



REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE GERONTOLOGIA

Universidade Sênior Contemporânea

*Volume III. Número 2*

## FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE  
GERONTOLOGIA  
VOLUME III. NÚMERO 2  
FEVEREIRO/JULHO 2010.

## EDIÇÃO

Universidade Sénior Contemporânea  
Departamento de Estudos Sociais

## DIRECÇÃO

Artur Santos  
Marta Loureiro  
Vítor Fragoso

## CONSELHO EDITORIAL/CIENTÍFICO

### Ângela Escada

(Psicóloga Clínica)

### Artur Santos

(Director da USC)

### Irene Arcuri

(Psicologia C. / PUC/SP - BR)

### Isabel Almeida

(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)

### Jadir Lessa

(Psicólogo/SAEP - BR);

### Liliana Vasconcelos

(Psicóloga Clínica - IPNP)

### Marília Alves

(Enfermeira)

### Marta Loureiro

(Directora da USC)

### Olga Pousa

(Enfermeira - UCSP Foz do Douro)

### Ruth Sampaio

(Psicóloga / ESE -Porto)

### Valéria Gomes

(Psicóloga / ISMAI)

### Virginia Grünwald

(Psicóloga, UFSC / NETI - BR)

### Vítor Fragoso

(Psicólogo , IPNP/USC)

## PROPRIEDADE

Universidade Sénior Contemporânea

©Todos os direitos reservados

Universidade Sénior Contemporânea:  
Rua Nova do Tronco, 504.  
4250 Porto.

Telef. 964068452 - 964756736.

Web: <http://usc.no.sapo.pt>

E-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com)

## Índice

Editorial 3

Instruções para autores 4

Apresentação 6

## Estudos teóricos/ensaios

**Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas** 7

*Carlos Magalhães, Adília Fernandes, Celeste Antão, Eugénia Anes*

## Relatos de pesquisa

**A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos** 17

*Priscila Marconcin, Nuno Corte Real*

**Percepção do Idoso sobre o seu nível de Qualidade de Vida** 27

*Ana Cristina Pereira*

**A praia como cenário de destaque para os idosos da cidade de Santos** 35

*Ana Luíza Teixeira de Oliveira, Beltrina Côrte*

**Estratégias de Enfrentamento dos Académicos de Fisioterapia frente à condição de Terminalidade dos Pacientes Sob seus Cuidados** 48

*Janesca Guedes, Marilene Portella*

**Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação** 61

*Marilene Rodrigues Portella, Graciela Ormezzano*

**Estimulação da cognição em idosos residentes num Lar de Idosos** 81

*Ana Fernandes, Hélder Fernandes, Diana Teixeira, Helena Ferreira, Inês*

*Marques, Sónia Pereira*

## Comunicações

**O cérebro executivo melhora ou piora com a idade?** 91

*Daniel Serrão*

## Temas de Educação para a Saúde

**Disfunção Erétil e Envelhecimento** 101

*Ana Calafate*

## Editorial

Na actualidade o processo de envelhecimento e a consequente fase da velhice ainda transportam um conjunto de estereótipos associados. A sociedade contemporânea presta culto e estimula a busca da beleza física, da jovialidade, da actividade e do sucesso. Tais preceitos exercem uma enorme pressão sobre o ser humano que envelhece, pois este, sente e vê o seu corpo e os seus papéis sociais se alterarem.

As transformações inevitáveis e decorrentes do percurso existencial do ser humano que envelhece, entram em oposição com os valores preconizados pela nossa sociedade, tal facto originia a caracterização da velhice como um período associado a perdas e limitações.

Muitas vezes a palavra “velho” é utilizada como sinónimo de obsoleto, gasto e, neste sentido, representa grande parte de estereótipo negativo da velhice. Perante tal preconceito é compreensível que se rejeite o que está associado à velhice.

Simone Beauvoir (1970/1986) defende que a “velhice tem uma dimensão existencial modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, a sua relação com o mundo e com a sua própria história”. Simone Beauvoir, refere ainda que na velhice, a decadência e a finitude são características percebidas mais pelos outros que convivem com o idoso do que por ele próprio.

O sujeito, portanto, vê o seu envelhecimento, a sua velhice, pelo olhar do outro ou vê-se “velho” pela imagem que o outro lhe devolve.

Tendo em conta o referido as Universidades Seniores poderão assumir-se como um excelente auxílio na desconstrução dos estereótipos e dos preconceitos associados a esta fase. Estas estimulam o incremento do bem-estar do sénior, através da promoção de uma participação activa em actividades como a expressão dramática e artística, a poesia, a actividade física, entre outras.

A participação activa e adaptada dos seniores ao seu momento existencial, permitirá resgatar o seu sentido de identidade e transformar a percepção que estes têm sobre a sua qualidade de vida, possibilitando deste modo “dar vida aos anos e não apenas anos à vida”.

Estas e outras temáticas poderão ser descobertas pelos leitores na presente edição.

Cumpre-nos também informar que a RTG dispõe de mais uma opção para publicação, intitulada “*Temas de Educação para a Saúde*”, esta tem o intuito de disponibilizar informação de cariz geral, com foco na Educação para a Saúde (abordagem transdisciplinar).

Para finalizar gostaríamos de renovar o convite à participação e colaboração de todos, para que dessa forma este projecto transdisciplinar e voluntário continue a proporcionar contributos para uma melhor compreensão do envelhecimento e da existência do ser humano.

**A Direcção**

*Artur Santos, Marta Loureiro e Vítor Fragoso.*

## Instrução para os autores

---

### I - INFORMAÇÕES GERAIS

#### DIRECTRIZES

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se publicar artigos que se refiram ao desenvolvimento humano, especificamente ao Envelhecimento/Terceira-idade, estes devem centrar-se na pesquisa, nas práticas profissionais e devem espelhar uma reflexão crítica da produção transdisciplinar do conhecimento sobre o envelhecimento humano.

### II - ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores "ad hoc", a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Caso sejam necessárias pequenas modificações no texto será solicitado pela Comissão Editorial aos respectivos autores a sua alteração.

O editor reserva-se o direito de efectuar alterações ecebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

### III - APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os artigos devem ser enviados à Revista Transdisciplinar de Gerontologia por e-mail: [rtg.usc@gmail.com](mailto:rtg.usc@gmail.com). Deve ser enviado resumo, em Português ou Espanhol contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave com respectivas "key words". Deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia (profissional) e seu respectivo endereço (e-mail). O texto proposto deverá ser enviado em formato Word letra Arial Narrow, tamanho 12. O autor pode enviar material de ilustração como sugestão, este deve ser entregue em arquivos separados do texto, no programa em que foram criados (Excel, CorelDraw, PhotoShop etc.);

As contribuições dos autores poderão ser redigidas em duas línguas, **português e/ou espanhol**.

**As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).**

### IV - TIPOS DE TEXTO

1. Estudos teóricos/ensaios - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente;
2. Relatos de pesquisa - investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo a metodologia quantitativa e/ou qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, metodologia, resultados e discussão;
3. Relatos de experiência - relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas transdisciplinares;

4. Comunicações - relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais;
5. Ressonâncias - comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista.
6. Artigos de Opinião - reflexões sobre temas relacionados com a gerontologia (de interesse geral) e suas políticas de actuação.
7. Trabalhos Monográficos - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente em forma de artigo com base em trabalhos universitários (monografias de curso, entre outros).
8. Reflexões - temas gerais relacionados com o existir humano.
9. Temas de Educação para a Saúde – temas/assuntos gerais, directamente relacionados com o envelhecimento e com foco na educação e promoção da saúde.

## V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976).

*No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:*

**Capítulo de um livro** - Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Eds.), Introduction à la Psychologie (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

**Artigo de revista científica** - Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interacção Educativa. *Análise Psicológica*, 11 (1), 13-24.

**Livros** - Carneiro, T. (1983). Família: Diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro: Zahar.

**Tese de dissertação** - McCloy, R. A. (1990). A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

**Relatório Técnico** - Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório Nº 81 - 1502). Washington, DC: National Educational Association.

**Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado** - Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

## Nota de Apresentação

---

Prezados leitores, é com enorme satisfação que vos apresentamos o terceiro volume da Revista Transdisciplinar de Gerontologia (RTG), que tal como o referido na edição anterior está dividido em dois números. A presente edição representa o segundo número.

## Estudos Teóricos / Ensaios

### Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas

*Carlos Magalhães<sup>1</sup>*

*Adília Fernandes<sup>2</sup>*

*Celeste Antão<sup>3</sup>*

*Eugénia Anes<sup>4</sup>*

#### RESUMO

Os estudos científicos que abordaram os estereótipos acerca dos idosos, realizados essencialmente desde o final da primeira metade do século XX, revelaram maioritariamente durante várias décadas o predomínio injustificado de uma imagem negativa acerca do envelhecimento e acerca das pessoas idosas, tendência esta destacada e contestada por diversos autores (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Motte e Tortosa, 2002). Tais estereótipos que podem traduzir-se em barreiras à funcionalidade dos idosos, não passam de falsas concepções, na medida que negam a enorme heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento e que está presente, mesmo quando nos reportamos a grupos etários de idade avançada. Atendendo que com frequência os estereótipos negativos levam a atitudes negativas, e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos, urge implementar estratégias sociais que visem o seu combate e impeçam a sua manifestação.

**Palavras-Chave:** Pessoas Idosas; Imagem Social; Estereótipos; Idadismo.

---

<sup>1</sup> Doutor em Gerontologia Social

Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde de Bragança (Instituto Politécnico de Bragança)

Docente do Curso de Licenciatura em Gerontologia e do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança

E-mail: cmagalhaes@ipb.pt

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia

Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde de Bragança (Instituto Politécnico de Bragança)

Docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança

E-mail: adilia@ipb.pt

<sup>3</sup> Mestre em Promoção/Educação para a Saúde

Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde de Bragança (Instituto Politécnico de Bragança)

Docente do Curso de Licenciatura em Gerontologia e do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança

E-mail: celeste@ipb.pt

<sup>4</sup> Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde de Bragança (Instituto Politécnico de Bragança)

Docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança

E-mail: eugenia@ipb.pt

## INTRODUÇÃO: OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DA IMAGEM SOCIAL DO IDOSO.

Allport (1954) considera os estereótipos crenças exageradas que auxiliam as pessoas a simplificar as suas categorizações, possuam ou não um fundo de verdade, são reforçados pelos *mass media* que continuamente os relembram e insistem sobre os mesmos. Até aos finais da primeira metade do século XX não houve praticamente produção científica, nomeadamente estudos de investigação sobre a percepção da imagem do envelhecimento, da velhice e da pessoa idosa, parecendo acompanhar o adormecimento da Psicologia referente à idade adulta e à velhice, contrastado pelo excelente desenvolvimento das Psico-logias referentes à infância e à adolescência. É somente a partir desse período, impulsionado pela pressão social e demográfica, bem como pelo crescente número de trabalhos de investigação acerca do envelhecimento, que surge um aumento do número de investigações no âmbito do estudo das percepções/estereótipos acerca das pessoas idosas.

Lehr (1977/1980) consultando diversos estudos relativos à imagem acerca das pessoas idosas realizados pelos europeus e norte-americanos entre 1950 e 1964, concluiu que:

- A imagem caracteriza-se fundamentalmente por uma orientação negativa, predominando de forma injustificada os estereótipos e as generalizações;

- É essencialmente entre o grupo dos jovens que esta imagem se acentua negativamente e onde ocorre uma maior discrepância quanto à percepção do comportamento real das pessoas idosas. Com o aumento da idade da pessoa que julga e avalia, aumenta a percepção de detalhes cada vez mais positivos acerca da imagem da pessoa idosa;

- A metodologia que coloca em maior evidência a imagem do idoso destaca que esta não depende somente da idade do indivíduo questionado, mas também da sua situação de vida tais como o bem-estar físico, o estado de ânimo, a convivência ou não com idosos, as distintas qualidades da personalidade.

Marín, Troyano e Vallejo (2001), com base numa consulta das várias investigações efectuadas ao longo das últimas décadas, acerca de como a sociedade percebia a velhice, constataram que:

- Da década 50 se salienta a percepção do envelhecimento como um processo onde prima a decadência e a deterioração, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela perda de capacidades físicas e mentais, pelo aumento de achaques, pelo isolamento e irresponsabilidade;



- No início dos anos 70 mantém-se a imagem negativa, as pessoas idosas são percebidas como indivíduos passivos e intolerantes;

- Depois da década 90, surgem investigações, como por exemplo as realizadas pelo Centro de Investigações da Realidade Social (CIRES) que apontam para uma mudança significativa dos adjectivos acerca das pessoas idosas, denotando-se uma maior visibilidade dos traços positivos do colectivo, percebidos como sábios, serenos e inteligentes. Contudo persistem, embora em minoria, alguns estereótipos de cariz negativo percebidos como torpes, enfermos e inúteis.

A estereotipia negativa foi contestada ao longo dos tempos por vários autores (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Tortosa & Motte, 2002), pois tais estereótipos não passam de falsas concepções que podem traduzir-se em barreiras à funcionalidade dos idosos, dado que influenciam negativamente o status social do ser-se idoso. Por outro lado estes estereótipos podem resultar em idadismo.

A expressão de preocupação e de contestação para com estas erróneas generalizações tomaria maior visibilidade a partir da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada pela ONU na cidade de Madrid (Espanha), em Abril de 2002, de onde surgiria um Plano de Acção Internacional (Nações Unidas, 2002) com o intuito de se promover uma imagem positiva do envelhecimento, bem como de promover um maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas.

## **CARACTERIZAÇÃO DAS FORMAS DE IDADISMO PARA COM OS IDOSOS**

O termo ageism (idadismo) foi introduzido em 1969 por Butler (1969, p.243), definindo-o como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género”.

Segundo Palmore (1999), o idadismo traduz um preconceito ou uma forma de discriminação, contra ou a favor a um grupo etário. A discriminação pode ocorrer de uma forma pessoal por indivíduos ou institucional, traduzido pela discriminação para com os idosos, resultante da política de uma instituição ou organização (quadro 1).

**Quadro 1 – Tipos de Idadismo segundo Erdman Palmore**

	Negativo		Positivo	
Preconceito	Estereótipos	Atitudes	Estereótipos	Atitudes
Discriminação	Pessoal	Instituição	Pessoal	Instituição

Fonte: *Ageism: Negative and Positive* (p.19), Palmore, E. B. (1999), 2.ª ed. New York: Springer Publishing Company, inc.

O preconceito é contra esse grupo quando se manifesta através de um estereótipo negativo ou através de uma atitude negativa para com o mesmo. A discriminação contra esse grupo manifesta-se através de um tratamento negativo para com os membros do mesmo. Os estereótipos são essencialmente cognitivos, enquanto as atitudes são essencialmente afectivas. Usualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos. Para o autor, existem essencialmente nove estereótipos que reflectem o preconceito negativo para com as pessoas idosas, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Os preconceitos usualmente resultam em discriminação, que ocorre essencialmente: no emprego, em agências governamentais, na família, habitação (em especial, nas residências para idosos) e ao nível dos cuidados de saúde. Segundo o mesmo autor, tem sido dedicada menos atenção ao idadismo positivo dado que este não é prejudicial às pessoas idosas. São oito os principais estereótipos positivos a ele associado: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade. A maioria das pessoas mistura atitudes negativas com algumas positivas, tal como nos cita Palmore (1999) com o seguinte dito popular nos EUA: “A velhice não é tão má quando comparada à alternativa” (p.40), isto porque a alternativa é a morte. A discriminação a favor dos idosos pode resultar, de estereótipos positivos ou inclusivamente negativos (ex: o acreditar no estereótipo negativo de que a maioria dos idosos é pobre pode favorecer a atribuição de apoios à velhice). O autor destaca cinco áreas de discriminação positiva para com as pessoas idosas: economia, política, família, habitação e cuidados de saúde.

Para o autor, as principais consequências que podem resultar do idadismo são:

- A discriminação no emprego – recusa de contratação e promoção dos trabalhadores mais velhos, em prole da aceitação preferencial e promoção dos trabalhadores mais jovens;

- A aceitação da imagem negativa – as vítimas de preconceitos e discriminação tendem adoptar a imagem negativa do grupo dominante, comportando-se de acordo com a mesma. Desta forma, determina-se o que o idoso deve ou não fazer, podendo acarretar distintos custos pessoais, levando-os, por exemplo a evitar as relações sexuais, novas ideias, a serem improdutivos, conduzindo-os à conformidade social para com os estereótipos negativos do idadismo. Por sua vez, esta conformidade pode resultar na redução da auto-estima, das suas habilidades pessoais, bem como induzir a deterioração da sua saúde física e mental.

Palmore (1999) identificou por parte dos idosos, quatro formas básicas de reacção ao idadismo, são elas: “a aceitação, a negação, a evitação ou a reforma” (p. 109). Todas estas respostas podem acarretar efeitos prejudiciais sobre os indivíduos. A «aceitação» pode ser manifestada pelo afastamento voluntário e pela apatia (traduz uma infelicidade do idoso para com o seu papel). A «negação» visa recorrer a meios para “parecer jovem”, como por exemplo a cirurgia plástica. A «evitação» pode apresentar várias formas como a segregação, o isolamento, o alcoolismo, a dependência às drogas, doença mental, ou até mesmo o suicídio. A «reforma» reconhece o prejuízo e a discriminação e procura a sua eliminação, que pode ocorrer ao nível individual, recorrendo a actividades que não se conformam com os estereótipos negativos.

Os estereótipos “minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todas as pessoas idosas, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecimento” (Tortosa & Motte, 2002, p. 103). Para além disso, os estereótipos podem desencadear um fenómeno de contracção, isto é, quando qualquer fenómeno que se observa nas pessoas idosas não corresponde ao estereótipo previamente construído, existe uma certa tendência para recusar o mesmo. Para os autores os estereótipos negativos afectam muitos profissionais que trabalham com idosos sem se aperceberem que podem repercutir-se negativamente sobre a auto-estima do idoso, bem como sobre o desenvolvimento da sua personalidade.

Num estudo elaborado por Montorio, Trocóniz, Colodrón e Losada (2002), verificou-se uma relação significativa entre os estereótipos dos cuidadores acerca das pessoas idosas e as suas atribuições para com o familiar de idade avançada que cuidam. A maior intensidade de relação ocorreu ao nível das atribuições de afecto negativo tolerável, verificando-se que quando os cuidadores categorizam os idosos como doentes, débeis e incapazes de se auto-valerem, frequentemente percebem estes mesmos termos acerca do idoso que cuidam. Por outro lado, verificou-se uma relação significativa entre as imagens dos cuidadores acerca das pessoas idosas e o bem-estar dos idosos que cuidam. A partir dos resultados encontrados os autores assumem a existência de uma relação entre os estereótipos negativos da velhice e as condutas de superprotecção. Condutas que devido à perda de

oportunidades (de prática) vão implicar uma diminuição de capacidade e consequentemente um aumento da dependência, que por sua vez reforçam a imagem negativa do cuidador acerca desta.

Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002), investigadores da Universidade de Yale e de Miami (EUA), constataram num estudo que os estereótipos negativos constituem um perigo para a sobrevivência. Estes autores através da comparação da taxa de mortalidade de uma amostra de 660 participantes com as respostas fornecidas pelos mesmos, 23 anos antes, constataram que as pessoas com percepções mais positivas acerca do envelhecimento viveram em média mais 7,5 anos. Vantagem que se mantinha mesmo quando se controlavam variáveis como a idade, género, status socioeconómico, solidão, e saúde funcional.

## **AValiação e Estratégias de Combate ao Idadismo**

Palmore (2001, p. 572) construiu, com base na fundamentação bibliográfica científica, um instrumento de avaliação do idadismo, visando responder a três questões:

- Qual é a prevalência do idadismo em várias sociedades?
- Que tipos de idadismo são mais prevalentes?
- Que subgrupos de pessoas idosas relatam mais o idadismo?

O instrumento foi testado numa amostra de 84 pessoas com idades acima dos 60 anos. Os resultados revelaram que a maioria da amostra referiu ter já sofrido severos incidentes de idadismo, sendo que os tipos mais frequentes reportam-se a formas de desrespeito para com os idosos, que incluiu os seguintes itens mais cotados para esta categoria, por ordem decrescente: «Contaram-me uma anedota que troça/ridiculariza as pessoas idosas», «Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista por causa da minha idade», «Fui ignorado(a) ou não tomado(a) a sério por causa da minha idade», «Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade». Outras das formas de idadismo que se seguiram foram as suposições acerca de desordens físicas ou mentais ou fragilidades inerentes à idade, que incluiu os seguintes itens mais cotados para esta categoria: «alguém me disse, és demasiado velho para ...», «O médico(a) ou enfermeiro(a) assumiu que as minhas desordens físicas ou mentais devem-se à minha idade», «Alguém supôs que eu não ouvia bem devido à minha idade», «Alguém supôs que eu não percebia bem devido à minha idade».

Este instrumento foi utilizado em Portugal, por Alves e Novo (2006) numa amostra de 324 indivíduos com idades superiores a 60 anos, residentes em diversas localidades do distrito de Braga, Porto e Lisboa,

institucionalizados em lares ou centros de acolhimento para a terceira idade (24% da amostra) e não institucionalizados (76% da amostra). Os resultados revelaram que uma parte significativa da amostra foi vítima de idadismo. As ocorrências mais relatadas reportam-se ao nível dos cuidados de saúde (nas relações interactivas com os profissionais desta área) e noutros contextos em que os interlocutores pressupõem que os idosos possuem dificuldade de audição e de compreensão. Quanto à discussão relativa à elevada discriminação sofrida por parte dos profissionais de saúde, apesar da formação científica, podem revelar igual ou maior quantidade de estereótipos que as pessoas comuns. Segundo os autores, uma explicação plausível assenta no facto destes “lidarem muito mais com a patologia do que com o envelhecimento normal e, na medida em que quando contactam pessoas idosas elas têm patologia, por mecanismos básicos associam à velhice a expectativa de um conjunto de patologias” (p. 74). Este estudo revelou ainda uma associação positiva entre a percepção da discriminação e a idade (tendo por base três grupos etários: 60-70; 71-80; 81-90). O grupo etário mais elevado apresentava uma maior diversidade de tipos de discriminação, e a associação com maior força entre a idade e os itens situava-se ao seguinte nível: «experiência de ser ignorado», atribuição de «o não ouvir» e de «o não compreender». De referir que foi também encontrada associação entre a percepção de discriminação na generalidade dos itens e estar ou não institucionalizado. Os que se encontravam institucionalizados em lares referiam em termos relativos, mais tipos de discriminação, as diferenças mais significativas reportavam-se aos seguintes itens: «ser ignorado», «ser tratado com menos dignidade ou respeito», e «assumir incompreensão».

Estratégias de combate à discriminação estão referenciadas há longa data na literatura científica da área e muito antes de surgir propriamente o conceito de idadismo. Nesse sentido, Allport (1954) avançou com uma teoria que denominou de hipótese de contacto, isto é, à medida que as relações entre os grupos aumentam (contacto inter-grupal), ocorre uma melhoria das mesmas, consequentemente a percepção do endogrupo relativamente ao exogrupo sofre melhorias significativas. Contudo, segundo o autor, para a melhoria das relações acontecerem teriam que se verificar alguns pressupostos, tais como: a igualdade de status entre os membros; a existência de objectivos comuns; a cooperação intergrupal e uma sustentação institucional (ao nível de normas e sanções que facilitassem o processo). Seguiram-se várias revisões desta teoria, sendo adaptada por vários autores em distintos contextos, alguns deles no âmbito dos idosos, tendo sido contestada e verificada por diversas vezes. Neste sentido:

- Revenson (1989) procurou analisar a hipótese de contacto quanto às atitudes compassivas dos médicos face aos idosos, tendo verificado que os resultados do estudo contradiziam esta hipótese, na medida em que as pessoas idosas que apresentavam pior adaptação psicossocial, que eram menos autónomas, correspondiam aqueles utentes cujos médicos tinham dedicado maior tempo de contacto, implicando para o autor que o maior

tempo de contacto pode não representar a redução/eliminação de estereótipos associado à idade, mas o contrário, na medida em que são activados estereótipos compassivos;

- Hale (1998) efectuou um estudo visando examinar a relação entre a idade do indivíduo, o tipo de contacto que o indivíduo possuía com as pessoas idosas, o conhecimento do indivíduo acerca das pessoas idosas, e a extensão de estereótipos que o mesmo possuía acerca dos idosos. A amostra em estudo era constituída por 100 indivíduos, divididos em dois grupos etários (18-25 anos; 64-79 anos), com igual número de participantes. Das conclusões destaca-se que os indivíduos que experienciam níveis elevados de contacto com os idosos apresentam mais conhecimentos acerca do envelhecimento e menores índices de estereótipos;

- Schwartz e Simmons (2001) efectuaram um estudo com o intuito de verificar a hipótese de contacto em jovens adultos, os resultados relevaram que em vez da quantidade, é a importância da qualidade da interacção inter-geracional que estava relacionada significativamente com as atitudes mais positivas para com as pessoas idosas.

A evolução das sociedades traduz também o respeito tido para com todos os seus membros, independentemente da idade que possuam. Neste sentido, evitar e combater a discriminação devido à idade deve constituir um dever cívico, que pressupõe antes de mais combater os estereótipos de orientação negativa que teimosa e injustificadamente se mantêm na sociedade actual, bem como pela prevenção da reactivação dos mesmos. Desta forma sugere-se (Magalhães, 2008):

1 - ao nível político-social, a elaboração e implementação de um Plano Nacional Gerontológico que contemple: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e a utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros de uma sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação entre gerações; a promoção do espírito de solidariedade entre gerações;

2 - maior difusão através dos mass media de medidas que promovam as imagens positivas acerca do envelhecimento, bem como o maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições consideradas de extrema importância acerca das pessoas idosas, como é preconizado pelo Plano de Acção Internacional, emanado em 2002 pelas Nações Unidas;

3 - alteração da actual forma de difusão por parte da maioria dos mass media (TV, rádio, internet, jornais, entre outros), no sentido de incluir, divulgar e destacar nas suas mensagens a heterogeneidade (variabilidade

interindividual) e a multi-direccionalidade próprias de qualquer grupo de idosos, sem utilizar conteúdos discriminatórios;

4 - envolvimento da comunidade científica na abordagem de distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, quer através dos mass media, quer através da realização de fóruns, jornadas, congressos, entre outros, pois desta forma desmistificam-se as concepções erróneas e injustificadas e credibiliza-se a veiculação da informação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Alves, J.F. & Novo, R.F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (6), 65-77.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain. (Trabalho original em inglês publicado em 1999)
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Hale, N.M. (1998). Effects of age and interpersonal contact on stereotyping of the elderly. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 17(1), 28-48.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1989)
- Lehr, U (1980). *Psicología de la Senectude*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1977)
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Magalhães, C. (2008). *Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas em Estudantes do Ensino Superior, no Distrito de Bragança*. Tese de Doutoramento em Gerontologia Social, apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Montorio, I., Trocóniz, M.I.F., Colodrón, M.S., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomia funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (2), 61-71.
- Moragas, R. (1995). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidade de vida*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nações Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Consultado em 10 Fevereiro de 2007, em Nações Unidas: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>
- Palmore, E. B. (1988). *The Facts on Aging Quiz: a handbook of uses and results*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and Positive (2.ª ed.)* New York: Springer Publishing Company, inc.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575.

- Revenson, T. (1989), Compassionate stereotyping of elderly patients by physicians revising the social contact hypothesis. *Psychology and Aging*, 4(2) 230-234.
- Schwartz, L. K., & Simmons, J. P. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 27, 127-137.
- Tortosa, J. M., & Motte, C. A. M. (2002). Envejecimiento Social, In J. M. Tortosa (ed.), *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.



## Relatos de Pesquisa

### A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos.

*Priscila Marconcin<sup>1</sup>*

*Nuno Corte Real<sup>2</sup>*

*Cláudia Dias<sup>3</sup>*

*António Manuel Fonseca<sup>4</sup>*

#### RESUMO

O envelhecimento pode ser considerado uma experiência subjetiva e dependente da interação de fatores internos e do contexto em que se vive. O presente estudo teve como objetivo investigar qual o entendimento de idosos, alunos de Universidades Seniores, a respeito do seu bem-estar, da prática da atividade física e da participação nas Universidades. A metodologia foi qualitativa com a aplicação de entrevistas. Como resultados principais, constatamos que os idosos comumente associam o bem-estar à saúde e a prática desportiva, e em relação à participação nas Universidades acreditam ser o convívio o fator mais representativo, seguido pela busca do conhecimento.

**Palavras-Chave:** Universidades Seniores, Bem estar, Prática desportiva, idosos.

---

<sup>1</sup> Mestre em Atividade Física para Terceira Idade da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.  
E-mail: pri\_edf@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor auxiliar da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.  
E-mail: ncortereal@fade.up.pt

<sup>3</sup> Professor Auxiliar na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

<sup>4</sup> Professor Catedrático na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Coordenador do Gabinete e do Laboratório de Psicologia do Desporto.  
E-mail: afonseca@fade.up.pt

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (2002) como sucesso das políticas públicas da saúde e do desenvolvimento econômico, mas é também um desafio para a sociedade ao terem que se confrontar com essa nova realidade: uma população envelhecida.

Múltiplas áreas do conhecimento dedicam-se a estudar formas de proporcionar aos idosos não só mais anos de vida, mas também, mais qualidade a esses anos a mais. Simões (2006) relata que o envelhecimento para além de ser pessoal (dependente da nossa biologia e dotação genética) é também um fenômeno contextual (depende de como vivemos, das experiências, do ambiente, da sociedade, da região geográfica entre outros tantos fatores que interferem na maneira como cada indivíduo vivencia o seu envelhecimento). A complexa interação entre essas duas ordens de fatores determina a imensa variedade das experiências individuais do envelhecer.

Com isso, atividades que proporcionem aos idosos experiências prazerosas, de sentir-se bem, valorizados, respeitados, integrados socialmente, são benéficas e caminham no sentido de um envelhecimento bem-sucedido. O conceito de envelhecimento bem-sucedido está segundo Neri e Cachionni (1999), associado à idéia de realização do potencial individual para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico. Os parâmetros para tal conquista são oferecidos pelas condições objetivas disponíveis, pelo julgamento que indivíduos e instituições fazem a respeito dessas condições e pelo que julgam como desejável a realização do pleno potencial pelas pessoas. Isso quer dizer que não basta ter as condições para a realização é necessário o sujeito ter o discernimento e reconhecer essas condições de forma a utilizá-las para seu desenvolvimento potencial, satisfação e bem-estar.

Nesse sentido, faz-se conhecer que são inúmeros os esforços, tanto públicos como privados, para ofertar a população idosa atividades que caminham no sentido de uma velhice bem-sucedida. A participação em Universidades Seniores, bem como a prática desportiva caminham nesse sentido. Pois podem proporcionar aos idosos crescimento pessoal, desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, físicas, sociais e psicológicas, sentimentos de realização e valorização de seus trabalhos e esforços, qualidade de vida e bem-estar.

As Universidades da/para Terceira Idade surgiram na França em 1973 e foram trazidas a Portugal em 1978 pelo engenheiro Herberto Miranda, na cidade de Lisboa. Hoje as Universidades recebem designações diferentes e estão espalhadas por todo o mundo. Na cidade do Porto, local da amostra do presente estudo existe 11 Universidades, elas possuem características diferentes, mas buscam os mesmos objetivos: oferecer um ambiente de desenvolvimento salutar inter/intra gerações, e incentivar os alunos para novas aprendizagens que

possam desenvolver novas e velhas habilidades, bem como proporcionar o crescimento e conhecimento pessoal. A educação para idosos, de acordo com Cachionni (1998), tem um caráter transformador e pode favorecer o envelhecimento bem-sucedido na medida em que promove a flexibilidade cognitiva, o ajustamento pessoal, o bem-estar subjetivo e a imagem social dessas pessoas.

Nesse sentido, são também, muitos os benefícios conhecidos para quem pratica regularmente uma atividade desportiva, e quando se trata do grupo de pessoas idosas, esses benefícios são ainda mais importantes, e muitas vezes têm caráter decisivo na manutenção de uma vida ativa e com qualidade. Para Spirduso (2005) as atividades desportivas e físicas permitem ao idoso uma melhor auto-afirmação e segurança. Os jogos lúdicos, o desporto, as atividades físicas estimulam o pensamento e libertam o corpo, fazendo com que os gestos, os movimentos, sejam elementos expressivos para o desenvolvimento motor e a manutenção ou melhoria da capacidade funcional do indivíduo. Para Mazo (2004), a atividade física para idosos têm muitos benefícios conhecidos, a autora cita alguns, tais como: maior longevidade, redução das taxas de mortalidade, diminuição dos medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica, prevenção do declínio cognitivo, diminuição da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, além de inúmeros benefícios psicológicos, como a melhora na auto-estima, da auto-imagem, do contato social e do prazer pela vida.

Tendo tomado um breve conhecimento dessas ações, voltamos a refletir o conceito de velhice bem-sucedida, de Neri e Cachionni (1999), o qual ressalta que não bastam existir ações e atividades para os idosos, mas que é fundamental que estes tenham discernimento e reconheçam essas condições para seu desenvolvimento e bem-estar.

A idéia de que o sujeito é o único capaz de reconhecer suas capacidades e trabalhar para a busca da sua felicidade passa pelas reflexões feitas no campo da psicologia positiva acerca do conceito de bem-estar subjetivo (BES), pois este conceito diz respeito à avaliação do sujeito sobre a sua condição de vida.

O bem-estar subjetivo nasce num contexto empírico de procura de identificação das características sócio-demográficas associadas à qualidade de vida e à satisfação, e se orienta pela perspectiva da felicidade. Desde os anos 60 vem sendo alvo de extensiva investigação, numa tentativa de compreender a felicidade, não a partir do que acontece e é exterior ao indivíduo, mas do modo como ele interpreta e vive, subjetivamente, os acontecimentos (Novo 2000). O BES foi definido por alguns autores como: a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida (Kahneman, Diener e Schwarz (1992), o grau de julgamento do indivíduo da sua qualidade de vida como um todo (Veenhoven, 1984), uma avaliação cognitiva e em certo grau de sentimentos positivos e negativos (Diener, 1994).

Dessa forma, refletimos acerca de como o envelhecimento pode ser vivido de uma forma positiva, com ganhos no desenvolvimento das capacidades físicas, sociais, cognitivas e psicológicas. Acreditamos que as práticas desportivas e a participação em Universidades Seniores são ações que podem ser decisivas na manutenção de uma vida ativa e com qualidade, e podem responder as necessidades dos idosos na busca pelo bem-estar.

Procuramos com isso, investigar o que os idosos entendem por bem-estar e como a prática desportiva poderia influenciar no bem-estar dos mesmos, bem como, perceber o que a participação das Universidades Seniores representa para eles.

## METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente estudo foi de carácter qualitativo com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, contendo questões relativas aos dados sócio-demográficos, a prática desportiva, ao bem-estar e a participação nas Universidades Seniores.

*Amostra:* Fizeram parte da amostra 17 idosos alunos de três Universidades Seniores do Porto, sendo que 12 eram mulheres e 5 homens. As idades variavam de 67 até 84 anos, sendo a média de idade 75 anos. Em relação às habilitações literárias, grande parte (45%) possuía nível superior, seguido por 30% com nível secundário, 10% no 2º ciclo e 15% no 1º ciclo. Relativamente à prática da atividade física, dos 17 idosos apenas 2 não eram praticantes de desporto, os outros todos praticavam regularmente.

*Tratamento dos dados:* A análise de conteúdo foi o instrumento escolhido para analisar as entrevistas, e pode ser assim definido por Bardin (2004 pg. 27), como “não se tratar de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto”.

Neste estudo, foram utilizadas categorias para a análise de duas das questões contidas no questionário: o significado do termo bem-estar, e a representação da Universidade Sênior na vida dos idosos. Para a primeira foi utilizada uma adaptação feita das categorias sugeridas por Stathi, Fox e McKenna (2002), a respeito do significado do termo bem-estar. E para a segunda, foi utilizada uma adaptação das categorias relatadas por Neri (1996) e investigadas por Cachionni (1998). A partir da determinação de novas categorias, fez-se uma comunicação entre os dados retirados do real, das entrevistas, com os obtidos pelo discurso bibliográfico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Significado do bem-estar para os idosos*

Para analisar a questão “O que os idosos entendem por bem-estar?”, utilizaremos uma adaptação feita das categorias sugeridas por Stathi, Fox e McKenna (2002). Dessa forma foram identificadas 4 categorias: bem-estar relacionado ao desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, bem-estar mental, espiritual e social (na mesma categoria), e por último bem-estar abstrato. Essa última categoria foi criada porque haviam três respostas que não se enquadravam em nenhuma outra categoria acima citada, mas possuíam semelhanças entre elas, pois definiam o bem-estar como algo que não poderia ser alcançado, portanto abstrato. Dentro de cada categoria estão as características estudadas e encontradas para esta classificação, sendo assim explicitada na tabela 1.

**Tabela 1: Categorias do significado do Bem-Estar**

<b>Bem-Estar relacionado ao desenvolvimento pessoal</b>	
<b>Características da Subcategoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Ter autonomia Sentir-se bem, sentir-se útil, a maneira de ser. Viver de forma agradável, valorizar as coisas boas da vida, adaptarem-se as mudanças, ter coerência na vida.	Independência Valorização pessoal  Posição frente à vida
<b>Bem-Estar físico</b>	
Estar com saúde, ausência de doenças. Praticar alguma atividade físico-desportiva.	Saúde Prática de exercícios
<b>Bem-Estar Mental/Espiritual/Social</b>	
Ter Fé Manter a mente ocupada, não se sentir sozinho. Sentir-se bem, feliz, alegre Ter amigos, compartilhar.	Ter Fé Manutenção do Psicológico Sentimento de Felicidade Convívio
<b>Bem-estar Abstrato</b>	
Ter tudo na vida Não ter problema algum	

Ao realizarmos num primeiro momento, uma análise quantitativa desses dados, podemos observar que a categoria que é mais representativa é a do bem-estar físico e relacionado à saúde (11 idosos), e é também a categoria que aparece mais vezes quando combinada com outras categorias, pois aparece 8 vezes relacionada

com as outras categorias do estudo. Isso nos indica, num primeiro momento, uma tendência dos idosos apontarem como significado do bem-estar a saúde e a prática de exercícios físicos.

Para muitos idosos o bem-estar aparece relacionado diretamente ao fato de se ter saúde, como na entrevista 1: “Bem-estar é estar bem e com saúde”, entrevista 2: “...bem-estar é que se tenha saúde”, entrevista 8: “É ter saúde”, entrevista 13 “É ter saúde acima de tudo...”, entrevista 17 “É ter saúde fundamentalmente”.

Spirduto (2005) afirma que a saúde e a capacidade física são componentes importantes de uma sensação de bem-estar. Após uma análise abrangente de 30 anos de pesquisa sobre o assunto, Larson (1978) concluiu que entre todos os elementos da situação de vida de uma pessoa idosa, a saúde é a que está mais fortemente relacionada ao bem-estar subjetivo.

O bem-estar aparece nessa categoria, além da saúde, relacionado com a prática da atividade desportiva, como na entrevista 4: “O bem-estar (...) é poder fazer diariamente todos os exercícios e a minha vida sem problemas”. Entrevista 9: “(...) além da ginástica e da dança (...)”, entrevista 14 “fazer ginástica e conviver”, entrevista 16 “(...) procurar distrair o maior possível, fazer ginástica e também a parte da cultura”.

As recomendações para a promoção da atividade física entre idosos de Heidelberg<sup>1</sup> (Organização Mundial da Saúde, 1997) afirmam que a atividade física regular promove, entre outros benefícios, a melhora global do bem-estar. A atividade física está estritamente ligada aos aspectos psicológicos e bio médicos da saúde dos idosos, proporcionando-lhes melhoras em múltiplos aspetos, como a auto-estima, auto-conceito, aumento das relações sociais, o que gera uma sensação de bem-estar para a vida dos idosos.

### *Importância da atividade física para o bem-estar*

Para melhor entendermos essa questão também vamos classificá-la em 4 categorias, essas não foram retiradas de nenhum estudo prévio, mas foram claramente retiradas do próprio processo de análise da questão. Segundo Bardin (2004), esse é uma etapa do processo da análise de conteúdo chamada de categorização<sup>2</sup>, e pode ser feito por meio do próprio conteúdo do texto. Sendo assim, as categorias encontradas foram as seguintes:

1. **Benefícios físicos:** relacionado com as melhoras físicas: mais agilidade, mobilidade, força, equilíbrio, entre outras; e exemplos de atividades desportivas.

<sup>1</sup> Essas recomendações foram elaboradas por um comitê científico no 4º Congresso Internacional do Envelhecimento Saudável, Atividade e Desportos, em agosto de 1996 em Heidelberg, Alemanha.

<sup>2</sup> Para a autora, as categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. Nesse caso o critério foi semântico (categorias temáticas).

2. **Benefícios para a vida:** relacionados à melhora na realização de outras atividades, ou em outros setores, como a família.

3. **Benefícios emocionais:** sensação de liberdade, extravasamento e paz espiritual.

4. **Outros:** para categorizar aquelas respostas que não tinham conclusões sobre o assunto, ou que simplesmente concordavam com a questão que era “Qual o papel ou a importância da atividade física para o bem-estar?”

Para a primeira análise, quantificar as respostas nas categorias temos as seguintes conclusões. A categoria com o maior número de respostas é a primeira, 10 menções atribuíam que os principais benefícios da prática estavam a nível da melhoria física, nas condições de saúde, ou então citaram atividades físicas que praticavam e que lhes faziam bem. A segunda categoria com maior número foi a 4, com 7 menções, em que os idosos só concordaram com a pergunta e/ou reforçavam-na, houve apenas um entrevista em que o idoso não soube responder a essa questão. E em seguida com o mesmo número de respostas vem à categoria 2 e 3, com 3 menções cada.

Os idosos que praticam atividades físicas percebem e sentem essas melhoras na saúde e na realização das tarefas da vida diária, e, portanto associam o papel da atividade física no bem-estar com essas melhoras, como na entrevista 2: “...sim, ajuda, ajuda e muito, porque se a gente para depois quer fazer certos movimentos e não pode, não tem agilidade, e se fizer aqui hidroginástica mexe-se com mais facilidade”, ou na entrevista 5 “Uma pessoa que faz desporto tem outra agilidade talvez que as outras pessoas não tenham e mexe melhor”.

### ***Representação da Universidade Sênior para os idosos***

Para essa questão a análise foi feita com base numa adaptação as categorias relatadas por Neri (1996) e investigadas por Cachionni (1998), que investigaram os motivos dos idosos frequentarem o programa de Universidade da Terceira Idade, em uma Universidade Brasileira. As categorias encontradas pela autora foram: aumentar conhecimento, investir no aperfeiçoamento pessoal, aumentar o contacto social e ocupar o tempo livre de forma útil.

Como a questão da presente pesquisa não se refere aos motivos, mas sim a representação que a Universidade tem para o idoso, foi necessária uma adaptação a essas categorias iniciais. Com um olhar mais atento às respostas que obtivemos a essa questão, percebemos que aumentar o conhecimento e investir no aperfeiçoamento pessoal poderia constituir uma única categoria, denominada aumentar o conhecimento, e além das outras duas categorias (aumentar o contato social e ocupar o tempo livre de forma útil) criamos mais uma para

atender as respostas apresentadas pelos idosos, a outra categoria criada é a voltar ao passado. Dessa forma, temos as seguintes categorias:

Categorias
Aumentar o conhecimento
Aumentar o contacto social
Ocupar o tempo livre de forma útil
Voltar ao passado

Relativamente à análise quantitativa da frequência de cada categoria, temos que: aumentar o contacto social foi a mais citada (10 menções), em seguida aumentar o conhecimento (7 menções), e em 3º lugar com o mesmo número de menções, voltar ao passado e ocupar o tempo livre de forma útil (ambas com 3 menções).

O aumento da rede de contatos sociais propicia um aumento do bem-estar subjetivo, potencializa os recursos pessoais e colabora para o senso de interdependência com outros indivíduos. Os contatos sociais na velhice parecem promover o fortalecimento dos recursos pessoais porque facilitam a comparação social, reestruturam o auto-julgamento e o auto-conceito, possibilitando um envelhecimento bem sucedido para os participantes dessa experiência. (Silva, 1999).

Na entrevista 4: “Conheci novas pessoas, novos conhecimentos, novos amigos e procuro dar aos meus colegas e mesmo aos professores a minha grande atividade enquanto fui e enquanto estive no ativo”, fica clara a importância não só de conhecer novas pessoas, mas também de trocar conhecimentos, nesse caso de sentir-se também valorizado por poder contribuir de certa forma para o aumento do conhecimento do outro.

Como com o envelhecimento as relações familiares ficam também de certa forma mais debilitadas, pois parece ser mais uma obrigação e não mais um prazer conviver com aquela pessoa mais velha, e também é nessa fase que a pessoa precisa se confrontar com a morte dos entes mais próximos, como maridos e mulheres, muitos idosos buscam em outros locais, como é o caso das Universidades, (re) construir relações que foram perdidas. A entrevista 7 apresenta isso: “Foi a melhor coisa que me podia ter acontecido depois de ter ficado viúva, trabalhei 43 anos reformei-me, logo em seguida passado 15 dias vi um anuncio da Universidade da Terceira Idade, fui lá matriculei-me e a partir daí senti-me outra pessoa, gosto, convivo, sou muito dinâmica em tudo que há pra fazer, gosto muito dos meus colegas, é como se fossem a minha família, é propriamente disto, porque sem eles eu já não poderia viver”, a entrevista 18 reforça ainda essa idéia: “Olha para mim a Universidade é uma segunda casa e dá muita vida, porque aqui temos um ambiente bom, boas amizades, temos tudo de tudo”.



## CONCLUSÕES

Com esse estudo percebemos a importância dos idosos estarem envolvidos em alguma atividade que lhes tenha sentido e lhes proporcione prazer, para o incremento do bem-estar. Dessa forma nos restringimos em apresentar os principais benefícios de estarem envolvidos no programa das Universidades Seniores, em que os idosos têm a oportunidade de conhecer outras pessoas além de aumentar seus conhecimentos, como também os benefícios de se praticar uma atividade desportiva, que para além das melhoras ao nível físico, também colabora para o sentimento de envolvimento social, e consequentemente para o bem-estar.

Através da análise das entrevistas, ficou claro que os idosos associam, com mais frequência, o bem-estar às características a nível físico, como melhora na saúde e a capacidade de realização de atividades desportivas. Essas conclusões devem ser entendidas considerando a característica do grupo entrevistado, pois eram na grande maioria idosos que já praticavam desporto, e por isso, tinham o conhecimento, vivenciavam os benefícios da prática desportiva. Se fossem idosos que não praticavam nenhum desporto os resultados poderiam se apresentar de forma bem distinta.

Ao serem questionados sobre as contribuições que o desporto teria para o bem-estar, os idosos também deixaram claro que as melhoras a nível físico seriam os principais benefícios. Mas também citaram que o desporto ajuda no bem-estar, pois melhora as condições da vida como um todo. Com a prática desportiva sentem-se mais capazes, aptos a realizar atividades que antes não conseguiam.

E, por fim, a participação nas Universidades Seniores significava para a maior parte dos idosos a possibilidade de ampliarem a rede de relações sociais. Pois, poderiam encontrar novos amigos, trocar experiências, sentirem acolhidos, o que também proporciona bem-estar.

Como conclusões gerais, podemos ressaltar a importância de se ofertar cada vez mais atividades interessantes que não sejam apenas para ocupar o tempo, mas que o façam de forma útil, para promover o desenvolvimento contínuo das capacidades, quer física, psicológicas ou sociais, dos idosos. Como também, podemos refletir sobre a importância das Universidades Seniores ofertarem em sua grade curricular as atividades desportivas, pois dessa forma podem facilitar aos idosos que ingressem e permaneçam em uma atividade desportiva que proporciona melhores condições de saúde global, e maior bem-estar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3 ed). Lisboa: Edições 70.
- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e a participação numa Universidade para a terceira Idade: a experiência dos alunos da Universidade de São Francisco*. Campinas: M. Cachioni. Dissertação de mestrado apresentada à faculdade de educação da Universidade Estadual de Campinas.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-being: progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2): 103.
- Kahneman, D.; Diener, E.; Schwarz, N. (1992). *Well-being: The foundation of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33: 109-125
- Mazo, G. Z. et al (2004). *Atividade física e o idoso: Conceção gerontológica*. -2ed.- Porto Alegre: Sulina.
- Neri, A. L.; Cachioni, M. (1999) Velhice bem sucedida e educação. In: Neri, A.; Debert, G. G., *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus (Coleção Vivaidade).
- Novo, R. F. (2000). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Clouste Gulbenkian.
- Organização Mundial da Saúde (1997). The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5: 2-8.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Active Ageing – A policy Framework. Consult em 26 Out 2008 em [www.who.int/hpr/ageing](http://www.who.int/hpr/ageing).
- Silva, F. P. (1999). Crenças em relação a velhice, bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da terceira Idade. Campinas: Silva, F. Tese de mestrado apresentada à faculdade de educação da Universidade estadual de Campinas.
- Simões, A. (2006.) *A nova velhice: um novo público a educar*. Lisboa: Âmbar.
- Spirduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do Envelhecimento*. (tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascarenhas Robert Pires). – Barueri, SP: Manole.
- Stathi, A.; Fox, K. R.; McKenne, J. (2002) Physical Activity and Dimension of Subjective Well-Being in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, v10 (1): 76-92.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. D. Reidel: Dordrecht.

## Percepção do Idoso sobre o seu nível de Qualidade de vida.

Ana Cristina Pereira<sup>1</sup>

### RESUMO

Perante uma realidade inquestionável de transformações demográficas iniciadas no último século e que permitem observar uma população cada vez mais envelhecida, torna-se importante garantir aos idosos não só uma expectativa de vida maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV). Assim, pretendeu-se saber qual a percepção que os Idosos têm sobre o seu nível de QV. Questionaram-se 22 idosos de um centro de dia, verificando-se que a maioria destes, tem uma percepção positiva da sua QV e isso se deve maioritariamente à sua saúde física. Os idosos que apresentaram uma percepção negativa, apontaram como principais razões os recursos financeiros.

**Palavras-chave:** Percepção, Idoso, Qualidade de Vida.

---

<sup>1</sup> Enfermeira na ACES Porto Ocidental – UCSP Foz do Douro. Pós-Graduada em Gerontologia  
E-mail: a.cristina.p@netcabo.pt

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que, em 2025, existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 anos ou mais), constituem o grupo etário de maior crescimento.

De acordo com os dados colhidos pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708570, em 1960, para 1702120, em 2001, dos quais 715073 homens e 987047 mulheres.

Perante estes factos, torna-se importante desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Assim, a obtenção de dados que caracterizam a qualidade de vida (QV) dos idosos, sob o ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido (Sousa *et al*, 2003).

O conceito de qualidade de vida é um conceito subjectivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Apesar de não haver uma única definição para “Qualidade de Vida”, algumas merecem destaque, como a da OMS (2005) que define qualidade de vida como: “A percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação ao seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994).

Face a tudo isto, torna-se cada vez maior o desafio de avaliar a QV, e tão difícil quanto medi-la é associá-la às condições especiais de doenças ou condições sociodemográficas específicas. De entre o grande número de instrumentos idealizados para tal fim, são mais conhecidos e utilizados são o Short Form 36 (SF36) e o Whoqol-bref, ambos dividem as questões em subgrupos de assuntos, frequentemente conhecidas como “dimensões” (Souza *et al*, 2006).

O principal objectivo deste estudo foi conhecer a percepção que os Idosos têm sobre o seu nível de qualidade de vida e mais especificamente, tentar perceber quais as razões atribuídas à sua qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Tendo em conta o objectivo do estudo, já referido anteriormente, optou-se por uma metodologia qualitativa, do tipo fenomenológica, baseado num estudo descritivo.

A população estudada, abrangeu os Idosos de um centro de dia do Porto. Para a composição do grupo estudado seleccionou-se uma amostra do tipo não aleatória accidental, constituída por 22 idosos do centro de dia. Destes, 15 eram mulheres e 7 eram homens, sendo que a média de idades foi de 79,4 anos.

Para a colheita de dados, foi feita uma pergunta fechada, do tipo Likert, com 5 itens de resposta, entre “má” e muito boa”, onde se questionavam os idosos sobre como classificavam a sua qualidade de vida. Tendo em conta a resposta dada pelos idosos, foi-lhes pedido que justificassem a mesma através de uma questão aberta. A análise da questão aberta foi realizada através do método de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977).

De acordo com Bardin, a técnica de análise de conteúdo, compõe-se de três grandes etapas:

- 1) A pré-análise;
- 2) A exploração do material;
- 3) O tratamento dos resultados e interpretação.

A referida autora, descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objectivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registo. Na última etapa faz-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo as suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da análise de conteúdo.

## RESULTADOS

Após a análise das respostas à questão 1: “Como classifica a sua qualidade de vida”, pode constatar-se que 3 idosos responderam que a sua qualidade de vida era “má”, 3 “fraca”, 9 “razoável” e 7 responderam que era “boa”, conforme mostra a tabela 1.

“Como classifica a sua qualidade de vida”	Nº total de respostas
Má	3
Fraca	3
Razoável	9
Boa	7
Muito boa	0

A partir da questão de resposta aberta, em que se pediu aos idosos para mencionarem as razões atribuídas à sua qualidade de vida, emergiram 4 categorias:

- Razões atribuídas à “Má Qualidade de Vida”;
- Razões atribuídas à “Fraca Qualidade de Vida”;
- Razões atribuídas à “Razoável Qualidade de Vida”;
- Razões atribuídas à “Boa Qualidade de Vida”.

Uma vez que nenhum idoso classificou a sua qualidade de vida como sendo “muito boa”, não foi criada nenhuma categoria para este nível.

Através da análise da tabela 2, verificou-se que, as razões que os idosos atribuíram para a sua “má qualidade de vida”, têm a ver com o domínio psicológico, ou seja, a sua saúde mental, assim como o sentirem-se tristes e infelizes; com os recursos financeiros, ou seja, as dificuldades económicas com que vivem; e as relações interpessoais, que têm a ver com o facto de os idosos viverem sozinhos.

Categoria: Razões atribuídas à “Má Qualidade de Vida”		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Domínio psicológico	“sinto-me triste porque estou a dar trabalho aos outros”; “sinto-me infeliz”	2
Recursos financeiros	“não ganho o suficiente para viver”; “vivo com dificuldades económicas”	2
Relações interpessoais	“vivo sozinho”	1

**Tabela 2** – Resultado das respostas dadas pelos idosos, quando classificavam a qualidade de vida como “má”.

Em relação à tabela 3, constatou-se que as razões que levaram os idosos a classificar a sua qualidade de vida como “fraca”, devem-se essencialmente aos recursos financeiros, ou seja, a sua fraca situação económica; e as relações interpessoais, que mais uma vez têm a ver com a solidão em que vivem.

Categoria: Razões atribuídas à “Fraca Qualidade de Vida”		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Recursos financeiros	“vivo pobre e sem dinheiro”; “tenho pouco dinheiro para viver”	2
Relações interpessoais	“vivo sozinha”	2

**Tabela 3** – Resultado das respostas dadas pelos idosos, quando classificavam a qualidade de vida como “fraca”.

No que se refere à tabela 4, as razões que os idosos atribuíram para uma “razoável qualidade de vida”, são relativas ao domínio físico, ou seja a ausência de saúde e a presença de dor e desconforto; ao domínio psicológico, ou seja, a sua saúde mental; aos recursos financeiros, que revelam ser poucos; e às relações interpessoais, que mais uma vez tem a ver com o viverem ou não sozinhos.

Categoria: Razões atribuídas à “Razoável Qualidade de Vida”		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Domínio físico	“não tenho saúde”; “tenho dores”; “sinto cansaço”; “estou doente”; “tenho saúde”; “vou tendo saúde”	8
Domínio psicológico	“não ando bem da cabeça, estive internada no Magalhães Lemos”	1
Recursos financeiros	“tenho pouco dinheiro”	1
Relações interpessoais	“sou viúvo e estou sozinho”; “vivo bem com as netas”; “vivo sozinha”; “não tenho família”	4

**Tabela 4** – Resultado das respostas dadas pelos idosos, quando classificavam a qualidade de vida como “razoável”.

Relativamente à tabela 5, verificou-se que, as razões que levaram os idosos a classificar a sua qualidade de vida como “boa”, têm a ver com o domínio físico e psicológico, ou seja, a saúde física e mental, assim como o sentir-se bem com a vida e ser feliz; as relações interpessoais, que para além da presença ou ausência de solidão, também se referem ao tipo de relações que têm com outras pessoas; e ao nível de independência, ou seja, a capacidade de ser autónomo e independente.

Sub-categoria: Razões atribuídas à “Boa Qualidade de Vida”		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Domínio psicológico	“sou feliz”; “tenho andado bem-disposta”	2
Domínio físico	“tenho saudinha”; “tenho algumas dores mas vou andando”; “tenho tido saúde”; “tenho saúde”	7
Relações interpessoais	“vivo sozinha”; “tenho um bom marido”; “não vivo sozinho”	3
Nível de independência	“tenho capacidade para executar as tarefas sem ajuda” e sou independente”	1

**Tabela 5** – Resultado das respostas dadas pelos idosos, quando classificavam a qualidade de vida como “boa”



## CONCLUSÃO

Da análise das respostas dadas pelos 22 idosos estudados, acerca da sua percepção sobre o seu nível de qualidade de vida, concluiu-se que a maioria dos idosos, 72,7%, tem uma percepção positiva acerca da sua qualidade de vida, classificando-a como “razoável” ou “boa” e apenas 27,3%, a classificou entre “má” e “fraca”.

Em termos gerais, pode constatar-se que as razões atribuídas pelos idosos para classificar a sua qualidade de vida se devem essencialmente, ao domínio físico e psicológico, às relações interpessoais, aos recursos financeiros e ao nível de independência.

No que diz respeito aos idosos que referiram ter uma “má qualidade de vida”, as razões apontadas deveram-se essencialmente aos sentimentos negativos presentes nestes idosos, assim como os baixos recursos financeiros e a solidão em que vivem.

Em relação aos idosos que mencionaram ter uma “fraca qualidade de vida”, verificou-se que as principais razões têm a ver com as dificuldades económicas e o facto de viverem sozinhos.

Os idosos que referiram ter uma “razoável qualidade de vida” indicaram como principais razões, o domínio físico, seguindo-se as relações interpessoais e só depois o domínio psicológico e os recursos financeiros.

Relativamente aos idosos que referiram ter uma “boa qualidade de vida”, as principais razões devem-se maioritariamente ao domínio físico e posteriormente às relações interpessoais, domínio psicológico e nível de independência.

Tendo em conta estes resultados, pode igualmente concluir-se que os idosos que têm uma percepção negativa da sua qualidade de vida, também demonstram sentimentos negativos e sentem-se tristes. Os baixos recursos financeiros e a solidão também contribuem para esta visão negativa.

Os idosos que tem uma percepção positiva da sua qualidade de vida, apesar de também terem mencionado as relações interpessoais, o domínio psicológico e o nível de independência, referiram em maior número o domínio físico e apenas um idoso se referiu aos recursos económicos, demonstrando assim, que a percepção positiva que têm, se deve em muito à sua saúde física.

Os resultados obtidos coincidiram com os de outras populações idosas já estudadas, nomeadamente no que respeita aos aspectos considerados importantes pelos idosos para a conquista de uma vida feliz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Fleck, M. *et al.* (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Martinez, M.C. (2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. São Paulo. [dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- Sousa, L. *et al.* (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, vol.37 nº3, Junho. São Paulo.
- Souza, H. *et al.* (2006). *Turismo e qualidade de vida na Terceira Idade*. Barueri, SP: Manole.
- Vecchia, R. *et al.* (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Rev. Bras. Epidemiologia*, vol.8 nº3, Setembro. São Paulo.

## A praia como cenário de destaque para os idosos da cidade de Santos

Ana Luíza Teixeira de Oliveira<sup>1</sup>  
Beltrina Côrte<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo, realizado na cidade de Santos-SP, objetivou compreender o significado do *meio ambiente praiano* para os idosos que freqüentam este espaço para realizar atividades físicas. Considerado um estudo qualitativo, a pesquisa, utilizou como recursos metodológicos a análise de relatos orais e a observação das atividades desenvolvidas pelos idosos. Selecionaram-se sujeitos de ambos os sexos, sendo cinco homens (idade média: 71,8 anos) e cinco mulheres (idade média: 75,4 anos). Colheram-se dados sócio-econômicos, através de um questionário com perguntas fechadas seguindo-se de uma entrevista de caráter dialogal. Os dados referentes às informações do questionário foram tabelados e as entrevistas foram gravadas.

**Palavras-chaves:** Idoso - Atividade física – Topofilia - Praia

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta

Mestre em Gerontologia (Programa de Estudos pós graduados em Gerontologia da PUC-SP).  
E-mail: anagerontologia@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Jornalista

Pós-doutora em Ciências Sociais Aplicadas (Universidade de São Paulo - USP)  
E-mail: beltrina@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

As pesquisas apontam que, atualmente, a população idosa é o grupo social que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Este fenômeno é resultado da alta fecundidade predominante no passado, comparada com a atual, e à redução da mortalidade em idades avançadas. Tudo isso está resultando no aumento absoluto e relativo de idosos; no tempo vivido por eles; no envelhecimento de certos segmentos populacionais, como a população economicamente ativa; no envelhecimento de famílias (crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso) e nos arranjos familiares. Torna-se indispensável, portanto, pensarmos o processo de envelhecimento como um fenômeno não somente biológico, como é caracterizado pela maioria das pessoas, mas pensarmos este processo de forma mais complexa, levando em conta aspectos psicológicos e sócio-culturais.

É inegável que no processo de envelhecimento a manutenção do corpo em atividade seja fundamental para preservar as funções vitais e o bom funcionamento do corpo. A estimulação a essas atividades e ao próprio corpo contribui para um melhor desempenho das atividades rotineiras (as chamadas Atividades da Vida Diária - AVD's). Ainda assim, não se pode pensar que a prática de exercícios, sejam eles esportivos ou não, deva ser lei para todos os indivíduos. O faz, quem se sentir à vontade para tal, sendo algo que seja prazeroso em todos os sentidos.

Escolhida por muitos idosos, como local para a prática de exercícios físicos, a praia é um espaço natural e público que além de cumprir suas funções; socializadora e de lazer, passou a se constituir como um espaço cuja valorização das dimensões humanas se faz presente. Sendo assim, de certo modo, alguns lugares passam a exercer sobre as pessoas uma admiração e carinho especial, carinho este envolvido por muitos significados que a praia representa.

## MÉTODO

Este estudo foi realizado na cidade de Santos – SP e teve como objetivo principal, compreender o significado do *meio ambiente praiano* para os idosos que assiduamente freqüentam este espaço natural para realizar exercícios físicos. Caracteriza-se como sendo um estudo qualitativo, sustentado na literatura especializada (gerontologia), que utilizou como recurso metodológico a análise dos relatos orais e observação das atividades desenvolvidas pelos sujeitos. Tais participantes foram escolhidos de forma voluntária, sendo cinco homens (média de idade de 71,8 anos) e cinco mulheres (média de idade de 75,4 anos), que foram submetidos inicialmente a coleta de dados sócio-econômicos (nome, endereço, idade, ocupação, etc), seguindo-se de uma entrevista de caráter aberta e dialogal; para tanto, utilizou-se um questionário fechado e um gravador de voz, juntamente a um diário de campo, respectivamente.

## RESULTADOS

Revelando os significados, atribuídos pelos participantes, ao meio ambiente praiano e a sua relação com o indivíduo idoso que pratica atividade física / corporal, pode-se considerar que a atividade física está diretamente relacionada ao bem estar, melhora da saúde geral e alegria de viver, significados relatados de forma enfática e se destacando entre outras falas.

Para alguns, estes relatos se justificam pelo fato de terem passado por situações de doença que por imposição médica o fizeram iniciar a prática de exercícios físicos. Outros, por sua vez (a maioria), têm uma história de vida relacionada a essas atividades, nas quais foram iniciadas na infância, juventude e prossegue até os dias de hoje.

O *meio ambiente praiano* sendo um espaço natural e público torna-se um espaço socializador e de lazer, que passou a estabelecer-se, também, como opção para a prática de exercícios, além disso, este ambiente passa a se constituir como um espaço onde a valorização das dimensões humanas se faz presente.

Observou-se que a participação de idosos nos vários grupos aumenta o círculo social que os mesmos podem freqüentar, tornando-os mais independentes. Os idosos entrevistados consideram o momento das atividades na praia, propício para se constituir amizades e aumentar a rede social tomando isso como um dos objetivos da prática de exercícios no local.

Pôde se considerar, portanto, que a prática de exercícios se relaciona também com as diversidades culturais, com as tradições pedagógicas, com fatores ambientais climáticos e com o pertencimento aos grupos sociais. E ainda, que ela não se reduz apenas a aparatos osteo-articulares e cardiovasculares, por exemplo, mas também às esferas cognitivas, culturais, éticas e sociais levando as pessoas a considerarem a prática de exercícios uma forma de lazer, muito bem expressos nas falas dos idosos.

Nas entrevistas os participantes revelaram também sentimentos de pertencimento e apego ao local, concordando com Tuan, quando relata que, de certo modo, o meio ambiente pode não ser a causa direta da *topofilia*, no entanto oferece o estímulo sensorial que ao aparecer como imagem percebida, dá forma às alegrias e ideais. O que explica porque alguns lugares passam a exercer sobre nós uma admiração e carinho especial, carinho este envolvido por muitos significados que a praia representa. Em contrapartida o “não lugar” também foi expresso nas falas de alguns poucos idosos entrevistados, nos quais se referiram desta maneira, para com os lugares fechados, como clubes, academias e locais afins.

Indo de encontro a minha hipótese, a vontade de se movimentar, de fazer exercícios e a importância atribuída à saúde, sem dúvida prevaleceram. Sendo assim os idosos não consideram o ambiente da praia o fator

determinante para realizarem atividades físicas, no entanto destacam a importância e a satisfação de realizar suas atividades em um ambiente público, natural, ao ar livre e muito bem estruturado para as atividades que são oferecidas.

A socialização se torna mais rica e atraente quando está vinculada a sentidos de liberdade, descontração, prazer, contato com a natureza. O lugar onde se fazem caminhadas, aulas de ginástica, surf ou tamboréu, como a orla de Santos, constitui para os participantes um lugar repleto de condições para se ter e se dar liberdade, e também estabelecer vínculos sociais, estimulando contatos mais pessoais.

Trazendo um pouco este trabalho para a dimensão da saúde, mais especificamente para a minha área de atuação, acredito que o profissional fisioterapeuta como reabilitador e educador deve levar em consideração, além da biologia do corpo e das técnicas; os gestos, comportamentos, atitudes corporais, e o ambiente no qual está inserido o indivíduo, em especial o idoso, que apresenta uma historicidade e uma série de particularidades sociais e fisiológicas.

## DISCUSSÃO

### *Corpos em Movimento: ao sabor da Brisa*

No universo da gerontologia, de acordo com Faria Junior<sup>1</sup> (1999), a atividade física é considerada um conjunto de ações corporais capazes de contribuir para a manutenção biológica e para o funcionamento normal físico e psicológico das pessoas que envelhecem. Complementa, ainda, que a noção de saúde à qual aderimos, é formada por um conjunto de idéias destinadas a ir além da visão funcionalista de saúde, reconhecendo-a dependente das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde.

Nesta pesquisa considerou-se imprescindível buscar nas falas dos idosos, o significado dos exercícios físicos para eles, objetivando extrair uma conceituação diferenciada para tal, a partir de indivíduos que o dizem praticar. Tomou-se esta decisão depois de analisar e inferir que a maioria dos conceitos sobre atividade física/exercícios físicos, estão voltados mais para a propagação da área no mercado de trabalho, do que realmente para os benefícios que os mesmos promovem. Assim sendo, pude extrair depoimentos que nos revelam não só a conceituação maciça que os livros e artigos atuais expõem, mas também uma significação especial.

Questionados quanto ao significado dos exercícios físicos, todos os entrevistados o relacionou com um bem-estar, melhora da saúde geral e como consequência alegria em praticar as atividades. Abaixo algumas falas:

*Atividade física pra mim, eu acho que é a própria vida porque a vida sem atividade física, eu acho uma coisa muito sem graça, agora atividade física proporciona alegria interna, a facilidade de confraternização e muita saúde e todas as pessoas que conheço que praticam bastante esporte, tem bastante saúde, ou tem, pelo menos, facilidade de manter a saúde, nem que seja com a ajuda de alguns remédios, mas mantém a saúde, porque está em atividade física e principalmente existe uma facilidade de manter a cabeça livre sem ficar com grandes preocupações, as preocupações ficam no meio do caminho quando a gente passeia na praia. (E4, 83 anos)*

*Hoje em dia todo mundo tem mais idade né....só que tem que ser com saúde, estar doente não vale nada pra viver bastante, tem que mexer o corpo pra saúde, pra gente né...o exercício dá bastante alegria pra gente. (E7, 77anos)*

*Ah...representa saúde, na idade que eu tenho menina, o exercício é tudo. (E10, 83 anos)*

Estas falas estão de acordo com Faria Junior <sup>1</sup> (1999, p.101) quando relata:

*A atividade física é uma qualidade substancial do ser humano que apresenta um teor que ultrapassa o que o biológico e o funcional comumente lhe conferem. A atividade física é fonte de conhecimento e comunicação, de sentimento e emoções, de prazer estético, de promoção de saúde e fator de desenvolvimento filogenético e antropológico*

## A praia como cenário

Santos é uma cidade famosa pelo grande número de adeptos da prática de atividades físicas, entre elas o surf. Quem nunca viu na mídia nacional a tão conhecida *Escolinha de Surf* para idosos? A impressão que passa é que a cidade respira saúde, hábitos saudáveis, bem estar.

Em Santos, observa-se o quanto as pessoas têm hábitos diferentes quando comparados à outras cidades, principalmente às grandes metrópoles, como São Paulo. As pessoas são dispostas e disciplinadas com suas atividades corporais, em especial o público feminino, destacando-se as mulheres idosas. A maioria delas muito desinibidas, muito saudáveis, muito comunicativas e acima de tudo alegres ao realizarem suas atividades, desde o passeio com o cachorro no calçadão, à aula de capoeira realizada no “Posto 2” da praia.

A sensação é que a caminhada, ou um simples passeio naquele ambiente, faz parte dos costumes do povo, por mais que alguns não gostem de praticar exercícios. Para um morador santista, uma “passadinha” na orla seria indispensável para o bom andamento de um dia inteiro. Assim expressos em alguns depoimentos:

*Aqui eu venho todo dia, faço ginástica todo dia...só quando eu viajo, por exemplo, segunda vou ter que ir a São Paulo assinar um papel, aí não vai dar p vir...mas....sábado e domingo eu ando no calçadão e na areia, quase na água né...(E9, 79 anos)*

*Faço ginástica cedinho aqui todos os dias. Meu objetivo? Manter a saúde e o bem estar da vida. (E3, 79 anos)*

*Quando não venho pra cá parece que é dia de enterro, é triste...eu tenho que vir pra cá fazer alguma coisa, todo dia...nem que seja ficar sentado aqui nesse banco...”(E3, 79 anos)*

Estes relatos reafirmam o que Faria Junior<sup>1</sup> (1999), assinala: que os exercícios físicos sob o ponto de vista da educação para a saúde, condição indispensável para a promoção da saúde, não deve excluir informações que ajudem as pessoas e as comunidades a desenvolverem atitudes e hábitos que contribuam para melhorar e ou manter o *status* de saúde, seja ele individual e coletivo. Como experiência pedagógica, permite as pessoas terem uma atividade didaticamente organizada, com objetivos definidos.

Os exercícios físicos podem ainda atuar como experiência social; buscando ampliar, incentivar e ajudar a perpetuar o intercurso social, entre os indivíduos. É através das relações sociais das pessoas que se tem a base para o desenvolvimento de sua compreensão de forma pela qual a vida social é organizada, mantida e transformada.

Okuma<sup>2</sup> (1998) explica que, nas atividades físicas em grupo, o idoso, além de encontrar satisfação pessoal também encontra suporte social onde este grupo pode transformar-se em redutor de preocupações, auxiliando-o a manter-se disposto ante a diminuição de energia e as dificuldades que surgem. Além disso, o suporte social associado ao fato de poder desempenhar uma atividade física pode contribuir para reforçar o sentimento de valor social, assim como o autoconhecimento e o sentimento de eficácia, facilitando assim o modo de lidar com as situações de estresse e também com a possibilidade de dar continuidade ao seu crescimento pessoal, através da manutenção de atividades significativas.



Os entrevistados consideram o momento das atividades na praia, propício para se constituir amizades e aumentar a rede social tomando isso como um dos objetivos da prática de exercícios no local.

*Eu faço tamboréu como já disse, e o meu objetivo é o lazer do esporte, além de conseguir as amizades que você vai ter, você vai conhecendo muita gente. (E2, 73 anos)*

*Ah [...] o ambiente da praia é muito bom, inclusive o seguinte, existe muita facilidade de amizade na praia, que a gente quando não tá praticando esporte a gente fica caminhando na praia, quase muito perto do mar, e encontra duas pessoas, mais duas, três vezes e começa a conversar então faz muitas amizades nessas caminhadas da praia, então a praia já é um divertimento, já é uma descontração, além do esporte que pratica. (E4, 83 anos).*

De acordo com os depoimentos, observamos a veracidade das palavras de Simmel<sup>3</sup> (1983), em que ele nos mostra que a participação de idosos nos vários grupos sociais aumenta o círculo social que os mesmos podem freqüentar, tornando estes indivíduos mais independentes.

### Essa é a minha praia

A valorização do espaço, o apego pelo lugar e o pertencimento foram nitidamente expressos nos depoimentos colhidos. A interpretação atribuída nos faz aprofundar uma discussão sobre *topofilia*. Termo conceituado por Tuan<sup>4</sup> (1980, p. 107) como “laços afetivos dos seres humanos com o meio ambiente material, diferindo em intensidade, sutileza e modo de expressá-la, ou seja, é o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico, seja ele qual for.”

A resposta ao meio ambiente observado, pode ser expressa de diversas maneiras: através da estética; do prazer que se tem de estar diante de uma vista; como também da sensação de beleza. A resposta pode ainda ser tátil (desfrutar do ar, da água e da terra, por exemplo); e de forma mais difícil de expressar, pode aparecer através dos sentimentos que se tem em relação a um determinado lugar. Sensações que vão enraizando os homens ao lugar, tornando-os parte integral do meio (TUAN<sup>4</sup>, 1980).

Mais permanentes e mais difíceis de expressar são os sentimentos que temos para com um lugar, por ser o lar, o locus de reminiscências e o meio de se ganhar a vida. A topofilia não é a emoção humana mais forte. Quando é irresistível, podemos estar certos de que o lugar ou meio ambiente é o veículo de acontecimentos emocionalmente fortes ou é percebido como um símbolo. (TUAN<sup>4</sup>, 1980, p. 107)

Quando solicitados para falar dos componentes naturais da praia nos quais eles se utilizavam, os participantes revelaram sentimentos de apego ao local, de pertencimento, estando de acordo com Tuan<sup>4</sup> (1980), quando relata que, de certo modo, o meio ambiente pode não ser a causa direta da *topofilia*, no entanto oferece o estímulo sensorial que ao aparecer como imagem percebida, dá forma às alegrias e ideais.

*Utilizo tudo, sou rato de praia né? (E1, 64 anos)*

*Olha eu gosto de usufruir tudo aqui, o calçadão, a areia, a água nos pés, não muito entrar no mar, mas às vezes me arrisco. Me sinto em casa, essa praia é a minha vida. (E2, 73 anos)*

*Uso a água do mar a areia, uso tudo, o calçadão, o posto, o jardim...tudo que a praia oferece, e eu posso usar, sou daqui né!?. (E5, 60 anos)*

*Me utilizo da água né, por causa do surf...assim eu me utilizo de tudo que nos proporciona a praia né, afinal isso aqui é nosso. (E8, 60 anos)*

*Me utilizo de tudo, tudo que a natureza oferece. (E10, 83 anos)*

A intencionalidade do movimento e as percepções dão aos seres humanos a familiaridade com os objetos do espaço. Sentidos de distância como afastamentos e aproximações evocam impressões espaciais, dotando de intimidade a construção do lugar. O homem apresenta uma dependência visual, ampliada pelos sentidos cinestésico, do olfato, do tato e do paladar, para organizar, ampliar e enriquecer o espaço. Os praticantes de exercícios no ambiente praiano criam espaços abstratos na mente. Eles intuem pelo cheiro da maresia, pelo bater do vento ou pelo ruído das ondas a forma do lugar, de forma que criam concretamente um vínculo com aquele ambiente, vivenciando uma experiência total, em todos os sentidos, conhecendo-o intimamente: “É uma característica da espécie humana, produtora de símbolos, que seus membros possam apegar-se apaixonadamente a lugares” (TUAN<sup>5</sup>, 1983, p.21)

Para Augé<sup>6</sup> (1994), hoje o lugar é apenas a idéia. Ele parte do princípio de que a sociedade atual é composta por três figuras do excesso: a superabundância factual, a superabundância espacial e a individualização das referências. Daí dizer que o lugar é uma idéia parcialmente materializada daqueles que o habitam, de sua

relação com o território, com seus próximos e com os outros. E que a relação com a história, que povoa nossas paisagens, talvez esteja em vias de se estetizar e, simultaneamente, dessocializar-se e artificializar-se.

Para definir o seu duplo, o *não-lugar*, Augé<sup>6</sup> (1994) assinala que "se um lugar pode se definir como identitário, relacional e histórico, um espaço que não pode se definir nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico definirá um *não-lugar*". (grifo do autor). O autor defende que a época atual é produtora de *não-lugares*, espaços que não são, em si, lugares antropológicos e que não integram os lugares antigos. Estes, segundo Augé<sup>6</sup> (1994), são repertoriados, classificados e promovidos a "lugares de memória", ocupando um lugar circunscrito e específico.

O "não lugar" também foi expresso nas falas de alguns poucos idosos entrevistados, nos quais se referiram desta maneira, para com os lugares fechados, como clubes, academias e locais afins. Para se chegar a esses depoimentos; aos idosos foram solicitados que respondessem a seguinte pergunta: "O senhor (a) faria atividade física em outro local que não fosse a praia?" Vejamos algumas das respostas:

*Não faria, o meu lugar é a praia [...] (E5, 60 anos)*

*Não faria, gosto de praia, de aberto, nada fechado...uma vez fiz uma ginástica na universidade da terceira idade mas deixei, prefiro a praia. (E7, 77 anos)*

*Não faria em lugar fechado, não gosto, gosto de respirar ar puro, o sol [...] mas sempre eu tive essa tendência, de lugares abertos [...] fui uma vez pra academia mas saí logo (E10, 83 anos)*

Por outro lado, os lugares que permitem relações mais duradouras, os que são sentidos como "o lugar da vida integral", são denominados qualitativamente como "meu lugar". Em geral é a cidade onde nasceu e onde passou parte da infância, ou a casa onde vive, ou um lugar da cidade que passa lembranças boas, enfim, lugares onde há uma identidade com o sujeito.

*Ah, eu sempre fui vidrado em praia, eu trabalhava numa multinacional e recebi um convite pra morar no Rio, trabalhar em outra empresa e aí fui morar na praia...sempre gostei muito de praia, eu sou rato de praia mesmo; quando tinha tempo, sempre tava na praia. Jogava vôlei às 6 da manhã, armava a rede e já estávamos começando a partida, depois dava um mergulho, voltava e ia trabalhar, novo em folha.' (E1, 64 anos)*

*Não foi uma escolha, foi um acontecimento, eu sempre gostei de praia, gostava de ir à praia, de nadar, de tomar banho de praia, tinha o meu grande companheiro que era meu cachorro que era grande, era como se fosse um cavalo pra mim porque sou pequenininho, então eu abraçava o cachorro e o cachorro me levava a nadar, foi assim que eu aprendi a nadar, quer dizer, todo mundo estranha que eu aprendi a nadar com o cachorro, depois então eu me aperfeiçoei e acabei disputando campeonatos de natação, que foi uma maravilha como preparação física, maravilha! (E4, 83 anos)*

*Porque eu achei uma maravilha isso aqui né [...] porque eu vim morar pra cá, e sempre eu vinha porque eu tinha apartamento aí e tudo mais [...] e sempre quando dava eu vinha [...] e aí resolvemos vir morar aqui depois de um tempo. (E10, 83 anos).*

Contrariando as expectativas, o ambiente da praia não é o fator determinante para os idosos realizarem atividades físicas. A vontade de se movimentar, de fazer exercícios e a importância atribuída à saúde, prevaleceram. Abaixo, as falas que demonstram isso:

*Olha eu faria, mas é muito mais prazeroso fazer aqui na praia...gostaria até que a prefeitura tivesse um lugar fechado pra gente fazer as atividades em dia de chuva, porque quando chove não tem. (E1, 64 anos)*

*Faria, como fiz, em São Paulo, mas o tamboréu o interessante é ser feito na praia. (E2, 73 anos)*

*Faria porque eu acho que é o ponto principal da saúde. (E3, 79 anos)*

*Faço né [...] acho que essa pergunta não cabe pra mim (risadas). (E4, 83 anos)*

*Se tivesse que fazer eu faria, mas eu prefiro aqui. (E6, 77 anos)*

*Olha [...] [pensou ], faria porque gosto de me movimentar [...] acho que faria em academia mesmo sem gostar, mas não é a mesma coisa. Quando jovem eu fazia na escola porque era obrigada...mas sei lá, era bom [...] não sei [...] [indecisa] (E9, 79 anos).*

Existem, de fato, formas diferenciadas de pertencimento local, uma vez que isso pode se apresentar tanto em nível individual quanto coletivo e definir-se por meio de delimitação geográfica, histórica, cultural ou mesmo por meio de manifestação de sentimento ou emoção.

A idéia da construção simbólica de pertencimento, desenvolvida nos espaços urbanos, cria sentimento de posse dos mesmos e se revela como percepção do indivíduo sobre seus sentimentos em relação aos lugares (PEIXOTO<sup>7</sup>, 2000).

### Ao Bel “Lazer”

As praias de Santos exercem um papel socializador junto à cidade. Trata-se de um espaço de lazer gratuito, no qual impera a democratização. Ali se reúnem pessoas de mais idade, sexo, classe social e ocupações diferentes, consagrando as praias como um espaço de convívio, com tolerância aos preconceitos raciais ou econômico, promovendo a interação social do bairro onde elas se localizam. Mas, afinal, que espaço cultural é esse, onde o lúdico habita sem limites definidos, envolvido com os fenômenos da natureza e com a ação dos freqüentadores banhistas ou passantes? Que representações se produzem nesse espaço, dotando-lhe de diferentes sentidos e significados?

O espaço das práticas esportivas de lazer na praia se mostra primordialmente como uma construção simbólica e cultural. Estas práticas apresentam uma lógica própria, inscrita na cultura de seus participantes, mediada pelos comportamentos lúdicos e pelas emoções dos encontros. Por se desenvolverem como lazer, as práticas esportivas realizadas pelos idosos ultrapassam o sentido de sociabilidade, temperando com o gosto, os espíritos de aventura e de jovialidade (COSTA<sup>8</sup>, 1998).

A concepção de espaço e de lugar que têm os idosos que praticam exercícios na praia (na maioria das vezes visto como lazer) acredito ser diferente da sensação dos que o praticam os mesmos exercícios em locais fechados, onde são guiados por horários, regras de funcionamento e mediados por aparatos mecânicos. A experiência e os sentimentos são diferentes, a ação do sol, da areia, do vento, nos freqüentadores passam a interferir significativamente nos indivíduos.

Em nossa sociedade há certa relação entre cidades praianas, aposentadoria e lazer, levando a crer que a procura de idosos aposentados por estas cidades é hoje uma prática freqüente, já que a praia oferece um imaginário de bem estar. Entretanto, nos depoimentos colhidos apenas uma idosa cita a aposentadoria como motivo para o início de atividades no ambiente praiano.

*Ah, depois de aposentada comecei as caminhadas, a ginástica japonesa lá no Boqueirão né [...] isso tudo já faz 5/6 anos, e canoagem faz 2 anos, depois que cheguei de São Paulo. (E7, 77 anos)*

Outros, por sua vez, relacionando a praia com o lazer, destacaram o fator *gratuidade*, quando se referiam ao ambiente e a prática de exercícios nele. Segundo o dicionário, o significado do vocábulo “gratuidade” é: “qualidade do que é gratuito”, ou, “do que é feito ou dado de graça, sem remuneração”. Isso nos leva a crer que a gratuidade das atividades e do próprio lazer é significativamente importante na prática de exercícios e presença diária no local, condição expressa nos depoimentos:

*Ah, as vantagens é que primeiro aqui no posto é tudo por conta da prefeitura, é tudo de graça e desvantagem eu não vejo nenhuma. (E1, 64 anos)*

*Porque eu morava em frente, era fácil né, é de graça, com toda comodidade, o que a gente não tem em São Paulo né. Eu morei 20 anos em São Paulo. (E2, 73 anos)*

*Por duas coisas, primeiro que eu moro aqui há 60 anos, segundo porque é grátis, a ginástica é grátis [...] e [...] é ao ar livre, tudo isso interfere. (E3, 79 anos)*

*É gostoso porque aqui você passeia, você não paga nada, você faz tudo e é de graça né, é público. (E6, 77 anos).*

## CONCLUSÃO

### Pôr do Sol

Esta pesquisa se permitiu navegar por um horizonte instigante de reflexões. A metodologia adotada conduz à elaboração de um novo saber obtido com as pesquisas envolvendo o corpo que envelhece e o corpo que se movimenta, *meio ambiente praiano*, reflexões quanto à relação corpo-natureza, técnicas corporais, topofilia, saúde no âmbito do normal e patológico no processo de envelhecimento, temas como lazer e envelhecimento e a investigação histórica da cidade de Santos, em especial a orla que compõe as praias da cidade.

De fato, as reflexões e considerações realizadas a partir dos objetivos iniciais, contribuíram de forma a acrescentar um novo olhar quando se trata do processo de envelhecimento e suas relações. Olhar este tão pouco

difundido, a relação do meio ambiente e o idoso, em especial o ambiente da *praia*, lugar cheio de significados e particularidades muito bem definidos pelos participantes da pesquisa.

Conclui-se portanto, que o meio ambiente praiano se mostra pleno de significados, em especial para o público idoso Santista, que frequenta assiduamente este espaço para praticar exercícios físicos. A praia é sinônimo de saúde, bem estar, liberdade, além de ser considerada um espaço onde a construção de amizade está presente. Nos relatos, a vontade de se movimentar, de fazer exercícios e a importância atribuída à saúde, sem dúvida prevaleceram, portanto os idosos não consideram o ambiente da praia o fator determinante para realizarem atividades físicas, por outro lado destacam a importância e a satisfação de realizar suas atividades em um ambiente público, natural, ao ar livre e muito bem estruturado para as atividades que lhes são oferecidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> FARIA JUNIOR, A. G. et al. Uma introdução à educação física. Niterói: Corpus, 1999.
- <sup>2</sup> OKUMA, S. S. O idoso e a atividade física. Campinas: Papirus, 1998.
- <sup>3</sup> SIMMEL, G. Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.
- <sup>4</sup> TUAN, YI-FU. Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: DIFEL, 1980.
- <sup>5</sup> \_\_\_\_\_. Espaço e lugar. São Paulo: Difel, 1983.
- <sup>6</sup> AUGÉ, M. Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade. São Paulo, Papirus, 1994.
- <sup>7</sup> PEIXOTO, C. Envelhecimento e imagem. São Paulo: Anabluma Comunicação, 2000.
- <sup>8</sup> COSTA, V. L. M. Esportes praticados na areia da praia: representações simbólicas do espaço lúdico. Artus: Revista de Educação Física desportiva, v.18, n.1, 1998.

## Estratégias de Enfrentamento dos Acadêmicos de Fisioterapia frente à condição de Terminalidade dos Pacientes Sob seus Cuidados

Janesca Guedes<sup>1</sup>

Marilene Rodrigues Portella<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer as estratégias de enfrentamento dos acadêmicos de fisioterapia frente à condição de terminalidade dos pacientes idosos sob seus cuidados. Por meio de uma abordagem qualitativa, realizaram-se dez entrevistas semi-estruturadas com os acadêmicos de fisioterapia do último ano. Estas entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à apreciação pelo método de análise de conteúdo. Constatou-se que a comunidade acadêmica tem limitações e dificuldades para lidar com o assunto morte, o que dificulta o relacionamento dos acadêmicos com os pacientes idosos em processo de terminalidade e seus respectivos familiares, o que pode resultar em sofrimento e muitas vezes inabilitar sua atuação profissional.

**Palavras-chave:** fisioterapia; morte; idosos; cuidados paliativos.

---

<sup>1</sup> Janesca Mansur Guedes – Especialização em Gerontologia, Mestranda em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus de Erechim - Brasil. E-mail: janisca@uricer.edu.br

<sup>2</sup> Marilene Rodrigues Portella – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, docente do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo - Brasil. E-mail: portella@upf.br



## INTRODUÇÃO

O homem é o único ser vivo que é consciente de sua finitude, e que conhece as leis impostas pela natureza: nascer, reproduzir, amadurecer, envelhecer e morrer. Isto pode acarretar na angústia de sua limitação, de nada poder fazer contra ela. O medo da morte é uma condição humana, ainda, faz parte do seu cotidiano, quer por atração, quer por repulsa, por curiosidade ou por terror. Os idosos estão cronologicamente mais próximos da morte física, e talvez para alguns idosos a necessidade de conversar sobre o assunto da morte seja vital (KOVÁCS, 1998; PACHECO; SILVA, 1981).

Os sentimentos que a morte provoca continuam os mesmos, no entanto, o que mudou foi o modo como as pessoas convivem e lidam com ela e com os pacientes terminais. Para o ser humano existe uma grande dificuldade em aceitar a morte natural ou por idade avançada devido à forte crença na imortalidade, pois, em seu inconsciente a morte não é possível (KÜBLER-ROSS, 1998).

Referindo-se ao paciente terminal, Moragas (1997), define como todo indivíduo que padece de uma doença incurável, calculando-se sua esperança de vida inferior a seis meses, o qual necessita de cuidados paliativos para oferecer uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, em 1990, a Organização Mundial da Saúde definiu os cuidados paliativos como sendo “o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais” (MCCOUGHLAN, 2004).

Diante de todo o processo do envelhecimento torna-se necessária a participação ativa e interativa de profissionais de todas as áreas da saúde. Estes profissionais, que têm sob seus cuidados a pessoa idosa em fase terminal, convivem dia-a-dia com o sofrimento e a possibilidade de morte iminente. Com o paciente terminal, cujo estado torna praticamente inútil o investimento de alta tecnologia diagnóstica e de terapêutica curativa, mas torna indispensável medidas que procurem aliviar a dor e outras manifestações não dolorosas, que proporcionem apoio físico, psicossocial e espiritual, ou seja, que a abordagem seja mais humana do que técnica.

Moragas (1997), acrescenta que como o paciente terminal não há possibilidade de cura então temos que melhorar sua qualidade por meio da satisfação mais adequada às suas necessidades. Assim, Papaléo Netto (1999), coloca que o paciente terminal necessita de atenção para resolver os seus múltiplos problemas exigindo conhecimento específico de cada área e o interesse de cada profissional que compõe uma equipe interdisciplinar visando à obtenção da melhora da qualidade de vida.

A dignidade da pessoa doente terminal pode ser ameaçada por diversos fatores, entre eles a falta de educação continuada e apoio psicológico para profissionais de saúde trabalhando em Medicina paliativa e a discriminação social do fenômeno de fraqueza e morte (LEME, 1999).

O trabalho transprofissional, nos cuidados aos pacientes terminais, torna-se importante, porque implica em demonstrar que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação e a equipe de saúde precisa estar atenta aos recursos que atendem às diversas necessidades do paciente e sua família (MCCOUGHLAN, 2004; CHIBA, 2002; PY; OLIVEIRA, 2004).

Para o profissional da saúde cuidar pacientes terminais deverá compreender e refletir sobre a própria morte e suas variáveis. Além disso, deverá possuir uma conduta ético-profissional que reflita sobre o respeito, solidariedade e dignidade com uma postura humanística, assim poderíamos concretizar muitas coisas, entre elas o bem-estar de nossos pacientes (KÜBLER-ROSS, 1998; GONÇALVES, 1999).

Dada a importância destes pontos de vista apresentados, justifica o incremento da pesquisa e demais produções científicas sobre o tema ora proposto, cuja bibliografia é escassa, contribuindo assim com um assunto relevante para a existência humana e em especial, para a formação do Fisioterapeuta.

Percebe-se a dificuldade de tratar do assunto de morte, pois não temos a experiência, sabemos somente que um dia vamos vivenciá-la. Temos a experiência da finitude dos outros, que muitas vezes nos assusta, trás ansiedade e incerteza de como será a nossa morte. Se nós não lidamos bem com a nossa finitude, como ajudar um idoso que está frente essa condição.

Como objetivo busca-se conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acadêmicos de Fisioterapia frente à condição de terminalidade dos pacientes idosos sob seus cuidados.

## MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

A pesquisa caracteriza-se por um estudo transversal do tipo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativo. Para este estudo, a população foi constituída pelos acadêmicos do último ano do curso de fisioterapia de uma universidade do Rio Grande do Sul – Brasil, que já passaram pelo estágio curricular da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Para atender aos objetivos propostos a amostra foi de caráter intencional. Foram entrevistados dez acadêmicos do curso de fisioterapia do nono e décimo semestre, três homens e sete mulheres, com idade variando de vinte e um a vinte e seis anos. Todos são alunos do último ano do curso de fisioterapia de

uma universidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O número de entrevistas foi de dez, visto que, com este número se constatou uma saturação dos dados. Os acadêmicos consentiram em participar da pesquisa de forma voluntária com consentimento informado. No intuito de proteger a identidade dos participantes seus nomes foram substituídos por nomes fictícios, de pedras preciosas.

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as informações foram colhidas. Foi realizada uma entrevista individual, semi-estruturada, gravada, na qual foi utilizado um instrumento, com questões norteadoras. A técnica de coleta de dados foi a de entrevista com transcrição dos dados para posterior análise. Para registro dos dados foi utilizado um gravador com transcrição posterior e os registros das sínteses extraídas do grupo.

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, mais especificamente a técnica de análise temática segundo Gomes (2000). Assim, como resultado dessas análises, neste artigo propomos dissertar sobre a categoria relacionada às estratégias de enfrentamento dos acadêmicos de fisioterapia frente à condição de terminalidade dos pacientes idosos sob seus cuidados.

Esta pesquisa, em observância às diretrizes da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional da Saúde de Ministério da Saúde - Brasil, foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade de Passo Fundo –RS Brasil, e atendeu aos aspectos éticos.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo a temática proposta de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acadêmicos de fisioterapia frente à condição de terminalidade dos pacientes idosos sob seus cuidados, surgiram sete subcategorias, as quais serão apresentadas da sequência.

### a) Conversar desconversando

Quando os profissionais se defrontam com sentimentos de queixas trazidos pelos pacientes e familiares, não sabem como lidar na situação fica em dúvida sobre qual a melhor maneira de se comportar, que linguagem usar, que atitudes tomar tanto com o paciente como com os familiares (SOLDATELLI, VIERIA, 2005). E esta dificuldade faz o profissional optar pelo silêncio a falar o que não seria o mais correto para a situação. Os depoimentos dos entrevistados exemplificam esta situação de falta de preparo para conversar, tanto com o paciente como com a família demonstrando a insegurança e fragilidade:

Eu acho que tem que estar muito preparado para falar alguma coisa, para não falar besteira, eu já tento me esquivar disso, não que tu não vai conversar mas tenta mudar o rumo da prosa, para não tocar no assunto [...] eu faço assim, mudo de assunto não dou muita trela, senão o cara fica abitolado, só fala naquilo, só fala naquilo, [...] (Ametista).

A formação inadequada a respeito do tema de finitude gera dificuldades e mecanismos de fuga, torna-se fundamental que o profissional da saúde tenha o conhecimento de suas limitações emocionais, pois se não reconhecê-las e não trabalhá-las, dificilmente irá vencê-las, o que tornará impossível lidar com os medos do paciente idoso terminal e com os problemas de seus familiares (PAPALÉO NETTO, 1999).

Em seu livro Pitta (1999), cita os pesquisadores Glaser e Strauss que observaram como os médicos e enfermeiros reagem frente à morte do doente em hospitais de São Francisco (EUA), registraram em especial as dificuldades que a equipe tem para lidar e comunicar aos doentes suas doenças e mortes, reconhecem a dificuldade de lidar com a morte que muitas vezes pode comprometer a dignidade do doente.

Muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer, se agissem assim com mais frequência, não precisaríamos nos perguntar se devemos tocar nestes pacientes, ou se deveríamos esperar pela última internação (KÜBLER-ROSS, 1998). Esta mesma autora afirma que prejudicamos mais evitando tocar no assunto do que aproveitando e encontrando tempo para sentar à cabeceira, ouvir e compartilhar. Assim constataremos que a maioria deles realmente quer dividir suas preocupações com outro ser humano, reagindo, nestes diálogos, com alívio e uma esperança maior.

## **b) Enfrentar a terminalidade interagindo com os familiares**

O profissional de fisioterapia, ao relacionar-se com familiares em fase terminal, durante a assistência, precisa concentrar-se na intervenção e na orientação clara e fidedigna sobre o que está ocorrendo (LUNARDI FILHO et al., 2001). Conforme Kübler-Ross (1998), estudos e pesquisas falar a verdade com a família e o paciente sobre a fase final de sua doença e a proximidade com a morte estaria beneficiando, pois este seria um momento para compartilhar seus sentimentos, como relata as falas a seguir:

Para os familiares a gente tem que esclarecer o que esta acontecendo, a gente não pode dar uma possível melhora para este paciente sabendo que não vai acontecer, então a gente tem que falar para os familiares o que este paciente tem, mas mesmo assim tentar falar para eles, tentar estimular este paciente para tentar melhorar, falar para eles que tu ta fazendo o melhor possível (Amazonita).

Eu não tinha medo de movimentar ela, aplicar alguma técnica, para melhorar dar uma qualidade de morte para este paciente, eu não tinha nada de medo, eu me sentia bem tratando ela, ajudando ela, e me sentia bem também, principalmente com o envolvimento com os familiares que estavam juntos (Esmeralda).

O envolvimento com familiares envolve vários fatores, como aceitação e empatia em vários aspectos por parte da equipe de trabalho, tal como diferença cultural, valor e visão do mundo. O paciente, os familiares e os profissionais são todos integrantes da equipe interdisciplinar nos cuidados paliativos (CHIBA, 2002).

### c) Para enfrentar a morte do paciente, a saída é se acostumar

Como mecanismo de defesa e proteção contra o sofrimento, o processo de morrer e morte passa a ser visto como corriqueiro, assim relata também os pesquisadores Lunardi Filho et al. (2001), sendo considerado muitas vezes a morte do paciente idoso em estado terminal como algo natural, que tem que se acostumar e adaptar como pode, assim relata os depoimentos:

Nas primeiras vezes que eu vivenciei foram piores, mas depois acaba acostumando ate porque o ritmo do hospital é naquele momento ali e passou e você tem que voltar para o ritmo normal, então tu acaba te acostumando (Safira).

[...] fiquei bastante tempo na CTI e ai tu pega tudo o que passa, no começo fica meio mal, mas depois é cotidiano, tu acostuma, eu me acostumei, tu fica mais triste ou mais sentido quando era uma pessoa que tu se dedicava um pouco mais, da uma atenção (Ametista).

A transferência do morrer para o hospital dificultou o seu enfrentamento, fazendo com que o morrer passasse a ser um ato solitário e impessoal. Ainda, no processo de formação ensina a tratar doenças e não doentes, assim, muitas vezes, ocorrer a desumanização do paciente.

No entendimento de Lunardi Filho et al. (2001), a racionalidade com que se lida com a morte do outro, desritualiza a finitude do ser humano. O que desvincula qualquer sentimento e apego ao paciente, assim banalizando o processo da morte do paciente, como evidencia nas falas:

Eu não levo aquilo ali pra mim, tipo eu não fico com pena do paciente, tem um monte de gente que fica com pena do paciente, eu não fico com pena do paciente, eu trato o paciente, tem aquela patologia, trato aquilo lá, eu não levo para mim, eu no meu ver levo numa boa, eu sei o que acontece e sei qual que era o grau que ele vai chegar o que vai acontecer, pra mim. Eu sempre fui assim, chamam de sangue de barata, sou bem frio, então pra mim não influi, claro se eu for ficar pensando muito tempo assim, a gente acaba se envolvendo, então pra mim, assim não tem problema (Hematita).

O que apresenta nestas falas é somente o cuidado técnico em relação ao paciente, conforme a fala de Hematita a função do profissional é somente o auxílio técnico, não há relação mente-corpo-ambiente e às suas transcrições psicossomáticas, por receio de se envolver emocionalmente com o paciente, achando errado este envolvimento.

## d) Estratégia de enfrentamento: solicitar a transferência

Os profissionais têm, normalmente, pouco tempo e disponibilidade para dar atenção às preocupações, ansiedades e medos que o paciente apresenta (KIPPER; LOCH, 2002). Buscar o equilíbrio entre o envolvimento emocional e a parte técnica clínica junto ao paciente torna-se uma tarefa que poucos conseguem, pois nem sempre o profissional da saúde o conhece suficientemente para perceber suas dúvidas, medos e ansiedades. Aqueles profissionais que conseguem desenvolver empatia, permitindo ao profissional perceber o outro e agir de forma adequada frente às situações torna o profissional maduro e completo. O despreparo ou não saber qual é o certo ou errado faz com que os profissionais optem por manter uma certa distância emocional do paciente para não sofrer e achar que vai atrapalhar no atendimento, neste caso, fisioterapêutico, como relatou a entrevista:

[...] só que tu chega lá e a reação que ela tem das pessoas com algum caráter afetivo, de quem ela goste, ela começa a chorar, aí toda a vez que eu ia lá fazer fisioterapia ela começava a chorar, aí eu pedi, eu não gostaria mais de atender ela, porque eu não vou conseguir atender, [...] tu tem que exigir um pouco mais, e ela tá sentindo dor e tu fica meio assim e aí o dia em que ela não está muito boa tu não quer fazer, então eu falei que era interessante outra pessoa fazer [...] eu vou lá, vou visitar ela, normal, mas alguém tem que fazer fisioterapia, e daí eu fui trocado, sai deste posto e fui para outro posto, [...] cada um reage de uma forma, mas eu achei interessante não ficar mais apegado ainda (Ametista).

Conforme Kübler-Ross e Kessler (2004), Ametista ainda não aprendeu a lição da autenticidade e da perda, pois, não sabe como se comportar diante da perda, então prefere se eximir. Ametista está perdendo uma oportunidade de preparo talvez pelo despreparo.

## e) Desapego

Nesta fala pode-se observar que procura não se envolver, guiado pelo princípio de que quanto maior for o envolvimento menos profissional será a relação, o que não seria terapêutico para o profissional. Nesta perspectiva, a pessoa que se envolve é considerada incapaz e inapta para o serviço, embora, o nível emocional seja uma condição básica para o profissional relacionar-se com pacientes e familiares (LUNARDI FILHO et al. 2001).

[...] não pode se envolver tanto, senão tu começa a sofrer muito psicologicamente por causa deste paciente aí tu não consegue trabalhar (Sodalita).

A gente não pode se apegar muito também, principalmente os de fase terminal porque a gente sabe que eles vão no caso, morrer, então não pode se apegar a estes paciente, [...] então tu não pode estar se apegando muito a esse tipo de paciente, né (Amazonita).

A formação do fisioterapeuta não discute nem possibilita instrumentos de identificação da necessidade de o aluno estruturar seu emocional. Se estruturado, é necessário mantê-lo em equilíbrio frente às situações de morte de sua prática profissional.

Em outro depoimento constatou o oposto da fala acima, onde o sujeito do estudo comenta da dificuldade em não se envolver:

Essa história de não se envolver, não posso se envolver tem que manter uma certa distância eu acho complicado, eu acho que falar tudo bem, mas quando tu pega casos como deste paciente fica meio difícil (Safira).

Fica claro nesta entrevista que na teoria pode até ter aprendido como se comportar frente a este paciente, mas na prática é diferente. O que mais chama atenção nas falas é que a percepção, dos sujeitos do estudo, em relação ao envolvimento emocional com pacientes é errôneo e deve ser evitado, e o que observa-se na literatura é o inverso, deve existir um envolvimento profissional desde que não o inabilite.

#### f) Enfrentar a terminalidade: dando apoio, confortando o outro

O profissional da saúde pode oferecer apoio emocional ao paciente, porém o principal envolvimento afetivo deve ser da família, como acontecia muitos anos atrás, a família que o paciente já tem um envolvimento de sua vida inteira torna-se o melhor conforto neste momento, nesta entrevista fica claro esta assertiva:

Pode contribuir, mas não substitui a família. Mas quando o paciente tem uma família presente carinhosa que esta ali, eu acho injusto deixar ele morrer no ambiente hospitalar, às vezes ta um, depois vem outro (Esmeralda).

Nós fisioterapeutas, é difícil, não sei se cabe a nos, acho que sim, acaba dando um apoio físico, funcional para o paciente você acaba dando um apoio psicológico, acho que não seria a nossa função, mas acho que mistura, acho que tem como dar um apoio, sim, amenizar (Topázio).

Neste estudo, podemos constatar um fator que dificulta o relacionamento dos acadêmicos com os pacientes é a rotatividade da equipe nas áreas de atendimento, o que muitas vezes o impossibilita de manter relações estáveis e contínuas com o paciente, despersonalizando o convívio. Isto tanto poderá influir negativamente na vida profissional futura do fisioterapeuta em formação como também na qualidade da relação que o paciente espera ter com seu fisioterapeuta (KIPPER; LOCH, 2002).

No entanto, trabalhar com pacientes terminais, o autor Stedeford (1986) informa ter algumas orientações que torna-se útil para o problema, como estar com tempo disponível quando o paciente desejar falar sobre suas preocupações no momento.

Cuidar de pacientes terminais, para alguns, apresenta como uma humanização, de ajudar ao outro, já que ele está sofrendo, sozinho. Conforme Fernandes et al. (2001) esse sentimento funciona, mesmo inconscientemente, como uma forma de defesa contra o sofrimento da atividade frente ao paciente terminal. Este sentimento facilita a tarefa e favorece a diminuição da carga psíquica no trabalho. Isto está ilustrado nos fragmentos de fala a seguir:

[...] tentar passar um pouquinho de afeto, tentar mostrar para ele que alguém está se preocupando com ele, isso é muito importante também, gosto muito dessa área (Sodalita).

Eu falei, não, isso vai ser bom para o senhor, pro senhor ficar bem, você não sabe quando vai morrer, pelo menos tento ficar com um pouco de bom humor na frente destes pacientes, eu digo aí o senhor não sabe quando vai morrer eu também não, vai que eu morro antes do senhor, tento convencer, assim, de que era importante mas ele acabou não fazendo. Eu não tenho raiva, tem gente que se revolta, eu não, talvez eu até me coloque no lugar do paciente, talvez eu faria a mesma coisa, não sei depende do meu estado emocional, acho que tem que levar muita coisa em consideração, né, eu acho que esta é uma hora de pensar muito mais no paciente do que em ti (Esmeralda).

Na maioria dos hospitais, as equipes de saúde não dispõem de preparo emocional para lidar com a terminalidade, o que tem revertido em significativo padecimento físico e psicológico para esses profissionais (BENINCÁ, 2003). Sendo muitas vezes observada como um fracasso terapêutico.

Ao prestar cuidados clínico, seja curativo ou paliativo, deve-se levar em consideração que os pacientes e suas famílias têm emoções, sempre torna-se necessário ser honesto, mas não de forma brutal. O medo e a culpa podem ocorrer, porém, a empatia, a honestidade e a dignidade são importantes. No fim da vida, a pessoa deve sentir que é boa e que é valorizada pelos profissionais de saúde como um ser humano até a morte e, depois, como uma lembrança (KAUFFMAN, 2001).

Pessini (2000) aborda a morte como sempre presente em cada momento da vida, não como uma intrusa mórbida, mas como um lembrete gentil da nossa fragilidade, finitude e contingência das coisas. Considera o humor uma grande virtude porque nos faz ver a nós mesmos e ao mundo não tão desanimados seriamente.

#### g) Enfrentando a situação: buscando apoio

A maioria dos profissionais quando interrogados acreditam que seja muito importante à assistência no plano emocional do paciente idoso em processo de terminalidade. Mas para tal, torna-se necessário um preparo no plano psicoemocional e espiritual para que esta situação não o inabilite. Pode-se observar nas entrevistas a necessidade de ajuda psicológica para o profissional enfrentar a situação de uma forma menos tensa e problemática em todos os sentidos:



[...] falta ajuda pra mim, não que eu não consiga passar um apoio para ele, mas acho que falta para mim, uma ajuda assim justamente para lidar com este tipo de paciente, eu me sinto preparada, acho que eu consigo na hora aguentar, não me emocionar, não ser emotiva assim com o paciente, mas acho que faltaria um apoio extra de outro profissional (Topázio).

Da parte da clínica, física eu não tive muito, mas da psicológica eu tive porque eu faço tratamento, com uma psicóloga e eu conversei com ela sobre isso e depois que eu comecei a falar mais com ela sobre este assunto eu comecei a encarar um pouco melhor esta situação. Mas de clínica a gente nunca teve muito, de orientação e até como proceder (Esmeralda).

A este respeito os pesquisadores Nogueira-Martins (1991-1998, apud ESSLINGER, 2003) sugerem: ensino mais sistematizado de Psicologia Médica; criação de serviços de orientação psicopedagoga para alunos e professores; criação de serviços de consultorias psiquiátrica e psicológica nos hospitais gerais; criação de grupos de discussão e reflexão para que os alunos possam conversar sobre suas angústias e receios no exercício da profissão; sensibilização com relação aos aspectos psicológicos durante o processo de formação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou uma visão maior sobre cuidados paliativos com pacientes idosos e a função do profissional de fisioterapia. Visto que, é um novo campo de atuação, dos profissionais da saúde, no Brasil, torna-se necessário mais pesquisas, estudos e discussões nesta área. Cabe salientar, que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação.

Através desta investigação, evidenciou-se que a comunidade acadêmica de fisioterapia tem consciência de suas limitações e dificuldades em lidar com pacientes idosos em processo de terminalidade, e deseja tê-lo mais abordado durante sua formação acadêmica para sentirem mais preparados a enfrentar os pacientes sem probabilidade de cura.

Muitas das atitudes dos acadêmicos estão vinculadas ao seu processo de formação, nas experiências que vivenciaram e ao contexto sócio-cultural onde cresceram e se desenvolveram. Desse modo, os profissionais da saúde, dentre eles os membros da equipe de fisioterapia, seja estagiário ou profissional, fica suscetível às decisões e práticas errôneas frente ao paciente idoso em processo de terminalidade, visto que as decisões referentes às escolhas morais são difíceis e com frequência interferem nas intervenções terapêuticas e os serviços prestados na reabilitação dos idosos. Assim cada sujeito do estudo tem sua marca individual de como lidar com a morte, e seu equilíbrio ou desequilíbrio psíquico no trabalho é indissociável de uma história socio-cultural que o produziu.

Fica evidente que o trabalho com pacientes idosos em processo de terminalidade é gerador de tensões emocionais ou fuga. Ficou claro nos depoimentos a necessidade de apoio psicológico e ainda falar mais sobre o assunto processo de morte e morrer, que muitas vezes, torna assustador para o acadêmico ou algo que não pertence a sua realidade, ou seja, ele não está preparado para lidar com sua própria finitude.

Outro aspecto que ficou evidente é a dificuldade de comunicação, tanto com os pacientes como os familiares. Devemos lembrar que como profissionais da área da saúde temos que nos preocupar em desenvolver empatia, ou seja, uma comunicação efetiva e ter a capacidade de perceber o outro.

Ao final desta exposição, nos parece razoável afirmar que os acadêmicos de fisioterapia serão futuros profissionais que tem que ter responsabilidade ética frente aos pacientes, educadores, instituição e sociedade. Além da parte ética-moral, também a qualificação científica e tecnológica para tornar-se um profissional completo.

Dentro deste contexto, torna-se necessário buscar soluções para os futuros e atuais profissionais de fisioterapia para que possam lidar eficazmente e eficientemente com a morte no seu cotidiano, de forma adequada às necessidades de cada situação.

Portanto, existe a necessidade do ensino-aprendizagem ter um comprometimento com os acadêmicos em lhes proporcionar o respeito e dignidade ao ser humano, buscando qualidade, eficiência e excelência ao paciente que está ao seu cuidado. Assim a elaboração de um projeto político-pedagógico deve ser contemplado para a realidade da sociedade, visto o crescente número de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

Como sugestão um envolvimento interdisciplinar com os cursos de psicologia e filosofia da própria instituição, para discutir assuntos relacionados à ética e moral do atendimento do paciente idoso em processo de terminalidade. Ainda, o fortalecimento da disciplina de psicologia na fisioterapia e a implantação de serviço de apoio ao educando com abordagem social, psicológica e humanista. A educação deve se preocupar com a formação da personalidade do educando.

Com esta investigação se espera prover elementos para a humanização do cuidado ao paciente idoso em processo de terminalidade para oferecer uma boa qualidade de morte dentro dos parâmetros de sua situação.

O trabalho de fisioterapia é recente em pacientes idosos em processo de terminalidade, visto que tem muito ainda que crescer e melhorar, visando sempre a dignidade do ser humano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENINCÁ, Ciomara Ribeiro Silva. Idoso e morte: qualificação da experiência de finitude. In.: BOTH, Agostinho; BARBOSA, Márcia Helena; BENINCÁ, Ciomara Ribeiro Silva (Orgs.). Envelhecimento humano: múltiplos olhares. Passo Fundo: UPF Editora, 2003. p. 82 - 95.
- CHIBA, Toshio. Assistência ao idoso terminal. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 431-439.
- ESSLINGER, Ingrid. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. O mundo da saúde. São Paulo, ano 27, v. 27, n. 3 jul/set. 2003. p. 373-382.
- FERNANDES, Josicelia Dumê et al. De portas fechadas com a morte. In.: Texto & Contexto Enfermagem: processo da morte, morrer e luto. Florianópolis, v. 10, n. 3, set/dez 2001. p. 39 - 59.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.
- GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Aprendendo a cuidar de pessoas em condição terminal. In: PY, Ligia. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 143-148.
- KAUFFMAN, Timothy. O final da vida. In.: KAUFFMAN, Timothy. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. p. 348 - 351
- KIPPER, Délio José; LOCH, Jussara Azambuja. Questionamentos éticos relativos à graduação e à residência médica. Bioética. v. 10, n. 2, 2002. p. 107 – 128.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. Da Morte: estudos brasileiros. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998. p. 79-103.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre a morte e o morrer. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 295p.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth; KESSLER, David. Os segredos da vida. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004. 218p.
- LEME, Luiz Eugênio Garcez. O idoso, a morte e o sofrimento. In: PY, Ligia. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 101-118.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. Texto & Contexto Enfermagem: processo da morte, morrer e luto. Florianópolis, v. 10, n. 3, set/dez 2001. p. 60-81.
- MCCOUGHLAN, Marie. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (Org.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004. p. 167 – 180.
- MORAGAS, Ricardo Moragas. Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997. 283p.
- PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. Aspectos Históricos. In: SERRO AZUL, Luís Gastão; CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; DÉCOURT, Luiz. Clínica do Indivíduo Idoso. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. p. 326-334
- PAPALÉO NETTO, Matheus. Finitude: hospital-fronteira. In: PY, Ligia. Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 86-99.
- PESSINI, Léo. O Idoso e a Dignidade no Processo de Morrer. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus. Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 427-435.
- PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como ofício. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PY, Lígia; OLIVEIRA, Ana Cláudia. Humanizando o adeus à vida. In: PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (Org.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004. p. 135-147.

PY, Lúgia; TREIN, Franklin. Finitude e Infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In.: FREITAS, Elizabete Viana de, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. p.1013 - 1019

SOLDATELLI, Maira Meneguzzi; VIEIRA, Péricles Saremba. Corporeidade e finitude humana: percepção da morte em pacientes terminais e profissionais da saúde. In.: SANTIN, Janaína Rigo; VIEIRA, Péricles Saremba; TOURINHO FILHO, Hugo. Envelhecimento humano: saúde e dignidade. Passo Fundo: UPF Editora, 2005. p. 165 - 182

STEDERFORD, Averil. Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 168p.

## Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação.

Marilene Rodrigues Portella<sup>1</sup>

Graciela Ormezzano<sup>2</sup>

### RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, teve por objetivo compreender as significações de idosos residentes numa instituição de longa permanência para idosos diante da vivência de uma prática arteterapêutica. Utilizou-se o método criativo e sensível proposto por Cabral (1998) e para análise a técnica de análise temática (Minayo, 1996). A amostragem foi caracterizada como proposital. O estudo foi desenvolvido em uma instituição, no norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, protocolo nº.134/2006. Os idosos participantes do trabalho arteterapêutico encontraram possibilidades de reinventar seu modo de ser e estar no contexto da instituição. No encontro com as atividades expressivas, eles encontraram formas de comunicar seus anseios, sentimentos e emoções, muitas vezes sufocados por uma internação forçosa.

**Palavras-chave:** Cuidado, velhice, arte terapia, idosos, institucionalização.

---

<sup>1</sup> **PORTELLA, M. R.** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, arteterapeuta, gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq, professora do Curso de Especialização em Arteterapia, do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> **ORMEZZANO, G.** Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenadora de pesquisa e pós-graduação da Faculdade de Artes e Comunicação, coordenadora do Curso de Especialização em Arteterapia, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo e do Curso de Artes Visuais da mesma instituição.

E-mail:portella@upf.br

## À GUIA DE INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil vem ocorrendo de forma bastante acelerada. Dados estatísticos informam que no ano de 2025 seremos a sexta população com o maior número de idosos do mundo e, por projeções feitas, estaremos com mais de 32 milhões de pessoas acima de sessenta anos. Além disso, a proporção de pessoas com mais de oitenta anos também apresenta um aumento significativo (IBGE, 2002).

O aumento da expectativa de vida -mais de trinta anos no último século- deveria estar acompanhado de um aumento também na expectativa de saúde, afinal são inúmeros os avanços na área tecnológica, tanto quanto no campo das ciências da saúde. A realidade, porém, nos impõe um grande desafio, que é transformar esses ganhos em benefício para a sociedade, superando estigmas, exclusão e descaso. Isso exigirá profundas mudanças na forma como conduzimos nossas relações e nossa maneira de viver; é imprescindível que se revise o conceito de cuidar daqueles que necessitam ser cuidados em razão da fragilidade, doença ou senilidade.

Envelhecer não significa, necessariamente, adoecer, mas na idade avançada o desenvolvimento de agravos é mais freqüente, como o aumento de doenças crônicas, que podem levar a deficiências físicas, funcionais e psicológicas. O idoso poderá desenvolver graus variados de incapacidade, principalmente se estiverem associados a multipatologias. Essa situação poderá ocasionar diversos transtornos ao idoso, aos familiares, à sociedade e também às instituições prestadoras de cuidados de saúde, as quais poderiam estar mais bem preparadas para um cuidado mais humanizado (Litvoc & Derntl, 2002).

Embora a maioria das pessoas envelheça sem grande comprometimento, é importante considerar que a freqüência das doenças crônicas e a longevidade são consideradas as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. Ter um idoso sem independência e autonomia para muitas famílias pode ser uma situação mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, também conhecidas como “instituições de longa permanência para idosos” (ILPI).

Cuidar de um idoso no âmbito do lar requer a disponibilidade de um membro da família para o exercício deste papel, ou a contratação de um cuidador, o que demanda recursos financeiros, nem sempre compatíveis com a situação familiar. A indicação da permanência dos idosos incapacitados sob os cuidados de seus familiares ainda é a tendência atual em muitos países e no Brasil. Todavia, as estruturas familiares, no mundo inteiro, estão sofrendo modificações e, quando ocorrem de modo concomitante velhice e doença, muitas famílias não conseguem assumir as atividades cuidativas de seu ente querido no meio familiar. Ainda, cuidar de alguém em condições de doença ou fragilidade durante as 24 horas do dia, sem descanso ou folga, não é tarefa fácil. Assim é

que muitas famílias não se sentem em condições de assumir este cuidado, e a opção, então, é colocar o familiar idoso numa ILPI. Às vezes a própria pessoa não tem familiares e escolhe a internação como única possibilidade diante do medo de ficar doente e sozinha.

A procura por instituições prestadoras de serviços a esta clientela, em termos de internação e atendimento prolongado, tende a aumentar. Essa realidade conduz a que outras formas de atenção e cuidado sejam pensadas, visto que, nesses ambientes, muitas vezes as práticas de cuidado aos idosos acabam por criar um cotidiano esvaziado de significado e bastante empobrecido. Como exemplo, há pessoas que passam os dias sentadas diante de um aparelho de televisão ou inertes num leito sem qualquer ocupação. A não-existência de atividades empobrece a vida deste idoso, ao contrário do sujeito ativo e criativo, que age sobre o mundo em que vive.

Segundo Boff (1999), cuidar é mais que um ato; é uma atitude de compromisso, de responsabilidade e de interesse genuíno pelo outro. Nesse sentido, o cuidar pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, interessar-se pelo seu desconforto, sua fragilidade e seu sofrimento. O cuidado com o outro, com os pobres, oprimidos e excluídos; o cuidado com o nosso corpo, na saúde e na doença; o cuidado com nossa alma, seus anjos e demônios interiores; o cuidado com nossos sonhos implicam uma atitude ética fundamental e uma convivência em solidariedade, compreensão, compaixão e amor.

Em suma, cuidar implica uma relação ética. Nessa direção, parece-nos imperativo salientar o pensamento de Asmann & Mo Sung (2000), que entendem a ética como o saber situar-se no mundo como ser solidário. Não é essa tarefa das mais fáceis, tendo em vista que, para cuidar do outro precisamos admitir que não existe um sentido único, nem verdade única das coisas, o que significa, ainda, fazer uma leitura mais holística acerca da pessoa e dos resultados de suas interações com o meio (Urrutigaray, 2004).

Todo ser humano busca o cuidado pela própria vontade de sobreviver e se cuidará segundo os seus valores de vida e amor próprio; contudo, em alguns casos, está também na dependência da vontade de outro que o cuide para ele sobreviver. A atitude de cuidar surge da criatividade humana, da sensibilidade diante das trocas com outrem e das condições naturais da capacidade pessoal de gerar novas situações; de executar uma ação de acordo com seu estilo ou modo de ser, fazer e interagir, e de sua própria forma de apresentar ou representar o produto ou acontecimento de tal ação.

Cuidar pode ser entendido, de acordo com Ostrower (1996), como um processo criativo que abrange a capacidade de compreender, relacionar, ordenar, configurar e significar, ou, ainda, conforme Lahorgue (2004), de

repensar nossas relações para além do imediatamente perceptível, de modo a redimensionar nossas consciências.

Cuidado e conforto fazem parte, originalmente, do discurso do sagrado e também estão inseridos no discurso da vida. Se a vida é eminentemente uma manifestação do sagrado, quando as ações são somente de cuidado para com o corpo, não para com a alma, pode-se dizer que não há cuidado e que essas ações tampouco são oferecedoras de conforto (Santin, 1998).

Na perspectiva daquele que sofre, o cuidado precisa ser coerente com o nível de conforto desejado. De acordo com Boykin (1998), promove conforto quem está presente em sua totalidade perante a inteireza da pessoa atendida; para o outro, a experiência do conforto só é vivenciada em relações fundamentadas no respeito. Tal concepção se contrapõe, e muito, ao que vemos hoje, quando o modelo predominante de relação é analítico e reducionista. É o momento em que observamos um certo “endeusamento” da tecnociência, porém, cabe-nos perguntar: De que vale um ambiente tecnicamente adequado se o ser humano muitas vezes é entendido como um *produto descartável*? (Portella & Bettinelli, 2004).

Os profissionais da saúde e da educação, por meio da arte, têm a possibilidade de auxiliar os outros seres humanos, que é o objetivo primeiro das profissões de ajuda. Pela arte desenvolvem-se os valores essenciais da pessoa, é possível conhecê-la melhor para poder cuidá-la bem. Desse modo, ressaltamos a importância da ligação entre arte, educação e saúde.

Cuidar da pessoa idosa requer novos investimentos em termos de estudos e de proposições de alternativas para o seu cuidado no âmbito das ILPI. Nesse contexto surge a arteterapia, como proposta terapêutica apropriada para a intervenção junto ao idoso, portanto trata-se de uma alternativa de cuidado. Cuidado e conforto sempre fizeram parte da atividade da saúde e da educação, porém, geralmente, a atuação dessas áreas centra-se no modelo de intervenção tradicional, altamente tecnicista e fundamentado na proposta assistencialista.

Como processo de cuidado, a arteterapia, pela essência de sua ação terapêutica, pode possibilitar atividades de conforto ao ser humano idoso que se encontra em condição de fragilidade e sofrimento. A utilização da arteterapia está direcionada a todos aqueles que se interessam pela busca do bem-estar, como uma reflexão do desenvolvimento da personalidade, das relações sociais e da solução de conflitos (Urrutigaray, 2004).

A arteterapia pode ser utilizada em geriatria e gerontologia como suporte terapêutico para pessoas idosas, para estimular a criatividade, permitindo a descoberta de uma nova socialização e o restabelecimento da confiança. A arte facilita a expressão de alguns processos internos pela presença do material entre o terapeuta e o idoso. O uso da arteterapia no trabalho com pessoas da terceira idade tem sido registrado por Costa (2003)



quando relata as transformações ocorridas em idosos institucionalizados, visto que a pessoa sai da posição incômoda de perceber-se como um inútil e passa a se ver como alguém que cria. A arteterapia leva ao autoconhecimento e à autoconfiança, aspectos essenciais para a pessoa idosa aproveitar ao máximo o próprio potencial (Souza, 2002).

A arteterapia também encontra na ludicidade uma contribuição para a promoção da saúde e do bem-estar. Segundo Saviani (2003), existem pontos comuns entre arteterapia e ludicidade, pois ambos exploram a criação. O exercício da arte num espaço-tempo terapêutico e lúdico facilita múltiplos modos de expressar e comunicar, transforma o ambiente e o humor da pessoa, ajudando na recuperação de sua saúde. Arteterapia e ludicidade, portanto, podem atuar juntas no tratamento da dor, do desconforto, da rigidez, da inércia, promovendo qualidade de vida, espontaneidade e conforto, acolhendo o ritmo de cada um ao manifestar seus conteúdos internos.

Estudos desenvolvidos por Filipetto (1999) e Acosta (1999) apontam os benefícios físicos e mentais do uso da ludicidade no trabalho com idosos, envolvendo atividades físicas, recreativas e socioculturais. Desses se destacam uma vida com mais qualidade e autonomia, aumento no nível de percepção da corporeidade, melhora da auto-estima e da autoconfiança, maior agilidade nas tarefas diárias, redução do uso de medicamentos, proporcionando alegria e restituindo a motivação pela vida.

A atividade lúdica é eminentemente alegre, lembra a brincadeira, propicia a plenitude da experiência, ou seja, o ser humano, quando age ludicamente, vivencia uma experiência plena e saudável. O lúdico também traz um potencial de cura e conforto. A dor interna que a atividade lúdica elicia numa prática não é lúdica por si, no sentido que vimos compreendendo a ludicidade; todavia, viver essa experiência que mobiliza a dor pode ser um ponto de partida para externá-la e transformar uma experiência interna fragmentada numa vivência plena. Nesse sentido, as atividades que são objetivamente tomadas como lúdicas e que, por alguma razão, possam fazer emergir alguma dor, limite ou dificuldade possibilitam ao sujeito uma solução para a cura desse sofrimento. Entendemos, pois, a cura como uma oportunidade de fazer contato com um aspecto doloroso de sua vida, mas que também aponta para um aspecto saudável de si mesmo – ao resgatar a alegria, o prazer, a convivência, a não-rigidez, o perdão (Luckesi, 2000, 2004).

Fundamentadas neste marco teórico, consideramos necessário efetivar uma investigação que compreendesse as significações de idosos residentes numa ILPI diante da vivência de uma prática arteterapêutica.

## RECURSOS METODOLÓGICOS

A pesquisa configurou-se como um estudo qualitativo, que se caracterizou como, aquele que leva em conta o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos usuários. Para operacionalizar este estudo foi utilizado o método criativo e sensível proposto por Cabral (1998), que se efetiva por meio de oficinas. Este método conjuga técnicas consolidadas de coleta de dados, como entrevista, discussão de grupo e observação participante, com as dinâmicas de criatividade e sensibilidade; tem no processo de criação e sensação a força produtora de dados para a pesquisa e associa ciência e arte, de modo que os participantes, espontaneamente, criem e reflitam sobre situações existenciais concretas.

Os sujeitos do estudo constroem, individual ou coletivamente, o significado de suas produções artísticas, gerando temas que poderiam facilitar a organização dos dados para sua compreensão. Validar os achados da pesquisa foi possível, porque o próprio grupo confirmou o que era comum e particularizou o incomum.

As oficinas foram desenvolvidas ao provocarmos a produção artística com uma finalidade arteterapêutica. Dentre os recursos expressivos destacamos: colagem, desenho, pintura, modelagem e atividades lúdicas. Para seu desenvolvimento utilizamos uma sala designada pela gerência da instituição. Foram realizados dez encontros, com a duração média de duas horas, sempre às sextas-feiras, no turno da tarde. O período de coleta estendeu-se de maio a agosto de 2006. Os horários para a realização das oficinas foram determinados em conjunto com a direção da instituição a fim de observar o que seria mais apropriado aos sujeitos, de modo que não viesse a comprometer o bom andamento das atividades habituais da instituição.

As oficinas constituíram-se no espaço específico em que ocorreu o processo arteterapêutico com os sujeitos do estudo. Em geral, todas as oficinas foram organizadas em quatro fases, que se adequavam à nossa proposta e, sobretudo, às necessidades dos idosos, assim denominadas: acolhida, momento lúdico, momento criativo e encerramento da oficina.

**Acolhida** – também entendida como aquecimento, neste momento eram utilizadas, de forma associada, atividades de distensão, musicalidade, dinâmicas grupais e verbalização dos conteúdos emergentes. Dessa forma, estabelecíamos um ambiente descontraído e aprazível para iniciar o trabalho, explicando a nossa proposta para o encontro e retomando alguma questão que o grupo considerasse necessário sobre as repercussões do encontro anterior.

**Momento lúdico** – foi planejado com o intuito de trazer para o grupo atividades lúdicas na forma de exercícios ou jogos, por entendermos que, para adultos, estas atividades podem ser um caminho real tanto para o inconsciente se exprimir como para a criatividade desabrochar e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de uma singularidade mais saudável. Para os adultos, as atividades lúdicas podem ser catárticas, ou seja, liberadoras das

fixações do passado e construtoras das alegrias do presente e do futuro. Nosso intuito foi proporcionar aos idosos momentos agradáveis de brincadeiras vividas coletivamente, tendo o lúdico como mais um recurso arteterapêutico.

**Momento Criativo** – correspondeu à utilização de recursos artísticos. Esta fase teve como meta ativar o potencial criador e transformador, abrindo mais espaço para a manifestação das emoções. Recorremos a uma variedade de linguagens expressivas para aumentar as opções de cada participante. No nosso entendimento, dispor de mais de uma linguagem favorece e atende melhor às necessidades de cada idoso.

**Encerramento** – fase final, entendida como um espaço de reflexão da vivência, no qual avaliávamos as atividades desenvolvidas, sua aplicabilidade no cuidado de si, do outro e as manifestações espontâneas dos participantes. Para estimular a fala dos idosos, em cada oficina, após o momento criativo, colocávamos uma questão norteadora: “Como foi o encontro de hoje?” Ou “Como estão se sentindo?” Consideramos esta etapa fundamental, tendo em vista que nem sempre a mensagem não verbal pode possuir diversos significados, o que exige uma validação verbal para auxiliar na compreensão dos signos e símbolos não verbais.

O desenvolvimento das oficinas seguindo esta organização permitiu corroborar as intervenções no cuidado gerontológico, bem como oportunizou evidenciar nessa proposta o que estava adequado e o que, na nossa avaliação, ainda merecia certos ajustes.

Uma ILPI localizada no sul do Brasil e mantida pela iniciativa privada foi o cenário deste estudo. Como sujeitos da pesquisa selecionamos um grupo de cinco idosos, a amostragem foi caracterizada como proposital. De acordo com Turato (2003), a amostragem proposital, intencional ou deliberada é entendida como um grupo selecionado para o estudo científico, cuja escolha dos respondentes é deliberada de modo a trazer informações substanciais sobre o assunto. Para inclusão dos sujeitos no estudo, os idosos deveriam atender aos seguintes critérios: ter sessenta anos ou mais, demanda espontânea, adesão mediante termo de consentimento formalizado, assiduidade. Respeitando as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde -Ministério da Saúde, que delibera sobre pesquisa com seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e obteve parecer favorável para sua execução. Foi realizada uma pré-seleção de 11 idosos com características definidas nos critérios, todavia, à medida que realizávamos as oficinas, a frequência dos participantes variava, de modo que, cinco deles foram eleitos sujeitos do estudo. Respeitando o princípio do anonimato, os participantes do grupo receberam pseudônimos com a denominação de árvores.

A caracterização dos sujeitos, apresentada a seguir, foi construída com base em seus relatos e em informações colhidas junto aos funcionários da instituição durante o período do estudo.

**Pinheiro:** setenta anos, divorciado, aposentado, procedente de um município vizinho, nasceu e criou-se no meio rural; na vida adulta passou a morar na cidade, pois as condições no interior eram desfavoráveis; obteve um emprego na prefeitura para trabalhar em serviços gerais e aposentou-se como servidor público municipal; teve dois filhos, que constituíram famílias e moram em outro estado. Está na instituição por decisão deles. Há mais ou menos dois anos teve um acidente vascular cerebral; passado o período de internação hospitalar, por ocasião da alta, os filhos providenciaram a internação na ILPI, onde se encontra até o momento. Sofre de depressão e tem história de alcoolismo (sic).

**Cedro:** oitenta anos, viúvo, aposentado, natural e procedente do município sede. Contando sua história, informa que foi comerciante e motorista; tendo viajado pelo Brasil, conheceu muitos estados, passou por muitas cidades e atravessou também a fronteira do Paraguai, Uruguai e Argentina, sempre na “boleia” de um caminhão. Foi internado pela família, com o diagnóstico de doença de Alzheimer (sic).

**Canela:** setenta e três anos, divorciada, dois filhos, foi casada com Pinheiro por mais de vinte anos; na instituição viviam como dois estranhos, não se conversavam nem mantinham qualquer tipo de vínculo. Trabalhou para Jacarandá por muitos anos. Também foi internada pelos filhos e sofre de depressão (sic).

**Grevilha:** sessenta e cinco anos, divorciada, aposentada, natural e procedente de um município distante 150 km da instituição; dois filhos, três netos, cuja falta lamenta muito. Relatou que está internada na instituição porque precisava de cuidados e os filhos são pessoas muito ocupadas, que não dispõem de tempo para cuidá-la. Sofre de transtorno bipolar (sic).

**Jacarandá:** 85 anos, viúva, aposentada, cinco filhos, natural e procedente de um município vizinho. Foi patroa por muitos anos de Canela, a qual considera uma grande companheira; relatou fragmentos da história do casal com muita propriedade. Já no primeiro dia avisou que estava ali por pouco tempo, pois os filhos viriam buscá-la logo; em suas falas sempre se referia à saída da instituição. Tem problemas de saúde mental (sic).

As informações coletadas foram compreendidas qualitativamente, visando à descrição e significação do conteúdo abstraído do material de estudo e permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dos significados. Para atingir o significado manifesto e determinar as temáticas utilizamos a análise temática proposta por Minayo (1996).

## VIVÊNCIAS POSSÍVEIS: REINVENTANDO O PROCESSO DE SER E ESTAR NUMA ILPI

No espaço das ILPI muitos idosos não se sentem integrados ao fluxo da vida e acabam sucumbindo ao retraimento, à angústia e à depressão. Não conseguem tolerar o mundo na forma como se apresenta, o passado parece um refúgio distante, o futuro é incerto e o presente mostra-se muitas vezes sombrio e desinteressante.

A institucionalização pode ser uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que leva os idosos a passarem por diversas mudanças, considerando que se apresenta como uma das formas judiciosas de isolamento social. Essa condição leva à perda da identidade, da liberdade, da auto-estima, bem como ao estado de solidão e, muitas vezes, à recusa da própria vida, o que determina a alta prevalência de doenças mentais nos asilos (Carvalho & Fernandez, 1996; Pizarro, 2004).

A participação nesta proposta de estudo parece ter levado os idosos a exercitar as habilidades de recriar-se, reinventar o momento e recriar o contexto, confirmando a chancela da principal característica dos seres vivos, a criatividade. Tais habilidades também nos envolveram em nosso trabalho de pesquisadoras, pois, para cuidar do idoso mediante esta proposta, foi necessário sair do nosso próprio círculo e entrar na galáxia do outro, um outro que nos obriga a tomar posição porque fala, provoca, evoca e convoca (Boff, 1999).

Estar presente no mundo como sujeito criativo tem sido o maior desafio enfrentado pelos idosos, os quais têm pouco espaço de expressão. Desse modo, os achados apontam que a vivência de uma prática arteterapêutica oportunizou o reinvestimento na realidade possível, na medida em que utilizamos regras e conteúdos do campo da arteterapia, proporcionando um cuidado criativo.

Para cuidar criativamente, no entendimento de Tavares (2002), é mister buscar a essência da pessoa, que jamais adoece, compreendendo o sentido de seu sintoma, escutando sua dor sem repressão, resgatando sua cidadania e inteireza. Foi na anuência desta certeza que cada oficina foi planejada e implementada. Observamos que, ao longo dos encontros, alguns idosos possuíam limitações reais ou potenciais e, outros, embora não as tivessem, as imaginavam.

No Quadro 1 apresentamos uma sequência de cenas envolvendo dois sujeitos, cuja situação reflete as vivências possíveis, seguindo um compasso, na forma de reinventar seu modo de ser e estar na ILPI.

**Quadro 1** – Recorte de cenas de um processo de ser e estar numa ILPI

Cenas	Sujeitos	Expressões e vivências
Cena 1	Pinheiro	Eu sou muito novo para estar aqui, esse aqui não é um lugar para uma pessoa como eu, eu tenho só 61 anos, eu ainda posso trabalhar. Estou a contragosto aqui. Me botaram aqui, mas eu não quero ficar aqui, já faz dois anos que eu estou aqui (primeiro dia ao se apresentar).
Cena 2		Olha que eu nunca tinha feito nada disso aqui, gostei muito, vou ficar esperando vocês, sexta-feira, aqui (primeiro dia ao final da oficina).
Cena 3		Eu fiz as coisas da minha morada [...] a gente começa a se lembrar das coisas,

Cena 4		e vai fazendo [...] Aqui a gente não tem nada pra fazer, então isso é muito bom, o tempo passa que a gente nem vê (segundo encontro).
Cena 5		Quando eu começo a desenhar, me vem na cabeça as coisas lá do interior, eu me lembro de um pé de jabuticaba, ele é tão grande, mais tão grande e sempre carregadinho de fruta (quarto encontro).
Cena 6		Sabe que essas brincadeiras animam a gente, a gente fica até mais esperto (sétimo encontro).
Cena 1	Grevilha	Quando eu faço isso (referindo ao momento criativo-desenho), eu me animo muito. A gente começa a lembrá do tempo antigo, foi um tempo tão bom, pena que hoje a gente tenha que ficar num lugar desses. Se a gente pudesse sair de vez em quando pra passeá, vê outras coisas, mais não dá, fazê o quê! Ainda bem que tem vocês aqui que fazem esses divertimento com a gente, seria bom se pudesse ser sempre assim (nono encontro).
Cena 2		Aquela música me tocou lá no fundo da minha alma, me fez lembrá das minhas netas [...] da saudade que eu tenho [...] me trouxe tanta coisa na lembrança, chorei que me lavei toda, mas me fez tão bem, gostei tanto (relatando os acontecimentos do dia – terceiro encontro).
Cena 3		O outro dia eu não pude fazer parte do grupo, fiquei sentida [...] eu tava meio atacada, daí a gente toma aqueles remédios e só dorme. Eu gosto assim de ficar aqui, a gente vai fazendo as coisas, a gente brinca e daí o tempo passa ligeiro que a gente nem vê. É um dia que a gente fica mais leve tem até mais disposição (quinto encontro).
Cena 4		Me faz tão bem esse divertimento, o jogo, as brincadeiras, assim de bola me deixa mais esperta, eu até pareço outra (sétimo encontro).
Cena 4		Eu gosto das músicas, eu me lembro do tempo de moça, das coisas boas da vida, dos namoro. Sabe que aqui até fica mais divertido quando a gente brinca desse jeito (oitavo encontro).

Por meio do fazer lúdico e criativo, o idoso adquire novas formas de percepção e ação, que podem provocar importantes mudanças no seu estilo de vida na esfera de uma ILPI, ele pode reinventar a sua presença no mundo. Desvelaram-se nas cenas os sentimentos de cada um diante do tempo-espço da oficina e, também, da ociosidade e da solidão. No desenrolar do processo arteterapêutico, os idosos foram resgatando sua identidade nas reminiscências dos fatos de outrora, aspecto que percebemos ao serem interpretadas as falas e observações.

Como se intui da leitura de mundo dos idosos, o impasse da institucionalização apresentou-se como uma fatalidade, expressa mais dolorosamente no início do processo arteterapêutico, até como uma perda de vida, mas, com o passar do tempo e o andamento dos encontros, algumas mudanças ocorreram. Os sujeitos tiveram reconhecidas suas subjetividades, puderam afirmar-se como sujeitos de um contexto determinado e comunicar suas frustrações, desejos, interesses e questionamentos.

Alguns demonstraram estar vivendo sentimentos profundos evocados pela música, como no caso de Grevilha. A música produz, de fato, reações fisiológicas cuja amplitude parece depender do conteúdo afetivo; exerce, ainda, grande poder sobre a pessoa, mesmo que o ouvinte não esteja necessariamente consciente do efeito que a música exerce sobre ele e, desse modo, ajuda a conectar experiências perceptivas e emocionais (Vieillard, 2005; Lelis, 2000).

Essa relação significativa, verdadeira, curadora, foi sendo construída por meio da brincadeira, do desenho, da pintura, da música, recursos que facilitaram o contato com a história de vida de cada um, com suas sensações, pensamentos e sentimentos, bastante reprimidos nesse ambiente.

Provavelmente, por mais esforços que envidássemos, como pesquisadoras e cuidadoras, não poderíamos propiciar aquilo que a música oferecera à Grevilha ou que o desenho proporcionara ao Pinheiro. Todavia, percebemos que a participação nas oficinas e o encontro com os recursos expressivos determinaram a evolução do estado de ambos. Então, exercitar a criatividade pode ser uma poderosa modalidade para a realização pessoal do idoso institucionalizado e a reconquista de um espaço alegre, divertido e vital.

No Quadro 2 apresentamos as cenas protagonizadas por Jacarandá, demonstração efetiva de sua inserção na proposta arteterapêutica, conjuntura que possibilita averiguar a cadência do processo de ser e estar na ILPI.

**Quadro 2** – Recorte de cenas da vivência arteterapêutica experienciada por Jacarandá

Cenas	Expressões e vivências
Cena 1	Eu já vou sair, não posso ficar muito aqui. As minhas filhas já vêm me buscar, por isso que eu não vou poder ficar mais aqui (primeiro encontro – permanência na oficina, aproximadamente, 20 minutos).
Cena 2	Eu gostei do joguinho, mas acho que eu já vou subir, as minhas filhas vão vir me buscar, daí elas não vão me encontrar lá. Pode ser até que no outro dia que vocês venham aqui eu não esteja mais aqui (segundo encontro – permanência na oficina, aproximadamente 50 minutos).
Cena 3	



Cena 4	Agora que já tá terminando, eu já vou subindo, eu vou pra lá, vou lá para a sala, as minhas filhas disseram que vêm me buscar. Vou falar pra elas dos meus desenhos que eu fiz (quinto encontro). Oi! Que bom que vocês estão aqui! Eu já estava com saudades. O que nós vamos fazer hoje? (sétimo encontro).
--------	--

A utilização de diferentes modalidades expressivas no processo arteterapêutico com idosos pode provocar no sujeito uma dupla experiência interior-exterior reorganizando conteúdos existentes em sua história pessoal das imagens e na história icônica da humanidade, fazendo aflorar sentimentos e emoções até então velados (Ormezzano & Arruda, 2005).

O cuidar, no entendimento de Volich (2004), pressupõe um exercício permanente de liberdade que permita ao cuidador entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e, também, com aquelas mobilizadas em si pelo sujeito cuidado, para compreendê-las como informações importantes a respeito daquilo que ocorre no *setting* arteterapêutico. Portanto, é necessário, na atividade cuidativa gerontológica, além dos protocolos e procedimentos específicos, reservar um espaço para utilização dos recursos expressivos, no qual um encontro de outra ordem possa vir a acontecer.

## EXPERIENCIANDO A LUDICIDADE NO CONTEXTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Os idosos surpreenderam-nos a cada encontro pelo avanço, pela entrega total às atividades lúdicas, pelo entusiasmo com as brincadeiras, pelo sopro de vida demonstrado e, acima de tudo, pelas transformações evidenciadas nas vivências arteterapêuticas.

No Quadro 3 apresentamos uma seqüência de cenas protagonizadas por Canela, cuja situação reflete as experiências vividas no contato com o lúdico.

**Quadro 3** – Recorte de cenas mostrando o potencial da ludicidade no processo arteterapêutico

Cenas	Expressões e vivências
Cena 1	Me botaram aqui, eu não pedi pra vir pra cá, foi minhas filha que fizeram isso comigo [...] eu vou ficar aqui, não sei se eu quero ficar, não sei se eu vou gostar disso (apresentação/primeiro encontro).
Cena 2	Mas gostei muito de ouvir as música, eu to meia lerda, eu nem conseguia quase pegá os



Cena 3	balão, mas foi bom (final do primeiro encontro) .
Cena 4	Eu to meio atacada hoje, acho que eu não quero fazer nada (início do terceiro encontro). Gostei muito, achei até que eu fiz uma coisa bonita! Olha só como ficou bonito! Tá tudo tão cheio de flor. Mas não é que fui eu mesmo que fiz [risos e satisfação ao contemplar sua criação] (final do terceiro encontro).
Cena 6	Fazer isso me lembra o tempo da escola, das brincadeiras que a gente fazia, eu gosto muito. Eu queria ficar mais tempo aqui, fazer mais coisa, é tão bom (quarto encontro).
Cena 7	Sabe, o jogo me ajuda pra minhas mãos, elas não ficam tão encarangadas (sexto encontro). Eu me animo tanto quanto eu posso dançar, eu gosto muito. Tu viu, no começo eu nem conseguia pegar as bolas direito, agora já fiz tudo. Vendo essas coisas, fazendo essas brincadeiras eu não paro de rir, parece que dá uma felicidade na gente (oitavo encontro)

O lúdico provoca e desperta a expressão artística adormecida em cada pessoa idosa, na medida em que o jogo é divertido e dinâmico e restabelece o sentido do prazer e da alegria nos idosos; dessa maneira, enquanto se divertem, expressam e trabalham suas emoções. Luckesi (2000) destaca que a atividade lúdica é aquela que dá plenitude e, por isso, prazer ao ser humano, seja como exercício, seja como jogo simbólico ou de regra. Os jogos apresentam múltiplas possibilidades de interação consigo mesmo e com o outro.

O programa do momento lúdico incluía o uso de música folclórica, cantigas de roda e cirandas, algo apropriado para cada ocasião. À medida que eram apresentadas as canções, percebíamos como isso nos aproximava do desafio de possibilitar aos participantes uma prática cuidativa grupal e, ao mesmo tempo, trabalhar individualmente memória, coordenação motora, atenção, concentração, ritmo e consciência corporal.

A participação nessa atividade parece ter levado os idosos a uma viagem ao passado distante. Eles falavam sobre a infância, sobre sentimentos do passado, destacando mais os momentos felizes que os sofridos. A apreciação desse instante era evidenciada em cada relato, falando sobre as vivências e trazendo à tona as recordações. Os idosos revelavam suas preferências, alguns por ouvir música instrumental, outros por cantigas de roda e canções de ninar; também lembravam as histórias contadas. Falavam sobre as músicas, muitas conhecidas desde a infância, outras nunca ouvidas. Referiam que os momentos das práticas eram reconfortantes, fazendo-os se sentirem muito bem no restante do período.

Quando o idoso traz as músicas do "seu tempo", elas vêm carregadas de sentidos anteriores e também atuais, pois a música consegue transcender o tempo cronológico. O processo de recordação é provocado e não

possui o intuito de levar o idoso a se isolar no passado, na nostalgia dos "tempos bons". No entendimento de Tourinho (2007), trata-se de resgatar do passado os aspectos saudáveis para que possam ser reaproveitados no presente.

É preciso considerar que esses idosos têm uma história de vida e que, portanto, seu cotidiano é permeado de significados, lembranças, desejos e expressões dessa história, revividos a cada atividade realizada, no modo de fazer uma brincadeira, de jogar a bola, de seguir as regras do jogo, de falar, olhar, ouvir e gesticular.

O uso de atividades lúdicas, brincadeiras e jogos também se mostrou favorável na intervenção do idoso portador de síndrome demencial. No Quadro 4 apresentamos uma seqüência de cenas construídas com base nas nossas observações registradas no diário de campo, que apresentam a evolução manifestada por Cedro, cujo comprometimento se refere à saúde mental.

**Quadro 4** – Recorte de cenas mostrando o potencial da ludicidade no processo arteterapêutico junto ao idoso portador de síndrome demencial.

Cenas	Expressões e vivências
Cena 1	Acho que não vai adiantar trabalhar com o seu Cedro, ele tem Alzheimer, vive sempre pra lá e pra cá, não pára quieto em lugar nenhum (impressões de um técnico de enfermagem, no primeiro dia).
Cena 2	Permaneceu na oficina por aproximadamente 10 minutos, insistiu “quero ir pra lá” (primeiro encontro).
Cena 3	Permaneceu na oficina por 15 minutos, iniciou as atividades lúdicas. Levantou-se e saiu (segundo encontro) .
Cena 4	Participou das atividades lúdicas até o fim (quarto encontro).
Cena 5	Participou das atividades lúdicas e acompanhou o início do momento criativo, não demonstrou interesse, se retirou (quinto encontro).
Cena 6	Participou das atividades lúdicas; no momento criativo observou os demais fazendo as atividades, mas não se interessou e retirou-se em seguida (sétimo encontro).
Cena 7	Participou das atividades lúdicas; no momento criativo, permaneceu mais tempo na sala, conversou e depois se retirou (oitavo encontro).
Cena 8	Permaneceu todo o tempo na sala até o final do encontro, mas participou só do momento lúdico (décimo encontro).

Segundo informações colhidas junto aos membros da equipe de enfermagem, Cedro era portador da doença de Alzheimer (DA) e, de fato, apresentava as manifestações e sinais compatíveis com a enfermidade. Cedro alternava períodos de lucidez com desorientação, algo característico desse estado patológico. Contudo, isso não impediu que ele fosse, gradativamente, demonstrando mais interesse e integrando-se nas atividades, talvez pela rotinização que se mantinha dentro das oficinas.

A proposta de um trabalho com ludicidade para idosos exige uma rotina diária a ser implementada e respeitada, pois a repetição é vista como um recurso que lhes fornece segurança, mantém-os bem situados no tempo e no espaço e, no caso de jogos, facilita a aprendizagem das regras (Jesus & Jorge, 1999).

Hoje a demência é reconhecida como uma síndrome caracterizada pela deterioração intelectual que ocorre no adulto ou no idoso. Caldas (2002) enfatiza que, à medida que a pessoa vai demenciando, o desempenho social fica comprometido: ocorrem alterações mentais que incluem distúrbios de memória, de linguagem, de pensamento abstrato, de percepção e práxis, falta de habilidade para desempenhar o cuidado de si e incapacidade para solucionar problemas necessários à vida cotidiana.

Embora a dinâmica de atenção ao idoso que vive um processo de demência tenha toda uma estrutura específica, que difere da assistência ao idoso sem comprometimento de sua saúde mental, os estudos de Tavares (2002) e Caldas (2002) apontam que podemos observar, no âmbito das instituições, o despreparo profissional aliado ao medo do desconhecido, de tal modo que essa situação gera muita insegurança no trabalho dos técnicos de enfermagem com o paciente doente mental.

Muitas vezes, há uma certa indisposição e, outras, uma falta de investimento dos profissionais para com os pacientes demenciados, principalmente em se tratando de idosos asilados. Da descrição das cenas que envolvem o caso de Cedro depreende-se que alguns profissionais ignoram o potencial do ser humano, bem como os benefícios das atividades lúdicas na atenção aos idosos, mesmo daqueles que apresentam síndrome demencial. Em tais situações, é bem provável que numa ILPI cuja equipe partilhe desta conduta nenhum investimento seja perpetrado. Nesse sentido, Merhy (1998) considera que, nos modelos técnico-assistenciais predominantes hoje no Brasil, as relações entre usuários e trabalhadores dos serviços de saúde produzem espaços interseções preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal”, ou seja, aquela em que o sujeito está ausente no processo e quem toma as decisões totais e plenas é o trabalhador.

Entretanto, cabe salientar que esse distanciamento nas relações entre sujeito cuidado e cuidador também é atribuído ao tecnicismo, carregado pela modernidade que preza pela velocidade e eficiência, transformando, assim, a pessoa num sujeito apagado da relação (Guareschi, 1998; Machado & Colvero, 2003). Ousaríamos

asseverar que isso se aplica ao contexto das ILPI, pois observamos que alguns profissionais, desses ambientes na sua prática diária estabelecem uma atmosfera em que o centro do cuidado é o paciente, porém o cuidado resume-se à higiene, à alimentação e à medicação.

## O OLHAR DA INSTITUIÇÃO SOBRE O TRABALHO ARTETERAPÊUTICO

Para abordar este tema, remetemo-nos a uma lenda que traz em si uma reflexão sobre a ideia de norma, padrão e rotina, cujos resquícios trazem consequências às práticas cuidativas das instituições que não consideram o ser humano como o centro da atenção. Uma antiga lenda nos conta sobre um homem rico, poderoso, obsequioso e cortês, de nome Procusto, que tinha por hábito convidar estranhos para visitarem seu palácio. O hóspede era recebido com requinte: túnicas primorosamente talhadas, vinhos muito especiais, iguarias inesquecíveis e... um leito suntuoso. Ao visitante, porém, um único problema se apresentava: encaixar-se perfeitamente no leito. Se houvesse qualquer discrepância entre o tamanho da cama e o do convidado, este era cortado ou esticado para que se adequasse às proporções devidas. A morte era quase certa! Só poucos e raros convidados absolutamente adequados à dimensão preestabelecida alcançavam à velhice.

Adentrar numa ILPI, mesmo com uma proposta esclarecida e firmada em contrato por meio do projeto de pesquisa, gerou desconfiança, insegurança e cenas inusitadas, tais como: alguém (funcionário) espiando atrás da porta durante a realização das oficinas, ou, ainda, esforço excessivo ao proferir uma espécie de elogio às criações dos idosos, seguido de uma ação na qual se mostrava total indiferença e, por vezes, até mesmo descaso para com o processo. Tais atitudes podem ilustrar a lenda nos seus aspectos mais sutis e cotidianos.

O Procusto, na atualidade, saiu do recinto do seu palácio e habita nos mais variados locais, inclusive nas ILPI. Assim, cabeças podem rolar se ousarem interferir ou averiguar algo tão velado como o modo de ser e cuidar de algumas ILPI. A maior parte das instituições de cuidado prolongado preocupa-se em preencher os regulamentos que descrevem os padrões mínimos que a instituição deve perfazer para cumprir a lei. Eliopoulos (2005) destaca que as necessidades dos residentes são avaliadas de acordo com a sobrevivência econômica. A isso podemos acrescentar o fato de que muitas instituições têm na sua equipe funcionários não habilitados, uma alta rotatividade de pessoal e interesses que, às vezes, parecem atender mais aos desejos dos familiares do que aos anseios dos internos.

Nessa perspectiva, nossa tentativa de deslocar o olhar dos dirigentes e cuidadores asilares para as múltiplas possibilidades de cuidado integral e humanizado talvez fique mais no plano da produção de conhecimento e da exposição de uma proposta de cuidado gerontológico que valoriza o sujeito como um ser

humano multidimensional, com um potencial criativo ávido. Resta saber se aqueles que vierem a conhecer para nossa sugestão vão realmente conseguir enxergá-la.

### REFLEXÕES FINAIS

Ao avaliar os achados do estudo, consideramos que os idosos participantes do trabalho arteterapêutico encontraram possibilidades de reinventar seu modo de ser e estar no contexto de uma ILPI. No encontro com as atividades expressivas, eles encontraram formas de comunicar seus anseios, sentimentos e emoções, muitas vezes sufocados por uma internação forçosa.

É importante tentar, por meio dessas possibilidades múltiplas, compreender mais profundamente o processo de cuidar o idoso com uma visão mais integradora das diversas ciências que estudam o assunto. Percebemos que tais estudos são, às vezes, estanques, observando a pessoa de uma única perspectiva; hoje se fala até em transdisciplinaridade, porém não conseguimos atingir sequer a mínima integração entre as áreas envolvidas no processo.

Esperamos, com nossos achados, sugerir os diversos caminhos que podem ser seguidos para o avanço na construção do conhecimento e no cuidado gerontológico, como também colaborar com outros estudos que entendam o trabalho arteterapêutico como transdisciplinar e como processo inscrito na possibilidade de atender o ser humano integrado no ambiente, levando em conta suas dimensões física, psíquica, emocional e espiritual.

Quando falamos de cuidado do idoso em ILPI, podemos afirmar que se fazem necessários espaços arteterapêuticos com recursos apropriados. Todavia, precisamos ressaltar os componentes fundamentais para que esta idéia inovadora triunfe; por um lado, os recursos humanos que vão implementá-la, ou melhor, torná-la uma realidade; por outro, a vontade dos gestores em querer melhorar a qualidade de vida dos asilados.

Tarefas dessa dimensão cuidativa requerem uma formação consistente. Assim, atrevemo-nos a enfatizar a necessidade da inserção da arteterapia na qualificação dos recursos humanos, em especial de gerontologia. Com isso não queremos dizer que em outras faixas etárias se possam ter profissionais menos qualificados, mas, sim, chamar a atenção para a educação de um profissional para o cuidado gerontológico adotando a arteterapia como proposta terapêutica.

Os desafios que emergem da problemática em questão não se limitam ao campo da investigação (ciências) ou ao contexto da dimensão cuidativa, pois têm uma forte incidência no campo da educação. De que modo os cursos da área de saúde podem trabalhar o cuidado humano integrando no seu currículo a arteterapia? Como integrar, efetivamente, no cuidado e no conforto os procedimentos técnicos com a arteterapia? Para enfrentar esses desafios o arteterapeuta necessita desenvolver uma percepção crítica do saber-ser e do saber-

fazer. É notório que os paradigmas vigentes não estão mais atendendo às reais necessidades do segmento idoso; logo é preciso ir além do que está posto.

Assim, procuramos oferecer alguns subsídios que possam auxiliar as pessoas que trabalham direta ou indiretamente com idosos no âmbito das ILPI. Tentamos também mostrar outras alternativas de cuidado gerontológico, além dos procedimentos técnicos específicos já mencionados. Estamos cientes de que ainda há muito a ser feito para que as ILPI deixem de replicar o estilo dos hospitais e passem a considerar a população que estão atendendo, bem como suas necessidades peculiares. Sabemos que a arteterapia não oferece a panacéia para todos os males, mas temos certeza de que sua contribuição é inegável. Se o leitor ainda tiver dúvidas, basta experimentar!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M.A.F.(1999). Jogos de integração do idoso de Santa Maria: atividades e atitudes lúdicas. Caderno Adulto, 3, 125-129.
- Asmann, H.& Mo Sung J.(2000). Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Boff, L. (1999). Saber cuidar: ética do humano – compaixão da Terra. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cabral, I. E. (1998). Método criativo e sensível. In Gauthier, J. H. M; Cabral, I. E. & Santos, I. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. (p.177-203). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Caldas, C.P. (2002). Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. Textos envelhecimento, 4 (8), 39-56.
- Carvalho, V. F. C. & Fernandez, M. E. D. (1996). Depressão no idoso. In Papaléo Netto, M. (Org.) Gerontologia. (pp155-169). São Paulo: Atheneu.
- Costa, V.C. (2003). Algumas reflexões sobre o trabalho arte terapêutico com um grupo de terceira idade. Imagens da Transformação, 10(10), 183-186.
- Eliopoulos, C. (2005). Enfermagem gerontológica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Filipetto, M.C. (1999). Novas dimensões da velhice despertadas pela ludicidade. Caderno Adulto, 3,121-124.
- Guareschi, P. (1998). Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In Arruda, A. Representando a alteridade. (pp.149-161). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Projeção da expectativa de vida para 2050. 2002. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estatistica/população/projeção>> Acesso em: 17 ago. 2006.
- Jesus, L. & Jorge, M.M. (1999). Jogos e atividades lúdicas na idade avançada. Cadernos de Psicologia, Ribeirão Preto, SP, 6(8), 66-73.
- Lahorgue, C.T. (2004). Suponhamos que a natureza fale. In Ormezzano G.R. (Org.). Questões da arteterapia. (pp.

27-37). Passo Fundo: UPF.

Lelis, C.M.C.(2000). A educação musical especial e a musicoterapia. In Encontro da Associação Brasileira de Educação Musical. (2000). Belém, Anais da ABEM: ABEM, 9, 112.

Litvoc, J. & Derntl, A. M. (2002). Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In Cianciarullo, T.I. et al. (Org.). Saúde na família e na comunidade. (pp. 268-318). São Paulo: Robe.

Luckesi, C. C. (2000). Educação, ludicidade e prevenção das neuroses futuras: uma proposta pedagógica a partir da Biossíntese. In: Luckesi, C. C. (Org.). Educação e ludicidade. (pp. 9-42). Salvador: FAGED/UFBA.

\_\_\_\_\_. Ludicidade e atividades lúdicas: uma abordagem a partir da experiência interna, 2004. Disponível em: < [http://www.luckesi.com.br/textos/ludicidade\\_e\\_atividades\\_ludicas.doc](http://www.luckesi.com.br/textos/ludicidade_e_atividades_ludicas.doc) >. Acesso em: 3 set. 2006.

Machado, A. L. & Colvero, L. A. (2003). O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 18(1/2), 51-55.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. (pp. 103-120). São Paulo: Xamã.

Minayo, M. C. S. (1996). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

Ormezzano, G. & Arruda L.Z. (2005). Intervenção arteterapêutica com uma paciente oncológica idosa. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 2(2), 16-27.

Ostrower, F. (1996). Criatividade e processo de criação. 11.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Pizarro, R.A.D.S. (2004). A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados: uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da cidade de São Paulo.. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Portella. M.R. & Bettinelli, L.A. (2004). Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: Pessini, L., Bertachini, L. Humanização e cuidados paliativos. (pp.101-112). São Paulo: Loyola.

Santin, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 7(2), 111-132.

Saviani, I. (2003). Arte terapia, ludicidade e saúde. Imagens da Transformação, 10(10), 96-101.

Souza, S.R. (2002). Pintura e o inconsciente. In: Monteiro, D. M. R. Depressão e envelhecimento: saídas criativas. (pp.61-70). Rio de Janeiro: Revinter.

Tavares, C.M.M. (2002). Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 6(1), 107-117.

Tourinho, L.M.C. (2007). Musicoterapia e a terceira idade ou musicoterapia: Corpo Sonoro. Disponível em: <<http://www.musicaeadoracao.com.br/efeitos/musicoterapia.htm> > Acesso em: 14 mar. 2007.

Turato, E. R. (2003) Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Urrutigaray, M.C. (2004). Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens. 2.ed. Rio de Janeiro: WAK.
- Vieillard, S. (2005). O estudo das reações emocionais moduladas por andamento e modo indica que é possível identificar raiva, alegria, tristeza e serenidade ligadas à música. *Viver Mente & Cérebro*, 12(149), 52-56.
- Volich, R. M. (2004). O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. In Pessini, L., Bertachini, L. Humanização e cuidados paliativos. (pp.71-85). São Paulo: Loyola.



## Estimulação da cognição em idosos residentes num Lar de Idosos.

Ana Fernandes<sup>1</sup>  
Hélder Fernandes<sup>2</sup>  
Diana Teixeira<sup>3</sup>  
Helena Ferreira<sup>4</sup>  
Inês Marques<sup>5</sup>  
Sónia Pereira<sup>6</sup>

### RESUMO

Este estudo pretende demonstrar se a cognição dos idosos pode ou não ser afectada pela estimulação com imagens, assim como se estes criaram estratégias de memorização para acertarem nas imagens ou desenvolveram algum tipo de aprendizagem. Participaram dez idosos institucionalizados no estudo e a estes foi aplicado o Mini-exame mental para avaliar a cognição e para averiguar se ocorriam alterações cognitivas ao longo do estudo.

A amostra deste estudo é reduzida, por isso tornar-se-ia interessante ampliá-la de modo a tornar mais fiáveis as conclusões.

**Palavras-chave:** Memória, Envelhecimento, Cognição, Estimulação.

---

<sup>1</sup> Gerontóloga da instituição;

<sup>2</sup> Docente do curso de Gerontologia. Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento  
Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

<sup>3</sup> Aluna do 2º ano de Gerontologia

<sup>4</sup> Aluna do 2º ano de Gerontologia

<sup>5</sup> Aluna do 2º ano de Gerontologia

<sup>6</sup> Aluna do 2º ano de Gerontologia

## INTRODUÇÃO

Não existindo dados que comprovem de forma absoluta a existência de um declínio cognitivo global inevitavelmente ligado ao envelhecimento normal (Paúl, 2001), à adopção de medidas compensatórias para fazer face a uma previsível evolução favorável de certas variáveis biológicas (perda de acuidade sensorial, diminuição da velocidade de processamento de informação) surge como um factor imprescindível para combater a concepção fatalista de que à velhice corresponde a perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem, segundo Fonseca (2006). Com este estudo pretendemos verificar se estimulando cognitivamente o idoso com a identificação de imagens é possível melhorar a sua cognição.

## FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com Lerner & Hultsch (1983), citado por Fonseca (2006), a inteligência e as capacidades intelectuais em geral declinavam progressivamente com a idade após terem alcançado um pico entre os 18 e os 25 anos. No entanto, a ideia de declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade, hoje em dia já não é bem aceite e surge apenas como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento. Por um lado os adultos e os idosos apresentam formas de pensamento e de resolução de problemas diferentes, por outro lado, a haver uma forma de inteligência característica dos idosos, ela não pode ser desligada dos contextos em que eles vivem, fazendo de resto com que em certas sociedades seja junto dos anciões que se procura a fonte da sabedoria e de justa decisão. Contudo, mesmo entre indivíduos idosos existem muitas diferenças a nível cognitivo, pois algumas pessoas mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até ao fim da vida, enquanto outras, mesmo antes que se possa falar de envelhecimento, já perderam parte delas. Então, segundo Fonseca (2006), citando Paúl e Fonseca (2001), a diminuição das capacidades cognitivas não se encontra ligada à idade cronológica, mas sim à saúde e ao comportamento dos indivíduos, e também à educação e à posição social que eles ocupam, refere Zamarrón & Fernández-Ballesteros (2002).

Fonseca (2006) cita que de acordo com Baltes & Smith (1999), há uma relação muito estreita entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, estando o empobrecimento do primeiro implicado na diminuição deste último.

Segundo Belsky (1996), mais que qualquer outro problema, o problema de memória é o que mais personifica a velhice. De acordo com o mesmo autor, a memória é um processo activo relacionado com a atenção

e a repetição, em que a informação passa por três etapas de armazenamento – armazém sensorial, memória primária e memória secundária.

Segundo Baddeley (1986), citado por Fernández-Ballesteros (2004), quando se fala de memória pode-se distinguir: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. De acordo com Baddeley (1986), a memória sensorial é um armazém específico que conserva por um breve espaço de tempo os estímulos que aos nossos sentidos; a memória a curto prazo também designada de memória de trabalho, consiste num sistema de capacidade limitada, mas fundamental, dada a quantidade de tarefas em que intervêm, que implica por um lado um armazenamento temporário de alguma informação, e a capacidade de execução de uma tarefa de processamento (que requer, por sua vez, atenção, selecção e manipulação de determinados estímulos). Por último, a memória a longo prazo, que se divide em: memória episódica, armazém de acontecimentos concretos, recordações da nossa experiência pessoal e que são activamente recuperados utilizando informação contextual sobre como e quando ocorreram; memória semântica, que se refere ao conhecimento sobre o mundo, organizado e acumulado, e portanto, muito relacionado com a linguagem (inteligência cristalizada); e memória procedimental, função da memória relacionada com as habilidades que uma vez aprendidas não requerem esforço consciente para ser recuperadas.

Fernández-Ballesteros (2004) cita Schacter (1987) subdividiu a memória a longo prazo em memória implícita e memória explícita. Esta classificação relaciona sobretudo a intencionalidade do sujeito implicada na memória e na sua recuperação. Segundo este autor, a memória explícita requer intenção para recordar e, portanto, produz conhecimento daquilo que foi feito e as memórias que têm ocorrido, enquanto memória implícita não se lembra conscientemente.

De acordo com Hultsch & Dixon (1990), citado por Fernández-Ballesteros (2004), após realizados alguns estudos sobre a memória visual verificou-se que com o aumento da idade existe um aumento de tempo requerido para identificar um estímulo visual, que se relaciona mais com processos de atenção e percepção do que com deficits de memória. Segundo Barros de Oliveira (2005), alguns sentidos como o olfacto, são pouco afectados pela idade, enquanto outros, como a audição e a visão são (ou podem ser) altamente afectados (arrastando consigo o disfuncionamento das actividades intelectuais, muito dependentes dos sentidos), bem como a percepção de equilíbrio, com consequências evidentes a nível psicossocial (cf. e.g. Bize e Vallier, 1985, pp.56-81; Fontaine, 2000, pp.61-77).

Wilson (1987) citado por Fernández-Ballesteros, R. et al (2003), refere que a grande parte dos déficits de memória que ocorrem durante a velhice ou não têm uma base biológica ou, se a têm, podem ser reabilitados, devido à grande plasticidade do nosso sistema nervoso.

Tendo em consideração o anteriormente exposto, pretendemos testar o efeito que a estimulação cognitiva tem no funcionamento cognitivo de um grupo de idosos institucionalizados. Para fazer a estimulação cognitiva, e de acordo Fernández-Ballesteros (2004) que faz a interligação da memória visual com a complexidade do processamento cognitivo subsequente, serão utilizadas um conjunto de imagens que serão mostradas periodicamente aos idosos para eles identificarem. Pretende-se através deste trabalho cognitivo de identificação de imagens estimular os idosos cognitivamente.

## PROCEDIMENTOS

Antes da execução da investigação procedeu-se à selecção de cinquenta imagens. A selecção das imagens foi feita cuidadosamente para que não ocorressem equívocos, ou seja, a uma imagem serem atribuídas designações diferentes por estes idosos.

Para isso foi necessário elaborar um pré-teste com seis idosos, com o intuito de encontrar imagens que suscitasse dúvida, como referimos anteriormente fim de substituí-las. Na realização do pré-teste verificou-se que existiam algumas imagens que levavam á dúvida, como por exemplo, anel com relógio de pulso. Por esse motivo procedeu-se à substituição das imagens que fossem equívocas.

Após a correcção das imagens, iniciou-se o teste, onde participam dez idosos da instituição. Destes dez idosos fazem parte os que participaram no pré-teste, que aceitaram a nossa proposta voluntariamente.

Para que os idosos pudessem visualizar as imagens foi preparada uma apresentação no programa PowerPoint da Microsoft Office, alternando os temas das mesmas e com um tempo de transição de 10 segundos, tornando assim possível ver, pensar e referir a designação do que está contido na imagem. Caso o idoso responda mais rapidamente, foi decidido que não se verifica a necessidade de aguardar os 10 segundos que separam as imagens.

Este último procedimento foi efectuado uma vez por semana a cada idoso, durante 10 semanas.

## MATERIAIS

As imagens usadas, foram agrupadas em 5 temas diferentes (frutos/ legumes, vestuário, utensílios do dia a dia, animais e outros objectos), contendo cada grupo 10 imagens.

Construiu-se uma tabela, concebida especialmente para cada um dos idosos, para ser registado quando acerta, erra ou quando não sabe identificar o conteúdo da imagem.

Para a avaliação dos idosos utilizou-se o Mini-exame mental de Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994).

## AMOSTRA

Não efectuamos o estudo com todos os idosos da instituição, visto que alguns não apresentam capacidades físicas e cognitivas para tal, após uma avaliação inicial.

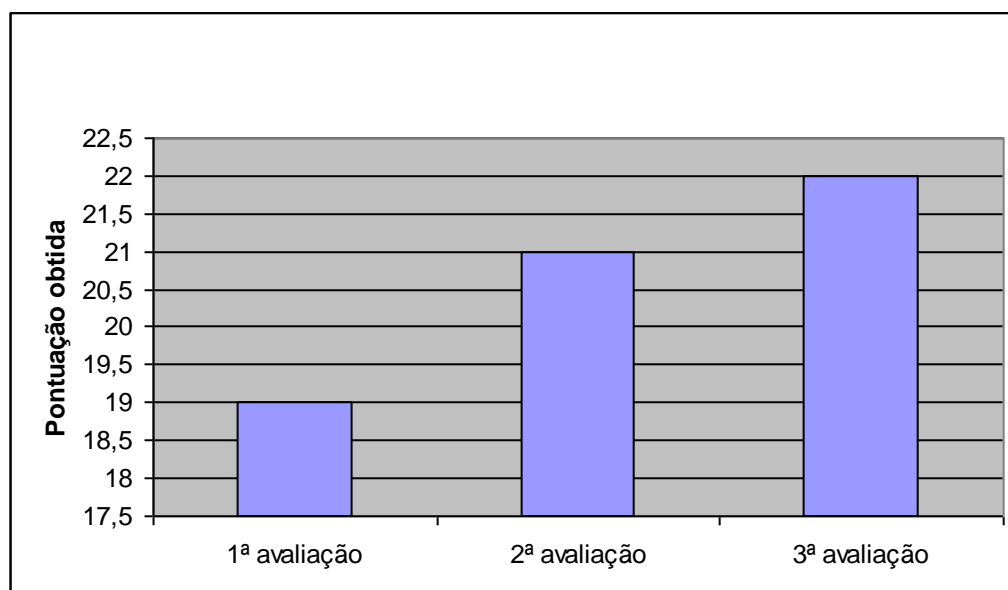
O estudo foi realizado com dez idosos da instituição, visto que os restantes não apresentavam capacidades físicas e cognitivas ou não se mostraram disponíveis para participar. Destes idosos, seis são do sexo masculino (60%) e quatro do sexo feminino (40%), com uma média de idades de setenta e cinco anos, (mín.52 e max.92). No que diz respeito ao estado civil, sete deles são viúvos, dois divorciados, e dois casados.

Relativamente ao grau de alfabetização excepto um idoso da amostra é que é analfabeto. Quanto ao grau de dependência quatro são independentes, três dependentes e quatro parcialmente dependentes, segundo o Índice de Katz de Katz, Katz e col.(1963), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994).

Dos dez idosos, três foram domésticos, dois foram comerciantes, um foi agricultor, um foi polícia, um foi trabalhador da construção civil, um foi professor e outro foi bancário.

## RESULTADOS

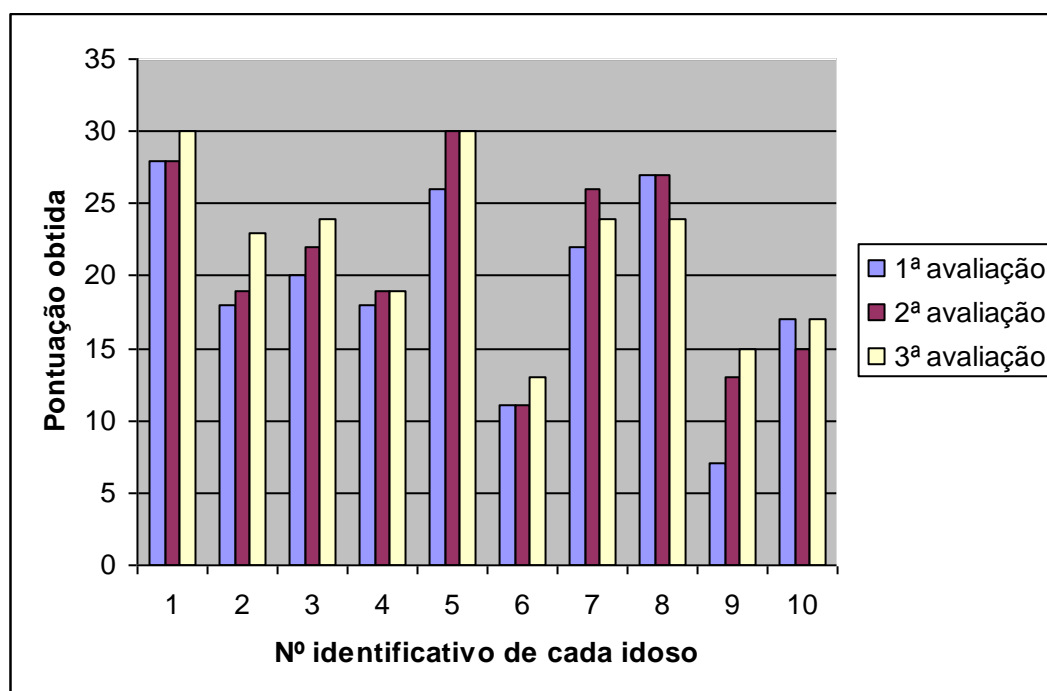
Seguidamente são apresentados os resultados obtidos neste estudo. Inicialmente são apresentados os resultados do Mini-exame mental, que foi aplicado no início do programa de estimulação, no meio e no final. Posteriormente são apresentados os resultados do próprio programa de estimulação.



**Gráfico 1.** Evolução dos valores médios das pontuações do Mini-exame mental.

Neste gráfico estão presentes os valores médios obtidos nas três avaliações efectuadas.

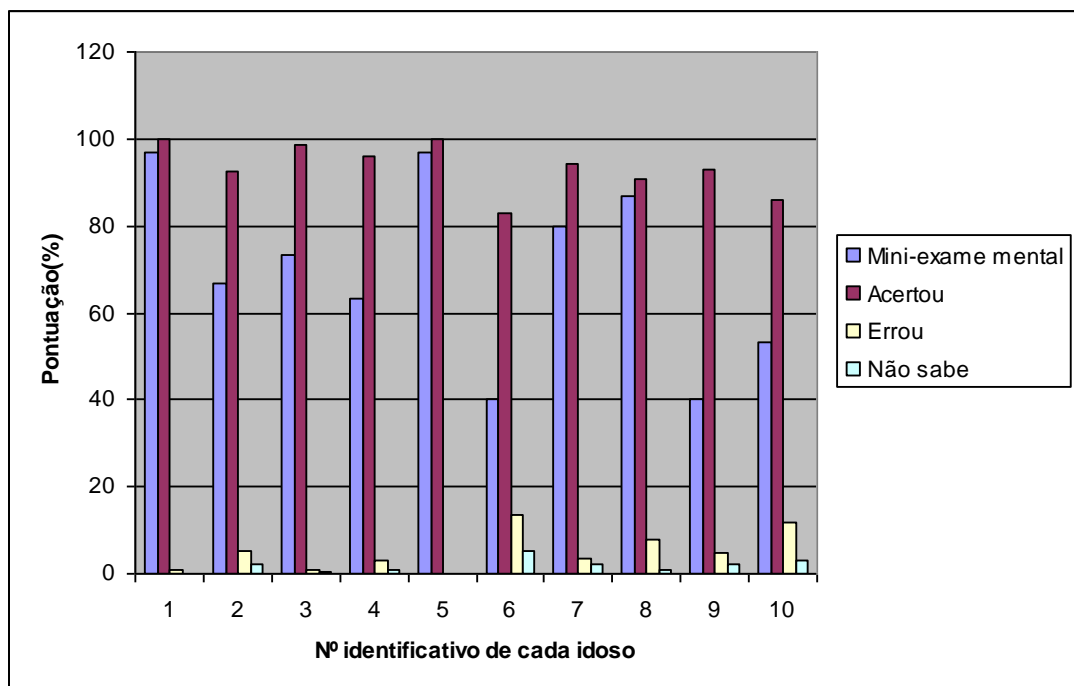
Através dele verifica-se que houve uma evolução a nível cognitivo pois a média de pontuações por avaliação aumentou gradualmente ao longo do tempo.



**Gráfico 2.** Evolução a nível do Mini-exame mental por idoso ao longo do tempo.

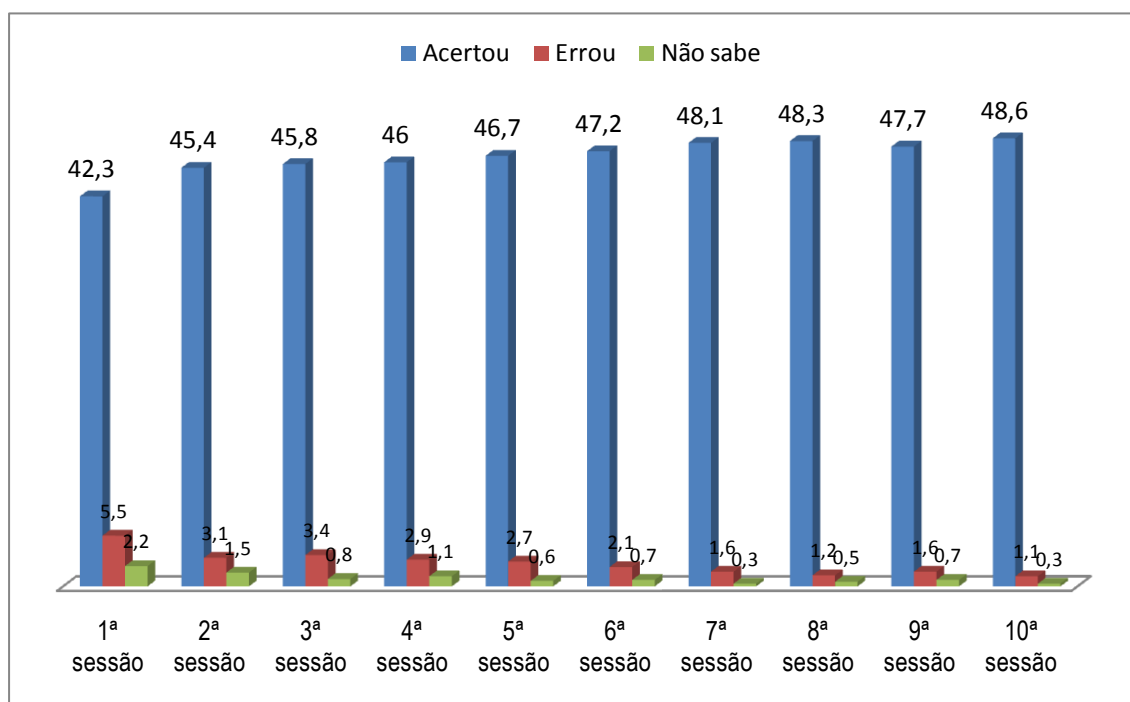
Este gráfico apresenta as pontuações obtidas por cada idoso em cada uma das avaliações efectuadas.

A partir deste gráfico pode-se verificar que, dos 10 idosos que participaram no estudo, 7 obtiveram melhores pontuações no Mini-exame mental ao longo do tempo, enquanto que 3 tiveram pequenas oscilações nas pontuações.



**Gráfico 3.** Percentagens médias, por idoso, do Mini-exame mental e das respostas dadas em todas as sessões.

Este gráfico apresenta as percentagens médias do Mini-exame mental e das respostas dadas por cada idoso. Em toda a amostra a percentagem do Mini-exame mental é mais baixa que a percentagem de respostas certas.



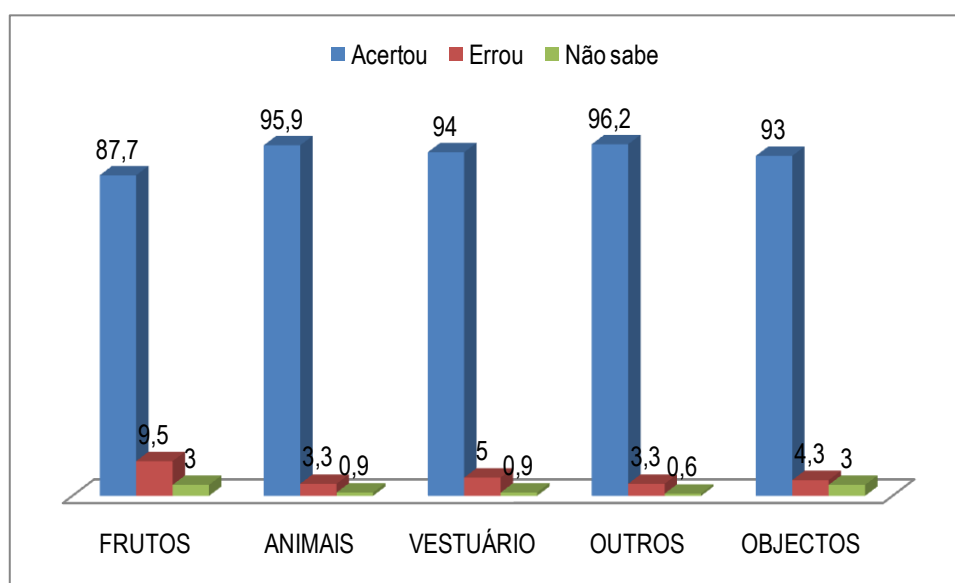
**Gráfico 4.** Média de imagens que acertou, errou e não sabe por sessão.

Este gráfico apresenta as médias das respostas dadas pelos idosos ao longo de dez sessões.

Relativamente à média de imagens correctas, verificou-se uma evolução gradual, excepto na 9ª sessão.

Quanto à média de imagens erradas, esta diminuiu com o decorrer das sessões.

No que diz respeito às imagens que os idosos não souberam responder, a média destas variou ao longo das sessões.



**Gráfico 5.** Média das respostas dadas pelos idosos de todas as sessões, por grupos de imagens.



Em média os grupos que os idosos mais acertaram foram o grupo dos animais e outros.

O grupo de imagens que os idosos mais erraram foi o grupo dos frutos ( $M=9,5$ ).

Os idosos, em média, não sabem identificar os grupos de imagens dos frutos e dos objectos ( $M=3$ ).

Em média o grupo dos idosos acertou muitas mais vezes do que errou ou não sabia.

## DISCUSSÃO

Foi aplicado o Mini-exame mental a todos os idosos que fazem parte da amostra, no início, a meio e no fim do estudo de forma a avaliar se houve ou não evolução a nível cognitivo. Através do gráfico 1 é possível verificar que houve um aumento significativo na média das pontuações obtidas, o que pode demonstrar que a estimulação da memória pode influenciar a cognição. No entanto, dada a curta duração de tempo entre as várias aplicações do Mini-exame mental, pode ser que os idosos tenham arranjado estratégias e/ou tenham memorizado as questões do Mini-exame mental, e não seja o aumento da pontuação totalmente relacionado com o tipo de estimulação cognitiva efectuado. Não foi possível neste estudo testar esta questão.

Relativamente à evolução a nível do Mini-exame mental por idoso verifica-se, através do gráfico 2, que a maioria aumentou a pontuação, no entanto 3 dos 10 idosos do estudo não demonstraram aumento, o que reforça a ideia anteriormente apresentada.

Não se pode afirmar que existe uma relação directa entre as pontuações obtidas no Mini-exame mental e as respostas dadas, como é visível no gráfico 3, pois existem idosos que possuem uma pontuação baixa no Mini-exame mental e no entanto acertaram a maioria das vezes nas imagens, e também dado o número reduzido da amostra não foi possível fazer testes relacionais.

Com o decorrer das sessões aumentou a média de respostas correctas dadas pelos idosos, assim sendo supõe-se que estes tenham memorizado as imagens, feito algum tipo de aprendizagem ou desenvolvido estratégias que pressupõem trabalho cognitivo, assim como se pode verificar no Gráfico 4.

No gráfico 5, é notório que os idosos têm mais dificuldade em identificar imagens de frutos e de objectos o que pode estar relacionado com a profissão, nível de escolaridade e nível de vida.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu-nos concluir que houve uma evolução gradual a nível de imagens certas, assim como um aumento da pontuação do Mini-exame mental o que parece estar correlacionado. No entanto, não se pode afirmar tal facto com dados estatísticos pois a amostra de idosos é reduzida e a duração foi demasiado curta.

Por outro lado a profissão, o nível de escolaridade e o nível de vida podem estar relacionados com o facto de os idosos acertarem mais determinados grupos de imagens do que outros.

Conclui-se também deste estudo que houve uma melhoria da cognição na maioria dos idosos, portanto seria interessante continuar a realizar este trabalho com os idosos para que estes mantivessem a sua capacidade cognitiva intacta, assim sendo é de referir que a estimulação cognitiva com imagens é eficaz.

No entanto, no fim deste estudo algumas questões ficam em aberto:

- Terá a pontuação do Mini-exame mental aumentado devido à estimulação com as imagens?
- Será que se fosse realizado um estudo como este, mas com uma amostra maior, os resultados seriam diferentes?
- Serão, realmente, factores determinantes e limitantes a profissão, o nível de escolaridade e o nível de vida?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros de Oliveira, José H.(2005); Psicologia do envelhecimento e do idoso; Legis Editora/Livpsic; Porto  
Belsky, Janet K. (1996); Psicología del envejecimiento – Teoría, investigaciones e intervenciones;  
Masson; Barcelona  
Fernández – Ballesteros, Rocío (2004); Gerontología Social; Ediciones Pirámide; Madrid  
Fonseca, António Manuel (2006); O envelhecimento: Uma abordagem psicológica; 2004;Lisboa

## Comunicações

### O cérebro executivo melhora ou piora com a idade?<sup>1</sup>

Daniel Serrão<sup>2</sup>

Agradeço ao colega Canas da Silva a generosidade de me convidar para esta Conferência Inaugural do II Congresso Nacional do Idoso no ano em que completei 80 - e comecei a ficar idoso.

E a sabedoria de convidar o Prof. Luís Archer, meu respeitado amigo, para presidir, comentar e eventualmente corrigir o que vos vou dizer sobre o tema que escolhi:

“O cérebro executivo melhora ou piora com a idade?”

É um tema da mais recente modernidade nas neurociências.

Tão moderno que vou contar-vos uma história real.

Uma jornalista da área económica viu anunciado este título e telefonou-me a pedir uma entrevista porque era muito interessante saber se o cérebro dos executivos das grandes empresas melhorava ou piorava com a idade. Tive de a desiludir. O tema é outro. É o cérebro executivo, não é o cérebro dos executivos.

Mas percebi que tinha de começar por explicar o que é isto do cérebro executivo.

O conceito de cérebro executivo deve-se a Elkhonon Goldberg.

É um neuropsicólogo que desde os seus vinte anos, em 1967, até à publicação, em 2001, trinta e quatro anos depois, deste seu famoso livro, cujo título completo é “O Cérebro executivo. Os lobos frontais e a mente civilizada”, não cessou de estudar e praticar neuropsicologia.

Portanto, este conceito foi longamente amadurecido a partir da sua tese de doutoramento, feita ainda em Moscovo, sob a direcção de Aleksandr Luria, mas defendida em Nova York, para onde fugiu em 1974, com 27 anos de idade. É judeu mas, ao contrário de tantos outros judeus russos, não queria ser comunista.

<sup>1</sup> Palestra proferida no II Congresso Nacional do Idoso e no I Ciclo de Palestras PORTO SÉNIOR (27 de Fevereiro de 2009).

<sup>2</sup> Licenciado e Doutorado em Medicina. Professor Catedrático da FMUP. Professor de Bioética e Ética Médica na FMUP. Membro do Comité Director de Bioética e Presidente do Grupo de Trabalho para o Protocolo de protecção do Embrião e do Feto Humano, no Conselho da Europa.

Actualmente, com 60 anos de idade, é Professor de Neurologia clínica, na Faculdade de Medicina da Universidade de Nova York, onde dirige o Instituto de Neuropsicologia; tem um consultório privado de clínica neuropsicológica, ao qual recorrem os casos mais difíceis e é convidado para conferências em muitos países. Nunca esteve em Portugal e por isso é bem menos conhecido que António Damásio. Tenho lido as obras principais, científicas, de ambos – para além dos livros de divulgação – e não tenho dúvidas em afirmar que a investigação de Goldberg é bem mais sólida e está muito apoiada numa vasta experiência clínica.

Então, como chegou Goldberg a este conceito chave: os lobos frontais são o cérebro executivo dos seres humanos?

Atrevo-me a afirmar que, tal como as descobertas minuciosas e rigorosas de Ramón y Cajal, sobre a estrutura celular do cérebro e do encéfalo em geral, criaram um novo paradigma, que gerou uma nova neurofisiologia e está na base de todo o desenvolvimento e interpretação da moderna neuroimagem - ressonância magnética nuclear funcional e neurotomografia com emissão de positrões - também a concepção funcional de Goldberg, de 1969, de **gradientes cerebrais**, também descrita como **concepção gradativa**, que culmina com o conceito de os lobos frontais serem o cérebro executivo, está a gerar um novo paradigma no conhecimento do lugar do cérebro, como um todo, nas actividades e funções do homem civilizado, do **Homo culturalis** que sucedeu ao **Sapiens sapiens**.

Quando Goldberg inicia os seus estudos de neurofisiologia, o cérebro era ainda visto como uma espécie de mosaico de áreas funcionais (como na velha Frenologia) separadas umas das outras, consideradas módulos ou centros funcionais. Cada uma estava encarregada de uma função cognitiva altamente específica - o exemplo típico era a área visual no córtex occipital. E eram definidas como áreas isoladas, com poucas ou nenhuma conexão com o resto do cérebro.

Esta concepção modular baseava-se na correlação das lesões com as perdas funcionais: uma lesão destrutiva da área visual do córtex occipital produzia cegueira. E a perda de algumas células nesta área pode produzir incapacidade para a visão das cores, ou levar à perda da visão em profundidade, por exemplo.

A estrutura modular, de centros ou áreas celulares, capazes de executar uma determinada função cognitiva, parece certa e evidente a partir da correlação entre lesões focais e perdas funcionais específicas.

Muitos dos textos científicos de Damásio recorrem a esta metodologia.

Goldberg também confirma que esta modularidade é um facto; mas só o é nas partes do nosso cérebro filogeneticamente mais antigas, que partilhamos com os répteis; como é o caso da medula espinal e do tálamo. Nestas estruturas cerebrais e medulares há grupos de neurónios isolados que realizam funções, como por exemplo o controlo do movimento e a resposta imediata aos estímulos sensitivos, como a picada ou o calor, aplicados focalmente.

Também funcionam assim as partes mais antigas do córtex cerebral, como é o caso do módulo de células neuronais no córtex occipital que assegura a visão: no homem, como no réptil ou nos mamíferos. Todos vêm a partir de grupos celulares do córtex occipital, filogeneticamente muito antigo.

Contudo Goldberg faz uma reflexão profunda que vou tentar acompanhar convosco.

Os répteis têm um cérebro já com muitas capacidades, mas estas capacidades são rígidas, respondem ao estímulo cognitivo exterior sem qualquer flexibilidade. Também não indicam qualquer possibilidade de aprenderem com novos estímulos, de criarem respostas novas. Nenhum treinador de circo jamais conseguiu que um jacaré tenha um comportamento diferente dos comportamentos que fazem parte do repertório próprio da espécie a que pertence.

Os mamíferos, com um cérebro mais rico de neurónios corticais, apresentam uma progressiva capacidade de lidarem com a novidade e até com alguma complexidade, de se adaptarem e de aprenderem. Os golfinhos, os cães e os primatas são os exemplos mais estudados e conhecidos destas novas capacidades de cérebros progressivamente mais ricos de neurónios corticais. Antigamente falávamos só de capacidade craniana como equivalente ao volume do encéfalo, fazendo-se estimativas de peso a partir dessa capacidade. Hoje falamos de número de neurónios, que as modernas técnicas permitem contar, com grande aproximação e em locais definidos do cérebro, como veremos.

Olhando para este facto evolutivo, Goldberg tem uma intuição genial: o que aconteceu ao longo de milhões de anos foi uma lenta, longa, contínua e gradual transição das capacidades perceptivas do cérebro, usando novos neurónios distribuídos ao longo de todo o córtex que vai crescendo e expandindo-se, progressivamente.

Portanto, a percepção é a função global do cérebro desde sempre, há um continuum cognitivo que tem evoluído no tempo de forma gradativamente crescente. Este é o cerne da teoria gradativa, que é uma teoria archeo-biológica, no meu ponto de vista.

A modularidade existiu e existe, mas é uma capacidade arcaica; importante, sem dúvida, para uma sobrevivência elementar dos corpos vivos dos animais, na sua relação com o mundo físico. Mas não explica a evolução das capacidades cerebrais.

Nas palavras de Goldberg, “existe um paralelo entre a evolução do cérebro e a evolução do cérebro em si próprio, quer a evolução das nossas teorias sobre o cérebro, ambas são caracterizadas por uma mudança do paradigma modular para o paradigma interactivo.”

Então, no interior do novo paradigma interactivo, Goldberg verificou que o córtex pré-frontal dos lémures, chimpanzés e seres humanos, em relação com a área cortical total, passa de 8,5% no lémur, para 17% no chimpanzé e 29% no Homem. Teria de estar neste neo-córtex a chave para entender as intrínsecas e específicas capacidades dos seres humanos.

Em um pouco mais de 200 páginas Goldberg apresenta, com exuberante fundamento científico, a confirmação de que os lobos pré-frontais humanos são como o CEO, o Chief Executive Officer, desta Empresa multimédia que é o cérebro humano.

Não é fácil resumir os seus argumentos. Mas vou tentar.

O cérebro humano é, como o dos primatas, estruturado a partir de células neuronais, com inúmeros prolongamentos que fazem e desfazem ligações entre si, propiciando a circulação de cargas eléctricas e a produção de neuro-transmissores, peptídicos, que rapidamente são sintetizados e rapidamente se consomem. O cérebro é, assim, um órgão celular, electro-químico, no qual são executadas múltiplas funções – o occipital vê, o temporal ouve, o parietal tateia e o frontal controla os movimentos – baseadas em citoarquitecturas cada vez melhor conhecidas. São factos seguros, mas não explicam a função global que é a que usamos para assegurar o fluxo constante da nossa vida habitual.

No homem, a parte mais frontal do córtex constitui a estrutura mais moderna na evolução dos humanos e é a que está conectada directamente com cada uma das distintas unidades funcionais do cérebro. Está ligado, este córtex pré-frontal e supra-orbitário, com o córtex posterior de associação, a estação mais elevada de integração das percepções, e também com o córtex pré-motor, os gânglios da base cerebral e o cerebelo, tudo estruturas envolvidas nos vários aspectos do controlo motor e dos movimentos. Também está ligado com os núcleos talâmicos dorso-medianos que são a estação mais elevada de integração dentro do tálamo; com o hipocampo e estruturas relacionadas, que se sabe serem as áreas críticas para a memória; e com o córtex cingulado que se presume ser a estrutura chave das emoções e a que procura resolver as incertezas. Liga-se, ainda, à amígdala cerebral que regula as relações básicas das pessoas entre si; e com o hipotálamo que comanda os centros da nossa vida vegetativa. E por último, mas é importante, está conectado com o tronco cerebral que tem a seu cargo a função da activação, do dar-se conta, do prestar atenção, do estar desperto.

Estas conectividades únicas fizeram com que Goldberg considerasse que os lobos pré-frontais eram, verdadeiramente, como o chefe de orquestra que consegue fazer trabalhar todos os instrumentos, em tempos diferentes e em lugares diversos, para obter um resultado global.

O córtex pré-frontal, graças às suas múltiplas ligações como que tem à sua frente, o mapa de todo o restante cérebro, com as funções que cada uma das diversas áreas corticais e sub-corticais sabe executar.

É tentador pensar que o córtex pré-frontal pode ser o pré-requisito crítico para a percepção interior do eu, ou seja da autoconsciência.

Como qualquer aspecto do nosso mundo mental, e estou a citar Goldberg, deve, em princípio, ser autoconsciente, terá de existir uma área de convergência de todos os substratos neuronais desse mundo mental.

Dito isto, Goldberg faz uma provocação, assim:

“A evolução da autoconsciência, que é a expressão mais elevada do cérebro desenvolvido, corre paralelamente à evolução e crescimento da área cortical pré-frontal. De facto, o conceito de *self*, de eu próprio, que é seguramente, o atributo crítico da mente autoconsciente, aparece, rudimentar, nos grandes Primatas e tem a sua plena expressão no Homem. E é precisamente nos grandes Primatas e no Homem que o córtex pré-frontal adquire o maior desenvolvimento, tanto anatómico e estrutural, como funcional. Funções estas conhecidas, também, pelo estudo das consequências das lesões desta área.

Para concluir esta primeira parte direi que o córtex pré-frontal é uma área executiva, que não tem nenhuma função ou competência própria, que esteja ligada ou relacionada com as capacidades perceptivas, sensitivas, sensoriais e, provavelmente, extrasensoriais que constantemente inundam o cérebro, vindas do mundo exterior que nos envolve (quando estamos despertos): que não interfere com o tratamento emocional, afectivo e racional que as estruturas talâmicas, supratálâmicas e corticais dão a todas as percepções; que não tem nada a ver com a forma como os conteúdos perceptivos são analisados, valorizados e arquivados na memória de longa duração ou procedural.

Mas é ele que sabe como usar tudo isto para fazer com que cada um forme e execute decisões e comportamentos, verdadeiramente humanos.

Esta porção do nosso cérebro é bem a imagem do nosso espírito.

E o que é que acontece a este executivo, a este maestro, com o passar dos anos? Será que se cansa, que pousa a batuta na estante já sem partitura ou, como um outro Belmiro, passa o comando dos negócios para os filhos? E terá ele “filhos” para continuarem o seu trabalho?

Goldberg dá-nos a resposta num surpreendente livro, publicado em 2005, com este título provocador: “O paradoxo da sabedoria! Como é que a sua mente fica mais forte à medida que o seu cérebro fica mais velho.”

O desenvolvimento do livro, que é de neurobiologia, assenta na convicção do autor, fazendo eco a uma verificação pragmática e casuística, de que a velhice tem perdas, mas também tem ganhos e que um idoso pode ganhar em sabedoria, *wisdom*, perícia, *expertise*, e competência, o que perde em força física e desembaraço motor. Mas como? É um facto que, com o avançar da idade o número de tarefas cognitivas da vida real que exigem uma criação penosa, esforçada e deliberada de novos constructos mentais, vai diminuindo.

Em sua substituição, resolver um problema (no sentido geral desta expressão) toma, cada vez mais, a forma de um reconhecimento de padrões, *pattern recognition*.

O que significa que, com a idade, vamos acumulando um número crescente de modelos cognitivos, e, consequentemente, um número, sempre crescente de futuros desafios cognitivos que irão cair num desses modelos cognitivos anteriores e serão logo cobertos, aceites e resolvidos.

Progressivamente, a tomada de decisão vai acontecendo cada vez mais pelo processo de reconhecimento de um padrão pré-existente, e cada menos pelo elaborado processo mental de resolução de problemas.

E o reconhecimento de padrões é, demonstradamente, o mais poderoso mecanismo de cognição com sucesso, de boa cognição.

Mas que estruturas são responsáveis por estas duas modalidades de desempenho cognitivo cerebral? E o que lhes acontece com o envelhecimento?

A explicação de Goldberg que vou resumir é esta:

A evolução mostra que depois da constituição do velho córtex surgiu o neo-córtex e finalmente o córtex pré-frontal. E este córtex está dividido por dois hemi-cérebros, um direito, outro esquerdo, que se entre ajudam e até se substituem quando necessário.

Mas a cognição, à medida que progride a idade, vai-se tornando cada vez mais independente da maquinaria neuronal subcortical e das estruturas antigas do córtex.

A passagem da estratégia de resolver problemas, que exige uma cognição minuciosa, para a do reconhecimento de padrões, é, no plano neuronal, passar a capacidade de decidir das áreas cerebrais, directamente cognitivas, para a área do córtex pré-frontal, para o chefe executivo. Que provas temos?



As modernas técnicas de imagiologia cerebral mostram que há perda de neurónios com a idade, em muitas regiões do encéfalo.

Mas a grande boa notícia é que o antigo axioma dos três NNN, *no new neurons*, é falso. Ao longo da nossa vida, desenvolvem-se constantemente novos neurónios a partir de células estaminais residentes. E o grau de desenvolvimento de novos neurónios pode ser influenciado pela própria actividade cognitiva. Porque também o nível do famoso factor neurotrópico, produzido no próprio cérebro, aumenta com o exercício cognitivo, assim potenciando o crescimento dos novos neurónios. Tudo factos experimentais, bem comprovados. E no Homem?

Um bom exemplo arrumou esta questão.

Os condutores de Bus de Londres, estudados com RMN apresentam hipocampus muito maiores do que os da população em geral. O hipocampo é especialmente importante para a criação da memória procedural e estes condutores têm de memorizar os trajectos das diversas linhas de Bus, na complexa cidade de Londres.

Verificou-se, depois, que o aumento da área e do número de células do hipocampo era directamente proporcional ao número de anos a conduzir Bus. Mais anos na profissão significa sempre mais idade, logo o hipocampo deveria estar atrofiado. E não está. Está hipertrofiado.

Mas haverá outros exemplos? Há, mas não posso dar detalhes, só flashes.

Os jovens que aprendem duas línguas maternas têm aumento do número de células do *gyrus angularis* onde se associam os córtex temporal, parietais e occipital para permitirem, no lobo esquerdo, a complexa associação de *inputs* neuronais necessária para a fala. Quem aprende uma segunda e terceira língua, mais tarde, apresenta igualmente o *gyrus angularis* esquerdo mais desenvolvido que nos monolíngues.

A área cortical crítica para a produção de um som, o *gyrus* de Herschel, está muito aumentada, para o dobro, entre os executantes musicais e os não músicos.

Os *jongleurs*, de circo, que procuram trabalhar com 3, depois 4, 5 ou mais bolas, sem as deixar cair, apresentam aumento progressivo de substância cinzenta dos lobos temporais de ambos os hemisférios e do lobo parietal do hemisfério esquerdo. Deixando de praticar, ao fim de 3 meses este efeito de hiperplasia neuronal desapareceu.

Tudo isto é possível porque o cérebro tem células estaminais que produzem novas células que vão para as áreas estimuladas pelo exercício cognitivo.

O mesmo processo de estimulação das células estaminais é, como disse activado pela perda de células.

E o que se passa com esta regeneração das células perdidas, com a idade; é uniforme em todas as áreas cerebrais? Pergunto.

Tudo indica que não. E é aqui que está a chave para a melhoria do cérebro com a idade, na concepção der Goldberg.

As células stem privilegiam as áreas mais antigas filogeneticamente, as que são responsáveis pela vida, ou seja, os núcleos celulares do tronco cerebral e do tálamo. As células estaminais protegem, em primeiro lugar, o centro respiratório, o trabalho cardíaco, a função renal, o que se designa por vida vegetativa.

Em segundo lugar ocupam-se com a reparação das perdas dos sistemas supratalâmicos por onde corre todo o tratamento afectivo e emocional das percepções do mundo, neste incluindo todos os seres vivos animais e vegetais e os outros seres humanos com os quais nos relacionamos.

Finalmente, se ainda puderem ser recrutadas mais células, vai o sistema regenerativo ocupar-se das perdas dos neurónios corticais que fazem a análise lógica das representações simbólicas das percepções e jogam com as ideias abstractas; é por estes neurónios que passa o exercício matemático e a reflexão filosófica, por exemplo.

Então um idoso terá um cérebro progressivamente diferente.

Um cérebro que mantém em bom nível o automatismo respiratório e cardíaco e a capacidade de a pessoa se alimentar e hidratar.

Um cérebro que saberá transformar as percepções sensitivas e sensoriais em afectos, em emoções e em sentimentos. Que manterá, mais ou menos intacta, a capacidade de amar, de se comover com a beleza ou o mal do mundo, de ser generoso e de ser alegre.

Mas um cérebro já pouco interessado em análises miúdas e complexas das percepções ou das ideias abstractas.

Como funcionará, globalmente, este cérebro que os lobos pré-frontais continuam capazes de comandar, quando os idosos vão tomar decisões na sua vida pessoal e relacional?

Este cérebro não usará, para decidir, a metodologia da resolução de problemas, porque não terá já neurónios bastantes para uma boa performance analítica.

Vai preferir o reconhecimento de padrões, integrando a questão nova num padrão já memorizado e arquivado e vai “olhar” esse padrão com a sua inteligência emocional, tal como o terá feito, muitos anos

antes, quando conheceu esse padrão perceptivo pela primeira vez e o memorizou, com uma certa carga afectiva, positiva ou negativa.

Então, o idoso, em cada decisão sobre um facto novo, vai ao seu arquivo de percepções memorizadas na infância e na juventude, quando tudo o que lhe acontecia era novo, vai aí buscar um padrão no qual possa integrar o facto actual.

E a decisão que toma terá a mesma frescura da juventude, a mesma carga emocional e afectiva, a mesma força para decidir rapidamente; e o cérebro executivo concorda logo e dá a ordem de avançar.

A mente do idoso, liberta da maçadoria das análises lógicas, matemáticas, sociológicas, filosóficas, que os neurónios subcorticais fazem, quando conseguem apoderar-se do estímulo perceptivo, e que empecilham as decisões, a mente do idoso responde à ordem do córtex pré-frontal com o seu sistema límbico e amigdalino onde os estímulos da cognição são processados rapidamente e geram emoções, afectos e sentimentos.

Direi, então, que o idoso decide mais rapidamente, porque decide pela estética e não pela avaliação ética ou pela razão lógica.

Os filmes do centenário Manoel de Oliveira são estética pura, são beleza; os últimos projectos do centenário Niemeyer, são edifícios leves, ondeando no espaço.

Muitos idosos soltam-se das rotinas formais para perseguirem e alcançarem um sonho da juventude como ver um pôr-do-sol na Amazónia, esculpir ou pintar.

Como Avôs e Avós conseguem educar netos e netas, para o amor pela maravilha do mundo natural, vegetal e animal, para a importância dos afectos e dos sentimentos, para viverem a mesma alegria quando se tem e quando não se tem, quando se perde ou quando se ganha.

Olhando o mundo de idosos à minha volta e olhando-me a mim próprio, junto-me a Goldberg e respondo:

O cérebro executivo melhora com a idade e a mente afectiva fica mais forte à medida que o cérebro fica mais velho.

Uma palavra final para mitigar o optimismo deste sénior saudável, independente e activo, que vos falou.

É verdade que o cérebro humano pode melhorar com a passagem dos anos e que o uso, constante, da sua principal função, que é a percepção cognitiva, melhora a qualidade das respostas que o

nosso cérebro, constantemente, desenvolve e que são, afinal, o *ethos* e o *pathos* da nossa vida cotidiana. É verdade.

Mas o cérebro de cada um de nós trabalha apoiado no corpo e na sua homeostasia, essencialmente bioquímica.

Se o rim não eliminar a ureia, se o pulmão não oxigenar os tecidos, se o coração não bombear sangue suficiente para os órgãos, se o fígado não produzir proteínas, se o sistema imunológico não anular as infecções microbianas, etc., etc., então, o cérebro executivo não poderá dirigir um maravilhoso órgão, como é o cérebro humano normal num corpo normal, e terá de resignar-se a gerir uma empresa a caminho da falência.

Mas, ele próprio, o cérebro executivo, que me atrevi a considerar como o correlato morfológico da autoconsciência e o suporte físico do espírito, pensado como interioridade, esse assiste, durante bastante tempo, ao processo de perdas progressivas das capacidades do corpo e do restante cérebro e vai aceitá-las, com bonomia ou tristeza, ou vai recusá-las, com cólera. É humano.

Mas, finalmente, quando nenhuma das estruturas cerebrais, corticais, subcorticais, supratalâmicas, talâmicas e do tronco, esteja em condições de trabalhar, de obedecer, o maestro, então, retira-se e ficará apenas o silêncio.

Mas o silêncio da bela orquestra cerebral que durante anos executou tantas e tão maravilhosas sinfonias para o deleite de todos nós que as escutamos, este silêncio merece, agora, o nosso comovido respeito.

Como um dia escrevi, e assim encerro “Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico, mais ou menos rico, mas sempre original e irrepetível.

O que um homem deixa quando morre - os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória nos outros, das suas palavras, dos seus gestos, e do seu sorriso, e, também, os filhos que gerou – tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico; de um certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem.”

## Educação para a Saúde

### O Disfunção Erétil e Envelhecimento<sup>1</sup>

Ana Calafate<sup>2</sup>

Neste mês de Fevereiro, mais precisamente a 14 de Fevereiro, ao incontornável Dia dos Namorados, associa-se o Dia Europeu da Disfunção Erétil, doença amplamente frequente mas ainda muito silenciosa pela “vergonha” com que inúmeros homens e casais a vivem.

A disfunção erétil (DE) ou disfunção sexual masculina é definida como a incapacidade persistente para atingir e/ou manter uma erecção do pénis suficiente para permitir uma penetração sexual satisfatória. Trata-se de um problema de saúde muito frequente e que se estima que atinja 5% dos homens com 40 anos de idade e 15% aos 70 anos, e que tende a aumentar com o inevitável aumento da esperança média de vida podendo até chegar aos 52% nesta faixa etária,. De facto, o envelhecimento é o factor mais associado com aquilo que classicamente se definiu como impotência, termo esse abandonado pelo carácter pejorativo com que “rotula” mais de meio milhão de homens portugueses.

É uma doença que acarreta grande sofrimento, muitas vezes em silêncio, e tem consequências devastadoras a nível individual, familiar, social e mesmo profissional, pois apenas 10% dos homens com disfunção erétil estão a receber tratamento.

#### CLASSIFICAÇÃO

A erecção peniana é uma resposta complexa a diferentes estímulos e que depende da activação de vários componentes do corpo humano. Desencadeia-se pela integração de estímulos processados pelo cérebro, espinal medula e sistema nervoso autónomo no órgão alvo que é o pénis, pelo que há diferentes alterações ao longo deste “percurso” que podem impedir a erecção. Estas dividem-se em:

<sup>1</sup> Artigo originalmente publicado no Jornal “A Voz de Ermesinde” na Edição de 15-02-2010.

<sup>2</sup> Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. ACES Porto Ocidental – UCSP Foz do Douro.  
E-mail: anacalafate@hotmail.com

**1. Psicogénicas** – devido a uma inibição central do mecanismo da erecção, na ausência de qualquer alteração física, o que inclui ansiedade de performance, problemas situacionais do casal, diminuição da libido (desejo), stress e cansaço diário, depressão, etc.

**2. Orgánicas** – devido a lesões ou alterações que podem ser neurogénicas (lesões da medula, neuropatia por diabetes, alcoolismo, etc.), hormonais (tumores da hipófise, do hipotálamo, tratamento anti-androgénico), arteriais (envelhecimento, aterosclerose, diabetes, traumatismo), cavernosas (doença de La Peyronie, fibrose, traumatismo) e fármacos ou drogas (tabaco, bloqueadores beta, diuréticos tiazídicos, espironolactona, estatinas).

**3. Mistas** – em que ambos os tipos de alterações estão presentes.

Na maioria dos homens a DE é devida a múltiplos factores, embora um factor ou um conjunto de factores possa ser dominante. A maioria dos factores que afecta a prevalência da DE orgânica está relacionada com doenças crónicas, cirurgias e traumatismos, farmacoterapia, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Em doentes com idade mais avançada a DE é frequentemente associada a vários medicamentos (25% dos casos de DE podem ser atribuídos a medicamentos tomados para tratar outras patologias), nomeadamente ansiolíticos (benzodiazepinas, fenotiazinas), antidepressivos (tricíclicos, fluoxetina), antihipertensivos (bloqueadores beta, diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina), antiparkinsonianos (levodopa) e outros fármacos como a digoxina, cimetidina e indometacina, pelo que a DE induzida por fármacos não deve ser subestimada.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito sobretudo pela história médica e psico-sexual, e no exame físico do doente.

A **história clínica** é um instrumento importante para investigar os factores que podem estar implicados na DE. A primeira consulta deverá ser longa de modo a permitir que o doente se descontraia e estabeleça uma relação de confiança com o médico.

A **história sexual** deve ser elaborada com dados colhidos junto do doente e da/o parceira/o sexual, sempre que possível. Para ajudar a definir a natureza da DE e a distingui-la de outras formas de disfunção

sexual, é necessário obter informação sobre a percepção relativamente à DE, incluindo modo de início, extensão da incapacidade, existência de ereções matinais ou nocturnas, frequência e duração das ereções e satisfação sexual.

O Médico de Família tentará encontrar factores de risco importantes como a diabetes, doença cardíaca isquémica, hipertensão arterial e hipercolesterolemia (colesterol elevado), podendo ser necessário a obtenção de análises gerais ou até mesmo a referência a consulta de Urologia / Sexologia, disponíveis em alguns hospitais portugueses.

### TRATAMENTO

As opções terapêuticas têm evoluído muito nos últimos anos, permitindo corrigir a disfunção erétil e propiciar satisfação à relação sexual. Na discussão das várias alternativas é sempre importante contar com a presença da/o companheira/o sexual para melhor compreensão do problema e procura da melhor alternativa terapêutica para o casal.

A abordagem terapêutica pode incluir outros profissionais (enfermeiros, psicólogos, terapeutas sexuais) numa abordagem transdisciplinar sempre que a situação o requerer e o doente estiver de acordo.

Todos os doentes devem ser aconselhados a manter um estilo de vida saudável, evitando o consumo de álcool e tabaco, mantendo atividade física regular e alimentação equilibrada. É também muito importante que o casal conheça a evolução da sexualidade com a idade, nomeadamente da necessidade de reajuste das técnicas sexuais e da importância dos preliminares e lubrificação.

As restantes intervenções dividem-se em:

- 1. Aconselhamento** – terapia de casal (problemas da comunicação e a ansiedade de “performance”);
- 2. Medicamentos orais** – constituem hoje a 1ª linha para a maioria dos doentes os inibidores da 5-fosfodiesterase (vardenafil-Levitra®, sildenafil-Viagra® e tadalafil-Cialis®). Apesar de terem alguns efeitos adversos e contra-indicações (nomeadamente nos doentes medicados com nitratos), são medicamentos bastante seguros mas que devem ser sempre prescritos por um médico, que deverá avaliar a segurança da sua administração).

**3. Tratamento local** – como as injeções intra-cavernosas ou intrauretrais e os dispositivos de vácuo, que são úteis nos indivíduos que têm contra-indicação para os fármacos orais;

**4. Tratamento cirúrgico** – cirurgia vascular e prótese peniana, reservadas para casos muito específicos.

É minha opinião que se torne fulcral que os Médicos de Família revejam a importância da abordagem deste tema com os seus pacientes, nomeadamente com os mais idosos, por forma a dissipar o “tabu” em que ele se envolve. É papel do Médico de Família, paradigma da Medicina transversal e que acompanha o seu doente em todas as fases da vida, ajudá-lo a encontrar a solução que melhor se adequa ao seu problema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Heidelbaugh JJ. (2010), Management of Erectile dysfunction, Am Fam Physician. 2010 Feb 1;81(3):305-12;
- Levine, LA. (2000) Diagnosis and treatment of Erectile Dysfunction, Am J Med, 2000 Dec 18;109 Supl 9A:3S-12S;
- Santos Dias, J., Parada, B., Vendeira, P., (2008). Urologia em 10 minutos, Bayer Healthcare, 16-28;
- Burnett AL. (1998) Erectile dysfunction: a practical approach for primary care. Geriatrics; 53(2): 34-5, 39-40, 46-8.



# REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE GERONTOLOGIA

Universidade Sénior Contemporânea



**UNIVERSIDADE SÉNIOR  
CONTEMPORÂNEA**

**Aprender muito - Conviver sempre**

**Conhecer mais - Em Família**

<http://usc.no.sapo.pt>

## DISCIPLINAS TEÓRICAS

- Iniciação ao Inglês
- Inglês II
- Inteligência Emocional
- História da Cidade e dos Monumentos Portuenses
- História Universal
- Jornalismo e Actualidade
- Lendas, Provérbios e Ditados Populares

## DISCIPLINAS PRÁTICAS

- Iniciação à Informática
- Informática II
- Iniciação à Internet
- Internet II
- Pintura
- Dança
- Teatro e Expressão Dramática
- Poesia
- Hidroginástica
- Chi Kung
- Ginástica

## Actividades Extra-Curriculares

- Passeios
- Visitas de Estudo
- Workshops

## DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

- Revista Transdisciplinar de Gerontologia
- Palestras

## DEPARTAMENTO CULTURAL

- Jornal Actual Sénior (on-line)
- Rádio USC- em Podcast (on-line)
- Galeria Vistual dos Alunos de Pintura (on-line)
- Canal de Televisão e Vídeo (online)

