaram resultados convergentes com a literatura estudada para uma amostra com características sociodemográficas semelhantes e frequentadores de uma oficina de inclusão digital para este grupo etário, apresentando uma média de 9 pontos no presente instrumento (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008).

Observou-se que nos resultados encontrados no presente instrumento, apresentou uma alta significância estatística de ($p = 0,001$) em comparação aos grupos estudos.

Quanto ao Teste de Fluência Verbal – categoria animal (BRUCKI *et al.*, 1997), este configura-se também como um instrumento de rastreio cognitivo e teve como objetivo avaliar a linguagem, memória semântica e funções executivas, através da recordação do número máximo de nomes de animais no tempo cronometrado de 1 (um) minuto. Atribuiu-se 1 (um) ponto para cada nome de animal pronunciado, de forma que a pontuação variou de acordo com o número de animais recordados. O ponto de corte para sujeitos com escolaridade de oito anos ou mais foi de 13 pontos, onde não indica disfunções nas habilidades cognitivas e de 9 pontos para os com escolaridade até oito anos. Valores abaixo dos pontos

de corte estabelecidos sugerem disfunções cognitivas a serem melhor avaliadas (BRUCKI *et al.*, 1997).

Neste sentido, pode-se constatar que o grupo de idosos (ativos digitais) alcançaram um desempenho satisfatório no instrumento acima, apresentando uma média de 16,06 (DP=3,33), correspondendo um resultado acima do ponto de corte esperado para a escolaridade dos sujeitos pesquisados (13). Em relação ao grupo de idosos (inativos digitais), estes apresentaram um desempenho menor em relação ao grupo de idosos (ativos digitais) com média de 13,10 (DP=2,56), porém a média obtida corresponde ao ponto de corte estabelecido para este teste (13).

Os resultados encontrados na avaliação do desempenho das habilidades cognitivas sugeriram que os sujeitos idosos pertencentes ao grupo (ativos digitais) apresentaram aspectos satisfatórios nas habilidades cognitivas em todos os instrumentos aplicados, com percentuais superiores em comparação ao grupo (inativos digitais), o que corresponde às expectativas deste estudo.

Este fato está em consonância com alguns estudos disponíveis na literatura, sugerindo que a participação em oficinas de inclusão digital parece favorecer o desempenho cognitivo de idosos (BANHATO; NASCIMENTO 2007; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008; SCORALICK *et al.*, 2012).

Considerações finais

Em resposta ao objetivo central deste estudo, os resultados encontrados sugerem que o desempenho das habilidades cognitivas dos idosos pesquisados, possa ter sido influenciado de forma positiva pelo contexto da inclusão digital em que estavam inseridos. Cabe destacar que a participação ativa nas aulas de informática possa ter permitido um aumento das atividades cognitivas em

todos os aspectos avaliados, principalmente no que tange as das funções executivas como planejamento, atenção concentrada, organização visuoespacial, praxia, visuoconstrutiva, coordenação psicomotora e memória recente, avaliadas através do Teste do Desenho do Relógio, o que demonstrou melhores resultados em comparação ao grupo de idosos (inativos digitais).

É válido salientar que o desempenho cognitivo apresentado pelos sujeitos idosos pertencentes ao grupo experimental (ativos digitais) desta pesquisa podem ser justificados pela interatividade das aulas de informática, de modo que, reaprender a aprender fornece subsídios cognitivos promotores do aprendizado que são estimulados a cada clique. Todavia, há de se considerar que a aprendizagem digital não deixou de ser uma educação continuada que permitiu ao idoso em questão trabalhar componentes cognitivos que poderiam estar adormecidos. O que não foi observado nos resultados do grupo controle (inativos digitais), que apresentaram escores reduzidos quanto às habilidades cognitivas.

Percebeu-se por meio deste estudo que, o contexto das novas tecnologias, em especial as aulas de informática, apresentaram-se como um universo de possibilidades na promoção satisfatória quanto aos aspectos cognitivos de idosos. Porém, estas iniciativas educativas voltadas para este público etário ainda são insuficientes no contexto tecnológico atual. Cabe aos profissionais da educação e de saúde engajar-se em atividades e projetos que atendam a esta demanda tão vigente, no sentido de colaborar para a promoção de saúde e educação, além de diminuir as barreiras geracionais causadas pelo analfabetismo digital.

Em síntese conclui-se que, ao estarem inseridos em uma atividade educativa, os idosos vivenciam possibilidades de compensação de vários aspectos e até mesmo do tempo perdido. Esta constatação foi apontada no presente estudo, quando os resultados

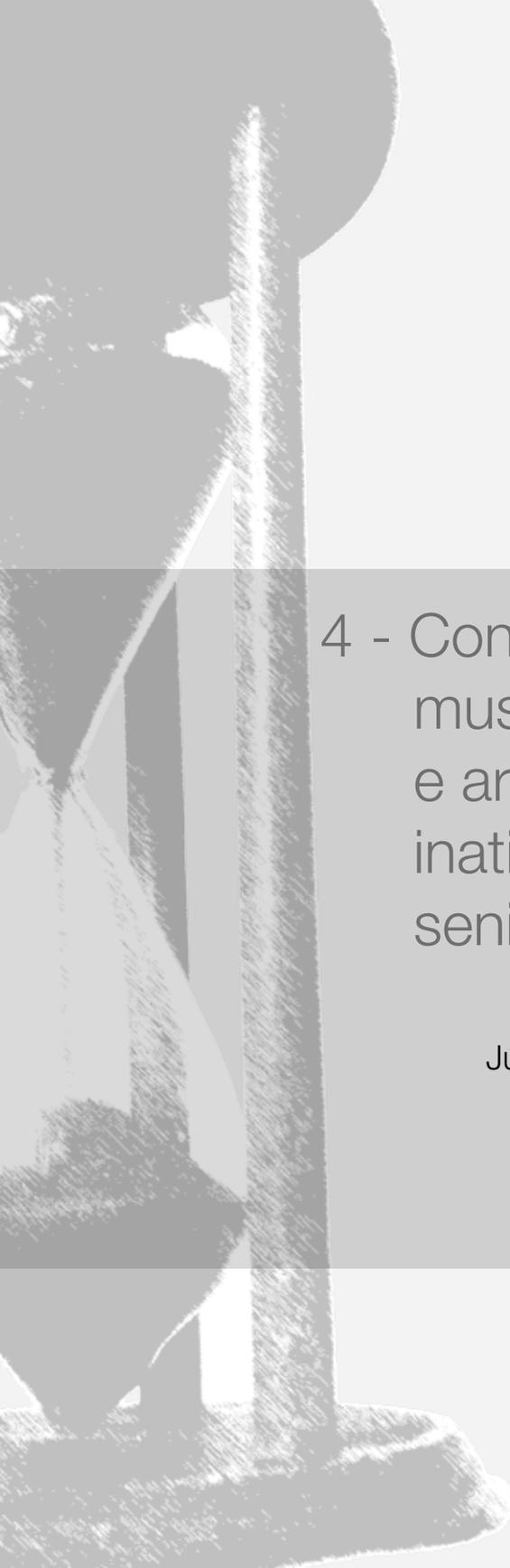
apresentados em relação ao desempenho cognitivo sugerem uma ligação favorável e satisfatória com a utilização das habilidades adormecidas, o que é evidenciado, através dos positivos resultados encontrados nesta pesquisa, principalmente em relação ao grupo (ativos digitais).

Referências

- AGOSTINHO, P. **Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento**. Revista Portuguesa de Psicossomática. v 6. n 1. 2004.
- ALMEIDA, S. T. Tradução, adaptação cultural e validação da versão em português do Brasil de **Selectin, Optimization and Compensation Questionnaire (SOCQ) para uso entre idosos sedentários e atletas master**. Porto Alegre, RS: PUC RS, 2013. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5564/1/000452389-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Acesso em 03 nov. 2013.
- BANHATO, E. F. C.; NASCIMENTO, E. **Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III**. Psico-USF, 2007.
- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Ipea. Rio de Janeiro, 2004.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. **O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade**. Arq. Neuropsiquiatria. n. 52. 1994.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**. Ministério da Saúde. 1 ed. 2. reimpr. Ministério da Saúde. Brasília, 2003.
- BRUCKI, S. M. D.; MALHEIROS, S. M. F.; OKAMOTO, I. H.; BERTOLUCCI, P. H. F. **Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 55. n 1. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v55n1/09.pdf>. Acesso em 14 out. 2013.
- _____; NITRINI, R.; CAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. **Sugestões para o uso do Minixame do Estado Mental**. Arquivos de Neuro-psiquiatria. v 61, n 3. 2003.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro, 2002.
- CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad. Saúde Pública. São Paulo, 2003.
- CUPERTINO, A P. F. B. et al. **Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos**. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 19. n. 3. Porto Alegre, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027972200600030005&lang=pt. Acesso em 13 out. 2012.

- DÁTILLO, G. M. P. de A. **O envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estadual Paulista. Marília, 1998.
- DIAS, G. R. **Sono e desempenho cognitivo de praticantes e não praticantes de exercício físico.** Florianópolis, SC: UDESC, 2010. Disponível em: http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/791/roges_ghidini_dias.pdf. Acesso em 22 nov. 2013.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J. Psychiatr. Res., v 12. 1975.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 27 de Set 2013.
- _____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** IBGE. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **Censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em 27 de Set 2013.
- IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. **Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosos participantes de uma universidade da terceira idade.** Estudos de Psicologia, v. 25. n. 4. p. 517-525. 2008.
- KACHAR, V. **A terceira idade e o computador: interação e transformações significativas.** A Terceira Idade. Ano XI, n 19. São Paulo, 2000.
- _____. **A terceira idade e a inclusão digital.** São Paulo, Salto para o Futuro. 2001. Disponível em: <http://www.tvebrasil.com.br/SALTO/boletins2002/te/tetxt5.html>. Acesso em 26 Out 2012.
- _____. **Terceira idade e informática: aprender revelando potencialidades.** São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. **Internet, um território sem fronteiras para a terceira idade.** 2005. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/evve3.htm>. Acesso em 06 ago 2012.
- _____. **Inclusão Digital e Terceira Idade.** In: BARROSO, A. E. S. (Coord.). Novas necessidades de Aprendizagem. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/ Fundação Padre Anchieta. São Paulo, 2009.
- MACHADO, O. G. **Proposta de implantação de universidade aberta para terceira idade em Joinville.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.
- MORRIS, J. M. **Computer training needs of older adults.** Educational Gerontology, 1994.
- MARTINELLI, E. J.; APRAHAMIAN, I. **O teste do desenho do relógio: revisão crítica de seu valor na triagem de demências iniciais em idosos.** In: NERI, L. A.; YASSUDA, S. M. **Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos.** Papirus. Campinas, 2012.
- NERI, A. L. **Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente.** In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida.** Papirus. Campinas, 1995.

- _____; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Papirus. Campinas, 2003.
- NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Paulo de Frontin. Nau. Rio de Janeiro, 1997.
- OMS, 2004 – 2000-2003-2002-2009
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. Artmed. Porto Alegre, 2000.
- PASQUALOTTI, A.; BOTH, A. **Pessoa idosa, tecnologias de comunicação e interação e educação permanente: um encontro esperado, um fato possível**. In: FERREIRA, A. J.; FRAQUELLI, A. A.; SCHWANKE, C. H. A.; TACQUES, C. O.; MACHADO, L. R.; TERRA, N. L.; SCHNEIDER, R. H.; LINDOSO, Z. C. L. **Inclusão Digital de idosos: a descoberta de um novo mundo**. EDIPUCRS. Porto Alegre, 2008.
- PEREIRA, C.; NEVES, R. **Os idosos e as TIC's – competências de comunicação e qualidade de vida**. Revista Kairós Gerontologia, v. 14, n. 1, 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7099/5139>. Acesso em 23 jul. 2012.
- PINTOS, C. C. G. **O entardecer da existência: ajuda para o idoso viver feliz**. Santuário. São Paulo, 1992.
- PILGER, C; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. de F. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 nov. 2013.
- ROSEN, L. D.; WEIL, M. M. **Adult and teenage use of consumer, business, and entertainment technology: Potholes on the information superhighway**. The Journal of Consumer Affairs, v. 29. 1995.
- SHEPHARD, Roy J. **Demografia do envelhecimento**. In: SHEPHARD, Roy J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. Phorte. São Paulo, 2003.
- SUNDERLAND, T. et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc. v. 37. 1989.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1994.
- WHO. **Active Aging: A policy Framework**. World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2002.



4 - Consequências musculoesqueléticas e articulares da inatividade na senilidade

Júlio César dos Santos Boechat

Reubes Valério da Gama Filho

Mariana Crespo Istoe

1 - Introdução

Estudos sobre o envelhecimento da nossa população, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, revelam que essa faixa etária da população está tendo um crescimento acelerado e, se tem a expectativa que, em poucos anos, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa. Segundo diversos autores, isso se deve a fatores sociais e a um melhor acesso a serviços de saúde, e motivam uma maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção da saúde do idoso.

Para que possamos atingir o objetivo de melhorar a qualidade de vida desta faixa etária populacional, é importante à variabilidade de cada participação profissional, tanto quanto a forma quanto ao conteúdo, necessitando assim, de ações interdisciplinares e multidisciplinares, buscando então, uma equipe que envolva tantas disciplinas profissionais quanto forem necessárias.

Uma característica importante do idoso, está relacionada com as suas funções fisiológicas, que diminuem após os 30 anos de idade, alcançando um acentuado desequilíbrio após os 60 anos. E muito do decréscimo destas funções, pode estar relacionado com o descondicionamento e, o desuso, sendo o idoso mais propenso a apresentar lesões patológicas em diversos sistemas orgânicos, com destaque para as alterações do sistema esquelético e cardiovascular.

Muitas mudanças na qualidade de vida e na diminuição da capacidade funcional do idoso estão ligadas à hospitalização que, muitas vezes, traz conseqüências irreversíveis com manifestações iniciais

no sistema musculoesquelético, afetando diretamente a força muscular, resistência a fadiga e o vigor em função da imobilidade prolongada.

Um dos principais objetivos da medicina de reabilitação, não só da geriatria e gerontologia mas, de maneira geral, é melhorar a função física e psicossocial do indivíduo com doenças crônicas e incapacitantes. Para atingir um ótimo nível de independência devemos, além de diagnosticar e tratar perdas patológicas e funcionais, também monitorar complicações potenciais que poderiam causar problemas adicionais ou incapacidades. As complicações da imobilização e inatividade, nem sempre foram conhecidas como causas de disfunção, porém nas últimas décadas, os profissionais de saúde estão voltando a atenção para os efeitos negativos e maléficos do descanso ou repouso prolongado no leito, da inatividade e os efeitos benéficos da atividade e dos exercícios.

A inatividade ou imobilidade (limitações de movimento) pode alterar o estado emocional do indivíduo, independente da condição que o levou ao decúbito prolongado, podendo apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social e é possível que, com a imobilidade prolongada, uma pessoa normal e saudável desenvolva enrijecimento da musculatura da coluna vertebral e dos membros, fraqueza, osteoporose, alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas de vários componentes das articulações sinoviais, além de descondiçãoamento cardiovascular.

Para se entender e tratar as complicações e transtornos causados pela imobilização, se faz necessário entender as mudanças bioquímicas e histológicas que ocorrem nos tecidos articulares e como estas mudanças afetam seu comportamento mecânico bem como a sequência temporária dessas mudanças, o potencial para a recuperação e como a imobilização influencia na cura.

Sabe-se que a permanência no leito por longos períodos é um fator importante a ser avaliado, pois pode levar a outros danos de natureza física (por exemplo, a úlcera de pressão) e psicossociais (isolamento e depressão) e hoje é comumente aceito que a inatividade pode causar efeitos diversos em múltiplos órgãos e sistemas. Inicialmente, a imobilidade produz uma redução de capacidade funcional de um órgão e mais tarde afeta órgãos múltiplos e sistemas do corpo (sistema cardiovascular, sistema digestório, respiratório, excretor e até o sistema nervoso). Quando a capacidade funcional cai para níveis perigosamente baixos, novos sinais e sintomas aparecem e podem ser observados no Aparelho Locomotor, nos Sistemas Cardiovascular, Respiratório, Genitourinário, Gastrointestinal e no Sistema Nervoso Central.

Portanto, é importante se conhecer e entender o grande número de co-morbidades que envolvem o paciente idoso submetido à imobilidade ou inatividade, pois o tornam mais suscetível às complicações, perda funcional e incapacidades.

2 - Conceituando e Caracterizando a Senilidade

De acordo com Barros Junior (2009), a expressão “terceira idade”, é usada para indicar pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais em superposição à expressão “idosa”, que é usada em dois sentidos: numa visão cronológica, indica “qualquer pessoa com mais de 65 anos”; numa visão social, “pessoas com mais de 60 anos”. Existe, também, outra maneira de referir-se às pessoas dessa faixa etária: a expressão “melhor idade” que, nos últimos tempos, vem sendo muito utilizada, principalmente em documentos oficiais da área social. Segundo Néri (1995) o abandono das visões românticas sobre envelhecimento, levou os cientistas à busca da operacionalização de conceitos e métodos sistemáticos para a investigação de seu objeto.

Uma das principais questões infundadas refere-se aos conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, visto como processos descontínuos nas teorias tradicionais de desenvolvimento comportamental. Outra questão é conceituar funcionamento ocorrendo, nos vários domínios do funcionamento humano e, paralelamente, integrar esses conceitos. Essas questões constam da pauta teórica que adotam uma perspectiva do curso de vida.

Envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, com diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento. A maioria dos modelos biológicos de envelhecimento divide-se em duas categorias: na primeira, estão os modelos que propõem que o envelhecimento procede do acúmulo de dano, que excederia os mecanismos de reparo normal das células; na segunda, os modelos propõem que existe um mecanismo de programa genético escrito nos genes, que definiria o momento em que os processos de senescência começam (NÉRI, 1995).

De acordo com Sinésio (1999, p. 46), “algumas mudanças lentas não são provocadas pelo envelhecimento, mas sim por doenças, como por exemplo, a artrite ou a doença de Alzheimer”. Algumas perdas são consequências inevitáveis do envelhecimento e não se refere a qualquer doença. “Essas mudanças fisiológicas ocorrem com o tempo e fazem parte do processo normal de envelhecimento: como a redução da velocidade de reação e perda da memória em curto prazo”.

No entanto, Guidi e Moreira (1996) salientam que o cronograma biológico de cada ser humano é diferente e, assim, o que resulta ser uma verdade para uma pessoa necessariamente não haverá de ser para outra.

As mudanças constatadas ao longo do processo de envelhecimento dizem respeito a mudanças ou modificações cardiovasculares, respiratórias, musculares, do sistema ósseo, do neurológico, do metabólico, do sistema digestivo, do genito-urinário e, fundamentalmente, da pele. Porém, o poder de sentir, de perceber e compreender essas mudanças não se altera fundamentalmente com a idade (GUIDI; MOREIRA, 1996, p. 46).

É necessário compreender que o envelhecimento é um processo natural, fisiológico, que pode ocorrer a todos os seres humanos. Entretanto, esse mesmo processo é repleto de complexidade peculiar, pois denota mudanças que ocorrem gradativamente a qualquer sujeito e são incontestavelmente influenciadas pelos acontecimentos da vida, como enfermidades, heranças genéticas, estresse ou estado socioeconômico, acesso a cuidados médicos e sua relação com o ambiente. Deste modo, envelhecer é um processo que afeta o corpo todo, cada órgão, de forma independente, subtrai aos poucos a sua função e o corpo envelhece.

A senescência, segundo Schlindwein-Zanini (2009), traz consigo, um conjunto de mudanças neuropsicológicas, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, sociais e culturais à vida do indivíduo, onde o ingresso nesta faixa etária se desenvolve como um processo dinâmico involuntário, que tributa ao idoso a prática de sua capacidade adaptativa, a esta nova e desafiadora realidade.

Segundo Néri (2001), o envelhecimento é uma questão que tem estimulado a curiosidade e a imaginação do homem. Nas últimas décadas, com os avanços da tecnologia e da medicina levando a um aumento geral na expectativa de vida das populações. A preocupação com o assunto tem crescido significativamente.

Atualmente, há uma quantidade significativa de conhecimentos que procura compreender os fenômenos biológicos que levam à deterioração lenta e progressiva das capacidades biológicas do processo de envelhecimento do ser humano.

Envelhecer com dignidade e de forma contributiva para a sociedade talvez seja um dos maiores desafios para homens e mulheres neste século. A humanidade já viveu épocas em que o grande desafio era chegar até a fase adulta, pois a expectativa de vida era muito inferior à que conseguimos para os dias de hoje. Durante séculos, a humanidade lutou contra doenças e acidentes ambientais para conseguir, em algumas partes deste planeta, ampliar significativamente as perspectivas de viver mais e melhor. A ciência e a política, a partir de demandas da sociedade, conseguiram melhorar a qualidade de vida de boa parte dos cidadãos do mundo e empurraram a velhice para muito mais longe (BARROS JUNIOR, 2009, p. 49).

De fato, envelhecer é um processo que atinge todos os tecidos. Cada órgão, independentemente, reduz aos poucos sua função e o corpo se torna senil. Envelhecer é um processo que começa com o nascimento e termina com a morte. Durante o período de crescimento, processos de construção dos tecidos sobrepõem-se às alterações degenerativas.

O processo de envelhecimento, sem dúvida, desencadeia o aumento de limitações de ordem biológica, em decorrência de fatores de natureza genética e ambiental. No entanto, ressalvados casos de ocorrência de patologias graves que comprometam

funcionalidade física e mental, na velhice, é possível haver conservação de competências e habilidades intelectuais, bem como do funcionamento do ego. A acumulação de experiências permite a alguns idosos até mesmo alcançar um elevado grau de especialização e domínio nos mais diversos campos das atividades humanas [...] (NÉRI, 2001, p. 143).

Na concepção de Néri (1995), a idade cronológica é então apenas um indicador, e não uma variável independente do desenvolvimento. Nesse sentido, o envelhecimento e o desenvolvimento são eventos correspondentes, visto que ambos são eventos de duração, relativos à transformação em padrões comportamentais. As mudanças podem ser discretas em termos de ganhos e perdas, e o desenvolvimento e o envelhecimento como determinantes da diminuição de probabilidade de adaptação geral e da sobrevivência do organismo.

Os fatores determinantes deste maravilhoso fenômeno são cada vez mais estudados e conhecidos, porém são as suas consequências no indivíduo e na sociedade que merecem, ainda, uma maior atenção daqueles que dedicam as suas atividades profissionais em prol da promoção da saúde do idoso.

Não há apenas um maior interesse em conhecer o envelhecimento mas, há também e principalmente, uma enorme necessidade de que seja rápida e amplamente compreendido em todas as suas nuances orgânicas, psíquicas e sociais, visto que o atendimento ao idoso já se coloca entre os principais problemas de saúde pública, não apenas nos países desenvolvidos, mas também, naqueles em desenvolvimento,

como o nosso (JACOB FILHO; SOUZA, 2005, p. 31).

Sinésio (1999), finaliza elucidando que um bom prognóstico para as doenças psíquicas na terceira idade é o exercício físico ou atividade física regular que, embora não impeça o processo de envelhecimento, diminui a velocidade da perda fisiológica, aumentando os índices de performance dos idosos e melhorando a sua qualidade de vida.

3 - Inatividade e a síndrome do imobilismo

Muitas desordens do aparelho locomotor acontecem pelo longo período de imobilidade no leito onde há um decréscimo na atividade física e, por conseguinte, nos efeitos benéficos que ela produz. Não são apenas as desordens de origem neurogênica ou miogênica que levam a este quadro. Problemas ortopédicos, queimaduras, alguns tipos de infecções, alterações psiquiátricas e quadro algico intenso levam o indivíduo a permanecer por um período prolongado de restrições no leito (REDONDO, 2005). A síndrome da imobilidade é um conjunto de alterações que ocorrem no indivíduo acamado por um período de tempo prolongado.

Independente da condição inicial que motivou ao decúbito prolongado, esta síndrome evolui para problemas circulatórios, dermatológicos, respiratórios e, muitas vezes, psicológicos. Muito da morbidade e mortalidade associada ao paciente restrito ao leito advêm dessas complicações músculoesqueléticas e viscerais (BASS, 2006). De acordo com ZINNI (2003), é quando a pessoa idosa precisa ficar imobilizada, devido a uma queda, resultando em uma fratura. O repouso beneficia a região lesada mais seu prolongamento prejudica o resto do organismo. As complicações afetam sistemas como cardiorespiratório, vascular, endócrino,

gastrointestinais, urinário, muscular, esquelético e neurológico. Sendo que estas complicações podem ser aumentadas dependendo dos fatores pré-existentes de cada paciente.

Entenderemos melhor a síndrome de imobilidade no leito se conhecermos a biomecânica de nosso organismo. Sabemos que o ser humano é desenhado para ser móvel, principalmente porque 40% do nosso organismo é composto de músculos esqueléticos. Além do mais, somos dependentes da atividade física para que haja a manutenção deste sistema músculo-esquelético e para a melhor função de nossos órgãos internos. Sabemos, por exemplo, que a reabsorção óssea é feita através dos estímulos de pressão e tração que este segmento recebe ao longo do dia, onde nos locomovemos e pressionamos as estruturas. Outros exemplos da falta de atividade física são insuficiências cardíacas, deterioração articular, condições tromboembólicas, estase gastrointestinal e estase urinária. A fisiopatologia das alterações que acontecem devido ao longo decúbito começa cedo e evolui rapidamente. Muitas das desordens são reversíveis, mas quanto maior o período de imobilização mais difícil será a sua reabilitação (BASS, 2006).

Historicamente, sempre houve controvérsias a respeito do repouso prolongado (ou seja da manutenção superior a 15 dias de uma pessoa no leito) e também que, antigamente, era parte do tratamento o paciente permanecer em repouso. Hoje, sabemos que um dos papéis mais importantes do Fisioterapeuta na unidade hospitalar é o da retirada precoce do paciente do leito evitando, assim, diversas patologias associadas ao longo decúbito como úlceras de pressão (escaras) e pneumonia. Algumas classificações são consideradas para este tipo de restrição. Dependendo do tempo de permanência no leito alteram-se a sua classificação onde temos: de 7 a 10 dias é caracterizado como período de repouso, 12 a 15 dias como período de imobilização e 15 dias ou mais como decúbito de longa duração (REDONDO, 2005).

4 - Consequencias da inatividade para o sistema musculo-esquelético

Os efeitos deletérios da imobilização são derivados de percalços que inevitavelmente resultam em um período maior ou menor de imobilidade buscando sua reabilitação e, segundo Carvalho (2002 *apud* VANDENBORNE, 1998) as fraturas ósseas, rupturas ligamentares, lesões musculares, assim como doenças degenerativas ou articulares, podem exigir cirurgias ou tratamento conservador com conseqüente imobilização dos membros.

Baseando-se no relato de Akeson (1986) dentre as mais importantes mudanças no metabolismo protéico observa-se a proliferação do tecido conectivo fibroso dentro do espaço articular, adesões entre articulações sinoviais, aderência do tecido conectivo fibroso e superficial da cartilagem, atrofia ou bloqueio da cartilagem, “ulceração” nos pontos entre cartilagem de contato, desorganização das células e fibras ligamentares, enfraquecimento no local de inserção dos ligamentos, reabsorção osteoclástica no osso e fibras de Sharpy, osteoporose da extremidade envolvida, grande necessidade de força na mobilização articular e crescimento da incongruência ligamentar.

4.1 - Osteopenia e hipercalcemia como efeito da inatividade prolongada.

Embora o fenômeno de perda óssea durante períodos prolongados de imobilização seja bem conhecido, ele fica geralmente, clinicamente silencioso por anos, pois o paciente não manifesta nenhuma queixa relacionada com a diminuição da densidade mineral óssea. As radiografias de rotina não revelam a presença de osteoporose ou de diminuição da Densidade Mineral Óssea (DMO) até ocorrer uma perda de 40% da densidade total do osso

em função do controle humano da liberação da radiação no exame o que pode gerar um falso resultado, não sendo, portanto um exame de eleição para avaliação de densidade mineral óssea. A cintilografia óssea pode ser positiva, particularmente em metáfises de ossos longos e por esqueleto axial, devido ao aumento do fluxo sanguíneo na região (KOTTKE, 1994).

O melhor método para avaliação de redução de massa óssea e que é utilizado como rotina para este fim é a Densitometria Óssea, porém não é um exame solicitado com rotina até que haja indicação clínica para solicitação.

A síndrome de hipercalcemia de imobilização não é rara em crianças e adolescentes; estudos têm indicado que, até 50% das crianças saudáveis com fraturas únicas do membro inferior (em gesso ou mantidas sob tração) em repouso no leito terão hipercalcemia, o que é confirmada por achados positivos em testes laboratoriais. A hipercalcemia sintomática ocorre, aproximadamente em quatro semanas, após o início do repouso no leito. Os sinais incluem anorexia, dor abdominal, constipação, náusea e vômito.

Os sinais neurológicos progressivos são: fraqueza, hipotonia, instabilidade emocional, estupor e finalmente coma. A hipertensão grave também pode acompanhar esta síndrome.

O diagnóstico deve ser considerado em face da inatividade prolongada de uma criança ou jovem com uma fratura (KOTTKE, 1994). A lei de Wolff determina que a morfologia óssea e a densidade dependem das forças que agem sobre o osso. As forças normais são rompidas durante a imobilização e situações de não suporte de peso. Estudos feitos em animais indicam que a reabsorção do osso é a primeira alteração da sua cinética. Isto é particularmente verdadeiro para o osso trabecular, embora a perda óssea cortical possa ser significativa (KOTTKE, 1994).

4.2 - Repercussões da inatividade sobre as articulações

As cápsulas fibrosas e os ligamentos funcionam como estabilizadores secundários da articulação. Estas estruturas são inervadas com terminações proprioceptivas e podem enviar sinais para centros neurológicos compensadores através de respostas musculares, quando trações excessivas são aplicadas às articulações. Os ligamentos estabilizam passivamente as articulações quando são reforçadas pela estabilização dinâmica promovida pelos músculos que se interligam as articulações pelo sistema nervoso central. Segundo Akeson (1986) existem dois esquemas para inserção dos componentes das fibras articulares: uma inserção perióstica de mais fibras periféricas e uma inserção óssea para fibras ligamentares centrais que se caracteriza por três zonas de trânsito que se incluem o ligamento, a fibrocartilagem, mineralizada e osso. Esta transição previne a concentração de stress na inserção do ligamento ósseo. As diferenças regionais anatômicas das articulações influenciam no índice de recuperação da imobilização.

O líquido sinovial lubrifica estruturas ligamentosas da articulação e nutre estruturas como cartilagem, meniscos e ligamentos. E esta nutrição é aumentada pelos movimentos acentuados da articulação (REDONDO, 2005).

Cerca de 80% da matriz sólida do ligamento é colágeno arumado em tiras paralelas chamadas de fascículos orientados ao longo do maior eixo do ligamento. Os ligamentos conservam sua orientação uniaxial, mesmo em movimento, otimizando as suas propriedades elásticas. Esses ligamentos contêm, sem sua estrutura, de 3% a 5% de elastina que compensam a rigidez das inserções proximal e distal (AKESON, 1986). A estrutura capsular fibrosa, bem como os ligamentos, é predominantemente colágeno com uma formação de tecido cruzado como se fosse uma mangueira de nylon em que debaixo de tensão, suas fibras são

tracionadas na direção da força e então alongadas em nova direção e, com isso, um grande deslocamento é permitido sem transmissão de força, até que as fibras sejam colocadas em ordem e capazes de exercer força nos seus respectivos pontos de fixação (KOTTKE, 1994).

Uma grande variedade de mecanismos patológicos podem desenvolver **contraturas artrogênicas**. O mecanismo mais comumente observado em ortopedia diz respeito a tratamento de fraturas com gesso e pode ser associada ao que chamamos de “Síndrome de fratura” que inclui edema crônico, atrofia muscular, bloqueio articular e osteopenia por desuso. Outros mecanismos incluindo, desordens congênitas e doenças crônicas que resultam na incongruência mecânica da superfície articular, que pode gerar dor e destruição articular com perda do poder motor que leva ao bloqueio (AKESON, 1986).

As articulações sinoviais necessitam de atividade física para estimular a homeostase e manter a composição biomecânica matricial. A maneira pela qual as células interpretam sinais físicos para manter as suas características, desejáveis da matriz não é certa, porém, postula-se que, sensores mecânicos de tensão e compressão e sensores elétricos atuam sobre as fibras de colágeno.

Os fibroblastos e condrócitos interpretam forças físicas que influenciam o poder de síntese e de degradação dos componentes da matriz e dos componentes extracelulares à matriz (KOTTKE, 1994).

Foram realizados estudos em roedores adultos imobilizados onde se observou mudanças logo com duas semanas, que foram a atrofia muscular e do tecido conectivo fibroso. No período de 30 a 60 dias, observou-se úlcera na cartilagem na área de compressão. Foi notada uma proliferação fibrovascular no osso subcondral no joelho imobilizado por mais de 60 dias. Todos os joelhos

imobilizados por muito tempo ficaram bloqueados, mas foram recuperados após tratamento, porém os defeitos adquiridos na cartilagem se mantiveram após remobilização (AKESON, 1986).

Outros pesquisadores realizaram testes também em roedores utilizando imobilização com e sem efeitos de carga e, em 45 dias, ocorreu proliferação do tecido conectivo fibroso com aderência em ambos. O desgaste da cartilagem não foi notado, mas a diminuição da celularidade e coloração da matriz foram observadas em 45 dias de imobilização sem carga e estas mudanças foram levemente pioradas no grupo com carga.

Em seres humanos, foram avaliados pacientes imobilizados por 12 meses ou mais, através de autópsias e amputações e notou-se que, a obliteração do espaço articular por proliferação fibroblástica e anquilose fibrótica eram seqüelas em longo prazo. Baker observou uma mudança semelhante nas facetas articulares espinhais imobilizados por fusão espinhal onde se notou semelhanças ou paralelos aos estudos feitos anteriormente (AKESON, 1986).

E, ainda segundo Akeson (1986), o resultado protéico macroscópico e microscópicos feitos após período prolongado de imobilização, notaram-se com relação ao líquido sinovial, uma proliferação do tecido conectivo, fibrose no espaço articular, aderência do tecido conectivo fibroso e da superfície da cartilagem, atrofia de cartilagem, necrose de pressão em pontos de contato entre cartilagem, em nível ligamentar ocorre uma desorganização de arranjo paralelo das fibras e das células e nas inserções ligamentares ocorre uma destruição das fibras de inserção óssea do ligamento devido à atividade osteoclástica e finalmente no osso ocorre uma osteoporose generalizada.

Quando observamos a **biomecânica articular**, notamos que o grande aumento de inflexibilidade na articulação resulta da aderência total, mas também, das inserções das fibras dispostas como

traçadas ou malha tipo mangueira da capsular ou tecido sinovial na parte posterior do joelho. Inversamente a isso, os ligamentos são afetados diretamente onde o movimento das fibras extracelulares, onde a qualidade do que é feito na matriz da fibra do ligamento reduz a sua elasticidade, comparados à aquelas com matriz, despontam paralelamente. Por isso, os ligamentos se tornam menos rígidos depois de várias semanas de imobilização (AKESON, 1986). As **mudanças bioquímicas** da matriz do tecido conectivo devido à imobilização incluem: redução do volume de água, redução total de GAGs (glicosaminoglicanos) redução de massa de colágeno, aumento paralelo das fibras de elos cruzados de colágeno associada ao volume de síntese.

A massa de colágeno é reduzida em apenas 5% após 9 semanas de imobilização. Segundo Vojvodic (2004), com uma semana de imobilização inicia-se a troca de fibras colágenas tipo III pelas do tipo I, de tal forma que, em três semanas, há um predomínio das fibras tipo I (colágeno mais denso). Outra alteração qualitativa seria o aumento no número de ligações cruzadas (rearranjo). Uma mudança na matriz é clara observando-se os elos cruzados de colágeno. Estes elos cruzados são associados com novas combinações de colágeno e sua presença em grande quantidade indica aumento do colágeno imaturo no tecido. Essas novas combinações de colágeno incluem a perda do colágeno velho e a formação de novos colágenos, resultando na perda de 5% anteriormente citada, outras mudanças proteolíticas na matriz são relativas à perda de água e mudanças de GAGs na matriz do tecido conectivo fibroso. A implicação da perda de significantes diminuições do espaço articular e lubrificação eficiente da matriz (AKESON, 1986).

O crescimento das mudanças metabólicas dos constituintes da matriz causa desorganização da matriz na ausência do controle das forças. Por causa da agressão da tropocolágeno dentro

das fibras sem um acontecimento extracelular, fatores alheios à influência direta da célula devem ser importantes na organização da reunião de proteínas extracelulares. Enquanto a natureza dos sinais em controle não são estabelecidos, sinais físicos como a tensão ou sinais elétricos podem ser fatores (AKESON, 1986).

No tecido altamente ordenado como os ligamentos nos quais as fibras são organizadas em ordem paralela, novas fibras desordenadas resultam em dramáticas mudanças nas características físicas. Observa-se o aumento da extensibilidade, bem como a diminuição da rigidez com reduzida absorção de energia e uma resistência reduzida. Em mais tecidos extensos como a sinóvia e cápsula a disposição desordenada das fibras aparece para impedir a flexibilidade impedindo o deslizamento de fibra sobre fibra nos pontos nodais. A perda do potencial de deslizamento nestes pontos previne a malha de adaptações para mudanças de condições de resistência alterando a forma. As características de regiões longas tais como as malhas do dedo do pé, são desse modo perdidas e esse processo envolve clinicamente uma contratura articular (GUYTON, 1996).

4.3 - Repercussões da inatividade prolongada sobre o sistema muscular

O músculo é o elemento motor do corpo humano acionado voluntariamente ou reflexamente aos seguimentos corpóreos. “A função do músculo esquelético depende da atividade proprioceptiva intacta, inervação motora, carga mecânica e atividade articular” (CARVALHO, 2002). A inatividade e a imobilização afetam diretamente a força muscular, resistência à fadiga e vigor.

“O músculo é o mais mutável dentre os tecidos biológicos e responde à demandas normais e alteradas com adaptações morfológicas e funcionais” (Carvalho, 2002 *apud* APPELL, 1986).

Na posição deitada, a atividade muscular é mínima e a força exercida pela gravidade nos ossos e nos tecidos de apoio é reduzida. No repouso completo e prolongado, um músculo perderá de 10 a 15% de força por semana e 50% em três ou cinco semanas. Em dois meses o volume do músculo poderá diminuir para a metade do trabalho original. As mudanças histológicas vistas no músculo em microscópio eletrônico depois de seis semanas de imobilização são: degeneração de fibras e um aumento da produção de gordura e tecido fibroso (CARVALHO, 2002). Um número de alterações dos parâmetros fisiológicos pode ser vistos nos músculos com prolongada inatividade. A atividade enzimática oxidativa, em particular, é afetada adversamente, resultando em baixa tolerância e falta de oxigênio e acúmulo precoce e prolongado de ácido láctico (KOTTKE, 1994).

Estudos anteriores demonstram que o repouso no leito foi associado ao estado catabólico, resultando em aumento de eliminação urinária de nitrogênio. O desencadeador desse equilíbrio negativo de nitrogênio é ainda desconhecido; a degradação da proteína muscular e a síntese reduzida das proteínas contráteis têm sido implicadas. Recentemente, tem-se evidências de enzimas proteolíticas cálcio-ativas localizadas no sarcolema. Ainda, outras teorias para a atrofia muscular e degeneração têm incluído alterações na influência dos fatores de crescimento (por exemplo, fibroblastos ou fator de crescimento epidérmico) ou um redução nos locais de ligação no sarcoma. Segundo Guyton (1997) vários mecanismos são responsáveis pelo aumento da capacidade funcional do músculo. Uma densidade capilar maior é aumento do fluxo sanguíneo através do músculo, e prolongam o trânsito de sangue, permitindo o aumento de absorção de nutrientes e oxigênio.

O músculo, propriamente dito, mostra elevada atividade enzimática oxidativa com o aumento da utilização de piruvatos, ácidos graxos e cetonas. O aumento proporcional na utilização do ácido

graxo livre reduz a demanda por glicose, assim preservando o armazenamento e a reserva de glicogênio. Este aumento nas reservas, junto com a melhor utilização dos nutrientes altamente energéticos, contribui significativamente, para a resistência muscular à fadiga. De acordo com CHINGUI (2002 *apud* EXTON, 1987) a musculatura esquelética é o tecido mais importante envolvido na homeostasia glicêmica, pela capacidade de captar grandes quantidades de glicose após infusão ou ingestão. Em condições basais, as fibras musculares esqueléticas apresentam pequenas concentrações citosólicas de glicose, porém, frente à hiperinsulinemia, hiperglicemia ou atividade física, ocorre uma maior captação da hexose, que pode ser oxidada e liberada na forma de lactato, alanina ou piruvato ou direcionada para formação de glicogênio. Os músculos devem ser usados regularmente para que sua capacidade funcional seja mantida. As **contraturas musculares** podem ser secundárias a fatores intrínsecos ou extrínsecos. Uma contração muscular intrínseca é estrutural por natureza e pode estar associada com processos inflamatórios, degenerativos, isquêmicos ou traumáticos no próprio músculo (KOTTKE, 1994).

As distrofias musculares são clássicos exemplos de um processo degenerativo. As mudanças histológicas nas distrofias incluem perda de fibra muscular, necrose segmentar das fibras musculares, aparência anormal de fibras musculares, residuais e aumento de lipocitose e fibrose. O resultado final é a degeneração do músculo e a proliferação do novo tecido conectivo subsequente ao encurtamento do músculo. A fibrose também é implicada como uma seqüela de mudanças isquêmicas ou trauma direto ao músculo. Imediatamente após a hemorragia, ocorre a deposição de fibrina no lugar do sangramento. Dois ou três dias depois, as fibras de fibrina são substituídas por fibras reticulares, o que forma uma rede frouxa de tecido conectivo. Se o músculo é mantido imobilizado, um tecido denso é formado em menos de sete dias.

Em três semanas, tiras largas de tecido fibroso denso irão resistir ao alongamento, limitando a amplitude de movimento de articulação (KOTTKE, 1994 & DURIGAN, 2006).

Kottke (1994) diz que, dentre as causas do encurtamento muscular intrínseco, a ossificação heterotópica resulta da metaplasia de colágeno ao osso. Parece que o músculo sofre contraturas durante a inatividade, porque existe uma mudança na natureza e no conteúdo das fibras de colágeno que se acham ao redor e entre as fibras musculares (colágeno do endomésio, perimésio e epimésio).

Durante a tensão passiva, o sarcolema começa a alongar quando, aproximadamente, 40% do alongamento de fibra muscular já ocorreu. O consenso, portanto, é que as miofibrilas, mais do que as membranas musculares, são os principais contribuidores para a elasticidade que se atribuía à fibra muscular. Kottke (1994) afirma que a estrutura muscular intracelular, estudada na preparação de uma única fibra muscular no alongamento inicial, mostra a elasticidade a que se atribui um valor de 5×10 dinas por cm, quando comparado com 5×10 dinas por cm para sarcolema.

Porém, a elasticidade para fibras de colágeno é significativamente mais alta: 10 dinas por cm. Assim, a rede de fibra de colágeno é o fator mais importante na restrição do alongamento passivo de todo o músculo.

A contribuição progressiva da rede de fibras de colágeno para a tensão passiva na medida em que o músculo é alongado, pode ser explicada pelo fato de que, em uma tensão mais alta, ocorre um recrutamento progressivo de fibras frouxas de colágeno, contribuindo para o aumento da resistência. Em um músculo em repouso, nem todas as fibras de colágeno são orientadas paralelamente ao eixo longitudinal da fibra muscular e na direção da contração muscular.

Conforme a tensão passiva é aumentada progressivamente, um grande número de fibras de colágeno endireita-se na direção de contração e tornam-se mais efetivos para dar resistência passiva. Ademais, durante o alongamento, as maiorias das fibras de colágeno estão esticadas totalmente até mesmo antes que os elementos das fibras de colágeno desenvolvam um papel, antes mesmo do que os elementos das fibras de colágeno possam desenvolver um papel muito importante na resistência passiva ao alongamento (CARVALHO, 2002 & DURIGAN, 2006).

Sob condições normais, as fibras de colágeno têm o formato de mola e são organizadas frouxamente para permitir uma amplitude total de movimento. Porém, se uma posição encurtada do músculo for mantida por mais de cinco a sete dias, o tecido conectivo frouxo do ventre muscular torna-se encurtado e então gradualmente se transforma em tecido conectivo denso. Segundo Vojvodic (2004), o imobilismo é o responsável pelas seguintes alterações musculares:

- Diminuição no nível de glicogênio e ATP.
- A diminuição na atividade muscular pode comprometer a irrigação sanguínea com:
- Baixa tolerância ao ácido lático e débito de O^2 com conseqüente diminuição na capacidade oxidativa.
- Diminuição da síntese protéica (observada na sexta hora).
- Atrofia das fibras musculares tipo I e II.
- Diminuição da força muscular e diminuição do número de sarcômeros.
- Diminuição do torque.
- Incoordenação pela fraqueza generalizada resultando em má qualidade de movimento.

- Dor/desconforto após a imobilização (imobilidade induz a um processo inflamatório tecidual com liberação de substâncias que estimulam os receptores locais de dor).

5 - Terapêutica nas alterações osteomusculares e articulares

É objetivo fundamental da medicina de reabilitação a busca por meios de proporcionar um retorno a suas Atividades de Vida Diária (AVD's) no menor período possível aos pacientes expostos à imobilidade. Sendo assim, o treinamento funcional deve focar o desenvolvimento de habilidades para a solução de problemas e estratégias compensatórias apropriadas, a fim de assegurar que as tarefas de AVD's sejam realizadas.

Portanto, a busca por novas técnicas para tratamento dos efeitos deletérios da imobilidade (Síndrome do Imobilismo) está sendo utilizada como auxílio neste objetivo (SULLIVAN, 2004). A utilização da atividade física durante o período de imobilização pode reduzir as mudanças fisiológicas desfavoráveis e as complicações geradas pela imobilidade, melhorando a qualidade de vida do sujeito durante e pós enfermidade (MELO 2004 *apud* ROWLAND, 2000).

O posicionamento adequado no leito associado a um programa de cinesioterapia dirigida é fundamental para a prevenção de contraturas osteomusculares e articulares (REDONDO, 2006). A utilização de técnicas de mobilização passiva, o mais precoce possível, evoluindo para mobilização ativa se mostra fundamental na redução do tempo de repouso no leito que deverá ser realizada progressivamente levando-se em conta, a condição clínica do paciente.

A mobilização precoce diminui a incidência de tromboembolismo e de trombose venosa profunda além de permitir a melhor oxigenação e nutrição dos órgãos internos (BASS, 2006).

Como uma das principais conseqüências relacionadas ao desuso do aparelho locomotor podemos citar “a redução da elasticidade muscular, redução da amplitude de movimento e, até mesmo, a contratura muscular devido à proliferação do tecido conjuntivo” (DURIGAN, 2006 *apud* JOZSA, 1990), além da redução das reservas de glicogênio e conseqüente queda da homeostesia energética e morfológica, levando ao que chamamos de hipotrofia muscular.

De acordo com Akeson (1986), para se reverter estes quadros, postulam-se algumas formas bioquímicas de tratamentos das deformidades e contraturas que, dentre elas, vale a pena mencionar os Inibidores da Síntese de Colágeno, os Inibidores dos Elos Cruzados de Colágeno (necessários para maturação do novo colágeno sintetizado), a Penicilina, o Estrogênio e o Ácido Hialurônico.

Ainda no intuito de minimizar os efeitos deletérios do desuso no tecido muscular dentre as diversas técnicas que vem sendo utilizadas, temos a estimulação elétrica neuromuscular (EE) com o objetivo de melhorar as condições homeostáticas da fibra muscular e Durigan (2006), relata que foi observada redução da densidade da área de tecido conjuntivo, apontando para uma possível redução de fibrose, e aumento na quantidade de grânulos de glicogênio. A EE também promove a elevação na atividade contrátil das fibras musculares. Desse modo a dinâmica de captação e metabolismo da glicose e a atividade das vias metabólicas celulares é aumentada, uma vez que, dos grupos submetidos, somente a EE apresentou maiores reservas de glicogênio.

Os efeitos da inatividade ou da imobilidade no organismo vão além de contraturas artrogênicas. Esses efeitos podem causar conseqüências aos sistemas do corpo humano, variando conforme a

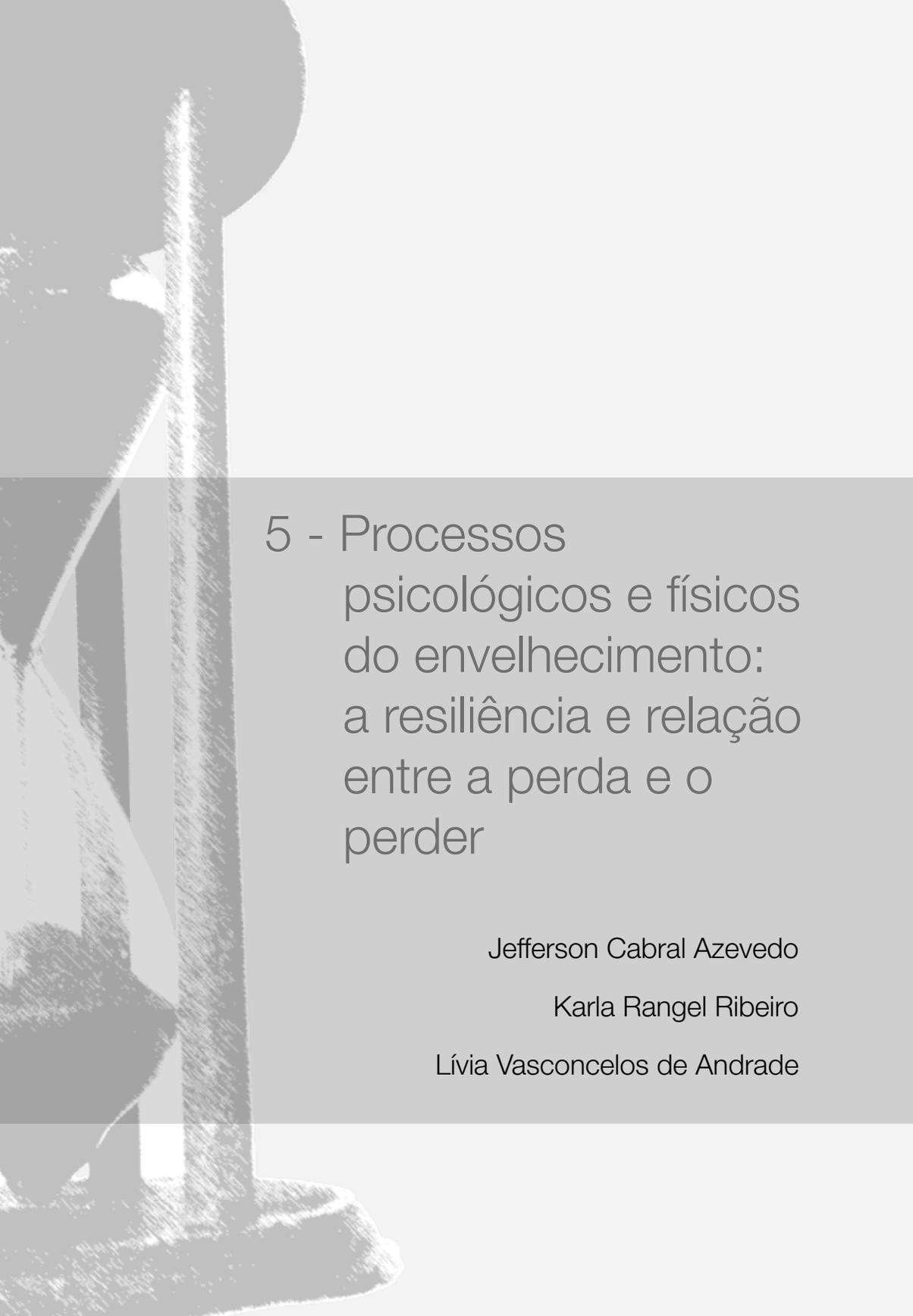
gravidade da lesão, tipo de imobilização, tempo de imobilização e distúrbios secundários, que podem ser adquiridos com o tempo de inatividade e muitas vezes de repouso completo no leito. Quanto maior o tempo de inatividade ou de imobilização, maiores serão seus efeitos nos sistemas do organismo onde uma lesão predispõe ou facilita a implantação de outras complicações como, por exemplo, o nível cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, sistema nervoso central etc.

Seria importante atentarmos para a prevenção de patologias secundárias à imobilização para que a recuperação se desse de uma forma mais rápida e eficaz. Essa prevenção inicia-se desde o momento de implantação do trauma sofrido mesmo com o uso de imobilização, como gesso por exemplo, onde temos grande fixação. A mobilização se faz necessária para que seja mantido um bom alongamento fisiológico das estruturas articulares e musculares envolvidas, porém os seus efeitos deletérios devem continuar sendo estudados a fim de se buscar cada vez mais técnicas para a reabilitação, o quanto mais rápido possível para os pacientes atingidos e para a sociedade. Portanto, é indicado que, de maneira mais precoce possível, seja implantada uma terapia de remobilização, principalmente para a pessoa idosa, evitando assim, um comprometimento de outros componentes corporais, o que dificultará ainda mais o processo de reabilitação.

6 - Referências

- AKESON, W.H. et al. **Effects of Immobilizations on Joints**. Fisiotherapy. p. 28, 1986.
- BARROS JÚNIOR, J. C. **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. Organizador. 1 ed. Edicon. São Paulo, 2009. p. 500.
- BASS, B. L. **Consequências da Síndrome do Imobilismo no Leito**. Rio de Janeiro. Abril de 2006. Disponível em: <http://www.ortofisio.siteonline.com.br>. Acesso em 23 de março de 2007.
- CARVALHO, C. M. M.; SHIMANO, A. C.; VOLPON, J. B. **Efeitos da Imobilização e do exercício físico em algumas propriedades mecânicas do músculo esquelético**. Revista brasileira de Engenharia Biomédica, v. 18. N 2. 2002. p. 65-73.
- CHINGUI, J. L. et al. **Perfil metabólico muscular nos períodos de 1, 2, 3, 7 e 15 dias de imobilização articular**. Dissertação. Piracicaba, UNIMEP. 2005.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO M. J. E. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. Atheneu. São Paulo, 2005.
- DURIGAN, J. L. Q. et al. **Efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular sobre o membro posterior imobilizado de ratos durante 15 dias: Análises Metabólicas e Morfométricas**. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 10, n. 3, 2006. p. 297-302.
- GUIDI, M. L. M.; MOREIRA, M. R. L. P. **Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida**. 2 ed. UnB. Brasília, 1996.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1997.
- JACOB FILHO W, SOUZA R. R. **Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento**. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. Atheneu. São Paulo, 2005. p. 31-40.
- KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. Atheneu. São Paulo, 2006.
- KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. v 2. 4 ed. Manole. São Paulo, 1994.
- MELO, A. C. R.; LÓPEZ, R. F. A. **Efeitos da atividade física na redução dos efeitos do imobilismo**. In: Revista Digital. Buenos Aires, Argentina, ano 10, n. 68, Janeiro de 2004. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd50/efeitos.htm>. Acesso em 27 de março de 2007.
- NERI, A. L. **Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Papirus. Campinas, 1995.
- _____. **Velhice e qualidade de vida na mulher**. NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Papirus. Campinas, 2001.
- O' SULIVANN, S. B.; SCHIMITZ, T. J. **Fisioterapia. Avaliação e Tratamento**. 4 ed. Manole. São Paulo, 2004.
- RAPOSO, A. C.; LÓPEZ, R. F. A. **Efeitos da imobilização Prolongada e Atividade Física**. In: Revista Digital. Buenos Aires, Argentina, ano 8, n. 50, Julho de 2002. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd50/efeitos.htm>. Acesso em 22 de agosto de 2011.

- REDONDO, K. L. **Síndrome do Imobilismo**. Maio de 2005. Disponível em http://www.kathialr.hpg.ig.com.br/saúde/10/index_int_20.html. Acesso em 22 de agosto de 2011.
- SCHLINDWEIN-ZANINI, R. **Aspectos psicológicos e neuropsicológicos do idoso**. In: ROSA NETO, F. (Org.). **Manual de atividade motora para terceira idade**. 1 ed. Artmed. Porto Alegre, 2009.
- SINÉSIO, N. B. O. **Universidade da Melhor Idade: Uma Proposta Salesiana para Idosos**. UCDB. Campo Grande, 1999. p. 165.
- VERAS, R. P. e CAMARGO Jr., K. **Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida**. In: Veras, R. (org.) **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Relume-Dumarã - UnATI - UERJ. Rio de Janeiro, 1995. p. 11-27.
- VOJVODIC, C. **Síndrome do Imobilismo 2004**. Monografia (Especialização de Fisioterapia Respiratória em ventilação mecânica com ênfase em traumatocirúrgico). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- ZINNI, J. V. S.; PUSSI, F. A. **O Papel da fisioterapia na prevenção da instabilidade e quedas em Idosos**. In: **Fisioweb WGate**. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/traumato/instabilidade_po. Acesso em 22 de agosto de 2011.



5 - Processos
psicológicos e físicos
do envelhecimento:
a resiliência e relação
entre a perda e o
perder

Jefferson Cabral Azevedo

Karla Rangel Ribeiro

Lívia Vasconcelos de Andrade

Resumo: Sob a perspectiva das ciências da área da saúde, o envelhecimento dá-se por um processo de modificações estruturais neurológicas, psicológicas e funcionais. Pode-se inferir, ainda, as concepções sociais referentes aos ambientes sociocultural e econômico, determinando comportamentos relativos ao estilo de vida, sedentarismo e resiliência. O presente artigo teórico tem como finalidade, trazer diversas perspectivas sobre o envelhecimento sadio e patológico, objetivando relatar os processos das modificações físicas e cognitivas sobre o envelhecimento, apresentando ações preventivas para proporcionar qualidade de vida e inserção social.

Palavras-chave: envelhecimento, resiliência, cognição, fisiologia e desenvolvimento humano.

1 - Apresentação

O envelhecimento é um processo normal do desenvolvimento humano, que apresenta diversas características relativas às modificações estruturais correspondentes aos aspectos neuropsicobiológicos, modificando estruturas funcionais e determinando novas estruturas psíquicas e sociais. O envelhecer, na civilização ocidental, vem recebendo grande atenção por parte da sociedade, pois diversos países apresentam uma pirâmide etária com ampla evolução entre pessoas acima de 60 anos, necessitando, assim, de uma reestruturação nas políticas das áreas da saúde, mobilidade urbana, econômica, entre outras. Neste âmbito, faz-se necessário ampliar os esforços para diversificar os estudos na área da psicologia, fisiologia, biologia, medicina, sociologia e gestão pública para, de forma interdisciplinar,

abordar ações preventivas e de intervenção com a finalidade de compreender o processo do envelhecimento de forma holística. Neste sentido, objetiva-se no presente artigo, levantar questionamentos que contribuam ao entendimento do envelhecer e suas formações identitárias, compreendendo as transformações inerentes ao ser biológico, social e psicológico, valorizando a cidadania e as políticas de inclusão.

2 - O Brasil e o envelhecer.

O envelhecer é diretamente proporcional à passagem do tempo e seus efeitos sobre o organismo são irreversíveis, produzindo modificações somáticas e psíquicas. Em *História Social da Criança e da Família*, Aries (1990) relata que o envelhecer na Idade Média e Moderna possuía uma característica de senilidade, caduquice, de improdutividade ou, ainda, de incapacidade; e diz que:

A velhice segundo Isidoro, é assim chamada porque as pessoas velhas já não têm os sentidos tão bons como já tiveram, e caducam em sua velhice... A última parte da velhice é chamada *senies* em latim, mas em francês não possui outro nome além de *vieillesse*... O velho está sempre tossindo, escarrando e sujando [ainda estamos longe do nobre ancião de Greuze e do Romantismo], até voltar a ser a cinza da qual foi tirado (ARIES, 1990 p. 26).

Neste aspecto, percebe-se um declínio físico de suas capacidades orgânicas como também de suas capacidades psíquicas, sendo visto como um estorvo para muitas famílias e para a sociedade, pois não tinha mais condições de exercer atividades produtivas e reprodutoras.

Aries (1990, p. 129), relata que diversas iconografias dos séculos XVI e XVII apresentavam descrédito e desvalorização em relação aos mais velhos quando diz: “Deus possui a primeira idade, mas o Diabo possui em muitas pessoas as melhores partes da velhice e da idade que o Apóstolo chama de realizada”. O autor aponta ainda que, durante a Idade Média e a Idade Moderna, existia um certo desprezo pela adolescência e pela velhice que poderia ter um certo grau de condescendência, levando em consideração os aspectos demográficos.

No Brasil no século XVI, a concepção de velhice detinha concepções mais pejorativas e discriminatórias do que na Europa, devido às obrigações impostas pelo sistema econômico vigente que necessitava de mão de obra produtiva para o extrativismo vegetal e expansão colonial. Com a introdução de escravos no processo produtivo da cana-de-açúcar no século XVII, a valorização também era dada pelo retorno econômico, sendo valorizado pela funcionalidade.

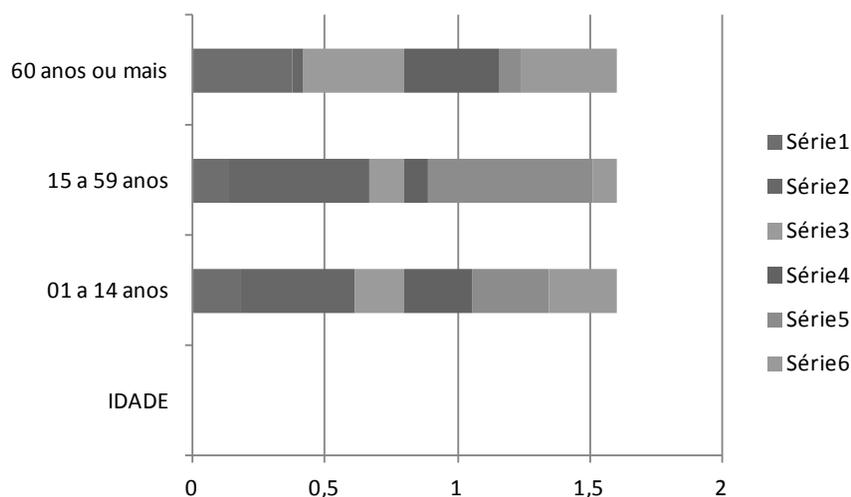
Nos séculos seguintes, não se alteram essas concepções onde os doentes e velhos, como eram denominados, eram ainda mais segregados. Em Minas Gerais, nasceu a expressão trabalhador de meia tigela, usada para escravos que não atingiam a meta e, por isso, não recebiam a sua cota diária de alimentos, sendo esta fracionada. Os idosos e doentes das minas de ouro e diamantes recebiam assim meia tigela de comida.

Do Brasil Imperial até meados do século XX, era um estado predominantemente agrícola e as estruturas sociais presentes mantinham as representações acerca do estágios de vida. Não havia uma política social bem definida a respeito da velhice, nem um atendimento universal para todos os idosos.

O extrato social brasileiro era, em sua maioria, formado por jovens, dando uma característica peculiar de pirâmide etária, onde a base da pirâmide era mais representativa que o meio e o final da

estrutura. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2014) existe uma grande diferença entre a estrutura etária do Brasil nos meados do século passado e início do século XXI, como exposto no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição percentual da população, por grupos de idade – Brasil – 1940 /2000.



Fonte: IBGE (2014).

No Censo de 2010, realizado pelo IBGE, foi realizada uma estimativa com possíveis projeções para o envelhecimento da população brasileira em 2060. O instituto aponta um crescimento na expectativa de vida do brasileiro dos atuais 74 anos para 81 anos. Segundo o órgão, a população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. Outro fator importante são as mudanças comportamentais e sociais relativas ao envelhecimento da população. Estudo e trabalho levam brasileiras a ser mães mais tarde, modificando os aspectos relacionais da família.

De acordo com o IBGE (2013), existiria ainda, uma diferença em relação ao gênero. As mulheres continuarão vivendo mais do que os homens. Em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,03 dos homens. Há uma forte preocupação na sociedade brasileira em relação ao envelhecimento da população, pois exige demandas em relação a políticas públicas, como: mobilidade urbana, assistência à saúde, renda e trabalho e previdência social.

As mudanças sociais geram modificações em relação as expectativas do envelhecimento, pois se antes o envelhecer se caracterizava por uma situação de dependência, essa realidade vem mudando drasticamente no cenário brasileiro. Hoje, vários idosos são a base da renda familiar e, ainda em muitas situações, assumem a criação dos netos. Essas mudanças exigem alterações nas representações sociais, identitárias e psíquicas, possibilitando uma reestruturação nas expectativas e no imaginário.

3 - Mudanças físicas do envelhecer

O avanço da idade de um indivíduo ocorre acompanhado de uma série de mudanças físicas, sendo que, durante a fase de senescência - processo natural de envelhecimento celular, algumas destas mudanças representam restrições e problemas que podem reduzir a qualidade de vida do idoso. Entende-se por “idoso” aqueles indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2004).

Aspectos genéticos e de hábitos do indivíduo durante toda a vida podem influenciar fortemente nos impactos da idade, sendo que as mudanças são bastante variáveis entre indivíduos.

Entretanto, algumas alterações são quase que generalizadas, podendo ocorrer maiores variações relacionadas ao momento cronológico em que chegam.

É possível classificar as alterações físicas, sob o ponto de vista biológico-fisiológico, em alguns grupos: osteoarticular/neuromuscular; cerebral e sentidos; cardiovascular; pulmonar; digestórios; urinários; imunológicos; pele/cabelo; endócrinos; termorregulação. Compete ressaltar que as mudanças e problemas citados foram compilados a partir da bibliografia (PARK *et al.*, 2001; PASI, 2014; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002; CARDOSO, 2009; TIBO, 2007; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000; SOUZA; SCHROEDER; LIBERALI, 2007) e não tem o objetivo de elucidar biologicamente os mecanismos que levam às mudanças, mas apresentá-las para discussões posteriores a respeito das implicações aos idosos.

3.1 - Osteoarticular e Neuromuscular

As principais mudanças verificadas no decorrer do envelhecimento, no que se refere ao sistema osteoarticular, são: a redução da estatura, em decorrência de alterações na coluna vertebral, e a alteração da dinâmica de deposição de elementos nos ossos, o que acarreta aumento da incidência de osteoporose. Além disso, as articulações se tornam mais propensas a lesões. Desta forma, a movimentação e a possibilidade de lesões (fraturas, articulares, etc) aumenta conforme a pessoa envelhece. Sob o ponto de vista neuromuscular, verifica-se, com o envelhecimento, tendência de redução da massa muscular e diversos problemas relacionados, como maior cansaço, menor reflexo, redução da agilidade, dificuldade de realização de atividades que exijam força, dentre outros.

O quadro 1 mostra, de forma resumida, os principais problemas verificados.

Quadro 1- Algumas alterações verificadas no sistema osteoarticular e neuromuscular em decorrência do envelhecimento

Osteoarticular	Neuromuscular
- Diminuição da estatura	- Redução da massa muscular e perda de força muscular
- Redução da densidade óssea	- Diminuição na habilidade para manter força estática
- Aumento da incidência osteoporose	- Maior índice de fadiga muscular
- Aumento da curvatura da coluna	- Menor capacidade para hipertrofia
- Aumento na incidência de dores na coluna	- Dores orofaciais (dificuldades de alimentação, fonação e deglutição)
- Artrite e artrose	- Diminuição da agilidade, coordenação, equilíbrio
- Redução da flexibilidade e mobilidade articular	- Menor tempo de reação e velocidade de movimento.
- Menor comprimento dos passos	- Aumento de tecido adiposo

3.2 - Cerebral e sentidos

No que se refere à influência da fase de senescência sobre aspectos cerebrais/cognitivos, ocorre dificuldade de assimilar novas informações, diminuição de habilidades de raciocínio, lentidão para responder tarefas cognitivas, maior susceptibilidade ao rompimento da informação.

Além disso, percebe-se que, relacionado à visão: diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores, redução da capacidade de adaptação noturna, aumento da incidência de catarata, da probabilidade de ocorrência de degeneração macular, da frequência de glaucoma e da frequência de retinopatia diabética.

Quanto à audição, verifica-se redução deste sentido, bem como perda da discriminação dos sons mais baixos, podendo chegar a casos em que se verificam estados vertiginosos e zumbidos.

Ainda, quanto a outros sentidos, o envelhecimento promove diminuição do olfato e do paladar, além de poder levar a alterações do sono.

3.3 - Cardiovascular

As alterações relacionadas com a idade avançada reduzem a eficiência do coração, alterando a força e a função ventricular. Em consequência disso, ocorre o espessamento das valvas cardíacas e do músculo cardíaco e as artérias tornam-se mais espessas e mais rígidas, resultando em uma diminuição do volume sistólico. Ocorre o depósito de gordura e de cálcio nas paredes dos vasos e as veias se tornam tortuosas aumentando, assim, a resistência arterial (BRUNNER E SUDDARTH, 2011). Idosos também podem apresentar: débito cardíaco diminuído, frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a demanda máxima (maior tempo de recuperação com atividade física) e pressão arterial aumentada.

3.4 - Respiratório

O sistema respiratório pode sofrer alguns efeitos decorrentes do avanço da idade, sendo que, de forma geral, ocorre redução da capacidade respiratória. Pontualmente, são verificados: diminuição da frequência, do volume respiratório, da pressão arterial de oxigênio, todos em função do enfraquecimento da musculatura respiratória, o que ainda leva a um maior grau de dificuldade para executar a dinâmica respiratória. Em alguns casos, pode ocorrer também apnéia do sono.

Não obstante, verifica-se, de forma secundária, em função de redução da atividade imunológica, maior incidência de infecções, além de aumentar a morbidade à gripe (vírus influenza).

3.5 - Digestório

No âmbito do primeiro segmento do sistema digestório, a boca, observa-se que as glândulas salivares reduzem em tamanho e função, o que pode provocar ardência na mucosa bucal.

Além disso, também é comum a ocorrência de aumento da gengiva, língua com aspecto liso, plana, atrofia de papilas e consequente perda do paladar. Quanto à arcada dentária, pode haver aumento de lesões de cárie e desgaste e perda dos dentes.

Ainda, com relação aos demais segmentos do sistema digestório, podem ser citados diversos problemas: refluxo, lentidão da digestão e assimilação dos alimentos, redução da absorção de alguns nutrientes pode estar reduzida (vitaminas D e B), da metabolização de medicamentos e aumento da absorção de glicose. Verifica-se, também, aumento da incidência de úlcera péptica gastroduodenal e da dispepsia funcional.

É comum, também, episódios de incontinência fecal, em função da redução da perda de controle sobre movimentos peristálticos e da musculatura do esfíncter.

3.6 - Excretor (urinário)

O sistema excretor sofre também influência do envelhecimento, sendo que idosos, frequentemente, apresentam aumento da frequência, da urgência urinária, podendo ocorrer incontinência urinária de esforço. Além disso, em função das perdas de atividade imunológica, pode ser verificada maior incidência de infecções. Em homens, não são raros os casos de aumento prostático.

3.7 - Sistema imunológico

A literatura ainda cita que, em decorrência da idade avançada e da perda de atividade do sistema imunológico, podem ser ainda observados aumentos na frequência de patologias infecciosas e de alguns tipos de cânceres.

3.8 - Pele/Cabelo

A pele de idosos é caracterizada pela ocorrência de ressecamento, enrugamento e palidez, além de menor tônus muscular. Também são comuns os casos de embranquecimento e queda de cabelo, além da redução da velocidade de crescimento.

3.9 - Sistema Endócrino (Hormônios)

Foram encontrados, como problemas da desregulação hormonal, o surgimento de pêlos faciais na mulher e a redução da libido e, por conseguinte, da atividade sexual. Ainda, em função da idade, aumenta a incidência de diabetes, sendo decorrentes da doença: sede excessiva (polidipsia), excesso de urina (poliúria), de fome (polifagia), de cansaço, fraqueza e perda de peso, outros sinais podem aparecer, como infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de lesões (feridas), formigamento, dormência ou dor em mãos e pés e alterações na visão. Além disso, pode levar à cegueira, insuficiência renal, infecções, amputações e invalidez.

3.10 - Termorregulação

Por fim, dentre os problemas mais comuns ligados ao envelhecimento, pode ser citada a maior vulnerabilidade às temperaturas extremas, características de pessoas idosas.

4 - Mudanças psíquica e social do envelhecer

No Brasil, observa-se uma perspectiva negativa em relação a velhice, tendo grande parte da população um pensamento depreciativo e negativo que caracteriza os idosos como improdutivos, caducos e antissociais, levando muitos ao isolamento e à institucionalização. O estatuto do idoso ressalta, no Art. 26, que “o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas”. Entretanto, ocorre inúmeras restrições no campo do trabalho e na educação, além de atividades que insiram os idosos na vida social e cultural. Essas restrições são crescentes no decorrer do envelhecimento e acabam produzindo um choque entre gerações. Goldman (2003), afirma que:

O envelhecimento, como um processo complexo que ocorre em cada pessoa, individualmente, mais condicionado a fatores sociais, culturais e históricos, que vão rebater a sociedade como um todo, envolvendo os idosos e as várias gerações (GOLDMAN, 2003, p. 71).

O envelhecimento traz modificações importantes no status e modifica paulatinamente as relações e os papéis sociais, o que leva muitos idosos a uma perda de identidade e baixa autoestima. Mudanças na família, no trabalho e na sociedade. Os indivíduos mais resilientes passam por este processo de forma mais propositiva, internalizando novas capacidades intelectuais para o enfrentamento do envelhecer. Stuart-Hamilton (2002), aponta que a idade biológica está direcionada para o estado corporal e suas funções orgânicas, entretanto deve-se compreender que

Com a longevidade, a pessoa idosa deverá se adequar a novos papéis; aposentadoria, já que nos dias atuais, ao aposentar-se,

ainda restam para a maioria alguns anos de vida; por isso, devem estar preparados para não acabarem isolados, deprimidos e sem rumo. No decorrer dos anos, as perdas são diversas, que vão da condição econômica, até a decisão de parentes e amigos, da independência, da autonomia e diminuição de contatos sociais, que se tornam reduzidos em função de suas possibilidades peculiares, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência na rua (STUART-HAMILTON, 2002, p. 22).

Estabelecer novos arranjos sociais, desenvolver novas relações trabalhistas e familiares, como as redes de amigos, possibilitam a criação de uma aprendizagem significativa de um novo estilo de vida que minimiza as perdas oriundas das mudanças características do envelhecer. Zimermarn (2000), afirma em seus estudos que 15% dos idosos precisam de atendimento em saúde mental e 2% com mais de 65 anos apresentam depressão. A autora relata (2000, p. 25) que “as pessoas mais saudáveis e otimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento”. Neste sentido, Ermida (1999) relata que o envelhecer pode ser considerado como um “processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. (ERMIDA, 1999, p. 43) dividido em três etapas a se considerar dentro de uma processo acumulativo.

O primeiro a se considerar é a dimensão cronológica, o segundo é a dimensão biológica e seus processos celulares e o terceiro seria a dimensão fisiológica e seus aspectos funcionais. Entretanto, essas mudanças realçam perdas, pois caracterizam e evidenciam fragilidades e vulnerabilidades que devem ser elaboradas e que precisam, neste caso, passar por uma reestruturação psíquica.

Litvoc e Derntl (2002) aponta que os principais temores dos idosos são em relação à perda de saúde e mudanças relacionadas ao modo de vida, podendo muitas vezes, estabelecer o sedentarismo e a depressão. Estes processos relacionais estão diretamente ligados a mudanças de papéis e exige uma internalização de novos fatores que, por vezes, determinam limites físicos e funcionais e que devem, por assim dizer, uma modificação estrutural da resolução de problemas e do **modus operandi**.

Alguns autores, como Freud e Piaget, não consideram o desenvolvimento humano após a adolescência, entretanto, determinados aspectos relativos ao desenvolvimento podem ser análogos a outras fases da vida humana como os fatores relacionados a reestruturação da identidade e imagem corporal, como também, o estabelecimento de novos papéis. Aberastury e Knobel (1992), apresentam em sua teoria a perda do corpo infantil como um processo natural e importante para uma reorganização dos processos psicológicos e, neste âmbito, pode-se perceber que o envelhecimento também traz em si uma perda, não mais do corpo infantil e suas estruturais mentais, mais uma perda extremamente significativa.

A perda do corpo infantil possibilita um ganho com uma nova estrutura cognitiva e física presente no adolescente, já na transição para a terceira idade está implacavelmente presente uma perda da estrutura cognitiva, com suas limitações surgidas por fatores neurobiológicos, e a perda do corpo da juventude que não responde mais a uma potencialidade e sim a uma limitação.

Neste processo, pode-se apresentar o termo cunhado por Erik Erikson (Hall - Lindzey e Campbell, 2000), em sua teoria epigenética do desenvolvimento humano na qual apresenta oito estágios, tendo como principal característica a resolução positiva ou negativa; na terceira idade enfatiza o estágio Integridade *versus* Desespero. O próprio nome do estágio demonstra um aspecto bastante

avassalador para o indivíduo pois, para aqueles que não adquirem uma resolução positiva, o desespero pode apresentar um fator de perdas sociais, de atividade econômica e de mudanças neuropsicofisiológicas. A autora Ligia Py (2004), também ressalta este processo de perdas e constata que,

(...) no envelhecimento, o trabalho do luto se constitui no penoso processo psíquico que o idoso percorre, implicando a necessidade de elaboração do vínculo afetivo com aquilo que sente perdido e que o social soberanamente glorifica: o corpo jovem e a beleza; o poder e o status do trabalho e, ainda, pessoas do seu convívio que começam a morrer (Py 2004, p. 122).

Estes processos podem ser avassaladores e produzir um sentimento de revolta e isolamento. Freud salienta em seu artigo intitulado *Luto e Melancolia* que:

Tudo isso só é possível porque as reações expressas em seu comportamento ainda procedem de uma constelação mental de revolta que, por um certo processo, passou então para o estado esmagado de melancolia (FREUD, 1996, p. 254).

Todo processo de perda e sua vivência depende de processos subjetivos da estrutura psíquica de cada sujeito e, assim, de sua resolução. Kübler-Ross (1991), aponta que toda mudança percebida como negativa gera reações de enfrentamento. Entretanto, sujeitos mais resilientes, adaptam-se aos processos exigidos pelas reestruturações psíquicas, sociais e fisiológicas e estabelecem novos mecanismos de interagir com o ambiente. A velhice é descrita como um período caracterizado por uma redução de reservas,

em virtude de diversas perdas (idade, cônjuge, amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda do *status* social e do prestígio, além da proximidade crescente da morte). Considerando esse conjunto de perdas, é necessário desenvolver estratégias que visem aumentar as capacidades de reserva e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter (FORTES, PORTUGUEZ E ARGIMON, 2009).

Os fatores principais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e uma boa rede de relacionamentos, sendo dependente de três fatores: atributos pessoais como autonomia, autoestima e competência social; família coesa (que tenha pela menos uma pessoa que ofereça suporte emocional nos momentos de crise) e rede de apoio social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O termo *resiliência* originou-se da física e determina a capacidade ou propriedade de materiais em estados de tensão se deformarem e voltarem ao estado original após a cessação da tensão. Na psicologia não basta retroceder ao estado anterior pois, no caso do envelhecimento, isso é impossível. Mas sim, a capacidade de reorganização após as adversidades. Pereira (2001), em seu estudo, nos aponta que o processo de resiliência não deve ser visto apenas como a sobrevivência física ou psíquica, mas como a possibilidade de estabelecer uma vida com perspectivas de realizações e felicidade. O autor nos aponta que

Uma das grandes apostas para o próximo milênio, será tornar as pessoas mais resilientes e prepará-las para uma certa invulnerabilidade que lhes permita resistir a situações adversas que a vida proporciona, pelo que se torna imperioso identificar os fatores de risco e, particularmente, os fatores de proteção pessoais e interpessoais (PEREIRA, 2001, p. 87-88).

Dessa forma, as pessoas resilientes enfrentam o processo de adaptação com perspectivas positivas, preconizando novos estados psíquicos e formas diferentes de interação social.

5 - Considerações Finais

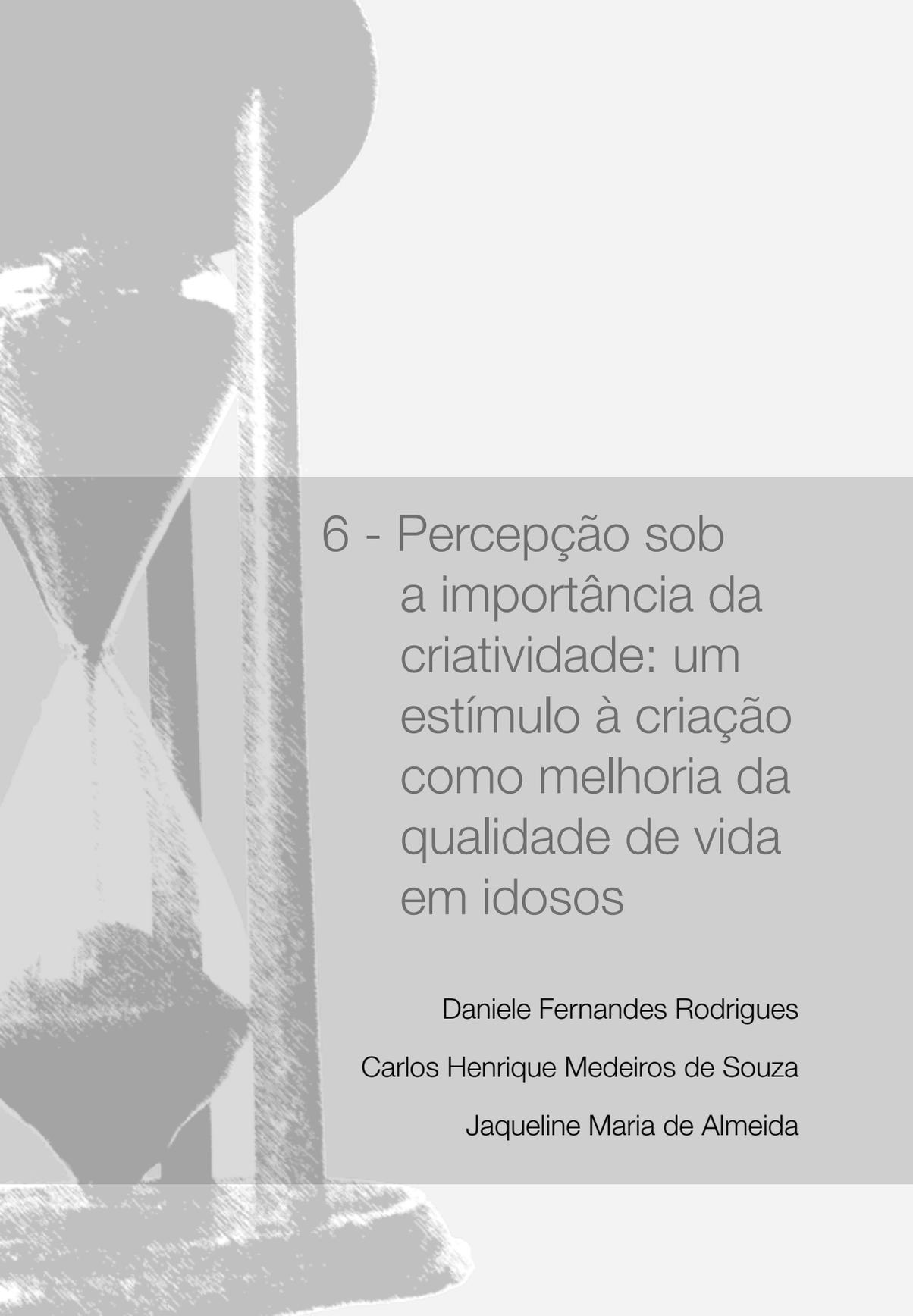
Os fatores neuropsicossociais são coadjuvantes no processo do envelhecimento e os aspectos subjetivos afetam diretamente a forma pela qual cada indivíduo perpassa por mudanças. Moscovici (2008), nos aponta que toda mudança provoca resistência e que esta pode contribuir para criar novas perspectivas e possibilitar uma reorganização física e mental, além dos novos arranjos sociais provenientes das possibilidades e das limitações orgânicas. Envelhecer é um processo natural e, por isso, inevitável. E o que se busca são as melhores condições para se obter qualidade de vida, o que abrange a saúde física e mental e as relações sociais favoráveis que permitam a afirmação da autoestima.

6 - Referências

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. 10 ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.
- ARIÈS, P. **O Homem diante da Morte**. 2 ed. v 1. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1989.
- _____. **O Homem diante da Morte**. 2 ed. v 2. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1990.
- _____. **História da morte no Ocidente**. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1997.
- _____. **Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média**. 2 ed. Teorema. Lisboa, 1989.
- BACKZO, B. **A imaginação social**. In: **Enciclopédia Eunaudi**. v 5. Anthropos-Homem. Imprensa Nacional/Casa da Moeda. Lisboa, 1985. p. 296-332.
- BAUMAN, Zygmunt. **Os estranhos da era do consumo: do estado de bem-estar à prisão**. In: _____. **O mal estar da pós-modernidade**. JZE. Rio de Janeiro, 1998, p. 49-61.
- BEAUVOIR, Simone. **A Velhice**. Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1990.
- BERGER, Kathleen Stassen. **O desenvolvimento da pessoa da infância à terceira idade**. LTC. São Paulo, 2003.
- BORGES, Ana Paula Abreu; COIMBRA, Ângela Maria Castilho. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2004.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- BROMBERG, M. H. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Livro Pleno. São Paulo, 2000.
- BUTLER, R. N.; Lewis, M. I. **Sexo e amor na terceira idade**. Summus. São Paulo, 1985.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. In: FREITAS, E. E. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2002.
- CARDIA, N. **Percepção dos direitos humanos: ausência de cidadania e a exclusão moral**. In: M. J. P. Spink (org.). **A cidadania em construção**. Cortez. São Paulo, 1994.
- CARDOSO, A. F. **Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento**. Revista Digital. v. 13. n 130. Buenos Aires, 2009.
- DIAS, A. C. G. **Representações sobre a velhice: o ser velho e o estar na terceira idade**. In: CASTRO, Odair P. (Org.). **Velhice, que idade é esta?** Síntese. Porto Alegre, 1998.
- DIDION, J. **O ano do pensamento mágico**. Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 2006.
- DOMINGOS, B. **Experiências de perda e de luto em escolares entre 13 e 18 anos**. Psicologia Reflexão e Crítica. Porto Alegre, 2003.

- ELIAS, Norbert. **Os estabelecidos e os outsiders**. JZE. Rio de Janeiro, 2000.
- ERIKSON, Erik H. **Infância e Sociedade**. JZE. Rio de Janeiro, 1974.
- ERMIDA, J. G. **Os idosos: Problemas e realidades**. 1 ed. Formasau. Coimbra, 1999.
- FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global**. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2002.
- FREUD, Sigmund (1917 [1915]). **Luto e melancolia**. In: E.S.B., v XXI. Imago. Rio de Janeiro, 1996.
- FORTES, T. F. R; PORTUGUEZ, M. W; ARGIMON, I. I. L. **A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas**. Estudo de Psicologia. Campinas, 2009. p. 455-463.
- FUKUMITSU, K. **Uma visão fenomenológica do luto: um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano**. Cortez. São Paulo, 2004.
- GOLDMAN, Sara. **Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania [S.I.]**. Elógica. Olinda, 2003.
- IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm> Acesso em 29 de maio de 2014.
- JUNG, Carl Gustav. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. Obra Completa. 7 ed. Vozes. Petrópolis, 2011.
- KASTENBAUM. Robert. J. **The psychology of death**. Springer-Verlag. New York, 1992.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Martins Fontes. São Paulo, 1991.
- LEME, L. E. G; Silva, P. S. C. P. **O idoso e a família**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento uma visão globalizada**. Atheneu. São Paulo, 1996.
- LITVOC, J.; DERNTL, A. M. **Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações**. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Saúde na família e na comunidade**. Robe Editorial. São Paulo, 2002.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. Atlas. São Paulo, 2003.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física**. Rev. Bras. Ciên. Mov. v 8. n 4. p. 21-32, 2000.
- MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo**. 17 ed. José Olympio. Rio de Janeiro, 2008.
- MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6 ed. Vozes. Petrópolis, 2009.
- PAPALÉO NETTO, Matheus. **O Estudo da Velhice: histórico, definição e termos básicos**. In: _____. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. Atheneu. São Paulo, 2007.
- PARK, D. C. et al. **Cerebral aging: brain and behavioral models of cognitive function**. Dialogues in Clinical Neuroscience. v 3. n 3. 2001.

- PASI. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento Saudável** em Florianópolis, 2006. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idoso.pdf. Acesso em 05 jan. 2014.
- PEREIRA, Anabela M. S. **Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping**. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. Cortez. São Paulo, 2001.
- REBELO, J. E. **Importância da entre ajuda no apoio a pais em luto**. Análise Psicológica. Lisboa, 2005.
- SILVA, Katiúcia Andréia Coelho da. **Alzheimer: o fantasma da população idosa e de seus familiares**. Rio Branco, 2008. 43 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Ensino Superior do Acre, IESACRE. Rio Branco, 2008.
- SMELTZER, BARE, HINKLE E CHEEVER. BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2011
- SOUZA, F. R.; SCHROEDER, P. O; LIBERALI, R. **Obesidade e Envelhecimento**. Rev. Bras. Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. v 1. n 2. p. 24-35. São Paulo, 2007.
- STRAUCH, Barbara. **O melhor cérebro da sua vida: segredos e talentos da maturidade**. JZE. Rio de Janeiro, 2011.
- STUART-HAMILTON, Ian. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Artmed. Porto Alegre, 2002.
- TIBO, M. G. M. **Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso**. Rev Médica Ana Costa. v 12. n 2. 2007.
- ZIMERMAN, G. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Artmed. Porto Alegre, 2000.



6 - Percepção sob a importância da criatividade: um estímulo à criação como melhoria da qualidade de vida em idosos

Daniele Fernandes Rodrigues

Carlos Henrique Medeiros de Souza

Jaqueline Maria de Almeida

Considerações iniciais

As mudanças acontecidas nas últimas décadas traçam a trajetória das novas tendências que tornam visíveis algumas mudanças de paradigmas da sociedade atual. Uma das principais mudanças foi o aumento da qualidade de vida e, conseqüentemente, a longevidade da população. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população acima de 60 anos, praticamente dobrou no período de 1991 a 2012, chegando a 23,5 milhões de pessoas.

Diante dessa realidade, cada vez mais tem se buscado informações, meios, produtos e serviços que atendam a esta crescente parcela da população, em especial serviços que envolvam atividades que melhorem a qualidade de vida deste grupo. Muitas dessas atividades envolvem criatividade em sua elaboração e realização, pois despertar o interesse de um grupo que já possui bastante experiência de vida, conhece muitas coisas e tem algumas limitações devido à idade não é uma tarefa fácil.

A criatividade é uma atitude que depende de um conjunto de habilidades que devem ser estimuladas no ambiente de trabalho, na escola, em casa, nas horas de lazer e independe da idade. A capacidade inovadora na sociedade atual, em que as mudanças e transformações ocorrem rapidamente, tornou-se uma qualidade indispensável em todos os âmbitos da vida.

Desta forma, a busca de soluções para os mais diversos problemas está diretamente ligada à capacidade de percepção dos entraves em situações cotidianas, sejam pessoais ou profissionais.

É a partir da geração de ideias criativas que se encontra a melhor e mais eficiente forma de minimizar ou solucionar tais problemas.

Criar significa “pensar o impensado no senso comum” (PETERS, 1991) o que, de certa forma, significa deixar de lado a mesmice, possibilitando que o pensamento alce voos bem altos. Por isso, nem sempre criar quer dizer inovar, mas para inovar é preciso ter criatividade, pois a inovação sem criatividade perde sua razão de ser. Quando as inovações surgem de ideias que poderiam ser chamadas de criativas, o sucesso é quase sempre certo. Por isso é pertinente que as pessoas passem a buscar as inovações capazes de garantir-lhes a inserção na sociedade atual e, por tal razão, a ideia de inovação encontra-se, na maior parte das vezes, agregada ao conceito de criatividade.

Atuar como um cidadão transformador de realidades exige uma postura diferenciada onde o potencial criativo possa ser cada vez mais desenvolvido gerando, assim, atitudes inovadoras. A partir dessa premissa, e considerando que a sociedade é composta por grupos, para este estudo, que categorizamos de *profissionais ativos*¹ e *profissionais aposentados*², e nos questionamos: de que forma se dá a *percepção de profissionais ativos e profissionais aposentados* com relação à importância da criatividade nos dias atuais, e o quanto isto afeta a sua vida pessoal e social?

Nossa hipótese é que os *profissionais aposentados*, devido a maior disponibilidade de tempo e experiência acumulada ao longo da vida, têm uma percepção mais positiva da importância da criatividade no dia a dia, tanto no aspecto pessoal como na convivência social.

1 Grupo com idade entre 18 e 40 anos.

2 Grupo com idade entre 60 e 80 anos.

Já os profissionais ativos, apresentam uma maior dificuldade e resistência em reconhecer a relevância e a facilitação que a criatividade pode proporcionar à vida pessoal e social.

O objetivo deste trabalho é evidenciar a importância da criação e/ou elaboração de atividades criativas para o público acima de 60 anos, levando-se em consideração as restrições provenientes da idade, mas também sua percepção em relação à importância da criatividade em suas vidas. A partir das considerações apresentadas, torna-se cada vez mais necessário estudar mecanismos que auxiliem as pessoas a desenvolver seu potencial criativo, principalmente para a crescente população acima de 60 anos.

Criatividade: conceitos e proposições

O que é criatividade? Todos nós somos criativos? Alguns mais que outros? A criatividade é realmente tão importante? É algo que vem de berço ou se aprende? A criatividade pode ser incentivada? Como posso tornar-me mais criativo? (ARAÚJO, 2009).

São muitas as perguntas e, grande parte delas com várias respostas possíveis mas, nenhuma resposta pode ser considerada “errada”. O que se deve considerar é que a criatividade pode e deve ser encarada como uma habilidade imprescindível nos dias atuais, podendo ser estimulada, aprimorada e desenvolvida.

Felippe (2007), afirma que o potencial criativo é inato, e que pode e deve ser estimulado, ensinado e aprendido, como qualquer outra habilidade humana. Por ser uma característica inerente à natureza humana, a criatividade pode até ser considerada uma habilidade de sobrevivência nos dias atuais. Habilidade esta que precisa ser cada vez mais cultivada e aprimorada, tendo em vista o reconhecimento de sua importância (ALENCAR, 2014).

Vista como uma prerrogativa de apenas alguns poucos privilegiados, até meados do século passado a criatividade era considerada um fenômeno extraordinário, difícil de ser definido. Vale ressaltar que esta ideia errônea a respeito da criatividade ainda hoje faz parte do pensamento de diversas pessoas (ALENCAR, 2010).

Para desenvolver o pensamento criativo, Felipe (2007) propõe que primeiramente é preciso aprender a desaprender, ou seja, liberar-se de hábitos antigos para poder rever, questionar, descobrir novas possibilidades de perceber o mundo e realizar ações; em segundo lugar, de acordo com o autor, é necessário utilizar integralmente o cérebro, tanto o lado direito – da imaginação, intuição, criação, sentimento - quanto o lado esquerdo – da lógica, razão, sistematização, planejamento.

Edward de Bono (1994), chama a mudança de perspectiva e de procura de enfoques não usuais de Pensamento Lateral (*Lateral Thinking*), ou seja, é este pensamento que foge às atitudes pré-estabelecidas e às vezes mecânicas que leva as pessoas a buscarem abordagens distintas e diferentes maneiras de olhar as coisas.

Para ser criativo, é preciso fazer uso do pensamento divergente ou pensamento lateral. Pensar criativamente é poder ser provocativo, paradoxal, metafórico e lúdico com o próprio pensamento, exercitando, assim, a flexibilidade de tentar encontrar sempre melhores opções e melhores caminhos para toda e qualquer situação de vida, seja ela pessoal, profissional ou social (ARAÚJO, 2009).

David de Prado, diretor do Master de Criatividade Total e Aplicada da Universidade de Santiago de Compostela, diz que a criatividade representa uma revolução mental, uma nova forma de conhecer e pensar, que põe em ênfase não só a reprodução do que é sabido, mas sim, uma construção de novos conhecimentos na dimensão inventiva da mente humana.

Segundo De Masi (2000), muitas vezes nos habituamos a fazer coisas repetitivas e, por isso, aprender uma atividade criativa é quase sempre uma tarefa que demanda grande esforço e persistência. O importante é pensar que após gerar ideias novas, é necessário colocá-las em prática para que se concretizem, transformando assim, a realidade em que se vive, com mudanças e melhorias efetivas.

A todo instante temos de apresentar respostas e descobrir soluções, diante das novas e inesperadas situações que surgem em nosso cotidiano. Para Araújo (2009), diante das situações novas, inesperadas e desconhecidas, a *criatividade* deve ser encarada como um suporte, ou como um elemento propulsor, para que nossa habilidade de fazer diferente e desaprender o que não nos serve se torne, cada vez mais, uma atitude natural.

É necessário quebrar o paradigma e desmistificar que a criatividade é uma qualidade apenas de alguns. A criatividade deve ser encarada como uma qualidade humana, transformadora de grupos, culturas e comunidades mas, para que isto aconteça, é preciso valorizar as relações afetivas e o clima motivacional que as envolve, pois a criatividade que não se vive, não se desenvolve (ARAÚJO, 2009).

Ser criativo é ter mente aberta, ideias inovadoras, espírito desafiador, saber perseguir novos caminhos, novas soluções, novas possibilidades. Neste novo tempo, serão imprescindíveis os homens que se autorizem a pensar o “não pensado” (ARAÚJO, 2009).

Criatividade não é um modismo, ou algo passageiro, mas sim, uma nova tendência mundial. Faz parte da evolução histórica, pois assim como tivemos a era da agricultura, a era industrial, a era do conhecimento, pode-se dizer que estamos vivendo a era da criatividade. Este é um novo mundo, uma nova realidade que precisa ser reconhecida, valorizada e estimulada.

Terceira idade na atualidade

O aumento no crescimento da população de idosos no Brasil é inegável, conforme apontamento do levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), divulgado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD). De acordo com esta pesquisa, a população acima de 60 anos, em 1991 era de 10,7 milhões de pessoas, e em 2012 esse número já havia subido para 23,5 milhões, ou seja, mais que o dobro em um período de 20 anos, representando 12,1% da população brasileira.

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (CARVALHO & GARCIA, 2003, p. 2).

O artigo 1º do Estatuto do Idoso (2003) é “destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”. Logo, neste trabalho, apesar de existir vários termos para se determinar o que é um idoso, consideramos a idade mínima igual ou superior a 60 anos, conforme determinado pelo estatuto. São vários os termos relacionados à classificação da população de idosos. Alguns deles são: *terceira idade*, *melhor idade* e *envelhecimento bem sucedido*. Porém, para este trabalho, a denominação utilizada para classificar este público não é relevante, consideramos apenas o fator idade (igual ou superior a 60 anos) e não estar mais ativo profissionalmente, pois nosso objetivo é evidenciar a importância da criação/elaboração de atividades criativas para o público idoso, levando-se em consideração as restrições provenientes da idade.

Criatividade na terceira idade

Ao se trabalhar o potencial criativo, abre-se a possibilidade de despertar e expandir a criatividade, através de atividades artísticas, utilizando recursos de artes plásticas, dança, música e textos, etc. Nos idosos, mais importante do que as obras criadas, é o sentimento de autonomia, de reconhecimento de si e do entusiasmo que cria, nesse sujeito, um sentimento de renovação. Esse sentimento, aparentemente, auxilia e indiretamente incentiva o processo criador, pois ao perceber um talento, ou tê-lo reconhecido, isso incentiva esse idoso a reavaliar as suas capacidades, se autovalorizar, superar a estagnação cognitiva, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida, interação social e, possivelmente, aumenta a sua longevidade de maneira mais saudável e feliz.

O Estatuto do Idoso prevê no capítulo V, Art. 20 que “o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”. Logo, podemos considerar que, atividades que envolvam criatividade são tão importantes que, existe inclusive um documento federal que garante e assegura, por lei, esse direito aos idosos. Desta forma, se o próprio Estatuto aponta a importância dessas atividades, como não considerá-las para a melhoria do bem-estar relacionado à autoestima e à diminuição da perda cognitiva.

Para Goleman *et al* (2009, p. 28) a criatividade “não diminui com o passar do tempo”, ele exemplifica essa afirmação com o caso de Bill Fitzpatrick que redescobriu sua criatividade só quando atingiu a terceira idade, depois de aposentado, quando começou a pintar aquarelas, o que gostava de fazer quando era jovem. Bill Fitzpatrick afirma:

Sei de muita gente que se deixa ficar por aí à espera do agente funerário. (...) Quanto a mim, creio que quem vai requerer aposentadoria deve interessar-se por alguma coisa que ocupe o seu tempo, seus esforços e pensamentos. Sou octogenário, mas não me sinto octogenário – sinto-me, antes, um cinquentão rijo e dinâmico. É importante viver assim porque, ao contrário, seria vegetal (GOLEMAN *et al*, 2009, p. 28).

A história de Bill Fitzpatrick pode ser vista como a realidade de muitos idosos, ou seja, aqueles que percebem a importância de atividades dinâmicas e que despertam o entusiasmo pela vida, mesmo na terceira idade. Esse exemplo deveria ser seguido por todos os idosos, principalmente por aqueles que, como ele cita, “se deixa ficar por aí à espera do agente funerário”, pois esse tipo de atitude negativa não contribui em nada para uma longevidade saudável.

Trabalhar a criatividade dos idosos vai muito além de trabalhos artesanais. Ao se pensar em uma proposta específica para esse público, é necessário considerar as limitações provenientes da idade. No entanto, ainda assim, é possível criar propostas que possibilitem a melhoria da função cognitiva, de interatividade, autoestima, autonomia, independência e, conseqüentemente, de qualidade de vida desse grupo acima de 60 anos. Reafirmando essa ideia Goleman *et al* (2009, p. 29) assinala que “O espírito criativo, longe de decair com a idade pode, ao contrário, ficar mais forte e vigoroso se a pessoa se concentrar naquilo que realmente interessa e encarar com coragem a iminência da morte”.

Corroborando essa proposta, Predebon (2002, p. 99), afirma que “Todo esse processo de flexibilização, análise, autoconhecimento e autoestima nos tornará não só mais aptos para a criatividade, como trará, de quebra, um índice muito mais alto de saúde mental”.

Ou seja, além de ajudar a solucionar problemas, a criatividade também melhora a autoestima e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida. Alguns exemplos de atividades³, direcionadas especificamente para o público da terceira idade que consideramos válidas para a melhoria da qualidade de vida, são:

- ✓ *Vivendo e revivendo momentos através de recortes.* Recurso: trabalhar com recorte de imagens. Objetivo: fazer associações com momentos vividos, experiências marcantes ou desejos e sonhos ainda não realizados.
- ✓ *Minha história de vida.* Recurso: elementos visuais e/ou orais. Objetivo: incentivar a criatividade para contar sua história de vida utilizando recursos diferenciados. O mais importante é não direcionar ou sugerir recursos, a criação deve ser totalmente livre.
- ✓ *Momento musical.* Recurso: melodias e letras de músicas. Objetivo: estimular a imaginação através de: a) registro das palavras mais marcantes para criar uma história coletiva; b) criação de paródias; c) associação de trechos da letra da música com momentos importantes vividos; etc.
- ✓ *Receitas criativas.* Recurso: receitas de pratos “preferidos” ou desconhecidos. Objetivo: a) criar ou reelaborar novas receitas a partir das receitas primárias; b) criar nomes diferentes dos convencionais.
- ✓ *Circuito criativo.* Recurso: jogos de montar, quebra-cabeça, massinha, jogo da memória, etc. Objetivo: ativar e incentivar a criatividade através da realização de atividades diferenciadas, seguindo uma determinada sequência de percurso e controle de tempo.

3 As atividades listadas foram desenvolvidas e realizadas pelas autoras.

- ✓ *Inovando produtos*. Recurso: objetos diversos. Objetivo: Criação e/ou adaptação de produtos e serviços diferenciados, úteis e que facilitem o cotidiano do público da terceira idade.
- ✓ *Brincando de Acróstico*. Recurso: nomes próprios dos participantes. Objetivo: incentivar a interatividade do grupo, usando o acróstico para revelar as próprias características positivas ou negativas, no intuito de desenvolver habilidades intra e interpessoal.
- ✓ *Fofoca produtiva*. Recurso: histórias reais. Objetivo: pesquisar ideias, que foram implementadas e causaram alguma transformação na vida de uma pessoa, família, empresa, etc.
- ✓ *YouTube da vida*. Recurso: recortes de filmes diversificados. Objetivo: Incentivar o idoso a refletir: a) usando os filmes para ilustrar situações diversas; b) interpretar a lição de vida da história.

Essas são apenas algumas das possibilidades de se trabalhar e estimular a criatividade na terceira idade. Nossa ideia é evidenciar que, apesar das limitações inerentes à idade, existem várias formas de se trabalhar com este público. Basta ser criativo.

Metodologia

Do ponto de vista da abordagem do problema, a pesquisa é qualitativa pois, lida com a interpretação de fenômenos e com a atribuição de significados, sendo o ambiente natural a fonte direta para coleta de dados. Em relação aos objetivos, a pesquisa é descritiva, apontando as principais percepções das autoras em relação ao tema e os sujeitos analisados.

A coleta de dados deu-se através da observação e da interação com os sujeitos da pesquisa, bem como com a aplicação de questionário semiestruturado, com o objetivo de não induzir ou ativar a memória acerca do conteúdo abordado. Dessa forma, cada um dos sujeitos da pesquisa pôde responder livremente qual a sua crença ou opinião sobre o assunto.

De acordo com Selltiz *et al* (1974, p. 277), “além de descobrir o conteúdo das crenças de uma pessoa, um questionário ou a entrevista podem dar informações sob as características e inter-relações ou estrutura das crenças”.

Além disso, conforme Selltiz *et al* (1974, p. 268), “A natureza impessoal do questionário – frases padronizadas, ordem padronizada das perguntas, instruções padronizadas para o registro das respostas – assegura certa uniformidade de uma situação de mensuração para outra”, logo, o uso dos questionários justifica-se também pelo objetivo de comparação do conhecimento acerca do tema, de um grupo e de outro. O conteúdo das perguntas foi “dirigido principalmente para a verificação de crenças quanto aos fatos”, ou seja, procurando “saber o que as pessoas acreditam que sejam os ‘fatos’. (...) para se obter uma imagem de suas crenças” (SELLTIZ *et al*, 1974, p. 276), no caso desta pesquisa, graduandos de Pedagogia e idosos do Projeto Terceira Idade da UENF.

Descrição da amostra

Para essa pesquisa, foram analisados dois grupos: profissionais ativos e profissionais aposentados, totalizando 43 sujeitos participantes da pesquisa. Profissionais ativos: Foi selecionado um grupo de 21 sujeitos, estudantes do curso de Pedagogia, participantes de um projeto de pesquisa desenvolvido na UENF, com idade entre 18 e 40 anos.

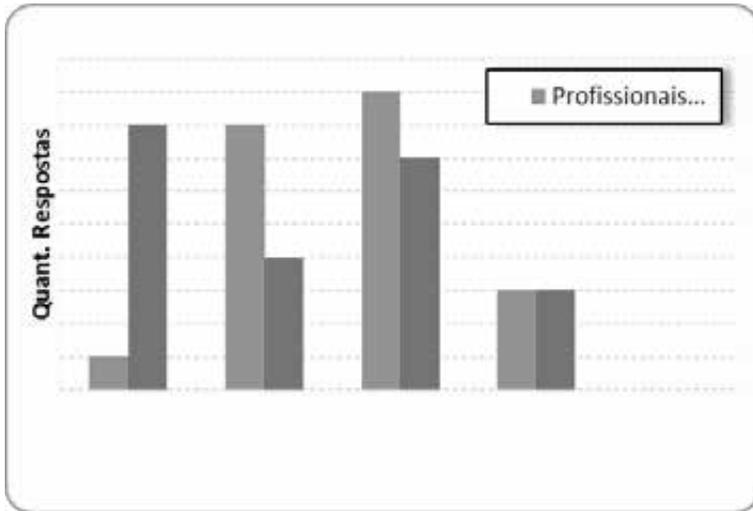
Profissionais aposentados: o grupo selecionado é composto por 22 sujeitos, participantes de um projeto de extensão da UENF, voltado para a terceira idade, com faixa etária entre 60 e 80 anos. Vale ressaltar que este é um grupo modelo, pois são sujeitos bastante proativos e que já buscam e participam de atividades criativas e específicas para sua faixa etária.

Análise dos dados

Tendo em vista que a todo momento somos “bombardeados” de informações e obrigados a tomar decisões rápidas, transformando situações, recriando contextos, mesmo que às vezes providos de poucos recursos, a criatividade é a habilidade que irá fazer a diferença na hora da tomada de decisão pois, em questão de segundos, uma pessoa pode ter uma ideia criativa que talvez não solucione o problema, mas seja um paliativo para ganhar tempo buscando uma solução definitiva. Desta forma, a criatividade vem sendo reconhecida como uma qualidade básica, praticamente uma necessidade, para sobrevivência na sociedade, atualmente tão competitiva. Conforme apontado por Ostrower (2005), o homem não cria apenas porque quer, ele cria porque gosta, porque precisa e porque assim ele pode crescer enquanto ser humano. Isso exige uma postura diferenciada onde o potencial criativo possa ser cada vez mais desenvolvido gerando, assim, atitudes inovadoras.

Para este estudo nosso principal objetivo foi evidenciar a importância da criação/elaboração de atividades criativas para a terceira idade. Desta forma, nos propomos a analisar de que forma se dá a percepção de *profissionais ativos* e *profissionais aposentados* com relação à importância da criatividade nos dias atuais, e o quanto isto afeta a sua vida pessoal e social?

Quadro 1 - Você se considera uma pessoa criativa?



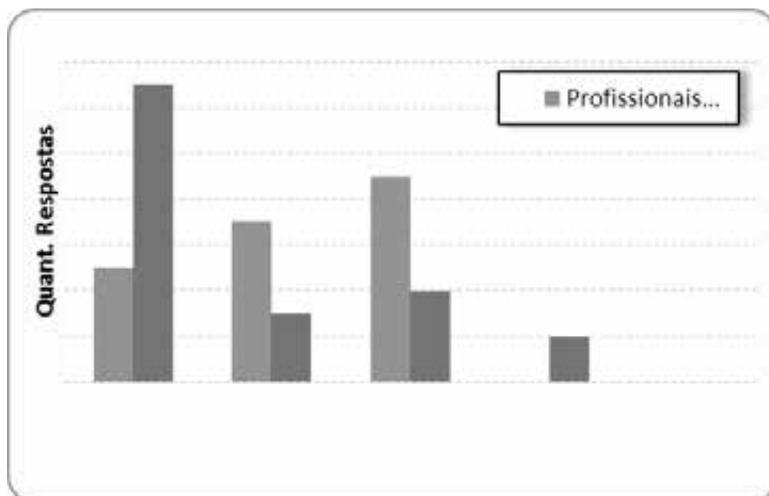
Fonte: dados da pesquisa

Através do quadro 1 verificamos que, dos 22 *profissionais aposentados*, 8 se consideraram **sempre criativos**, ou seja, 36% dos participantes. Alguns deles, de maneira geral, justificaram que “na atual fase que se encontram, a criatividade tornou-se uma constante em suas vidas, devido à disponibilidade de tempo, e à experiência adquirida pela idade e se sentiam mais livres para criar”.

Essa justificativa vai de encontro à fala de Goleman *et al* (2009) que o espírito criativo, não diminui com a idade, podendo, ao invés disso, ficar mais latente se a pessoa se dedicar e focar naquilo que realmente lhe desperta interesse.

Dos 21 *profissionais ativos*, apenas 1 se considerou **sempre criativo**. A maioria deles, 42% se considerou **às vezes** criativos. A partir destes dados, pode-se considerar que a idade não é um fator que diminui a percepção da importância da criatividade.

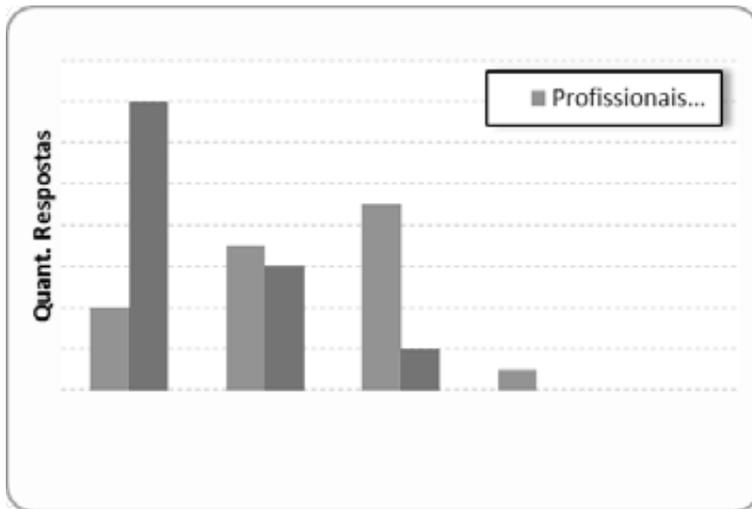
Quadro 2 - Você busca ideias diferentes para realizar suas tarefas?



Fonte: dados da pesquisa

O quadro 2 novamente aponta o empenho dos *profissionais aposentados* em relação à criatividade quando 13 dos 22 se dizem **sempre** dispostos à buscar diferentes formas de realizar tarefas, enquanto apenas 5 dos 21 *profissionais ativos* têm a mesma disposição. De acordo com Felipe (2007), o potencial criativo é inato e pode e deve ser estimulado, ensinado e aprendido como qualquer outra habilidade humana. Desta forma, constatada a valorização da criatividade pelos *profissionais aposentados*, justifica-se o nosso objetivo de evidenciar a importância de se elaborar atividades criativas para esse grupo.

Quadro 3 - A criatividade lhe ajuda nas tarefas que você desempenha no dia-a-dia?

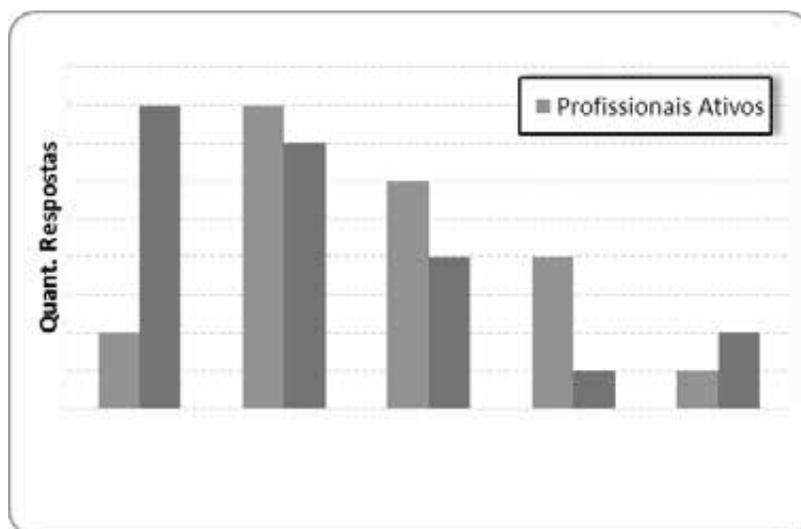


Fonte: dados da pesquisa

Conforme o quadro 3, o grupo de *profissionais aposentados* é o que demonstra uma visão mais positiva da importância da criatividade em suas vidas, mesmo já não estando no mercado de trabalho. 64% dos *profissionais aposentados* têm uma percepção positiva da criatividade em suas vidas, enquanto apenas 19% dos *profissionais ativos* têm a mesma visão.

Esse reconhecimento que a criatividade pode auxiliar na melhoria do desempenho de diferentes tarefas vai de encontro à proposta de Predebon (2002), de que o processo de flexibilização e autoconhecimento torna as pessoas mais aptas para a criatividade, causando bem estar pessoal, ou seja, além de ajudar a solucionar problemas, a criatividade também melhora a autoestima e, consequentemente, melhora a qualidade de vida.

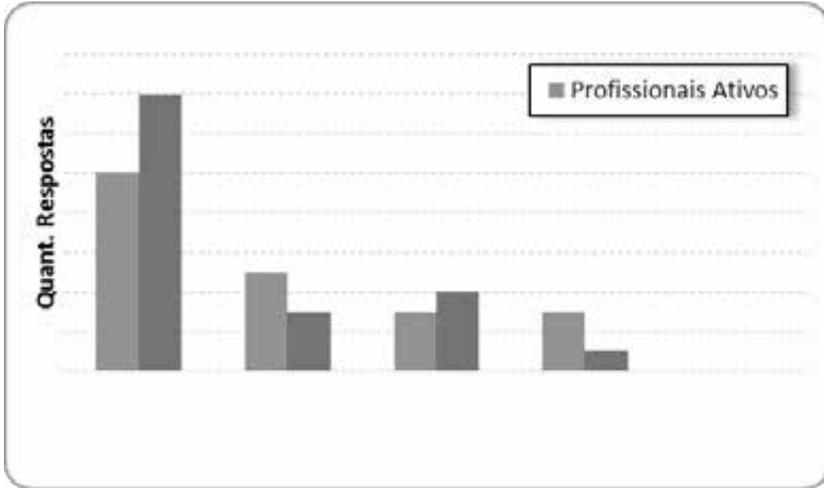
Quadro 4 – Você já utilizou a criatividade para sair de uma situação difícil e complicada?



Fonte: dados da pesquisa

Ao ser perguntado se já utilizaram a criatividade para sair de uma situação difícil ou complicada 68% do grupo de *profissionais aposentados* afirmaram que utilizam **muitas vezes** ou **sempre**, enquanto apenas 48% dos *profissionais ativos* disseram utilizá-la, mas, ainda assim, apenas 10%, ou seja 2 em 21 dos participantes, afirmaram usá-la **sempre**.

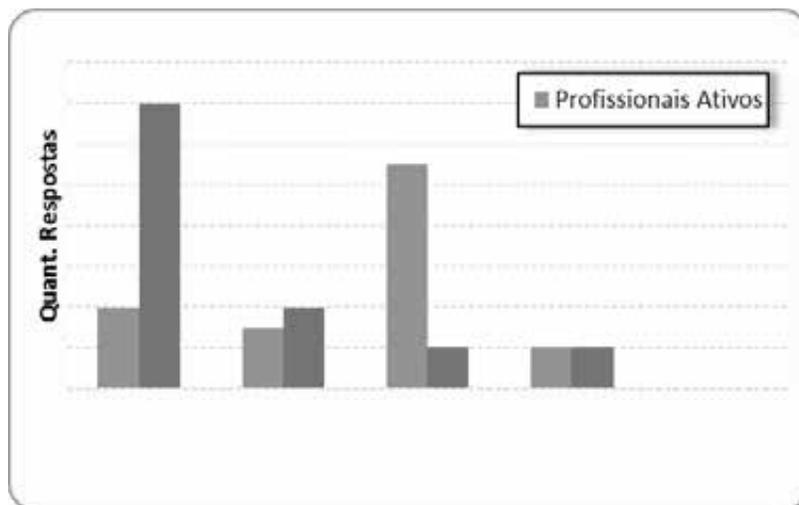
Quadro 5 - Gosta de desafios com projetos que são diferentes, que precisam de criatividade para realizar?



Fonte: dados da pesquisa

O Estatuto do Idoso prevê o direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem as limitações da idade, o quadro 5 demonstra que, além de ser um direito adquirido por lei, o grupo de *profissionais aposentados* têm interesse em realizar tarefas que possam envolver criatividade.

Quadro 6 – Mesmo quando um método de realizar uma tarefa funciona, gosto de tentar novas maneiras para tentar melhorar o processo?



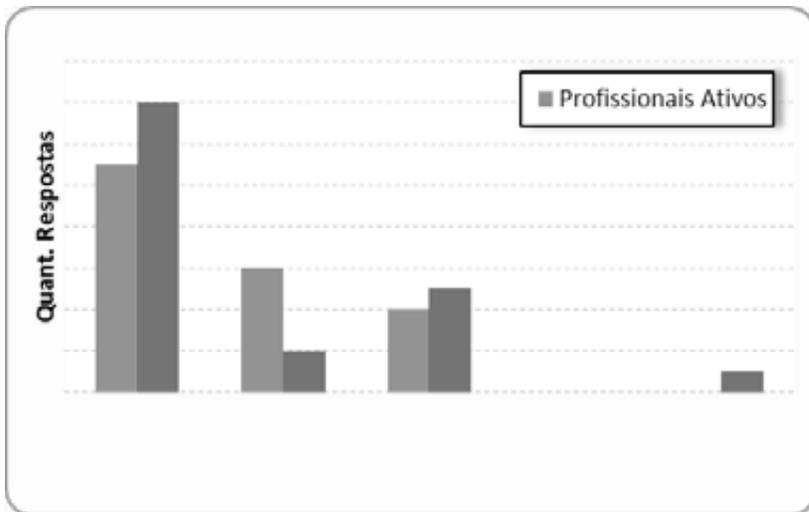
Fonte: dados da pesquisa

O quadro 6 demonstra que os *profissionais aposentados* aparentemente estão mais abertos a reconhecer a importância da criatividade em suas vidas. Este grupo, em especial, busca por essas atividades, já que participam de um projeto voltado especificamente para o público da terceira idade. No grupo de *profissionais aposentados*, 64% afirmaram que **sempre** buscam novas maneiras de realizar uma tarefa e apenas 19% do grupo de *profissionais ativos* tiveram a mesma reação.

De certa forma, o comportamento dos idosos revelado no questionamento acima, corrobora a proposta de Predebon (2002) de que, no que diz respeito à criatividade, é necessário trabalhar a quantidade para atingir à qualidade, ou seja, é só a partir de uma exaustiva quantidade de tentativas, entre acertos e erros, que se conseguirá um produto final satisfatório.

No caso dos idosos, isso se torna mais evidente tendo em vista que eles conseguem se desprender da “obrigação” de acertar logo de primeira, não se preocupam muito em apresentar resultados de curto prazo e se sentem mais livres nesta fase da vida para ousar e criar, buscando novas maneira de fazer as coisas.

Quadro 7 – Gosto de atividades que envolvam o tema criatividade como: ler textos ou livros, ver filmes, assistir palestras...



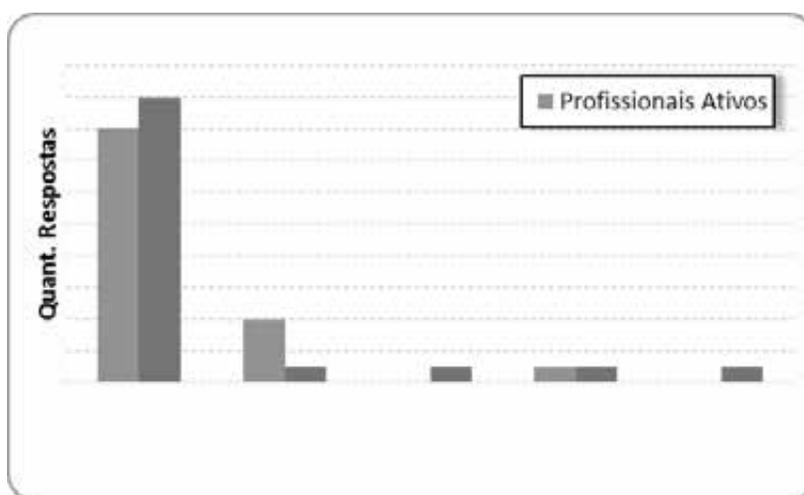
Fonte: dados da pesquisa

Em relação ao interesse por atividades que envolvam o tema criatividade, o quadro 7 evidencia que ambos os grupos demonstram interesse pelo assunto. Porém, o grupo representado pelos idosos, além de apresentar um resultado mais expressivo, revelou diversas vezes no momento da pesquisa, através de diálogos, que devido à disponibilidade de tempo e interesse pelo assunto, gostam de todo tipo de atividade que os ajudem a desenvolver ainda mais a sua criatividade.

O relato de um os idosos, reitera a afirmativa acima: “hoje que os filhos estão criados, tenho condições de dedicar o meu tempo a atividades que me deem prazer, posso estudar, passear, participar de cursos e oficinas que considero interessante e importante em minha vida”.

Devemos enfatizar que este grupo de idosos faz parte de um projeto de terceira idade desenvolvido na UENF e que, talvez por este motivo, a afirmativa acima possa ser uma verdade. O que não se pode dizer de idosos que vivem em outra realidade social e econômica.

Quadro 8 – Estaria disposto a fazer um curso de criatividade?



Fonte: dados da pesquisa

O gráfico 8 revela que o interesse dos *profissionais aposentados* em fazer o curso de criatividade seria de 82% da população pesquisada, enquanto que o dos *profissionais ativos* de 76%, o que demonstra um alto interesse dos dois grupos pesquisados.

Se considerarmos a parcela do grupo que respondeu **sempre e muitas vezes** veremos que a situação é ainda mais evidente, onde 86% dos *profissionais aposentados* e 95% dos *profissionais ativos* se mostraram altamente interessados em fazer um curso de criatividade.

Isto revela que as pessoas de uma forma geral demonstram interesse pelo tema *criatividade*. Predebon (2002), nos leva a refletir sobre a questão de que a criatividade traz um resultado gratificante em nossa vida, como se fosse um reconhecimento ou lucro que se obtém com a produção de fatos criativos. Para ele, toda pessoa reconhecidamente criativa é mais valorizada, elogiada, possui melhor salário e, na maioria das vezes, é bem-sucedida tanto em sua vida pessoal como na profissional. A possibilidade de desenvolver um pouco mais a criatividade, é vista de forma positiva, e isto faz com que o interesse por cursos de criatividade seja elevado, independente da idade.

Considerações finais

Com o presente estudo buscamos tornar visível a percepção positiva que existem nos grupos pertencentes à população acima de 60 anos que têm interesse, consideram positiva e buscam por atividades criativas. Ao se considerar que, atuar como um cidadão é transformar e melhorar a realidade que vivemos, independente da idade, e que essa é uma ação que exige uma postura diferenciada em que a criatividade é o gatilho da ação de inovar, nos propomos a responder de que forma se dá a percepção de *profissionais ativos* e *profissionais aposentados* com relação à importância da criatividade nos dias atuais, e o quanto isto afeta a sua vida pessoal e social.

Vale ressaltar que, as informações foram coletadas em um grupo já bastante ativo, participante de atividades oferecidas pela

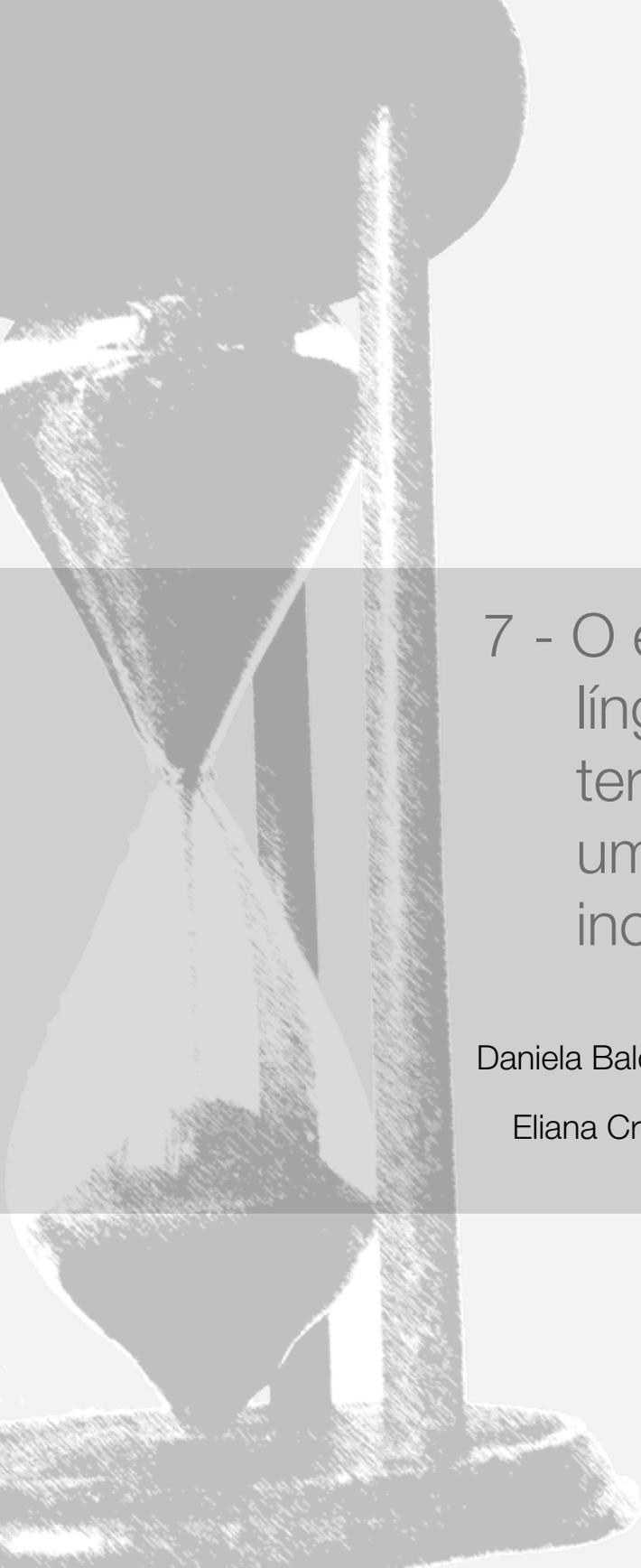
UENF, logo, as informações aqui dispostas referem-se a um grupo isolado, contudo, a partir de conversas informais com outros idosos, percebemos muitas opiniões parecidas. Daí a nossa curiosidade em realizar uma verificação dos fatos, ainda que inicialmente em um grupo pequeno. De acordo com os dados, o grupo de *profissionais aposentados*, ou seja, aqueles acima de 60 anos possuem uma percepção mais positiva em relação à importância e utilidade da criatividade tanto na vida pessoal como na convivência social, do que o grupo de *profissionais ativos*.

Em função de relatos realizados durante a aplicação do questionário e das próprias respostas, nossa hipótese de que os *profissionais aposentados*, devido a maior disponibilidade de tempo e experiência acumulada ao longo da vida, têm uma percepção mais positiva da importância da criatividade no dia a dia, tanto no aspecto pessoal como na convivência social foi confirmada.

Desta forma, alcançamos nosso objetivo inicial de tornar visível a importância da criação de atividades criativas para este público. O grupo analisado é um exemplo de como, mesmo com idade avançada, as pessoas buscam por atividades que as mantenham inseridas no convívio social. E, mais do que isso, outro exemplo que tivemos, foi durante a aplicação do questionário. A empolgação com que eles começaram a tratar sobre o tema e, criaram expectativas e solicitaram que oferecêssemos oficinas com atividades de criatividade. Diante do exposto, consideramos que é cada vez mais necessário estudar mecanismos que auxiliem as pessoas a desenvolver seu potencial criativo, principalmente pessoas pertencentes à população acima de 60 anos, pois elas possuem tempo e interesse em participar dessas atividades, buscando por melhoria em sua qualidade de vida. Assim, consideramos que atividades que envolvam criatividade podem beneficiar, direta ou indiretamente, na saúde e no bem-estar dos idosos.

Referências

- ALENCAR, E. M. L. S.; OLIVEIRA, Z. M. F. **A Criatividade na pós-graduação stricto sensu: uma presença possível e necessária**. R. Educ. Públ. Cuiabá. v 23. n 52. p. 53-75, jan./abr. 2014.
- ALENCAR, Eunice M. L. S. et al. **Medidas de Criatividade – teoria e prática**. Artmed. Porto Alegre, 2010.
- _____. **Como Desenvolver o Potencial Criador**. Vozes. Petrópolis, 1990.
- _____. **Criatividade**. 2 ed. Editora Universidade de Brasília. Brasília, 1996.
- ARAÚJO, Terezinha. **Criatividade na educação**. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: CPCD. São Paulo, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 1 ed. 2 reimpr. Ministério da Saúde. Brasília, 2003.
- CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad Saúde Pública. São Paulo, 2003.
- DE BONO, Edward. **Criatividade levada a sério. Como gerar ideias produtivas através do Pensamento lateral**. Pioneira. São Paulo, 1994.
- DE MASI, Domenico. **Criatividade e grupos criativos**. Sextante. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. **O ócio criativo**. Sextante. Rio de Janeiro, 2000.
- FELIPPE, Maria Inês. **Os 4C's para competir com criatividade e inovação nos negócios**. Qualitymark. Rio de Janeiro, 2007.
- GARDNER, Howard. **Estruturas da mente: teoria das inteligências múltiplas**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.
- _____. **Mentes que criam: uma anatomia da criatividade observada através das vidas de Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham e Gandhi**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.
- GOLEMAN, Daniel. et al. **O espírito criativo**. Cultrix. São Paulo, 2009.
- _____. **Inteligência emocional**. Objetiva. Rio de Janeiro, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de junho de 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em 17 de Junho de 2014.
- OSTROWER, Fayga. **Criatividade e Processos de Criação**. Vozes. Petrópolis, 2005.
- PETERS, Tom. **O círculo da Inovação**. Moderna. São Paulo, 1992.
- PREDEBON, José. **Criatividade – abrindo o lado inovador da mente**. 4 ed. Atlas. São Paulo, 2002.
- SELLTZ; JAHODA; DEUTSCH; COOK. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. EPU. São Paulo, 1972.



7 - O ensino de línguas na terceira idade: uma proposta inclusiva

Daniela Balduino de Souza Vieira

Eliana Crispim França Luquetti

Introdução

Atualmente, o tema “terceira idade” passou a ser visto como um período de mudança para um novo estágio da vida em que, se faz necessária, a integração social e a quebra de paradigmas educacionais que envolvem este período, considerando-se que esses estudos propõem que a aprendizagem um ato contínuo, se deva à flexibilidade cerebral. O ensino de língua espanhola para a terceira idade, o direcionamento dado pelo professor que atua neste contexto e suas características específicas, assim como o processo de ensino e aprendizagem de línguas, aqui mais especificamente a língua espanhola, bem como o que os PCN formentam em relação a esse processo, são os assuntos abordados no presente estudo.

Sabemos que adequação de vários aspectos ao ensino para a terceira idade implica no desenvolvimento de uma metodologia específica para atender os anseios desta fase que privilegie a busca de tópicos de interesse para os idosos, a dosagem das atividades que envolvam oralidade, levando-se em conta a diminuição da acuidade auditiva o incômodo ao se expor diante de uma habilidade que não domina, a tendência do uso da língua materna nas discussões em grupo, o interesse pela tarefa de casa e, de modo especial, reconhecer no fator afetividade um elemento motivador do processo.

Além disso, os pressupostos da Linguística aplicada podem direcionar a criação de metodologias alternativas na promoção de um ensino produtivo e eficaz com essa clientela tão especial e que merecem nossa atenção e dedicação. Vamos a discussão.

1 - Os pressupostos da Linguística Aplicada e o ensino de língua espanhola

A Linguística Aplicada (LA) surgiu a partir de meados do século XIX. Porém, em sua trajetória, a aceitação desse novo campo científico como área de conhecimento, não foi fácil. Somente passados vinte anos da aparição do primeiro Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada na PUC de São Paulo, no ano de 1990, surge a Associação de Linguística Aplicada do Brasil (ALAB). Se, inicialmente, os estudos linguísticos enfrentaram dificuldades, atualmente o cenário apresenta-se de forma diferente. Os estudos linguísticos ganharam força e estão ocupando um espaço cada vez mais significativo no meio acadêmico, em especial a LA. Segundo Celani (1992), o que evidencia esse novo quadro é o reconhecimento de novos linguístas aplicados e, também, o aumento do número de programas de pós-graduação na área.

Se, nos dias de hoje, a LA também se volta para o ensino de língua materna e, para outras áreas que têm como foco de suas investigações a **Linguagem**, em seus estudos linguísticos iniciais, a LA se dedicava à investigação do processo de ensino e aprendizagem de língua estrangeira. Esse novo caminho trilhado pela interseção dos conhecimentos produzidos por essas diversas áreas de investigação (por exemplo: psicologia, sociologia, história) irá trazer grandes contribuições para o processo de ensino e aprendizagem de língua estrangeira, essa que foi a primeira área a dialogar com a produção científica da LA, em especial para o ensino da língua espanhola.

Desse ponto de encontro entre várias teorias e a teoria Linguística, Celani (1992) nos apresenta o caráter mediador da LA que passa a contribuir com outros campos do saber e, conseqüentemente, a aprimorá-los, ao se debruçar sobre a **Linguagem**. A partir desse ponto em que os estudos sobre a linguagem passarão a

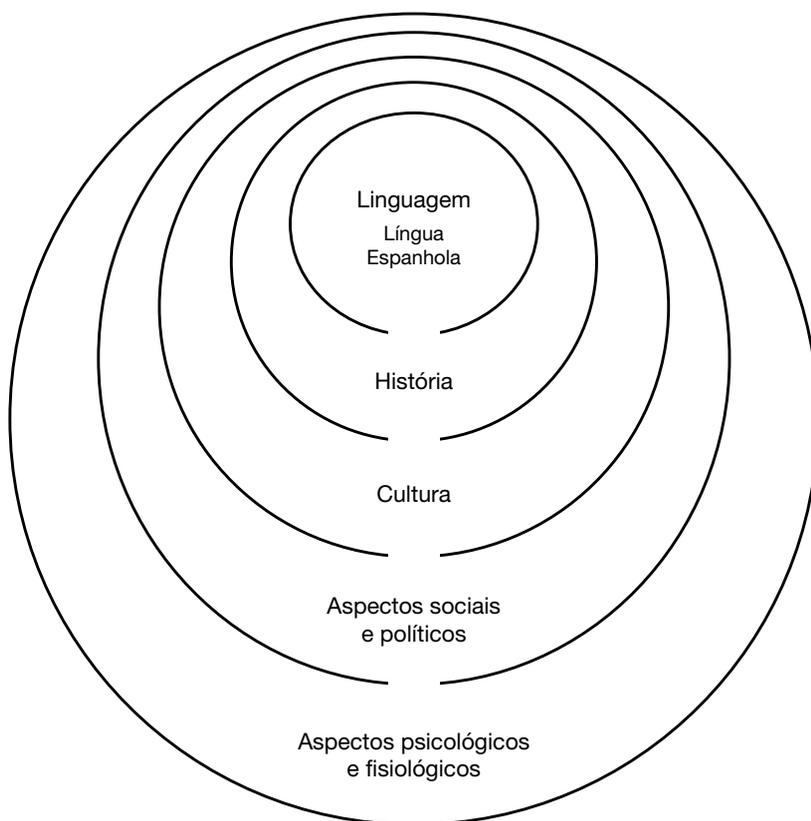
representar a interseção com as outras áreas do saber, a autora nos leva a entender a LA como uma área interdisciplinar, pautada na interação entre disciplinas, na troca de ideias e na integração mútua. Menezes *et al.* (2013), em seu trabalho que trata dos caminhos percorridos pela LA nos últimos sessenta anos e dos caminhos ainda a seguir, chama a atenção para o consenso que há em relação à percepção da **Linguagem** como objeto de investigação dessa área científica de estudos linguísticos. A linguagem é tomada como uma prática social, tanto na aprendizagem da língua materna ou de qualquer outra língua, bem como em áreas nas quais incidam questões relevantes sobre o uso da linguagem.

A LA nasceu como uma disciplina voltada para os estudos sobre ensino de línguas estrangeiras e hoje se configura como uma área imensamente produtiva, responsável pela emergência de uma série de novos campos de investigação transdisciplinar, de novas formas de pesquisa e de novos olhares sobre que é ciência (MENEZES *et al.*, 2013, p. 26).

Trazer essas contribuições das pesquisas em LA para o processo de ensino e aprendizagem de língua espanhola é fundamental para fomentá-lo pois, se no centro dessa prática tem-se a **Linguagem**, em seu entorno lidamos com questões históricas, culturais, sociais, psicológicas, emotivas e, até mesmo, fisiológicas. Ao se desenvolver esse processo, que vai mais além de uma apresentação de letras e fonemas, de palavras e estruturas, é importante que os professores e alunos envolvidos estejam conscientes de que há vários fatores que colaboram e se influenciam durante a aprendizagem de uma língua estrangeira. Moita Lopes (1996), também destaca a LA “como uma área de investigação aplicada, mediadora, interdisciplinar, centrada na resolução de problemas de uso da linguagem, que tem como

um foco na linguagem de natureza processual” (p. 22-23). Considerando nossa prática pedagógica, na qual a linguagem permeia todo o processo nós, professores de língua estrangeira, lidamos diariamente com linguagem e educação.

No processo de ensino e aprendizagem de língua estrangeira, essa relação entre linguagem e educação é identificada com maior clareza quando percebemos que a linguagem, mais especificamente a Língua Espanhola - foco do ensino -, está no centro desse processo, mas que só se concretiza quando a interrelação entre outros elementos é estabelecida por um canal que jamais se fechará entre eles.



Pennycook (1998), nos leva a olhar a LA a partir de uma abordagem crítica, que esteja sensível às preocupações sociais, para que, ao nos debruçarmos sobre os estudos da linguagem, tenhamos em conta o seu carácter interacional e o seu poder formador e transformador. A linguagem, seja ela escrita, oral, gestual ou outra, não pode ser vista como um mero meio de se transmitir mensagens e as várias áreas que se interligam no processo de ensino de aprendizagem da língua espanhola precisam sempre ser consideradas.

Portanto, se ensinarmos, tendo por meta a competência comunicativa, e não explorarmos como o uso da linguagem foi historicamente construído em torno das questões de poder e de dominação, ou como, nos seus usos cotidianos, a linguagem está sempre envolvida em questões de poder, estaremos, uma vez mais, desenvolvendo uma prática de ensino que tem mais a ver com acomodação do que com acesso ao poder (Pennycook, 1998, p. 31).

Pennycook (1998), ainda destaca que, as pesquisas em LA com ênfase exclusivamente quantitativa, faz com que a sala de aula se torne apenas um lugar para se realizar meras trocas linguísticas e, desse modo, não considera o espaço de aprendizagem de língua estrangeira como um local complexo de formação, de transformação e de interação social.

O espaço educativo, seja ele espacial, seja intelectual, que compõe o processo de ensino e aprendizagem da língua espanhola, precisa considerar as dinâmicas sociais, políticas, culturais e os aspectos psicológicos, fisiológicos e emocionais daqueles que se envolvem nele.

2 - Os PCN e os conhecimentos de Língua Estrangeira Moderna: por uma prática inclusiva

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), documento oficial que orienta a educação no Brasil, traz uma nova orientação acerca da abordagem direcionada ao ensino de língua estrangeira. De acordo com esse documento, a escola deve buscar inserir os educandos no mundo em que vivem, formando alunos capazes de perceber e analisar a realidade que os cerca e de notar a relação dialógica entre os fatos do nosso cotidiano.

Na perspectiva de um ensino mais tradicional, o aluno é visto como um sujeito-passivo, a quem o professor vai apenas passar informação. Essa visão do educando foi, gradativamente, levando ao fracasso a educação, tanto no que tange à escola de ensino regular quanto ao ensino na modalidade de jovens e adultos sendo, nesta última modalidade, onde a terceira idade pode estar inserida.

Deixemos claro que, a partir daqui, as discussões de nosso artigo se voltam para o ensino da língua espanhola na terceira idade, com o propósito de demonstrar que uma articulação entre teorias mais contemporâneas que contemplam o trabalho com a linguagem e vida moderna pode contribuir positivamente na qualidade de vida desse grupo como, por exemplo, na superação da baixa auto-estima. Optamos por referirmo-nos ao ensino da língua espanhola para a terceira idade, sem tratarmos especificamente de uma modalidade regular de ensino (regular, técnico, superior, EJA, cursos livres ou grupos de interesse), porque esse grupo pode se inserir em um processo de ensino e aprendizagem de línguas em qualquer instância.

É para um processo educativo moderno que nos encaminha o texto dos PCN. O texto atribui à linguagem um caráter de “herança social” que, depois de adquirida pelo indivíduo, será inerente a ele

acompanhando-o em sua aquisição de conhecimentos, em seus pensamentos, suas interações e suas ações. Para os PCN (2000, p. 5) a linguagem é tida como “a roda inventada, que movimenta o homem e é movimentada pelo homem”. Sendo a linguagem responsável pela movimentação do homem, compete a ela viabilizar ao aluno uma participação ativa no mundo social. Para tal, deve-se tomar como base que “a principal razão de qualquer ato de linguagem é a produção de sentido” (PCN, 2000, p. 5) e que a manutenção do educando como sujeito-passivo emperra a formação de uma consciência da realidade e, conseqüentemente, do exercício da cidadania.

Segundo Fiorin,

A linguagem é onipresente na vida de todos os homens. Cerca-nos desde o despertar da consciência, ainda no berço; segue-nos durante toda a nossa vida, em todos os nossos atos, e acompanha-nos até na hora da morte. Sem ela, não se pode organizar o mundo do trabalho, pois é ela que permite a cooperação entre os seres humanos e a troca de informações e experiências. Sem ela, o homem não pode conhecer-se nem conhecer o mundo. Sem ela não se exerce a cidadania, porque ela possibilita influenciar e ser influenciado. Sem ela não se pode aprender. Sem ela não se pode expressar sentimentos. Sem ela, não se podem imaginar outras realidades, construir utopias e sonhos. Sem ela não se pode falar do que é nem do que poderia ser (FIORIN, 2008, p. 29-53).

Tendo a linguagem toda essa importância na vida de cada um de nós, o ensino da Língua Espanhola também assume um igual valor na formação do indivíduo, pois estando inserido na área de

Linguagens, Códigos e suas Tecnologias, o ensino de línguas estrangeiras faz parte de um “conjunto de conhecimentos essenciais que permitem ao estudante aproximar-se de várias culturas e, conseqüentemente, propicia a sua integração num mundo globalizado” (Brasil, 2000, p. 25). Para tanto, a perspectiva tradicional para o ensino de línguas, que embasa seu desenvolvimento nas estruturas gramaticais, com ênfase nas regras e na habilidade da escrita, deve dar lugar a uma perspectiva mais contemporânea para se desenvolver os estudos linguísticos.

Ao figurarem inseridas em uma grande área - Linguagens, Códigos e suas Tecnologias -, as Línguas Estrangeiras Modernas assumem a sua função intrínseca que, durante muito tempo, esteve camuflada: a de serem veículos fundamentais na comunicação entre os homens. Pelo seu caráter de sistema simbólico, como qualquer linguagem, elas funcionam como meios para se ter acesso ao conhecimento e, portanto, às diferentes formas de pensar, de criar, de sentir, de agir e de conceber a realidade, o que propicia ao indivíduo uma formação mais abrangente e, ao mesmo tempo, mais sólida (BRASIL, 2000, p. 26).

Dominar as diversas formas de linguagem e de seus usos nas diferentes situações comunicativas interfere de maneira positiva no papel social de seus interlocutores. Dentro desse domínio, encontra-se a língua espanhola pois, segundo os PCN (2000), as situações comunicativas não se estabelecem apenas por meio de palavras. Em um contexto comunicativo, também estão inseridos os gestos, as tradições e a cultura de um povo. Estes aspectos que são tão característicos no processo de ensino e aprendizagem de línguas estrangeiras, tornar-se-ão ainda mais relevantes em uma prática voltada para a terceira idade, pois história, tradição e cultura estão

intrinsecamente ligados a esse grupo. Os PCN (2000) ainda destacam que “o caráter dialógico das linguagens impõe uma visão muito além do ato comunicativo superficial e imediato” (p. 6) e que os significados serão construídos a partir dos aspectos histórico, social e cultural que estão no cotidiano de cada um.

3 - A abordagem comunicativa promovendo a inclusão na terceira idade

O processo de ensino e aprendizagem da língua espanhola, além de direcionar seu olhar para os aspectos da língua, o foco do ensino, também deve se voltar para o estudo da linguagem humana e considerar o aluno um ser histórico e social em formação apontando, assim, para um estudo de caráter reflexivo sobre o uso da língua(gem) na vida e na sociedade.

Partindo-se da relação que deve existir entre o estudo de língua e o seu uso nas interações sociais do nosso cotidiano, é conveniente tratar o processo de ensino e aprendizagem de línguas estrangeiras pautando-o na compreensão, na análise, na avaliação da linguagem e em uma reflexão sobre o uso dela. Cabe à escola levar ao aluno a estrutura convencional da língua alvo, mas também fazê-lo compreender o uso da linguagem nas diferentes situações comunicativas induzindo-o, assim, a uma (re)avaliação de suas necessidades de aprendizagem.

Quando fazemos parte do processo, tornamo-nos mais comprometidos e responsáveis por ele.

Torna-se pois, fundamental, conferir ao ensino escolar de Línguas Estrangeiras um caráter que, além de capacitar o aluno a compreender e a produzir enunciados corretos no novo idioma, propicie ao aprendiz, a possibilidade de atingir um nível de

competência linguística capaz de permitir-lhe acesso a informações de vários tipos, ao mesmo tempo em que contribua para a sua formação geral enquanto cidadão (BRASIL, 2000, p. 26).

Almeida Filho (2002), em seu livro *Dimensões Comunicativas no ensino de línguas*, fala-nos do ensino comunicativo de línguas. No processo de ensino e aprendizagem em que haja uma abordagem comunicativa, encontraremos um trabalho fomentado pela interação, aplicabilidade, uso, reflexão, significação, construção e “desconstrução”.

Concebemos hoje comunicação (sempre de forma incompleta e conscientemente provisória) mais como uma forma de interação social propositada onde se dão demonstrações de apresentação pessoal combinadas ou não com casos de (re) construção de conhecimento e troca de informações. A aprendizagem de uma nova língua (L) desse ângulo precisaria se dar numa matriz comunicativa de interação social (ALMEIDA FILHO, 2002, p. 8).

Sendo assim, a aprendizagem de uma nova língua, em especial a língua espanhola, na terceira idade seria uma oportunidade a mais para aperfeiçoar e/ou ampliar seus domínios linguísticos, para seguir interagindo socialmente e promovendo uma contínua transformação cidadã, pois

Ao conhecer outra(s) cultura(s), outra(s) forma(s) de encarar a realidade, os alunos passam a refletir, também, muito mais sobre a sua própria cultura e ampliam a sua capacidade de analisar o seu entorno social com maior profundidade, tendo melhores

condições de estabelecer vínculos, semelhanças e contrastes entre a sua forma de ser, agir, pensar e sentir e a de outros povos, enriquecendo a sua formação (BRASIL, 2000, p. 30).

Almeida Filho (2002) diz que “comunicar-se é atividade que apresenta alto grau de imprevisibilidade e criatividade (nos sentidos gerativo e imaginativo) tanto na forma quanto nos sentidos construídos no discurso” (p. 9), por isso, o trabalho desenvolvido no ensino da língua espanhola pode trazer benefícios para a terceira idade, por meio das diversas situações comunicativas passíveis de serem vividas por esses alunos.

Desenvolver uma competência comunicativa requer o envolvimento de várias outras competências e conhecimentos. Isso torna o processo de ensino e aprendizagem de línguas estrangeiras interdisciplinar e interdependente, o que exige dos professores um maior envolvimento e dedicação. Nesse processo, o professor estará constantemente interagindo com os alunos, planejando, avaliando e reavaliando as atividades propostas e, juntamente com os alunos, refletindo sobre todo o processo de ensino e aprendizagem.

Para Almeida Filho, o professor deve propiciar experiências de aprender com conteúdos de significação e relevância para a prática e uso da nova língua que o aluno reconhece como experiências válidas de formação e crescimento intelectual; (...) representar temas e conflitos do universo do aluno na forma de problematização e ação dialógica (ALMEIDA FILHO, 2002, p. 37).

De acordo com os PCN (2000), a comunicação é “uma ferramenta imprescindível no mundo moderno, com vistas à formação profissional, acadêmica ou pessoal” (p. 31).

Sendo assim, um processo de ensino e aprendizagem de língua espanhola para a terceira idade pautado na abordagem comunicativa poderá trazer significação e sentido para esse processo, além de contribuir positivamente para uma (trans)formação desses indivíduos, inserindo-os cada vez mais na sociedade em que vive.

4 - Caracterização da terceira idade no processo de ensino e aprendizagem

A abordagem do ensino de língua espanhola para alunos da terceira idade, face os novos rumos que deve tomar o processo educacional, diante da realidade a ser considerada com a clientela que representa 8,56% da população (IBGE, 2000) e cuja projeção para 2020 será de uma população idosa de 18,02%, para 2040 de 25,08% sobre o total da população brasileira, significando que o Brasil será detentor da 6^a população idosa do mundo. E, segundo a ONU, em 2050 a quantidade de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo será maior do que a quantidade de pessoas com idade inferior a 15 anos.

Como nos afirma Oliveira (1999, p. 123), “[...] o envelhecimento da população é um fenômeno global que nos traz importantes repercussões nos campos social e econômico, especialmente nos países em desenvolvimento”.

Conceituarmos velhice, no atual cenário social, marcado pela quebra de paradigmas é um desafio. Há quem faça uso dessa palavra para designar algo ou alguém fora de moda, sem utilidade ou ainda, improdutivo.

Ainda bem que verificamos que essa visão pejorativa do termo, vem sendo sobreposta por uma concepção mais ampla, onde fatores como o cronológico, biológico, psicológico e social devem ser analisados (OLIVEIRA, 1999).

O tempo passa para todos nós e conseqüentemente todos nós envelhecemos. Por isso, o aspecto cronológico vai, um dia, ser parte de nossas vidas e, trará com ele, um diferente estágio onde distintas visões de mundo nos farão interpretar a vida com diversas lentes. Segundo Mardegan Jr. (*apud* OLIVEIRA 1999) a vida é um processo contínuo de redefinições e redescobertas, um eterno crescimento que não diminui com o passar dos anos. Sendo assim, considerar o idoso “inativo” apenas levando-se em conta o aspecto cronológico, sem considerar os aspectos individuais, onde existem pessoas que, aos 50 anos, já apresentam sintomas de velhice ao passo que outras, aos 80, são saudáveis e atuantes, é um enquadramento muito limitado e superficial.

Sabe-se que, desde que nascemos, estamos envelhecendo e degenerando. Porém, os recursos médicos de nosso tempo, bem como uma alimentação adequada, uma vida regrada e exercícios físicos são capazes de diminuir esse desgaste, retardando assim a velhice e a deterioração do organismo. Manter a cabeça e o corpo ativos são as melhores maneiras de enfrentar as modificações físicas que com o passar dos anos são inevitáveis, pois fazem parte da natureza humana.

A vida é feita de histórias, vivências e capítulos. "A velhice é um tempo de síntese de todas as épocas anteriores do ciclo da vida" (XAVIER, 1987). Sendo assim, essa etapa da vida é uma das fases de um processo de evolução que necessita ser visto não como um processo de deterioração, mas como um processo de mudança de atitude frente a um novo ciclo da vida. Socialmente, é necessário que o idoso sinta-se integrado, fazendo parte do todo que constitui nossas vidas.

Erroneamente, tem sido visto de que forma as pessoas concebem a capacidade do idoso, como alguém incapaz de aprender e contribuir com suas experiências e, até mesmo, reaprender com

suas novas perspectivas diante do mundo. As atuais pesquisas da área mostram que o cérebro humano é um órgão com surpreendente plasticidade, dinâmico, crescendo e mudando o tempo todo (LIMA, 2001).

A sociedade precisa absorver esta nova realidade de uma população de idosos que só aumentará nos próximos anos e que conquistará grandes espaços em diferentes áreas, exigindo sua inclusão total na sociedade, não apenas como usuários de sistemas assistencialistas, voltados a ideia de que idosos precisam ser cuidados, mas também conscientes de que estes são dotados de uma grande potencialidade e capazes de renová-la através do conhecimento, permanecendo jovem e mentalmente ativo durante toda a sua vida que vai muito além da vida produtiva, exclusivamente dedicada a uma profissão.

Conclusão

Já não se pode pensar em língua, como um fenômeno imutável, constante, como as gramáticas normativas geralmente apresentam. É preciso redirecionar os paradigmas que ainda insistem em dominar o ensino de línguas em nosso país.

A língua é um fenômeno social e, por isso, flexibiliza-se para atender aos objetivos discursivos de quem a utiliza. A linguagem, segundo o texto dos PCN, é promotora de interação social. Essa interação pode ocorrer entre membros de uma mesma comunidade de falantes, ou entre pessoas de grupos sociais diferentes. Por isso, para que se promova a inserção social de pessoas de grupos minoritários, a escola deve priorizar o ensino pautado na interação comunicativa, proporcionando ao aluno capacidade para entender a necessidade de aplicar determinadas estruturas da língua que atendam àquela situação conversacional específica.

No que se refere a aprendizagem na terceira idade, a nova realidade científica tem provado que “o cérebro é um órgão em crescimento e mudança; sua capacidade e vitalidade dependem, em grande parte, de como o nutrimos e o tratamos. Desta maneira, podemos influenciar o funcionamento do cérebro, moldado por diferenças internas e externas” (LIMA, 2001, p. 18).

Com o ensino focado na função comunicativa, é possível notar que todo locutor tem uma intenção definida ao elaborar um texto, seja ele oral ou escrito e que ter essa percepção pode ajudar no exercício da cidadania, pois possibilita ao aluno, posicionar-se diante do discurso do outro.

Sabemos que a LA é uma ciência que muito discute a questão da linguagem, suas particularidades e sua indissociável relação com os seus usuários. Os pressupostos da LA direcionam o ensino de línguas para as diferentes formas de uso da linguagem.

Observamos que os pressupostos da LA, a proposta dos PCN e a abordagem comunicativa para o ensino de línguas são caminhos congruentes e que podem tornar o processo de ensino e aprendizagem de línguas um mecanismo de inclusão social.

E que nenhuma sociedade poderá desenvolver-se se não agregar todos os seus grupos sociais. Somente com a participação efetiva de todos se constrói a verdadeira democracia. Os menos favorecidos, como os idosos, por exemplo, devem receber garantias dessa inclusão tão propagada.

Referências

- ALMEIDA FILHO, J. C. P. de. **Dimensões comunicativas no ensino de línguas**. 3 ed. Pontes. Campinas, 2002.
- BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais Língua Portuguesa**. MEC. Brasília, 1997.
- CARDOSO, B. A. T. **Reflexões sobre o ensino da Leitura e Escrita**. 2 ed. Vozes. Petrópolis, 1994.
- CELANI, M. A. A. **Afinal, o que é Linguística Aplicada?** In: CELANI, M. A. A. e PASCHOAL, M. S. Z. (orgs). **Linguística Aplicada: da aplicação da linguística à linguística transdisciplinar**. EDUC. São Paulo, 1992.
- CUNHA, Aldeneia S. da; Oliveira; Ana Cecília de; Araújo, Leina A. (Org). **A Supervisão no contexto escolar: Reflexões Pedagógicas**. UNINORTE. Manaus, 2006. In: VEJA. Edição nº 1731 de 19/12/2000. São Paulo. Abril (pesquisa: Como lê o brasileiro).
- FERREIRO, Emília. TEBEROSKY, Ana. **Psicogênese da Língua Escrita**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.
- FERREIRO, Emília. TEBEROSKY, Ana. **Os processos de Leitura e Escrita**. 3 ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1990.
- FILHO, José Nicolau Gregorin. **Literatura infantil: múltiplas linguagens na formação de leitores**. Editora Melhoramentos. São Paulo, 2009.
- FIORIN, J. L. (org.). **Introdução à Linguística: I. Objetos teóricos**. Contexto. São Paulo, 2006.
- FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**. 22 ed. Cortez. São Paulo, 1988.
- _____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 9 ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2002.
- KLEIMAN, A. B. **O ensino de línguas no Brasil**. In: Celani, M. A. A. e Paschoal, M. S. Z. (orgs). **Linguística Aplicada: da aplicação da linguística à linguística transdisciplinar**. EDUC. São Paulo, 1992.
- LAJOLO, Marisa. **Do mundo da leitura para a leitura do mundo**. 6 ed. Ática. São Paulo, 2004.
- LIMA, M. P. **Gerontologia Educacional: uma pedagogia específica para o idoso: uma nova concepção da velhice**. LTr. São Paulo, 2001.
- LIMA, M. **Capítulo 1: Reformas paradigmáticas na velhice do século XXI**. In: KACHAR, Vitória. **Longevidade, um novo desafio para a educação**. 1 ed. Cortez. São Paulo, 2001. p. 15-26. MENEZES, V., SILVA, M. M. e GOMES, I. **F. Sessenta anos de Linguística Aplicada: de onde viemos e para onde vamos**. In: Pereira, R. C. M. e Roca, M. del P. (orgs). **Linguística aplicada um caminho com diferentes acessos**. Contexto. São Paulo, 2013.
- MOITA LOPES, L. P. da. **Oficina de linguística aplicada**. Mercados de Letras. São Paulo, 1996.
- PARÂMETROS Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Parte II: **Linguagens, Códigos e suas Tecnologias**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em 14 de maio de 2013.

- PENNYCOOK, A. **A Linguística Aplicada dos anos 90: em defesa de uma abordagem crítica.** In: SIGNORINI, I. e CAVALCANTI, M. C. (org). **Linguística Aplicada e Transdisciplinaridade.** Mercado das Letras. Campinas, 1992.
- OLIVEIRA, R. **Terceira idade: Do repensar dos limites aos sonhos possíveis.** 1 ed. Paulinas. São Paulo, 1999. p. 288.
- POSSENTI, S. e ILARI, R. **Ensino de Língua e Gramática: alterar conteúdos ou Alterar a imagem do professor?** In: Clemente, E. e Kirst, M. H. B. **Linguística Aplicada ao Ensino de Português.** Mercado Aberto. Porto Alegre, 1987.
- XAVIER, Elizabeth. et al. **A encruzilhada da aposentadoria.** In: **Revista geriátrica em síntese.** Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. São Paulo, 1987. p. 30.



8 - Envelhecimento e aprendizagem: a educação em discussão

Márcia Regina Pacheco Soares

Rosalee Santos Creso Istoe

Thaís Pacheco Soares

Considerações iniciais

O processo de transição demográfica, relacionado com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, tem provocado uma rápida variação na estrutura etária do Brasil e de todo o mundo. Esta tendência tem se caracterizado pela redução proporcional de crianças e jovens, associado ao aumento da população adulta e da substancial elevação da população idosa. No Brasil, em relação à população idosa, a previsão, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2011), é que esse número triplique do ano de 2010 até 2050, passando de 21 milhões de idosos em 2010 para 63 milhões, correspondentes a 10% do total da população em 2010 para 29% em 2050. Revela ainda que, em 2025, o Brasil estará mundialmente colocado no sexto lugar em população idosa, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade. Assim, para a Organização Mundial da Saúde (2005), “Uma redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade irão assegurar o contínuo “agrisalhamento” da população mundial” (OMS, 2005, p. 8).

Sendo assim, o envelhecimento populacional e as alterações na distribuição etária acarretam, conseqüentemente, demandas por políticas públicas específicas, além de servir como alerta para uma sociedade excludente e seletiva do necessário comprometimento com a inclusão das pessoas envelhecidas como agentes atuantes do contexto social. A Organização Mundial da Saúde (2005) considera que qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas idosas que possuem a mesma idade. Afirma que as autoridades precisam considerar essas variações ao formular políticas e programas para esta população. A longevidade com qualidade de vida, antes de tudo, pressupõe a superação de estigmas, preconceitos e a concepção de que o envelhecimento estaria associado ao declínio, à incapacidade e à morte. O idoso que compõe a sociedade atual está aberto a novos conhecimentos. É produtivo, ativo, autônomo, capaz de ocupar e ter seu espaço reconhecido pela sociedade.

A partir das últimas décadas do século XX, o envelhecimento populacional, passou a chamar a atenção de cientistas e pesquisadores de todo o mundo, corroborando com a produção científica sobre a velhice, onde estudos e pesquisas de diversas áreas, com abordagens a diferentes temas, passaram a contribuir significativamente na alteração dos conceitos referentes à velhice e suas representações sociais. Tais contribuições, de incontestáveis relevâncias, vêm fortalecendo a superação de estigmas e preconceitos relativos às pessoas idosas e a inclusão do novo conceito de envelhecimento.

Para Lima (2001, p. 51), “A partir do reconhecimento de que a velhice é algo além do envelhecimento fisiológico e psicológico de indivíduos, as práticas de intervenção puderam ser modificadas significativamente”.

Para a Organização Mundial da Saúde (2005), um envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização, permitindo que essas pessoas percebam o seu potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida; e afirma ainda que: “A palavra ‘ativo’, refere-se à participação contínua nas questões

sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (OMS, 2005, p. 13).

Partindo desta concepção de envelhecimento ativo, pressupõe-se que preservando o equilíbrio entre as suas potencialidades e limitações, a aquisição de novas aprendizagens se destaca como auxiliar na manutenção de um envelhecimento saudável quer seja nos aspectos físicos, psicológicos ou sociais, visto que, “o desenvolvimento das capacidades cognitivas ocorre durante toda a vida, inclusive na velhice, contrapondo-se à tradicional ideia de que somente crianças e adolescentes poderiam se desenvolver cognitivamente” (SCORALICK-LEMPKE, *et al.*, 2012, p. 650).

Como coadjuvantes do funcionamento e do fortalecimento cognitivo na velhice, destacam-se, entre outros, a motivação, a autoestima, a satisfação com a vida, a autoconfiança e a segurança de pertencimento a grupos familiares e sociais. Neste sentido, a educação ocupa papel fundamental para os aspectos cognitivos durante o processo de envelhecimento, favorece a formação crítica do idoso, para que tenha condições de manter-se ativo e com maior inserção social, com consciência de seus valores, com potencialidade de articulação, de exigir mais respeito, dignidade, reivindicar os seus direitos e maior percepção de suas próprias competências.

Além de ser agente da ação que transforma, a educação é um direito elementar de todo ser humano, independente da idade. O idoso tem direito à educação, não somente como compensação, mas enquanto espaço de questionamento, decisões, capacitação e inclusão. Assim, as atividades educacionais eficazes que são direcionadas a este público, devem possibilitar o equilíbrio entre os declínios inerentes ao envelhecimento e os benefícios proporcionados por essas atividades.

Assim, a educação pode estimular o crescimento e a aquisição de novas competências, fomentando possíveis ganhos durante toda a vida. Além disso, ela representa uma via de remediação e retomada dos níveis de funcionamento anteriores, tendo três diferentes funções: 1) oferecer recursos àqueles que, por circunstâncias pessoais, não tiveram oportunidades educativas em etapas anteriores; 2) auxiliar os idosos quanto à prevenção e à solução de déficits associados a essa fase, na medida em que novos aprendizados propiciam significativos benefícios sobre o funcionamento cognitivo; 3) facilitar a retomada de papéis sociais, bem como potencializar as atividades e os relacionamentos interpessoais, evitando as perdas dos vínculos que parte da população idosa experimenta (SCORALICK-LEMPKE, *et al.*, 2012, p. 6510).

Para a UNESCO (2009, p. 11): “A educação é um direito fundamental, uma chave que permite o acesso aos direitos humanos básicos, tais como saúde, habitação, trabalho e participação, entre outros”. No entanto, o nível educacional da parcela populacional referente aos idosos no Brasil é considerado muito baixo pelas estatísticas publicadas pelo IBGE (2011). Segundo o censo de 2010, é a maior taxa de analfabetismo, segundo os grupos de idade, apesar de ter havido redução entre os anos de 2000 e 2010, para justificar este fato, considera-se que a falta de oportunidade de acesso às instituições escolares nas décadas de 1930 a 1950, seja um dos fatores relevantes a essa realidade, como demonstrado a seguir:

No caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Nas décadas de 1930 até, pelo

menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual (IBGE, 2002, p. 20).

Para a OMS (2005, p. 30), “Os baixos níveis de instrução e o analfabetismo estão associados a maiores riscos de dependência e morte durante o processo de envelhecimento”. De acordo com a UNESCO (2009), uma oferta educativa ampla que inclua o ensino deve, ao mesmo tempo, em que reconhecer e validar as aprendizagens realizadas pelas pessoas, não somente na idade adulta, mas ao longo da vida, na família, na comunidade, no trabalho, pelos meios de comunicação de massa, na participação social e no exercício da própria cidadania.

Embora os benefícios da educação na qualidade de vida das pessoas idosas, sejam incontestáveis, no Brasil ainda não há especificidade na oferta educativa destinada a este público. Nesta concepção, “Os benefícios sociais, cognitivos e afetivos da educação para idosos (...) são científica, social e moralmente incontestáveis. Não há uma garantia, contudo, de que eles ocorrerão em todas as situações de aprendizagem e que atingirão todos os envolvidos” (SCORALICK-LEMPKE, *et al.*, 2012, p. 6510).

Apesar do aparato legal, que envolve o direito a educação destinada aos idosos, o que se observa é que tais iniciativas são insuficientes ou inadequadas, se limitados ao ensino destinado pela Educação de Jovens e Adultos (EJA) para educação formal e as Universidades Abertas para a Terceira Idade (UNATI) para o ensino informal. A Constituição Federal do Brasil do ano de 1988 prevê amparo, assistência e promoção social e assegura os direitos fundamentais às pessoas idosas.

Estabelece no Capítulo II, artigo 6º que são direitos sociais o acesso à educação, à saúde, à segurança, ao trabalho, ao lazer, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. No capítulo III, artigo 205º cita a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, e que deverá ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando pleno desenvolvimento para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Garante, ainda, que o Estado, a família e a sociedade têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando à sua participação na comunidade defendendo seu bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida, conforme o Capítulo VII, artigo 230º.

A Lei 8842/94 da Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, Lei 10741/2003, formam as bases das políticas públicas brasileiras relativas ao idoso.

No Estatuto do Idoso (2003) o direito à educação, é relatado no capítulo V mais especificamente nos artigos 20º a 25º, incluindo também a cultura, o lazer e o esporte. No artigo 21º cita que o Poder Público deverá criar oportunidades de acesso à educação, com adequação de currículos, metodologias e materiais didáticos destinados aos idosos. O artigo 22º prevê a necessidade da inserção de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal. O artigo 25º estabelece que o Poder Público deverá apoiar a criação de Universidades Abertas à Terceira Idade, bem como o incentivo à publicação de livros com conteúdos e padrões editoriais adequados aos idosos.

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, estabelece o Conselho Nacional do Idoso e, tem por objetivo assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Ratifica os princípios constitucionais, garantindo ao idoso a cidadania, com plena integração social, a defesa de sua dignidade e de seu bem-estar, do direito à vida, bem como o repúdio à discriminação.

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) é uma modalidade da Educação Básica, regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, lei nº 9.394/96) e estabelece no artigo 37º que “A educação será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudo no ensino fundamental e médio na idade própria”.

A Lei nº 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) vem fortalecer as determinações constitucionais, tem nos artigos 37º e 38º, destaques específicos para a Educação de Jovens e Adultos. Cita no artigo 37º que a Educação de Jovens e Adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria, e que os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos jovens e aos adultos, que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho.

Para Silva *et al.* (2009, p. 03) “na Educação de Jovens, Adultos e Idosos da atualidade, o grande desafio é: como desenvolver nestes sujeitos aprendizagens significativas que abarquem conteúdos curriculares atitudinais fundamentais à sua inserção social na sociedade globalizada em que vivemos?” E acrescenta ainda que, atualmente, a EJA deve adequar currículos e metodologias no ensino para os idosos, considerando os conhecimentos prévios destes sujeitos históricos; o direito do idoso à educação; as recomendações do MEC expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais; e as especificidades de suas demandas e necessidades.

Apesar da legislação vigente no Brasil contemplar aspectos específicos para a população idosa, o processo de ensino aprendizagem formal para este público ainda é precário, sem apresentar especificidade, a maioria das iniciativas educacionais estão relacionadas às atividades físicas, à saúde, sem muita atenção à atividade mental e cognitiva, à realização pessoal e às dificuldades que o idoso analfabeto enfrenta no seu dia a dia, acarretando exclusão e dependência. Para Papalia, (2008, p. 51), “As sociedades do mundo inteiro reconhecem diferenças no modo como pessoas de diferentes idades pensam, sentem e agem”. Dada as necessidades específicas desta população, nos aspectos educacionais, apresentam demandas cada vez mais complexas e peculiares. Contudo, o incentivo à alfabetização dos idosos se mostra ainda insuficiente (IBGE, 2008).

Diante de tais considerações, Carvalho, *et al.* (2010) ressalta que o sistema de educação brasileira desconsidera as diferentes fases de desenvolvimento e aprendizagem que ocorrem durante o ciclo de vida, utiliza tanto para a educação de crianças como para a de adultos os mesmos métodos de ensino, sem considerar que o adulto idoso já possui habilidades cognitivas em estágio diferente ao das crianças e experiências acumuladas durante toda a sua vida. No modelo pedagógico tradicional, compete ao professor as decisões do que aprender, como, quando e avaliar se foi aprendido, cabendo ao aluno apenas aceitar as instruções do professor. No entanto, uma abordagem educacional voltada para pessoas idosas, deve privilegiar as suas peculiaridades, com uma prática pedagógica específica, com conhecimentos e estratégias exclusivas para o trabalho educacional com idosos, considerando as características físicas, psicológicas e cognitivas dessa faixa etária.

Nesta perspectiva, a andragogia foi definida por Malcolm Knowles, educador norte-americano, como a arte e ciência de ajudar o adulto a aprender, em oposição à pedagogia, que cuida do

ensino de crianças, se apresenta como alternativa à pedagogia tradicional, que significa a arte e a ciência de ensinar a crianças e tem sido, até hoje, a base da organização de nosso atual sistema educacional. De acordo com as considerações de Carvalho, *et al.* (2010), refere-se à educação centrada nos interesses do aluno, considerando-o como sujeito ativo e participativo no processo de ensino aprendizagem, cabendo ao professor, o papel de facilitador do processo de aprendizagem e se fundamenta com as seguintes características: despertar no adulto a consciência da sua participação na sociedade, partir da realidade do educando, o professor incentivador da autonomia e não impor os conteúdos, partindo da concepção da autonomia e da participação destes indivíduos.

A andragogia, arte e ciência de ensinar a adultos, diante dessa nova demanda educacional, pode ser entendida como alternativa de metodologia na aprendizagem de idosos, ressaltando as suas habilidades e experiências, considerando-o responsável, ativo e motivado a adquirir novos conhecimentos e significados, e aberto a novas possibilidades. A participação de grupos, a permanência social ativa e a qualidade de vida, são alguns dos fatores que os motivam na aprendizagem. Neste sentido, o método a ser utilizado então, deve partir de elementos que compõem a sua realidade a fim de que se percebam como elementos fundamentais do processo e como cidadãos integrados à sociedade.

Na tentativa de evidenciar novas alternativas para especificidade no processo de ensino e aprendizagem de idosos, ressaltamos ainda a gerontagogia, termo estabelecido por Limieux (2000) *apud* Cachioni, *et al.* (2004), como a ciência educacional interdisciplinar cujo objeto de estudo é o idoso em situação pedagógica, tratando-se, portanto, de uma ciência aplicada, pertinente para designar a educação destinada à pessoa idosa, pois enfatiza o processo de ensino aprendizagem.

Na concepção de Lemieux (2000), a questão da educação antecede a referência ao envelhecimento e aos sujeitos envelhecidos, pois a gerontagogia, como ciência social, está mais preocupada com o ensino e a aprendizagem que com o fato de que os educandos sejam pessoas idosas. Deve permitir à combinação de distintas especialidades, como a psicologia, a filosofia, a antropologia, a história, a sociologia e a economia, entre outras, que poderão ajudar no momento em que for necessário decidir sobre o quê, o como e o para quê da educação às pessoas idosas." (Cachioni *et al.*, 2004, p. 105).

Independente da terminologia ou nomenclatura que venha a definir a especificidade de estudos e metodologias da educação destinada a pessoas adultas, em envelhecimento ou idosas, o que queremos é alertar que: para que possam ser criadas oportunidades educativas que sejam adequadas às limitações e aos interesses dos idosos, implica, entre outros aspectos, a adequação de materiais e métodos de ensino. Haja visto o grande contingente de analfabetos, excluídos e ou evasivos do processo de ensino aprendizagem, desta parcela populacional.

Neste ínterim, queremos destacar aqui, a importância da interdisciplinaridade envolvendo outras áreas do conhecimento e de pesquisas, para efetiva especificidade na educação destinada a idosos, como por exemplo: a ergonomia, abordando aspectos das acomodações escolares; o conforto e as adequações necessárias; a acessibilidade das salas de aulas oferecidas, devendo ser evitadas as escadas, devido às limitações físicas; as edições de materiais didáticos e paradidáticos, com necessidades de publicações com tamanhos de fontes que facilitem a leitura, dado

a limitação da visão e a adequação da iluminação do ambiente de estudo. É pertinente acrescentarmos, ainda aqui, a questão da oferta do ensino da EJA no período noturno, dificultando o acesso deste público.

Considerações finais

A alteração na configuração etária e a substantiva elevação da população idosa configuram a nova estrutura da população brasileira e mundial. Diante desta realidade, se faz necessário à inclusão das pessoas envelhecidas como agentes atuantes do contexto social. Tal ação reflete a necessidade de mudanças nas demandas por políticas públicas específicas, e acarretam consequências e adaptações a toda sociedade, para que essa população viva com melhor qualidade de vida.

Conhecer os interesses da população envelhecida, assegurar seus direitos e viabilizar programas que sejam acessíveis e significativos à maioria é de imprescindível relevância. O envelhecimento populacional e a irrefutável contribuição de atividades educacionais para a manutenção de um envelhecimento saudável, nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, se constituem em justificativas categóricas para que sejam promovidas iniciativas efetivas de educação na velhice. Haja visto que é entre idosos a maior taxa de analfabetismo, segundo os grupos de idade; apesar de baixos níveis de instrução e analfabetismo, estarem associados a maiores riscos de dependência e de morte durante o processo de envelhecimento.

Apesar do aparato legal e dos benefícios da educação na qualidade de vida das pessoas idosas no Brasil, ainda não há especificidade na oferta educativa destinada a este público, o que se observa, no entanto, é que quando disponíveis tais iniciativas são inadequadas, infantilizadas ou improvisadas, e se limitam ao

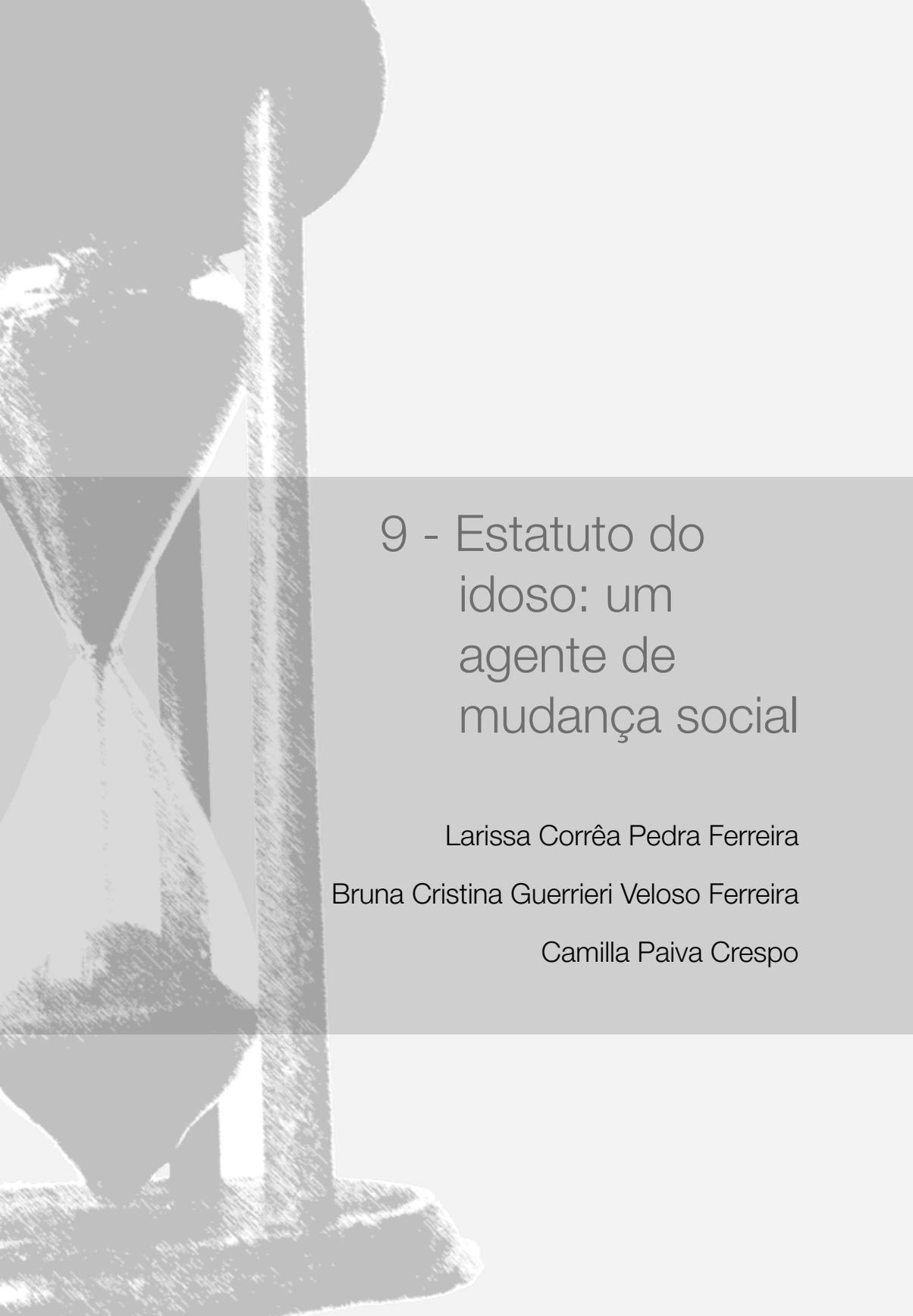
ensino da EJA para educação formal e as Universidades Abertas para a Terceira Idade para ensino informal. Além de que, o sistema de educação brasileira desconsidera as diferentes fases de desenvolvimento e aprendizagem que ocorrem durante o ciclo de vida, e utiliza tanto para a educação de crianças como para a de adultos e idosos os mesmos métodos de ensino, desconsiderando as características físicas, psicológicas e cognitivas características das diferentes faixas etárias.

Para enfatizar o processo de ensino e aprendizagem específico para a pessoa idosa, a andragogia e a gerontagogia se apresentam como alternativas de metodologia, considerando-se, no entanto, o envolvimento de outras áreas do conhecimento e de pesquisas, para efetiva especificidade na educação destinada a idosos.

Nosso interesse neste trabalho foi provocar uma reflexão, no que diz respeito, às estratégias educacionais utilizadas no processo de ensino e aprendizagem formal de idosos, ressaltar a necessidade de especificidade e adequações sem, no entanto, potencializar as ações educativas como assistencialistas, remediadoras, mas, como direito constitutivo, direito à aquisição de novas competências e habilidades que favoreçam ao prolongamento da independência e a inclusão ou “não exclusão” do idoso do contexto social.

Referências

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. MEC. Brasília, 1988.
- _____. **Estatuto do Idoso**. Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em 25 de novembro de 2012.
- _____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. N° 9.394/96. MEC. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Educação. **Educação e aprendizagem para todos: um olhar dos cinco continentes**. UNESCO, Ministério da Educação. Brasília, 2009.
- _____. **Política Nacional do Idoso**. Lei n° 8.842/94. Disponível em www.planalto.gov.br. Acesso em 21 de janeiro de 2013.
- CACHIONI, Meire; NERI, Anita Liberalesso. **Educação e gerontologia: desafios e oportunidades**. In: **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, jan./jun. 2004.
- CARVALHO, Jair Antônio de; CARVALHO, Marlene Padrote de; BARRETO, Maria Auxiliadora Motta; ALVES, Fábio Aguiar. **Andragogia: Considerações sobre a aprendizagem do adulto**. In: **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente aprendizagem do adulto**. In: **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**. v 3. n. 1. p. 78-90. abril 2010. Disponível em www.ensinosaudeambiente.com.br/edices/volume203/artigo5.pdf. Acesso em 23 de novembro de 2012.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000**. 2002. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf. Acesso em 24 de novembro de 2012.
- _____. **Sinopse do censo demográfico 2010**. 2011. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf. Acesso em 13 de março de 2013.
- LIMA, Marcelo Alves. **A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: A UNATI/UERJ**. In: **Velhice numa perspectiva saudável**. Organização VERAS, Renato Peixoto. UERJ, UnATI. Rio de Janeiro, 2001.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Tradução CONTIJO, Suzana. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2005.
- PAPALIA, Diane E. **Desenvolvimento humano**. Artmed. São Paulo, 2008.
- SCORALIC-LEMPKE, Natália Nunes; BARBOSA, Altamir José Gonçalves. **Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span**. In: **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2012.
- SILVA, Maria do Carmo; TAAM, Regina. **O idoso e os desafios à educação escolar**. 2009. Disponível em http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2009/51.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.



9 - Estatuto do idoso: um agente de mudança social

Larissa Corrêa Pedra Ferreira

Bruna Cristina Guerrieri Veloso Ferreira

Camilla Paiva Crespo

Considerações iniciais

É inegável que o ordenamento jurídico objetiva impor ordem em um Estado Democrático de Direito. Muito se estuda o efeito sancionador da norma, mas o caráter pedagógico costuma ser posto em segundo plano. Doutrinadores jurídicos, com frequência, criticam a educação social por meio do texto normativo, pois acreditam que a relação de imputabilidade tem maior importância.

Acontece que, sendo ou não de atribuição jurídica, a leitura atenta das leis apresenta um panorama geral da sociedade em que está inserida. A atenção é requerida porque o cotidiano não nos permite ver, com clareza, as intrínsecas regras de conduta a que nos sujeitamos e sequer percebemos. Nas palavras de Bobbio (2001), “estudar uma civilização do ponto de vista normativo significa, afinal, perguntar-se quais ações foram, naquela determinada sociedade, proibidas, quais ordenadas, quais permitidas, significa, em outras palavras, descobrir a direção ou as direções fundamentais em que se conduzia a vida de cada indivíduo”.

E não é diferente com o Estatuto do Idoso. Publicada em 1º de outubro de 2003, a lei 10.741 se consagra como referência social. Mais do que consagrar os direitos dos idosos, estabelece deveres a serem cumpridos pela sociedade, descreve condutas evidenciando atitudes esperadas para a boa convivência comunitária, além de elencar princípios morais e éticos que, ao se transformarem em princípios jurídicos, contribuem para a inserção de novos costumes. Em uma nação onde a expectativa de vida tem aumentado significativamente nos últimos anos, estudar meios de integrar essa parcela da população e

proporcionar uma melhora na condição de vida é tema de extrema importância nos dias atuais. O relatório divulgado pela Secretaria Nacional de Promoção da Defesa dos Direitos Humanos, demonstra as projeções das Nações Unidas; “uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento de 1 em cada 5 por volta de 2050”. Isso significa que teremos mais idosos do que crianças menores de 15 anos de idade. Neste mesmo relatório, dados do IBGE 2011 mostram que, no Brasil, a população idosa soma 23,5 milhões dos brasileiros dos aproximadamente 190 milhões de habitantes (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2012). Como percebe-se, o crescimento sistemático e consistente fundamenta estudos sobre o assunto nos mais diversos aspectos disciplinares.

Valendo-se de análises teóricas e textos normativos, o presente artigo objetiva expor a importância do que Hans Kelsen chamou de norma secundária na Teoria Pura do Direito ao escrever sobre o juspositivismo contemporâneo. Mais do que expor, pretende-se desconstruir a acessoriedade atribuída por Kelsen, apresentando argumentos que comprovem que, embora receba a nomenclatura secundária, o caráter pedagógico é tão importante quanto o caráter sancionador em uma sociedade que se ergue para o futuro. Busca-se colocar em um mesmo patamar as funções sancionadora e educacional da norma, em especial, no processo de controle e mudança social das perspectivas do idoso com o advento do seu Estatuto.

Fundamentação teórica

A educação de uma sociedade é produto de uma série de influências e experiências vivenciadas por sua população. Do ponto de vista sociológico, a educação evidencia a disseminação e construção sociocultural de uma comunidade.

Muitos afirmam ser um importante meio de combate a desigualdade e fonte de crescimento de um país. Segundo Libâneo (2002), é pela educação que o povo toma posse de sua cultura e forma uma nação. Brandão (2007), complementa ao dizer que “a educação é, assim, o resultado da consciência viva duma norma que rege uma comunidade humana, quer se trate da família, de uma classe ou de uma profissão, quer se trate de um agregado mais vasto, como um grupo étnico ou um Estado”.

Nesse processo de construção social, o ordenamento jurídico também contribui de forma significativa, estabelecendo parâmetros, regrando condutas e impondo limites passíveis de sanção em caso de descumprimento. O artigo 5º da Lei de Introdução das Normas do Direito Brasileiro dispõe que, na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e as exigências do bem comum (CASA CIVIL, 2010).

Outro dispositivo que evidencia a importância social da norma, é o artigo 4º da lei supracitada que determina que “quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito”. Ao citar expressões como “fins sociais”, “bem comum” e “costumes”, o legislador deixa claro a relação entre Direito e Sociedade. Afinal, para que regras sem uma sociedade para segui-las ou sociedade sem regras para cumprir? Em verdade, há uma complementação em que o direito molda a sociedade e a sociedade molda o direito. Ainda que a regra seja do mais forte, do mais dominador, do mais perigoso, do mais opressor, ainda que seja uma sociedade sem regras normatizadas, sempre haverá regras entre indivíduos.

O ordenamento jurídico sistematiza as regras sociais e projeta sobre a sociedade um modelo de conduta devidamente organizado. Muitas são as teorias que buscam explicar o fenômeno jurídico. A teoria jusnaturalista surgiu na Antiguidade, e concebe o direito

como anterior ao Estado. Por ela, o Direito pode ser entendido como algo natural, inerente ao homem. Nessa teoria, o Estado surge para garantir o cumprimento do Direito que já nasce com o ser humano. Quando as normas começam a ser codificadas, em especial com o Código Napoleônico de 1804, o jusnaturalismo entra em exaustão, já que uma vez posto em um ordenamento, não se admitia outro direito senão este.

Para suprir essa carência teórica, surge o positivismo jurídico defendendo que os princípios e regras encontrados dentro do ordenamento jurídico do Estado seriam suficientes para dirimir quaisquer dúvidas e conflitos. Assim, percebe-se que as teorias não são exatamente opostas, já que o positivismo nasce da conversão do direito natural, defendido no jusnaturalismo, em direito positivo.

O principal responsável pelo positivismo jurídico foi Hans Kelsen. Ao explicar o fenômeno jurídico, o concebe como norma puramente legal, esquecendo os demais aspectos influenciadores do poder legislativo, inclusive os sociais. A Teoria Pura do Direito, como foi chamada pelo citado doutrinador, apresenta-se como a vertente mais bem acabada da teoria juspositivista. Nela, o autor defende que o fenômeno legal é a própria norma jurídica que se valida pela imputação de consequências.

Com isso, afirma que para toda norma há uma sanção, uma decorrência lógica. Acontece que nem todo texto de lei tem sua respectiva sanção em caso de descumprimento. As normas que correspondem ao pressuposto lógico da Teoria em estudo, ou seja, as disposições legais com determinações sancionadoras, Kelsen chama de Primárias. Já as normas que não possuem essa relação de consequência são consideradas Secundárias.

Ao considerar as normas não-sancionadoras secundária e, portanto, de menor importância, Kelsen ignora o Direito como meio de controle e mudança social. Em outras palavras, ele deixa de

analisar a função sociológica do Direito. Cavalieri Filho (2006), defende a vertente sociológica do direito ao dizer que, por vezes, atua diretamente como fator de educação, conservação e transformação. Na função educativa o direito parametriza o que é necessário, correto e bom para instrução da sociedade, moldando as opiniões sociais e, portanto o comportamento grupal, por meio de um processo de aprendizado e de convencimento (ROSA, 2004).

Já na função conservadora, o direito previne conflitos, ordena e normatiza valores já existentes. Por fim, mas não menos importante, na função transformadora, ao dispor sobre novos assuntos, por demanda do próprio organismo vivo chamado sociedade, insere novos princípios e valores, quebrando paradigmas, modificando os costumes daquela sociedade e promovendo uma total reestruturação social.

Como controle social, as normas primárias são facilmente encontradas, enquanto na mudança social as normas secundárias costumam ser mais evidentes. Isso porque, para controlar, impõem-se sanção aos que não cumprirem as regras, inibindo os comportamentos transgressores. Já no processo de mudança, as normas que disciplinam condutas evidenciam valores e princípios da e para a sociedade que, com o passar do tempo, são solidificadas como naturais da comunidade. Segundo Correa (2006) “a função de controle social, portanto, não pode ser posta de lado em qualquer análise que se faça de sua natureza. O direito não é apenas um modo de resolver conflitos. Ele previne e vai mais além, pois condiciona, direta ou indiretamente, o comportamento”.

Com palavras bem resumidas, pode-se dizer que em um tempo em que reinados e religiões ditavam as regras da sociedade, as teorias juspositivistas tinham uma importante função educacional. Com as codificações, o positivismo ganha força na área jurídica já que todos os indivíduos inseridos na sociedade passam a seguir as

normas ditadas pelo Estado. A Declaração Universal dos Direitos do Homem pela Organização das Nações Unidas em 1948 passa a questionar o positivismo e, conseqüentemente, inicia o processo de mitigação das teorias. Isso ocorre porque no pós-guerra, a liberdade é mais uma vez questionada na história da humanidade.

Nas palavras de Bobbio (2001), “acreditamos ser livres, mas na realidade, estamos envoltos em uma rede muito espessa de regras de conduta que, desde o nascimento até a morte, dirigem nesta ou naquela direção as nossas ações”. Como se percebe, ideias naturalistas voltam a ser pensadas e passam a relativizar a supremacia das normas primárias de Kelsen. Para Rosa (2004), “o direito é o reflexo da realidade social e se ajusta, necessariamente, às demais formas de sociabilidade adotadas pelo grupo, a cujo modo de viver, a cujas crenças e valorações se adapta”.

Nesse contexto de crise do positivismo, começou no Brasil, a se pensar em uma atenção diferenciada para as pessoas idosas. Fundamentada no processo de inversão da pirâmide etária brasileira, a estrutura política aos poucos mudou sua estrutura para atender essa nova demanda. A estrutura legislativa específica para os idosos em nosso país é bem recente. Antes da implantação deste sistema, a assistência ao idoso estava presente em artigos do Código Civil (1916), do Código Eleitoral (1940), do Código Penal (1940) e alguns decretos, portarias e leis, como a Lei nº 6.179, de 1974, que cria a renda mensal vitalícia (RODRIGUES, 2001).

Até os anos 1970, é possível notar que as políticas voltadas para o idoso tinham caráter paliativo e fragmentado. A atenção voltada para essas pessoas era na grande maioria pela caridade, pelo cunho religioso e filantrópico. Não era possível atingir na íntegra os direitos sociais dos cidadãos e dos idosos. Só foi possível começar a se pensar nessa possibilidade depois da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da implementação de

Políticas e leis voltadas para o idoso. A Constituição Federal brasileira de 1988 foi uma grande conquista para efetivar os direitos dos cidadãos, inclusive os sociais. No artigo 1º, inciso III é apresentado o fundamento da dignidade da pessoa humana e no artigo 3º determina que devemos promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação. A dignidade humana e a cidadania são fundamentos do Estado Democrático de Direito e, sendo assim, todo cidadão brasileiro os tem garantidos, sendo amparado pela Constituição.

Entretanto, a Constituição Federal sozinha não faz milagre. É preciso uma união do poder público e da sociedade para mudar o tratamento até agora concedido ao idoso. De acordo com Rulli Neto (2003), “A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais mas, apesar disso, há a necessidade de vontade política para o implemento da norma – direcionamento das políticas públicas para a proteção do ser humano, sempre que não for auto-aplicável o dispositivo constitucional ou no caso de depender de implementação de políticas públicas”.

A Constituição determina de maneira clara que a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na sociedade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo o direito à vida. Isto é um grande avanço em relação a proteção aos direitos dos idosos e para a garantia da sua cidadania. A criação da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994, pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, foi um marco no legislativo para a proteção e garantia de direitos das pessoas idosas. Esta política estabelece direitos sociais, integração, participação e autonomia dos idosos na sociedade. Junto com a PNI, também foi criado o Conselho Nacional do Idoso, responsável por viabilizar o convívio e a integração do idoso na sociedade, até mesmo a sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos voltados para sua faixa etária.

Em 2003, foi aprovado o Projeto de Lei nº 3.561/1997, que deu origem ao Estatuto do Idoso no Brasil. Misturando normas de caráter sancionador e pedagógico, visa implementar, dentre outras ações, um comportamento social que se projete além da legislação. Busca-se uma real inserção do idoso na comunidade promovendo, por meio das normas, uma mudança de visão da sociedade em relação a essa parcela da população. Conforme explica Rulli Neto (2003), o Estatuto do Idoso além de ter um caráter de proteção ativa do idoso, também tem mecanismos de educação e conscientização da sociedade.

Durante todo o tempo de tramitação no Congresso Nacional, foram debatidos inúmeros preceitos sociais a fim de melhorar, a até então, precária situação social do idoso no Brasil. Na época, o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, declarou “a partir de agora, eles terão uma ampla proteção jurídica para usufruir direitos da civilização sem depender de favores, sem amargurar humilhações e sem pedir pra existir. Simplesmente viver como deve ser a vida em uma sociedade civilizada: com muita dignidade” (GAMA, 2004). Essa declaração dá uma dimensão do contexto histórico em que o Estatuto foi aprovado.

Mesmo com o avanço da PNI e com o caráter inovador do Estatuto do Idoso, ainda há muita luta e muito o que ser conquistado para que os direitos da pessoa idosa sejam integralmente respeitados. Segundo Goldman (2000), “mesmo estabelecidos em instrumentos legais como nas Constituições, Códigos e Estatutos, os direitos sociais só se concretizam na prática. Em países pouco desenvolvidos como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, mas a realidade desmistifica a letra morta da lei. O usufruto dos direitos sociais só pode ser garantido com a efetiva participação política da população...”. Mas quem é idoso no Brasil? Como esclarece Mendonça (2008), “o sistema jurídico brasileiro deixou a desejar, visto que não há uma coerência quanto à sistematização, o

que traz certa dificuldade no que tange a interpretação e aplicação da normas referentes aos idosos”. Isso porque o marco cronológico não foi definitivamente estabelecido. Para a PNI, seria idoso o maior de 60 anos. Já para alguns direitos a idade mínima é 65 anos como o de gratuidade no transporte coletivo ou 67 anos como na prioridade de tramitação de processos judiciais, por exemplo. Certo é que o Estatuto do Idoso considerou abrangidos por ele, conforme o artigo 1º, todo indivíduo com 60 anos de idade ou mais.

Dentro da problemática pedagógica, o marco estatutário do idoso é bastante rico em fontes educacionais com inúmeros princípios e normas gerais capazes de, com o tempo e sua efetiva aplicação, estabelecer uma nova visão do idoso no Brasil. O artigo 2º do Estatuto dispõe que “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”.

Ora não seria puramente pedagógica a redação da norma que assegura aos idosos oportunidade e facilidades que, na verdade, é assegurado a todo cidadão? Se já é assegurada a todos os cidadãos pela Constituição, para que repetir a norma senão para buscar uma mudança de visão social? O artigo 3º também do Estatuto é ainda mais claro quando diz ser obrigação da família, da comunidade e da sociedade assegurar ao idoso todos os direitos inclusive a vida. Excetuando as sanções de pena de morte adotadas em vários países, não seria esse um direito natural do ser humano? Não estaríamos lendo indícios do que defendia o jusnaturalismo?

Ainda no texto estatutário, o artigo 8º normatiza o envelhecimento como um direito personalíssimo. Sendo o envelhecimento uma consequência lógica do Ser, um fenômeno fisiológico em que

todos estão inseridos, não haveria necessidade de estar normatizado não fosse o interesse legislativo em promover uma absoluta afirmação jurídica com objetivo de consolidação de um costume. Já o parágrafo 2º do artigo 10 fala em “direito ao respeito” demonstrando, mais uma vez, o caráter educacional do Estatuto do Idoso. Por todo o texto legal é possível observar instruções de tratamento do idoso, determinações de conduta com eles, forma de convivência, responsabilidades dos familiares, dentre outras disposições não puramente jurídicas.

Obviamente, também há vários dispositivos de caráter sancionador como o artigo 4º que, na parte final, prevê que “será punido na forma da lei” e o próprio Título VI que dispõe os crimes em espécie assegurando proteção ao idoso e prevendo sanções em caso de descumprimento.

Como pode ser observado pelos trechos citados nos parágrafos anteriores, além de determinar um padrão de comportamento a ser seguido pela sociedade em relação ao idoso, também cobra das pessoas o seu envolvimento para o efetivo funcionamento daquilo que foi previsto pelo legislador. O Estatuto do idoso não apenas criou direitos, mas também um sistema inteiro de proteção da pessoa idosa. Cabe ressaltar que uma lei ao ser aprovada e colocada em execução leva tempo até alcançar os seus objetivos e trazer as mudanças que se espera, requerendo, portanto, dedicação na divulgação das medidas e empenho na fiscalização de seu cumprimento

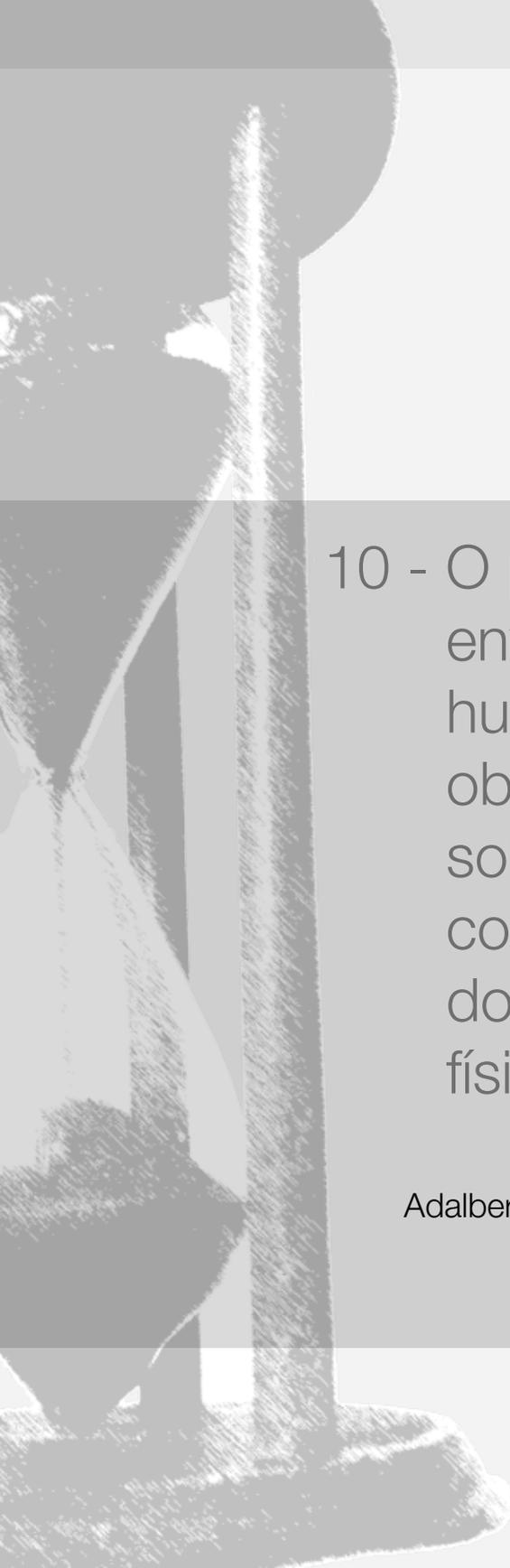
O efeito transformador do Direito é visivelmente notado, mas ainda tem muito o que modificar. De uma forma bem resumida, pode-se dizer que o Estatuto do Idoso apresenta inúmeras normas gerais com enfoque pluridimensional, propiciando o diálogo entre diversas áreas do conhecimento com o objetivo único de melhorar o padrão de vida do idoso e a visão da sociedade sobre eles.

Considerações finais

Mais do que uma lei para fazer cumprir direitos e deveres, o Estatuto do Idoso se consagra como um instrumento para realização da cidadania que promove a inclusão social dos maiores de 60 anos. Há no instrumento normativo uma busca pela conscientização coletiva, uma luta declarada por uma sociedade igualitária, em que direitos e deveres sejam uma realidade de todos e não uma determinação cronológica do indivíduo. O caráter pedagógico da norma quando transformado em prática social tem o condão de formar um novo padrão de cultura, unindo pessoas e efetivando a determinação constitucional de igualdade perante a lei, mas mais do que isso, perante toda a sociedade.

Referências

- BOBBIO, Norberto. **Teoria da Norma Jurídica**. São Paulo. 1 ed. EDIPRO. Bauru, 2001.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** Brasiliense. São Paulo, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988.
- _____. **Estatuto do idoso**: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2004.
- CASA CIVIL. **Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro**. Decreto-Lei nº 4.567, de 4 de setembro de 1942. Brasília, 2010.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Sociologia Jurídica**. 11 ed. Forense. Rio de Janeiro, 2006. p. 88-92.
- CORRÊA, Sérgio Luís de Castro Mendes. **O conceito de crime em Durkheim**. Disponível em http://www.escola.agu.gov.br/revista/Ano_VI_fevereiro_2006/conceito%20de%20crime.pdf. Acesso em 15/05/2014.
- GAMA, Thereza Christina da Cunha Lima. **Idoso e Cidadania: o trabalho de reinvenção da vida. Dissertação de mestrado**. 137 p. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2004.
- GOLDMAN, Sara Nigri. **Velhice e direitos sociais**. In: PAES, Serafim Paz et al (Org.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** ANG-RJ; CBCISS. Rio de Janeiro, 2000. p. 13-42.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Pedagogia e pedagogos, para que?** 5 ed. Cortez. São Paulo, 2002.
- MENDONÇA, Juliana Moreira. **Breves considerações a respeito do Estatuto do Idoso**. Disponível em <http://www.defensoria.sp.gov.br> Acessado em 27/06/2014.
- ROSA, F. A. de Miranda. **Posição e autonomia da Sociologia do Direito**. In: _____. **Sociologia do Direito: o fenômeno jurídico como fato social**. 17 ed. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 2004. cap. II.
- RODRIGUES, Nara da Costa. **Política Nacional do Idoso - retrospectiva histórica**. Est. Interdiscipl. Envelhec. UFRGS. v. 3. p. 149-158. Porto Alegre, 2001.
- RULLI NETO, Antônio. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. Fiuza. São Paulo, 2003.
- SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos, Brasília, 2012. Disponível em [www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dadosobreo envelhecimentonoBrasil.pdf](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dadosobreo%20envelhecimento%20no%20Brasil.pdf). Acesso em 25/06/2014.



10 - O processo de envelhecimento humano: uma observação sobre os comprometimentos dos aspectos físicos

Adalberto Romualdo Pereira Henrique

Karine Lôbo Castelano

Considerações iniciais

Todo processo que envolve o envelhecimento, ocorre devido a várias etapas evolutivas que todos nós vivenciamos no decorrer da existência. Ao nascer, o ser humano inicia um desenvolvimento que abrange desde a infância, passando pela puberdade e posteriormente a maturidade, chegando ao envelhecimento. Cada fase de desenvolvimento é marcada por diferenças significativas. Vivenciamos modos de envelhecer diferentes uns dos outros com experiências singulares. Segundo Bretas (2003, p. 298), o envelhecimento é um processo complexo, com aquisições individuais e coletivas. Por mais que o processo de envelhecimento seja algo individual, o mesmo ocorre na esfera coletiva, sofrendo em todo o momento influência da sociedade, compreendendo a vida como um fenômeno social e não apenas biológico.

Para muitos, a velhice está relacionada a patologias e fragilidades. Entretanto, segundo Hayflick (1996), o envelhecimento não é algo que esteja relacionado a doenças, pois em qualquer fase do desenvolvimento o ser humano está suscetível aos mais diversos tipos de patologias. É notório que, devido ao avanço da idade, nosso sistema imunológico reduz a sua capacidade de defesa do organismo, tornando o indivíduo mais suscetível às doenças, o que não significa que ele inevitavelmente vai adoecer. De acordo com Meireles *et al.* (2007), envelhecer é inevitavelmente um processo de alterações no organismo humano, consistindo em um

fenômeno fisiológico, comportamental e cronológico, ou seja, se tornando sinônimo de progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida. Algumas das mudanças que ocorrem em indivíduos idosos sofrem influência da genética. Já outras, são resultados do estilo de vida, do fator ambiental e estado nutricional de cada um (VIEIRA, 2004). Assim, o processo de envelhecimento deve ser compreendido em sua totalidade, ou seja, observando e analisando o biopsicossocial do indivíduo.

A senescência é o processo natural do envelhecimento que compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. No Brasil define-se como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. O Brasil ocupa hoje a sétima colocação mundial em número de idosos, com projeções estatísticas apontando que, em 2025, ocupe a sexta posição mundial e a primeira posição da América Latina (ISHIZUKA, 2003). Segundo Matsudo (1997), o ciclo do envelhecimento acontece à medida que a idade do indivíduo aumenta e o torna menos ativo. As suas capacidades físicas diminuem e começa a aparecer o sentimento de velhice, que pode, por sua vez, causar *stress*, depressão e levar a uma diminuição da atividade física e, conseqüentemente, ao aparecimento de doenças crônicas, acelerando o processo de envelhecimento. O processo de envelhecimento traz consigo a diminuição das aptidões físicas, declínio das capacidades funcionais, diminuição da massa óssea e muscular, diminuição da elasticidade e flexibilidade articular, aumento de peso, maior lentidão e doenças crônicas, como por exemplo, a artrite reumatoide que, de acordo com Pedretti e Early (2005), refere-se às muitas alterações diferentes que causam dor constante e intensa em articulações e tecidos conjuntivos em todo o corpo.

Uma das formas mais constantes de artrite é a reumatoide. A instrução do paciente para o conhecimento de sua patologia e para

as orientações de proteção articular, conservação de energia e facilitação do trabalho aumenta a sua adesão ao plano de tratamento e proporciona o autoconhecimento de suas limitações e potencialidades. A prevalência de acometidos pela patologia é de, aproximadamente, 1% na população brasileira e, predominante no sexo feminino, com a tendência de evoluir após os 40 anos de vida, com pico de incidência após os 50 anos (BRENOL, 2007).

Considerando o crescente número de pessoas portadoras de artrite reumatoide, o presente estudo buscou traçar o perfil funcional de pacientes com esta patologia numa cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, além de realizar um levantamento do quantitativo de pessoas em tratamento medicamentoso que apresentam ou não deformidades, proporcionando, desta forma, reflexões em Terapia Ocupacional acerca da funcionalidade destes indivíduos. A presente pesquisa, de natureza exploratória, foi realizada em um consultório de reumatologia situado numa cidade localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro, em que foi utilizado um instrumento de pesquisa baseado em Pardini Jr. (1990) e De Carlo e Luzo (2004), e tem em sua análise um cunho quali-quantitativo. Este artigo foi estruturado da seguinte forma: primeiramente conceituou-se a artrite reumatoide; logo após, evidenciou-se as manifestações articulares e extra-articulares da artrite reumatoide, seus tratamentos e o processo de intervenção terapêutica; em seguida, elucidou-se os procedimentos metodológicos, bem como a apresentação e análise de dados; e por fim apresentamos as considerações finais.

1 - Artrite reumatoide

Artrite reumatoide (AR), segundo Golding (2001), é uma desordem autoimune, de origem difusa, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que acarreta deformidade das articulações

devido ao desgaste da cartilagem e do tecido ósseo. Quando apresenta envolvimento multissistêmico, a morbidade e a gravidade da doença são ainda maiores. A maioria dos pacientes apresenta um curso clínico flutuante, com períodos de melhora e de exacerbação dos sintomas articulares. Em geral, a AR acomete qualquer articulação, comprometendo sua funcionalidade, e tendo absorção do seu curso de vida de cinco a dez anos. O impacto da patologia é múltiplo tanto na vida ocupacional e na vida laboral do sujeito, fazendo-o comprometido socialmente.

Segundo Cavalcanti (2007), a natureza crônica e o curso constantemente degenerativo resultam em incapacidade progressiva e perda da função, com dor localizada nas articulações, formação de edema e possibilidade de desenvolvimento de deformidades, o que altera o envolvimento do indivíduo em tarefas básicas e significativas, incluindo o descanso, o sono e a participação no trabalho, no lazer e no autocuidado. A incapacidade e a diminuição gradativa de produtividade e independência ocasionam perdas no contexto pessoal, no âmbito social e de cuidados de saúde. Essa condição, de acordo com Trombly (2007), é duas vezes mais prevalente nas mulheres do que nos homens. Acomete com frequência as articulações da mão (sem envolvimento significativo da articulação interfalângiana), dos punhos, pés, tornozelos, joelhos, quadris, cotovelos e ombros.

Para De Carlo e Luzo (2004), quando há o surgimento do quadro de artrite, em crianças de até 16 anos de idade, de forma crônica, com o desenvolvimento de processo inflamatório da sinovial, além de hiperplasia, a artrite é denominada artrite reumatoide juvenil. Da mesma intensidade que a AR, se o processo de inflamação for contínuo e se desenvolver, a erosão e a destruição articular, seguidas pela diminuição da capacidade de desempenhar função, podem ser percebidas. Cerca de um terço dos pacientes desenvolve a artrite reumatoide após os 60 ou 65 anos de idade,

condição essa denominada “artrite reumatoide do idoso”. Não tendo uma definição segura para a AR, muitos autores que pesquisam sobre o assunto valorizam a duração dos sintomas. De Carlo e Luzo (2004) salienta a possibilidade de AR ser considerada com base na presença de sinovite persistente com acometimento de pelo menos três articulações, ou causando dores nas articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas, e rigidez matinal nos 30 primeiros minutos, logo ao acordar.

Esses pacientes devem ser avaliados por um profissional médico com prática clínica na área, o qual deverá indicar o uso de drogas modificadoras do curso da doença. A avaliação deve seguir o critério da classificação do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), do qual atende indivíduos que apresentam rigidez matinal, artrite com três ou mais áreas, acometimento nas mãos, artrite simétrica, nódulo reumatoide, fator reumatoide e alterações radiográficas.

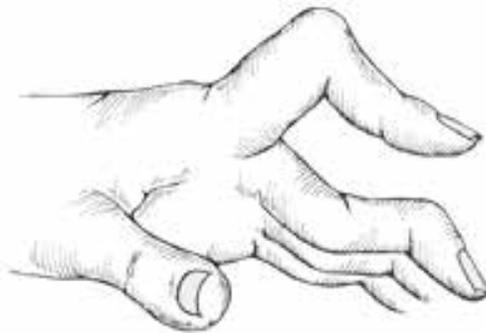
2 - Manifestações articulares e extra-articulares da artrite reumatoide

A artrite reumatoide, de acordo com Yoshinari e Bonfá (2000), pode acometer qualquer uma das 68 articulações diartrodiais do organismo humano. Desde o seu aparecimento, o quadro clínico apresenta edema e dor nas articulações (costumando ser em várias articulações, envolvendo principalmente as articulações da mão e do pé). No entanto, em um terço dos pacientes a doença pode estar limitada a uma ou duas articulações, geralmente em um joelho ou nos dois.

Merece destaque o caráter harmônico e aditivo do acometimento articular, indicado na maior parte dos pacientes. Outra manifestação clínica importante é a rigidez articular (sensação

de inchaço), percebida logo que se acorda, de manhã, por passar por um longo período de desuso, e melhorando à medida com que vai se utilizando o membro (YOSHINARI; BONFÁ, 2000, p. 13). Segundo Freitas (2005), as articulações mais acometidas no membro superior são as apresentadas pelo CAR. Com o curso da doença presente, a cada dia mais, nota-se o aparecimento de deformidades como o dedo em pescoço de cisne (hiperextensão da articulação interfalângiana proximal e flexão da distal) e o dedo em boteira (flexão da interfalangeana proximal e hiperextensão da interfalangeana distal), como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Dedo em boteira e dedo em pescoço de cisne



Fonte: Freitas, 2005, p. 37.

A artrite reumatoide, para Golding (2001), também acomete o esqueleto axial, sendo que a frequência do acometimento da coluna cervical varia entre 17 a 86%, dependendo da seleção dos pacientes, das técnicas e dos critérios radiológicos adotados. Quadros de compressão medular e mesmo morte súbita são observados como consequência da subluxação atlantoaxial.

O envolvimento da coluna lombar e sacro ilíaca é raro. A articulação temporomandibular é acometida em mais de 50% dos pacientes, tornando difícil a mastigação e podendo ser causa de

dor referida médio e garganta. Ainda segundo Golding (2001), acometimento pulmonar (com fibrose intersticial, nódulos solitários múltiplos no parênquima pulmonar e derrame pleural), acometimento cardíaco (pericardite), renal (decorre em geral, por medicação ou amiloidose), neurológico (compressão nervosa, neuropatia, lesão do sistema nervoso e medula) e ocular (ceratoconjuntivite seca). Desse modo, a AR é uma enfermidade que acomete mulheres e homens, na fase de vida de 30 a 40 anos, com aumento de perda óssea associada à menopausa e ao envelhecimento, sendo que quanto mais frequente seu diagnóstico, mais frequente será sua intervenção para uma melhora na qualidade de vida.

3 - Tratamentos

Segundo Pedretti e Early (2005), não há cura conhecida para a AR. O tratamento está focado na redução da inflamação, dores e lesões das articulações. Os métodos de tratamento englobam medicamentos, exercícios, uso de crioterapia, proteção articular, controle de peso, e cirurgia (quando indicada). Ao focalizar um tratamento é necessário conhecer seus riscos e benefícios.

São descritos nas literaturas muitos programas de tratamento para o portador de AR, sendo necessário que o paciente passe por uma equipe multiprofissional. Cada profissional com seu conhecimento técnico terá sua abordagem. Para Cavalcanti (2007) o objetivo primário para o tratamento do paciente com AR são os de prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda da função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida desses pacientes.

O tratamento se inicia com o esclarecimento do paciente acerca de sua situação com a patologia, as formas de tratamento, com

seus riscos e benefícios. Um acompanhamento multiprofissional é de extrema importância, mas sempre com a coordenação do reumatologista. O tratamento da artrite reumatoide é um processo dinâmico que deve ser constantemente reavaliado, qualquer decisão sobre sua patologia deve ser dividida com o paciente.

São inúmeros os tipos de terapia para se tratar e conter o curso da patologia no indivíduo. Citando algumas delas, inicia-se com os exercícios terapêuticos: o objetivo primário de um programa de exercícios é a manutenção da amplitude de movimento (ADM) e da força muscular. Recomenda-se serem evitados durante os quadros agudos e, mesmo durante remissões, exercícios fortes são contraindicados. Calor no local alivia o espasmo muscular e minimiza a rigidez articular.

Exercícios passivos, que podem ser usados precocemente, ajudam a prevenir ou minimizar a perda de função. Os exercícios isométricos, que visam ao aumento da força muscular e auxiliam para a manutenção de estabilidade articular, de alongamento e de reforço muscular, devem ser prescritos acompanhando o controle do processo inflamatório e sempre de forma gradativa, após melhora da rigidez matinal ou, de preferência, durante ou após o banho (DE CARLO; LUZO, 2004, p. 165).

Os anti-inflamatórios não esteroides são drogas básicas no tratamento da artrite reumatoide. Para Golding (2001) embora não alterem o curso da doença, ou seja, não previnam erosões e nem induzam remissão, reduzem o processo inflamatório e tem ação analgésica, aliviando os sintomas da doença. Sendo inúmeros os tipos de inflamatórios disponíveis na indústria farmacêutica, o mais indicado é aquele que o médico esta familiarizado. Geralmente é

descrito o uso dos salicitados, mas outros anti-inflamatórios são empregados, como naproxeno, diclofenaco sódico ou potássio, ibuprofeno, indometacina, piroxicam, etc., tendo como efeito colateral mais comum, são intolerância gastrointestinal e disfunção renal. Asma e “rashes” urticariformes são também frequentes. Os corticoesteroides podem ser administrados por via oral, intramuscular, endovenosa e intra-articular, sendo uma importante arma e mais usada contra a AR.

Segundo Cavalcanti a Terapia Ocupacional tem inúmeros meios de intervenção, mas sempre com o objetivo de alcançar o grau máximo de funcionalidade. O processo de intervenção inclui o controle da dor, a manutenção da amplitude de movimento (ADM), fortalecimento muscular, métodos de conservação e de simplificação do trabalho. Para o autor, faz necessário o conhecimento empírico sobre a anatomia e fisiologia.

O objetivo da intervenção terapêutica sempre estará voltado para a manutenção ou ampliação das habilidades para desempenhar as ocupações diárias, a prevenção e perda da função e a instalação de deformidades. Dentre uma equipe multidisciplinar, ao terapeuta ocupacional compete à tarefa de análise das atividades de autocuidado e do cotidiano do paciente, apropriando ou adequando a execução de tarefas da melhor forma possível, respeitando seus valores e limitações e proporcionando sua independência e qualidade de vida.

4 - Artrite reumatoide: intervenção terapêutica

A reabilitação do indivíduo com artrite reumatoide pouco se diferencia da condição de aguda e traumática. Devido ao quadro patológico ser crônico e progressivo, a sua intervenção deve durar meses ou até mesmo anos, dependendo de cada indivíduo e seu

início do tratamento. Tendo isso em vista, este tópico irá abordar alguns passos para explicitar a abordagem da Terapia Ocupacional com a artrite reumatoide (PEDRETTI; EARLY, 2005).

O princípio do processo interventivo desenvolve-se sob a influência de metas objetivas, determinadas no processo de avaliação, e por abordagens baseadas nas evidências da prática e em teorias referendadas no modelo biomecânico e de restauração da capacidade funcional. Para tanto, é necessário o conhecimento anatômico patológico, sua relação com a movimentação, e a intercorrência com a patologia.

O objetivo da intervenção terapêutica ocupacional sempre estará voltado para a manutenção ou ampliação das capacidades funcionais. Além disso, terá caráter multidisciplinar, pois cada profissional, com sua especialidade, fará com que o indivíduo tenha seu grau máximo de funcionalidade preservado. Ao terapeuta ocupacional compete a tarefa de análise de atividades de autocuidado e do cotidiano do paciente, apropriando ou adequando a execução das atividades de vida diárias, sempre com o objetivo na melhor qualidade de vida. A educação do paciente para o conhecimento de sua patologia e para as orientações de proteção articular, conservação de energia e simplificação do trabalho aumenta a sua adesão ao plano de tratamento e proporciona o autoconhecimento de suas limitações e potencialidades (CAVALCANTI, 2007).

5 - Procedimentos metodológicos

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o perfil funcional de uma amostra de 30 indivíduos idosos com o diagnóstico de AR numa cidade localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro. O estudo, de natureza exploratória e cunho quanti-

-qualitativo, foi realizado em um consultório médico de reumatologia, em que foi utilizado um instrumento de pesquisa baseado em Pardini Jr. (1990) e De Carlo e Luzo (2004). Segundo Severino (2007), o estudo exploratório busca somente dados sobre um determinado objeto, demarcando assim um campo de trabalho, onde são mapeadas as condições de amostragem desse objeto.

Foi considerado como dado contabilizado e analisado o grupo de respostas que o instrumento propõe. Este foi impresso e as respostas registradas de forma que fosse possível considerar cada dado obtido. Foram definidos como critério de seleção indivíduos idosos com diagnóstico de AR em processo de tratamento e residentes na região noroeste fluminense. A pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2013.

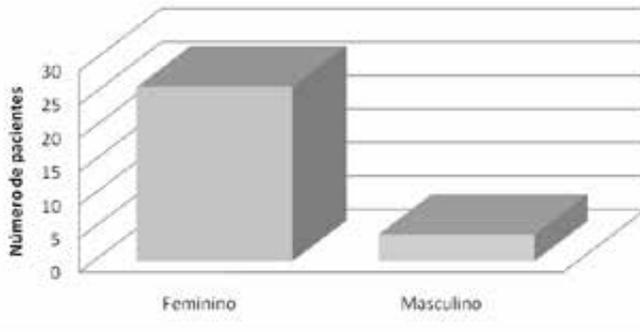
6 - Apresentação e análise de dados

Os dados apresentados neste tópico são referentes à análise de 30 instrumentos de pesquisa respondidos por indivíduos idosos com diagnóstico de artrite reumatoide.

Abaixo observamos a relação da idade dos pacientes portadores de AR. Foi observado que os sujeitos apresentam idades entre 50-80 anos. A artrite reumatoide, de acordo com Laurindo (*apud* YASHINARI, 2000), é uma doença universal, com prevalência entre 0,5 e 1,0% na população adulta, porém este valor aumenta para 4,5% quando é considerada a população entre 55 e 75 anos de idade, já que se encontra com seus sintomas numa fase excessiva.

O Gráfico 1 mostra que, do universo de 30 entrevistados, 24 são do gênero feminino, enquanto seis são do gênero masculino. Golding (2001) fala que 70% dos casos ocorrem em mulheres, por fatores desconhecidos ainda pela ciência.

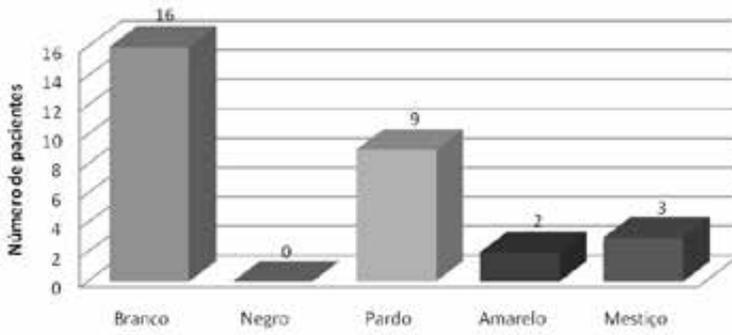
Gráfico 1 – Variável Sexo



Fonte: dados da pesquisa.

O Gráfico 2 apresenta a etnia mais afetada pela patologia, sendo mostrado que os brancos são dominantes no seu acometimento. Dos 30 entrevistados, 16 são brancos, nenhum negro, nove pardos, dois amarelos e três mestiços. Os dados elucidaram que a predominância da patologia é na classe branca, mas, na literatura pesquisada, não foi encontrado nenhum registro para tal confirmação.

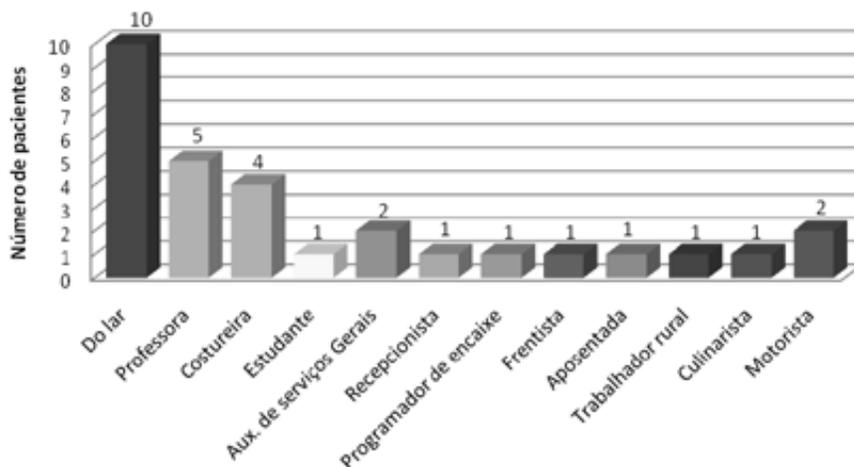
Gráfico 2 – Variável Etnia



Fonte: dados da pesquisa.

O próximo item da pesquisa mostra as atividades laborais que os acometidos pela artrite reumatoide mais desempenham, mostrando que trabalhadores do lar são os mais acometidos, seguidos de professora e costureira, conforme demonstra o Gráfico 3.

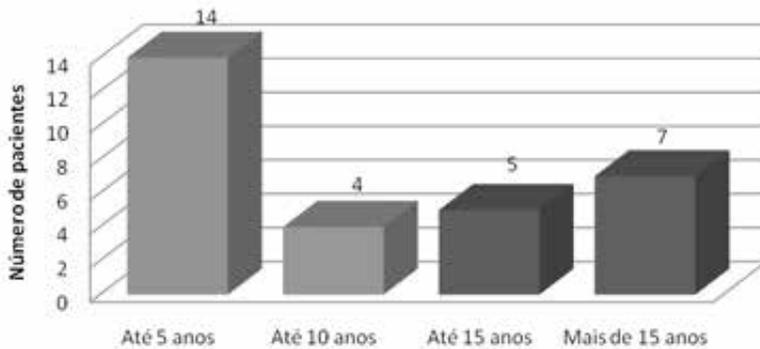
Gráfico 3 – Variável Profissão



Fonte: dados da pesquisa.

O Gráfico 4 demonstra o tempo de aparecimento dos respectivos sintomas, mostrando que até cinco anos após o surgimento os sintomas são mais evidentes.

Gráfico 4 – Apresenta sintomas de AR

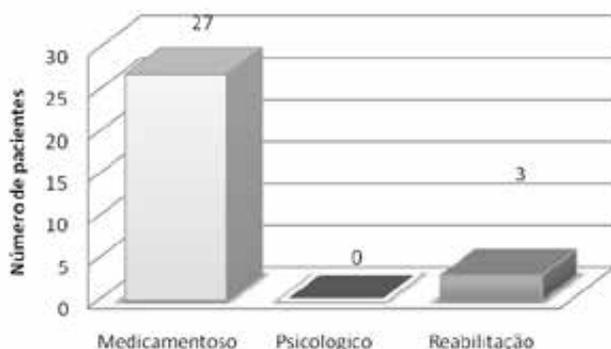


Fonte: dados da pesquisa.

Segundo Laurindo (*apud* YASHINARI, 2000), os sinais e sintomas do processo inflamatório articular são máximos no início do quadro e as erosões ocorrem, predominantemente, nos dois primeiros anos do início da doença.

O tipo de tratamento, apresentado no Gráfico 5, refere-se a um dado importante, tendo como base que, para um bom resultado no tratamento, faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar. No entanto, é notável também que o tratamento medicamentoso é um dado com maior índice entre os entrevistados e, quando estes fazem o tratamento de reabilitação, mencionam o tratamento de hidroginástica. Segundo Golding (2001), no primeiro momento são necessários o repouso e o uso de salicilatos, por ser um medicamento anti-inflamatório e ter um efeito quase “específico” na dor e na rigidez de muitos casos de AR.

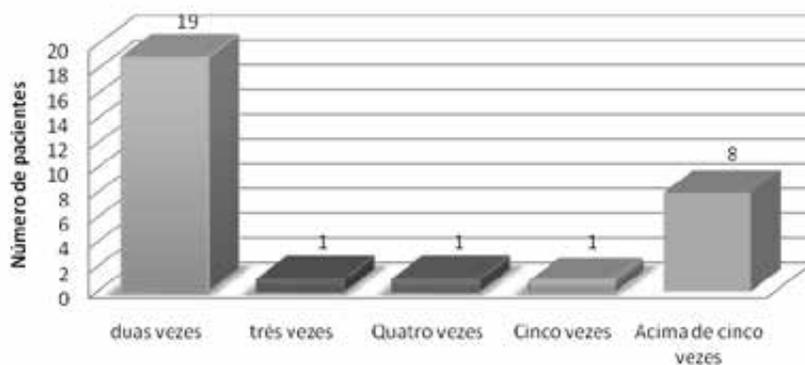
Gráfico 5 – Tipo de tratamento



Fonte: dados da pesquisa.

Conforme o Gráfico 6, dos 30 entrevistados, 19 apresentam frequência inflamatória duas vezes ao ano, e um número muito reduzido de oito pessoas é acometido por cerca de cinco vezes ou mais durante o ano. Na literatura pesquisada não foi encontrado nenhum dado sobre a frequência de fases inflamatórias.

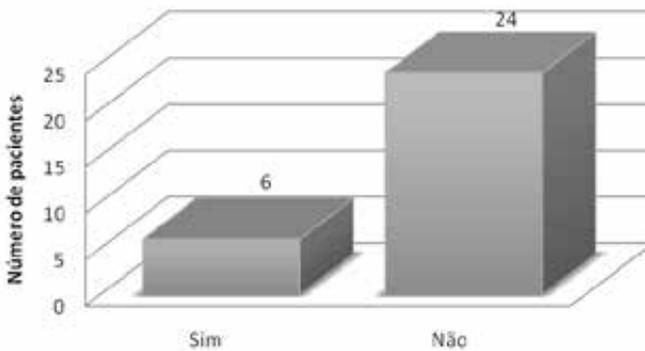
Gráfico 6 – Frequência da fase inflamatória ao ano



Fonte: dados da pesquisa.

O Gráfico 7 demonstra que, dos dados contabilizados, somente seis dos pacientes obtêm deformidades aparentes, e 24 dos entrevistados não apresentaram deformidades. Dado este que corresponde aos encontrados por Golding (2001), quando este diz que as lesões variam com a idade, duração da doença, grau da atividade articular e são alteradas pelo tratamento, principalmente corticosteroide.

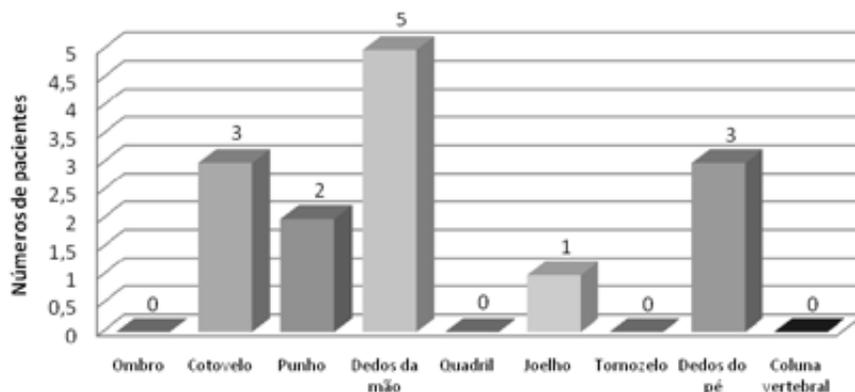
Gráfico 7 – Apresenta deformidades



Fonte: dados da pesquisa.

O Gráfico 8 demonstra o local das articulações, onde a presença de deformidades é mais aparente e apresenta seu acometimento num maior número de pessoas portadores da patologia nos dedos da mão.

Gráfico 8 – Articulações que apresentam deformidades

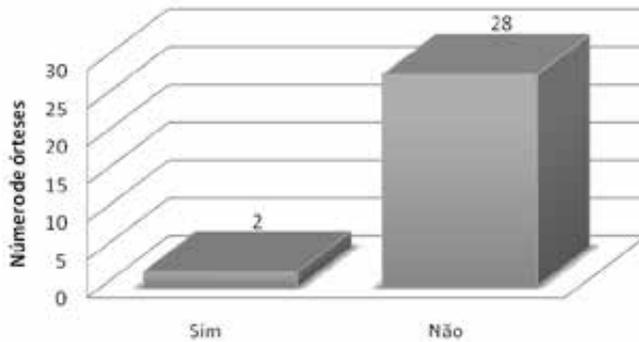


Fonte: dados da pesquisa.

Conforme diz Pardini Jr. (1990), as deformidades características consistem em desvio radial do punho e desvio ulnar dos dedos, assim como apresentado no Gráfico 8, a partir das respostas dos sujeitos participantes desta pesquisa. A deformidade dos membros superiores foi a mais citada entre as respostas dos sujeitos participantes desta pesquisa (cinco).

O Gráfico 9 demonstra que apenas dois portadores de AR fazem uso de dispositivo assistivo (órteses) – o foco da pesquisa não foi demonstrar por qual motivo eles não utilizam, se é por não necessidade de indicação, ou falta de profissional para confeccioná-los.

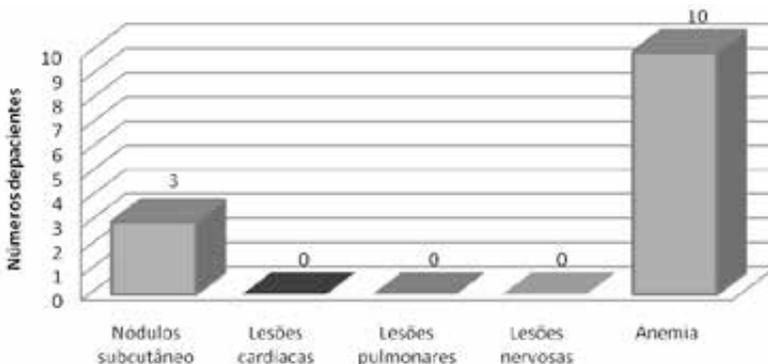
Gráfico 9 – Uso de órtese



Fonte: dados da pesquisa.

Conforme Cavalcanti (2007), as órteses são tipos de equipamentos assistivos para manter ou aumentar a independência funcional. As articulações mais comumente atingidas são as da mão, punhos, pés, tornozelos, joelhos, quadris, cotovelos e ombros. O Gráfico 10 mostra que o principal acometimento extra-articular citado pelos sujeitos é a anemia, inferindo que pode estar relacionado ao uso de corticoide, durante o processo de tratamento.

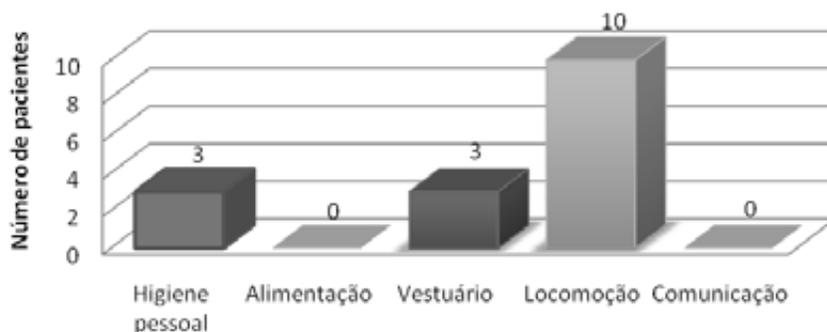
Gráfico 10 – Sinais extra-articulares



Fonte: dados da pesquisa.

Sendo a atividade de vida diária (AVD) a principal ferramenta de atuação do terapeuta ocupacional, fez-se necessária a apresentação do Gráfico 11, a fim de conhecer como vive essa população e quais são suas dificuldades.

Gráfico 11 – Dificuldade de AVD

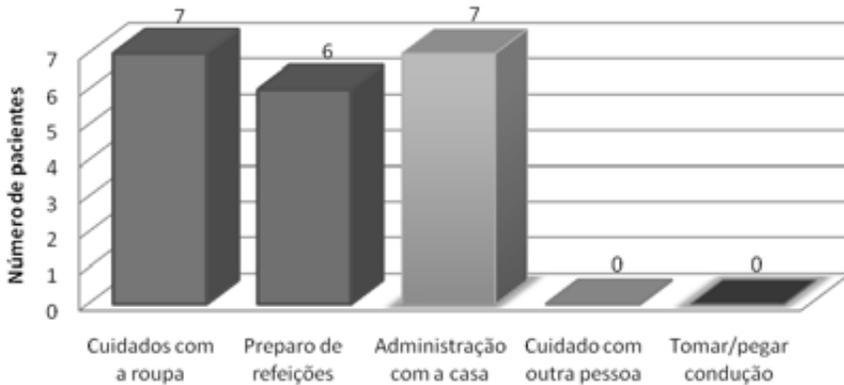


Fonte: dados da pesquisa.

A incapacidade e a diminuição gradativa de produtividade e independência ocasionam perdas no contexto pessoal, no âmbito social e de cuidados de saúde (CAVALCANTI, 2007, p. 238), sendo explícitos os seus impactos nas AVDs do indivíduo.

O Gráfico 12 mostra o impacto da patologia nas atividades instrumentais de vida diária (AIDV). Trombly (1989), ao entrevistar 45 pacientes de AR, constatou que eles pareciam mais propensos a admitir dificuldades com os cuidados pessoais, com um instrumento autoadministrativo, do que com a entrevista pessoal.

Gráfico 12 – Dificuldade em AIVD



Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados obtidos neste estudo, não se distanciam dos apresentados na literatura pesquisada.

Considerações finais

A artrite reumatoide é uma doença crônica que tem como principal característica a perda da funcionalidade, podendo acometer indivíduos de diversas idades, mas sendo predominante na população idosa. É uma das doenças reumáticas que mais atinge a população mundial. A condição de vida dos indivíduos com AR excede os seus limites, fazendo com que eles se sintam comprometidos socialmente e prejudicados em suas atividades laborais.

O estudo realizado buscou elucidar fatores sobre o perfil funcional dos indivíduos idosos acometidos pela artrite reumatoide. Pelos dados obtidos, pôde-se concluir que a patologia acomete diversas áreas da vida dos indivíduos e que não se distancia dos

dados obtidos por outros autores em trabalhos anteriores. Percebeu-se, ainda, que o estudo foi eficaz e enriquecedor nas coletas de dados e resultados obtidos.

Na observação dos gráficos foi possível ressaltar dois aspectos significativos: a questão racial e a questão social. Em um primeiro momento, observou-se que nenhum paciente entrevistado era da raça negra, sendo predominante o percentual de pacientes da raça branca.

Tendo em vista o que foi exposto, notou-se que os portadores de artrite reumatoide não procuram ajuda dos terapeutas ocupacionais pela falta de reconhecimento da profissão, mas sim pela falta de profissionais e de indicação médica para o tratamento.

Referências

- BRENOL, C. V. **Artrite reumatoide e aterosclerose**. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 53, n. 5, set./out. 2007.
- BRÊTAS, A. C. P. **Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde**. Rev. Bras. Enferm., v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003.
- CAVALCANTI, A. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2007.
- DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. Roca. São Paulo, 2004.
- FREITAS, P. P. **Reabilitação da Mão**. Atheneu. São Paulo, 2005.
- GOLDING, D. N. **Reumatologia em Medicina e Reabilitação**. Atheneu. São Paulo, 2001.
- HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Campus. Rio de Janeiro, 1996.
- ISHIZUKA, M. A. **Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais**. (Dissertação) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2003.
- MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e Atividade Física**. In: FARIA JR, A. **Atividade física para a terceira idade**. SESI/INDESP. Brasília, 1997.
- MEIRELES, V. C.; et al. **Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem**. Saúde e Sociedade, v. 16, n. 1, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. 2002.
- PARDINI JR, A. G. **Cirurgia da mão: lesões não-traumáticas**. Medsi. Rio de Janeiro, 1990.
- PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Física**. 5. ed. Roca. São Paulo, 2005.
- PEREIRA, I. M. O. **Ocupacional – Funcional. Eis a Questão**. Revista Atuar em Terapia Ocupacional. n. 2. set. 2003.
- TROMBLY, C. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 2. ed. trad. Terezinha Oppido. Editora Imp. Ltda. Santos, 1989.
- VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2. ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2004.
- YOSHINARI, H. N.; BONFÁ, E. S. O. D. **Reumatologia para o clínico**. Rocca. São Paulo, 2000.



Brasil Multicultural Editora

Criada em 2015, nossa editora assume o desafio de estar publicando trabalhos culturais e científicos de relevância para a sociedade, e que contemplem temas de repercussão na comunidade acadêmica. Pretende-se priorizar obras de autoria de jovens pesquisadores.

Linha Editorial:

- Educação;
- Direito e Cidadania;
- Psicologia;
- Comunicação e Linguagens;
- Inclusão Social;
- Multiculturalismo;
- Gestão e Ética Empresarial.

editora@brasilmulticultural.com.br

Esta obra foi composta na tipologia ITC Veljovic Std. Book 11/16 e foi impressa em papel Pólen Soft® 80 grs./m², na primavera de 2015.



O livro *Envelhecimento em Foco: Abordagens Interdisciplinares I*, é fruto de experiências e trabalhos de pesquisas de profissionais de diversas áreas do conhecimento, do Laboratório de Estudos da Educação e da Linguagem - LEEL e do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, que de acordo com sua linha de pesquisa, trouxe um olhar diferenciado sobre as questões que envolvem o desenvolvimento e o envelhecimento humano, tendo em vista o crescimento acelerado da população com 60 anos de idade ou mais, devido ao aumento da expectativa de vida e a drástica redução da taxa de natalidade. Dessa forma, os capítulos desta obra abordam o envelhecimento por meio de perspectivas interdisciplinares e, sobretudo, inovadoras e relevantes, apontando possibilidades simples e objetivas para um envelhecimento com mais qualidade.



Apoio

