



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO / INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS
CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS POPULARES

DISSERTAÇÃO

Atividades Físicas, Socioculturais e Educacionais e Níveis
de Depressão e de Disfunção Cognitiva em Idosos Ativos Física e Socialmente.

SUELY DE OLIVEIRA SCHUSTOFF

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO / INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS
CONTEMPORÂNEOS E DEMANDAS POPULARES

**Atividades Físicas, Socioculturais e Educacionais e Níveis
de Depressão e de Disfunção Cognitiva em Idosos Ativos Física e Socialmente.**

SUELY DE OLIVEIRA SCHUSTOFF

Sob a orientação do Prof.

Dr. José Henrique dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Educação no Programa de Pós Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Seropédica, RJ
Agosto, 2012

613.0438

S395a

T

Schustoff, Suely de Oliveira, 1952-

Atividades físicas, socioculturais e educacionais e níveis de depressão e de disfunção cognitiva em idosos ativos física e socialmente / Suely de Oliveira Schustoff. - 2012.

x, 47 f.: il.

Orientador: José Henrique dos Santos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares, 2012.

Bibliografia: f. 43-47.

1. Envelhecimento - Aspectos da saúde - Teses. 2. Exercícios físicos para idosos - Teses. 3. Interação social na velhice - Teses. 4. Idosos - Educação - Teses. 5. Cognição em idosos - Teses. 6. Depressão em idosos - Teses. I. Santos, José Henrique dos, 1961- II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Curso de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO/INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
PPGEduc - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONTEXTOS CONTEMPORÂNEOS E
DEMANDAS POPULARES

SUELY DE OLIVEIRA SCHUSTOFF

***"Atividades Físicas, Socioculturais e Educacionais e Níveis de Depressão e de
Disfunção Cognitiva em Idosos Ativos Física e Socialmente"***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares da
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Estudos Contemporâneos e Práticas Educativas

Dissertação aprovada em defesa pública em 24/08/2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. José Henrique dos Santos (orientador)
UFRRJ


Prof. Dr. Marcos Aguiar de Souza
UFRRJ


Prof. Dr. Estélio Henrique Martin Dantas
UNIRIO

Seropédica - RJ
Agosto de 2012.

DEDICATÓRIA

Aos idosos que contribuíram para realização dessa pesquisa

AGRADECIMENTOS

A todos que, direta e indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho. As pessoas aqui não mencionadas sintam-se abraçadas e que possam me perdoar a não menção.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Contextos Contemporâneos e Demandas Populares (PPGEduc) pela possibilidade do convívio com mestres e colegas para a realização do mestrado.

Ao meu departamento, Departamento de Psicologia (DEPSI) pelo incentivo, apoio e facilitação para que eu aqui chegasse.

Agradeço, especialmente, ao Prof^o Dr. José Henrique dos Santos que orientou a realização deste trabalho alternando o rigor acadêmico com afetividade e generosidade, dedicando-me uma disponibilidade incomensurável. Por todo o aprendizado que me proporcionou, meu eterno respeito e gratidão.

À banca examinadora, Prof^o Dr. Estélio Henrique Martin Dantas e Prof^o Dr. Marcos Aguiar de Souza, pela amabilidade de aceitarem a participação nessa banca.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Pedagogia e de Educação e Esporte, do passado e do presente.

À secretária do Instituto de Educação da UFRRJ, Sr^a Eziléa Moraes de Souza Cardoso, que com todo desvelo esteve, incansavelmente, presente para a efetivação desse momento.

À amiga Izaurinha que foi e sempre será reconhecida importantíssima para que esse dia acontecesse.

Rosa Cristina Monteiro, Simone Ramos e Tarci Gomes Parajara.

Ao meu amigo José Henrique pela infinita paciência, carinho e confiança na velhice.

RESUMO

SCHUSTOFF, Suely de Oliveria. **Atividades físicas, socioculturais e educacionais e níveis de depressão e de disfunção cognitiva em idosos ativos física e socialmente.** 2012. 78 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Instituto de Educação/ Instituto Multidisciplinar. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica, RJ. 2012.

Um dos grandes temas que tem merecido discussão na contemporaneidade é o envelhecimento humano. Inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas nesta área, objetivando diminuir as perdas consequentes deste processo e transformar as vidas cada vez mais longas, harmoniosas e saudáveis. Existe, atualmente, uma proliferação de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”, que se presentificam em universidades públicas e privadas, em centros de saúde, em órgãos privados como o SESC, em espaços culturais e religiosos. Com o envelhecimento o indivíduo depara-se com um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais. A depressão e o déficit das funções cognitivas estão entre os principais problemas de saúde mental na terceira idade. O envelhecimento saudável é determinado pela manutenção de certo nível de estabilidade nas funções biopsicossociais. As atividades físicas, socioculturais e educativas para idosos encontram-se na perspectiva da educação permanente. O objetivo da pesquisa foi investigar em que medida a prática de atividades físicas, socioculturais e educacionais informais influenciam os perfis de depressão e declínio das funções cognitivas verificados em idosos. A pesquisa se desenvolveu sob a perspectiva quali-quantitativa. A amostra foi constituída de 74 idosos, de ambos os sexos, participantes de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), domiciliados (GDOMI) e oriundos de instituições de longa permanência (GILPI). Os instrumentos utilizados foram a Escala de depressão geriátrica (GDS) reduzida e o Miniexame do estado mental (MEEM). Os resultados mostram que o GUATI e GDOMI apresentam índices significativamente menores de déficit cognitivo que o GILPI. Relativamente aos índices de depressão geriátrica as diferenças foram significativas apenas entre o GUATI e o GDOMI, com resultados mais positivos de estado mental no GUATI. As variáveis demográficas significativamente associadas aos escores de MEEM foram a idade e a escolaridade. A idade se correlacionou direta e positivamente com o déficit cognitivo, enquanto a escolaridade apareceu inversamente associada com os estados de déficit cognitivo. O nível de escolaridade foi inversamente relacionado com estados críticos de depressão. Mediante o teste quiquadrado verificou-se a associação significativa entre a prática de atividade física e escolaridade com as categorias de déficit cognitivo. Entretanto não se verificou nenhuma associação entre variáveis demográficas e psicossocioeducacionais com os escores de EDG. A pesquisa ratificou a literatura no que diz respeito aos fatores associados ao bem estar dos idosos, com relevo para a escolaridade e prática de atividade física em relação às funções cognitivas dos idosos.

Palavras-Chave: Idoso, atividade física, educação, cultura, socialização, depressão, disfunção cognitiva.

ABSTRACT

SCHUSTOFF, Suely de Oliveria. **Physical activity, socio-cultural, and educational associations with levels of depression and cognitive impairment in elderly physically and socially active.** 2012. 78 p. Dissertation (Master Science in Education). Instituto de Educação/ Instituto Multidisciplinar. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica, RJ. 2012.

One of the major themes that have been discussed in the contemporary world is the human aging. Numerous studies have been performed in this area, aiming to reduce losses of this process and promote a longer, healthier and harmonious life. Currently there is a proliferation of spaces for elderly cohabitation, or so-called "third age groups," which are promoted by public and private universities, health centers, private organs like the SESC, as well as cultural and religious spaces. During aging the individual is faced with a set of biological, psychological and social changes. Depression and deficits in cognitive function are among the major mental health problems in old age. Healthy aging is determined by the maintenance of a certain level of stability in the biopsychosocial functions. Physical, socio-cultural and educational activities for seniors represents opportunity for continuing education. The objective of the research was to investigate how the practice of informal physical, socio-cultural and educational activities influence the profiles of depression and decline in cognitive function observed in the elderly. The research was developed in the qualitative and quantitative perspectives. The sample were 74 elderly of both sexes, participants from institutions aging management (GUATI), domiciled (GDOMI) and long stay institutions (GILPI). The instruments used were the Geriatric Depression Scale reduced (GDS) and the Mini Mental State Examination (MMSE). The results show that GUATI and GDOMI groups had significantly lower rates of mild cognitive impairment compared to GILPI. The rates of geriatric depression were significantly different only between GUATI and GDOMI with more positive mental state for GUATI. Demographic variables significantly associated with MMSE scores were age and education. Age was positively correlated with mild cognitive impairment, while schooling appeared inversely associated with mild cognitive impairment. The educational level was inversely associated with critical states of depression. The chi-square test indicated a significant association between physical activity and education with the categories of mild cognitive impairment. However there was no association between demographic and psychological, social and educational variables with GDS scores. The research confirmed the literature regarding the factors associated with mental health of older people, especially the relationship between education and physical activity with cognitive functions of elderly people.

Key Word: Older people, physical activity, education, culture, socialization, depression, mild cognitive impairment.

Lista de Figuras

Figura	Título	Página
Figura 1.	Escolaridade dos idosos em anos de formação.....	24
Figura 2.	Distribuição dos escores do MEEM e EDG.....	25
Figura 3.	Escolaridade em anos dos idosos do GUATI.....	27
Figura 4.	Escolaridade em anos dos idosos do GDOMI.....	30

Lista de Tabelas

Tabela	Título	Página
Tabela 1.	Caracterização da amostra por sexo, estado civil e nível de escolaridade.....	23
Tabela 2.	Classificação das atividades cotidianas dos Idosos.....	24
Tabela 3.	Proporção de idosos em categorias de funções cognitivas e depressão geriátrica.....	26
Tabela 4.	Distribuição dos idosos por grupo de pertença.....	26
Tabela 5.	Caracterização das variáveis demográficas dos idosos do GUATI.....	27
Tabela 6.	Atividades cotidianas dos idosos do GUATI.....	28
Tabela 7.	Distribuição dos escores do MEEM e EDG dos idosos do GUATI.....	29
Tabela 8.	Caracterização de variáveis demográficas dos idosos do GDOMI.....	29
Tabela 9.	Atividades cotidianas dos idosos do GDOMI.....	30
Tabela 10.	Distribuição dos escores do MEEM e EDG dos idosos do GDOMI.....	31
Tabela 11.	Caracterização de variáveis demográficas de idosos do GILPI.....	32
Tabela 12.	Atividades cotidianas dos idosos do GILPI.....	32
Tabela 13.	Distribuição dos escores do MEEM e EDG dos idosos do GILPI.....	33
Tabela 14.	Comparação dos escores do Mini Exame do Estado Mental dos grupos GUATI, GDOMI E GILPI.....	33
Tabela 15.	Comparação dos escores da Escala de Depressão Geriátrica dos grupos GUATI, GDOMI E GILPI.....	34
Tabela 16.	Coefficiente de correlação linear de Pearson entre idade, escolaridade em anos e as medidas estado mental e de depressão.....	35
Tabela 17.	Associação entre o nível de escolarização e os escores de déficit cognitivo.....	37
Tabela 18.	Associação entre o envolvimento em atividade física e escores de déficit cognitivo.....	38

ÍNDICE

Capítulo I - O problema	Página
1. Introdução.....	1
1.1. Problematização e justificativa.....	1
1.2. Objetivos.....	4
1.2.1 Objetivo geral.....	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
1.3. Justificativa.....	5
1.4. Relevância.....	5
1.5. Hipótese substantiva.....	6
1.6. Questão a investigar.....	6
Capítulo II - Revisão de Literatura	
2.1. O fenômeno do envelhecimento.....	7
2.2. Aspectos biológicos do envelhecimento.....	8
2.3. Aspectos psicológicos do envelhecimento.....	9
2.4. Aspectos sociais do envelhecimento.....	10
2.5. Alterações psicossociais relacionadas ao envelhecimento.....	11
2.5.1. Depressão no idoso.....	11
2.5.2. Declínio cognitivo no idoso.....	13
2.5.3. Depressão e déficit das funções cognitivas.....	13
2.6. O envelhecimento saudável.....	14
2.6.1. Da velhice à terceira idade.....	15
2.6.2. Educação permanente de caráter informal para a terceira idade.....	16
2.6.2.1. As atividades físicas, sócio culturais e educacionais no processo de envelhecimento.....	17
Capítulo III - Metodologia	
3.1. Modelo de Estudo.....	20
3.2. Amostra.....	20
3.3. Instrumentos.....	20
3.3.1. Testes.....	20
3.3.2. Entrevistas e Diário de campo.....	21
3.4. Procedimentos.....	21
3.5. Análise de Dados.....	21

Capítulo IV - Resultados e Discussões

4.1.	Caracterização global dos idosos.....	23
4.2.	Caracterização dos grupos de idosos.....	26
4.2.1.	Caracterização do grupo universidade aberta da terceira idade – GUATI.....	26
4.2.2.	Caracterização do grupo de idosos domiciliados – GDOMI.....	29
4.2.3.	Caracterização do grupo de idosos abrigados em instituição de longa permanência – GILPI.....	31
4.3.	Comparação de MEEM e EDG dos grupos GUATI, GDOMI e GILPI.....	33
4.4.	Análise de relações entre MEEM, EDG e variáveis demográficas.....	35
4.5.	Análise dos escores de MEEM e EDG em função de variáveis demográficas e atividades livres de idosos.....	37

Capítulo V - Considerações Finais e Recomendações

5.	Considerações e Recomendações.....	40
6.	Referências.....	43

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro, nesta seção, contextualiza o problema, delinea os objetivos da pesquisa, justifica e apresenta a relevância com a sua realização. O segundo capítulo reúne o referencial teórico acerca do objeto central da pesquisa, i.e., as questões que envolvem o envelhecimento e os fatores que lhes são associados. No terceiro capítulo são apresentados o método, procedimentos, instrumentos e as ferramentas estratégicas de análise dos dados. No quarto capítulo são relatados e discutidos os resultados mediante a descrição dos escores das variáveis dependentes expressas nos comprometimentos cognitivo e emocional verificado na amostra de idosos investigados, bem como as variáveis independentes que se manifestaram associadas. O quinto e último capítulo refere as conclusões e considerações finais da autora sobre os resultados encontrados e relações sobre as consequências da pesquisa para o acúmulo e ratificação do conhecimento existente sobre o objeto investigado.

1.1. Problematização e Justificativa

Um dos grandes temas que tem merecido discussão na contemporaneidade é o envelhecimento humano. No intuito de buscar respostas e soluções para os decréscimos atribuídos ao envelhecimento, inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas nesta área, objetivando diminuir as perdas consequentes deste processo e transformar as vidas cada vez mais longas, harmoniosas e saudáveis.

Inevitavelmente estamos diante de uma explosão demográfica no segmento da terceira idade. A população idosa brasileira em 1980 representava 6,1% da população total do país, ocasião em que os dados demográficos já apontavam que a partir do ano 2000 a população brasileira de 60 anos ou mais estaria crescendo a taxas oito vezes superiores às taxas de crescimento da população jovem.

Os estudos sobre o envelhecimento da população brasileira constatarem um crescimento vertiginoso deste segmento e apontam para 2025 um contingente de idosos que permitirá ao Brasil ocupar o sexto lugar no mundo em população idosa (VERAS; CAMARGO, 1995).

Para Baltes; Smith (2006) a longevidade se sustenta na melhoria das condições de vida. Melhorias estas tanto nos aspectos ambientais e sociais quanto tecnológicos. Uma das teorias biológicas sobre o envelhecimento humano atribui às mudanças genéticas e do metabolismo das células as possíveis influências no processo de envelhecimento (STOPPER JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999).

Para Simões (1998) o processo de envelhecimento está relacionado aos fatores morfológicos, psicológicos, hereditários, culturais, intelectuais e raciais que muitas vezes determinam o aparecimento ou agravamento de doenças nesta fase da vida. O idoso acometido por consequências inerentes a estes fatores padecerá de um decréscimo funcional em seu organismo, carecendo, conseqüentemente, de uma readaptação nos níveis social, psicológico e físico. Estes agravantes do processo de envelhecimento não ocorrem isoladamente e sua velocidade varia de pessoa para pessoa (MAZO; GIODA; SCHWERTNER; GALLI; GUIMARÃES; SIMAS, 2005).

As tarefas que antes eram simples e fáceis de serem realizadas como varrer, trocar de roupa, dirigir, agora se constituem em dificuldades que exigem do idoso uma readaptação no seu cotidiano (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999).

Contudo o envelhecimento não deve ser enfrentado como o fim da vida e, menos ainda, justificado como impotência física, social ou psíquica (SIMÕES, 1998). Vive-se para envelhecer com variáveis que estão sujeitas ao empenho de cada um em tentar suavizá-las.

Desse modo, a velhice não deve ser concebida como uma doença, mas sim como uma fase natural da vida em que o corpo muitas vezes reflete as consequências do passado. Para Blazer (1999, p. 15) *“o envelhecer bem não se define com facilidade, mas cada um de nós reconhece com facilidade aqueles idosos que parecem ter envelhecido com sucesso”*.

As características individuais, como a herança genética, e de fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais ao longo da vida são determinantes do ritmo e intensidade das alterações do processo de envelhecimento (CHAIMOWICZ, 1997).

Embora o idoso tenha acumulado, durante toda a sua vida, um arsenal de experiência, e a mídia contribua com a divulgação de informações sobre o envelhecimento, a sociedade ainda é bastante preconceituosa no que diz respeito ao “velho”, estereotipado como imprestável, sendo marginalizado e desprezado. Talvez aí esteja o cerne da carência emocional e afetiva vivenciada por um grande número de idosos (SIMÕES, 1998).

O caráter preconceituoso e segregatório da sociedade brasileira, por vezes, induz o idoso a vivenciar um sentimento de inutilidade social que o torna conseqüentemente “inativo” enquanto sujeito pertencente à história e à cultura da sua própria sociedade. A rejeição da sociedade acarreta, ainda, um anonimato do idoso no meio social que reforça a visão negativa sobre o “velho” o qual é considerado “inutilizável” (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999). Diante da rejeição social só resta ao idoso o descontentamento com a vida.

Blazer (1999) propõe que o envelhecimento seja dividido em duas categorias: o envelhecimento primário ou senescência que corresponde ao processo de mudanças biológicas influenciado pela hereditariedade; e o envelhecimento secundário ou senilidade que deriva de fatores hostis, ambientais ocasionados por traumas ou doenças. É importante frisar que o processo de envelhecimento apresenta doenças características dessa fase que podem ser conseqüências tanto da senescência quanto da senilidade.

Shephard (2003) enfatiza as mudanças físicas como características marcantes do envelhecimento: aumento da massa corporal durante a meia idade e constância na velhice devido ao tecido magro que é substituído por gordura; declínio crescente da força e resistência aeróbia face à perda da massa muscular; progressiva vulnerabilidade às fraturas pela perda de minerais no componente ósseo; surgimento de artrite devido à deterioração nas superfícies das articulações; vulnerabilidade à torções e luxações devida à perda de elasticidade nos tendões e ligamentos; decréscimo da frequência cardíaca máxima; aumento da pressão arterial sistólica; enrijecimento da caixa torácica em contraposição com a perda da elasticidade no tecido pulmonar; dificuldades de memória a curto prazo, de cognição e de aprendizado de novas tarefas devido ao envelhecimento do cérebro; déficit visual e auditivo.

O fim da vida reprodutiva e de cuidado dos filhos para a mulher e o fim da vida profissional para o homem constituem mudanças de papéis sociais marcantes no processo de envelhecimento (STOPPE JUNIOR E LOUZÃ NETO, 1999). Para Mazo et al. (2005, p. 46), *“as mudanças decorrentes do envelhecimento humano fazem parte da terceira idade num período de grande necessidade de ajustamento emocional”*.

O aumento da população idosa também está relacionado ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, entre elas as que comprometem o sistema nervoso central, em especial a depressão. No entanto, a constatação de lentificação dos processos mentais no envelhecimento normal, não significa perda das funções cognitivas. Embora os sintomas depressivos possam acometer qualquer ser humano em qualquer faixa etária da vida, a incidência maior desses sintomas é diagnosticada na população idosa cujas limitações e perdas acarretam conseqüentemente sentimentos de autodepreciação (ZIMERMAN, 2000). O idoso deprimido, normalmente, apresenta uma piora expressiva em seu estado geral e uma

diminuição na qualidade de vida. A gravidade da situação reflete-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos (BALLONE, 2001).

A atividade em geral, física ou de outra natureza, é uma variável constantemente mencionada na literatura como protagonista para a qualidade de vida na velhice. Entretanto, a aptidão física não se superpõe às condições emocional e social. O exercício físico deve ser pedagogicamente programado e orientado a fim de que a ação mecânica seja aliada à ação mental, proporcionando assim uma melhoria global das capacidades do idoso evitando o declínio natural da velhice.

Graças ao surgimento dos grupos e centros de convivência, desde a década de sessenta, trabalhos sociais vêm sendo desenvolvidos por meio de atividades de lazer e cultura bem como de palestras sobre temas de considerável importância para a compreensão do processo de envelhecimento.

Existe, atualmente, uma proliferação de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”, que se apresentam em universidades públicas e privadas, em centros de saúde, em órgãos privados como o SESC, em espaços culturais e religiosos. Essa busca atual da sociedade por esses espaços configura uma forma de engajar e reintegrar os idosos ao meio social.

Derbert (1999) denomina esses novos espaços que trabalham com o tema do envelhecimento na atualidade de “formas de gestão da velhice” (p.30), através das quais se adquire uma compreensão do diálogo entre as representações do envelhecimento e as práticas voltadas para um envelhecimento saudável ou bem-sucedido, e nelas entram em cena os diversos programas voltados para a terceira idade, ou para o público idoso.

O mesmo autor salienta ainda o contexto em que se dá o surgimento dos grupos de convivência e as universidades e onde uma nova linguagem é instituída para tratar os velhos e aposentados: velhice passa a se chamar “terceira idade”, aposentadoria cede lugar à “aposentadoria ativa”, asilo é substituído por “centro residencial”, assistente social passa a ser chamado de “animador” e a ajuda social ganha nome de “gerontologia”. Do mesmo modo, a aposentadoria deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade e lazer.

Na tentativa de promover a política de inclusão social é que desde 1980 as Universidades Brasileiras desenvolvem programas de atendimento à terceira idade trazendo o idoso para o espaço que até então era ocupado somente pelos jovens universitários. Desde então as Instituições de Ensino Superior vêm criando unidades de Universidade Aberta à Terceira Idade – UATI e desenvolvendo uma política de atendimento que atua na perspectiva da inclusão social e da Educação para a cidadania, alicerçadas nas perspectivas da Corporeidade, da Cultura, da Educação e da Aprendizagem, como direitos e benefícios que atendam as suas necessidades, com base na concepção de Educação para todos.

É interessante observar, principalmente através da clientela das UATI, que a população mais velha tem demonstrado uma crescente procura pelas atividades educacionais – aqui entendidas como qualquer atividade que possa enriquecer ou promover maior qualidade de vida e a educação de caráter permanente, e justo pelo segmento da sociedade que envelheceu à margem, mas que preserva a crença na educação como um instrumento para ascensão social e de promoção do envelhecimento com qualidade.

O exercício da cidadania num mundo acelerado pelas novas tecnologias exige uma mobilização constante tanto dos processos cognitivos quanto dos sociais evitando, assim, o isolamento social e promovendo o crescimento pessoal através da aquisição de novos conhecimentos característicos do mundo contemporâneo. A convivência grupal tem demonstrado agregar um grande número de idosos que rejeitam vivenciar solitariamente experiências de liberdade e afetivo-emocional.

Essa é a perspectiva das UATI, as quais ao atender pessoas da “melhor idade” através de um trabalho interdisciplinar oferecem para os idosos a possibilidade de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos específicos em inúmeras áreas por meio de um conjunto de atividades teórico-práticas. Com isso os programas dirigidos à terceira idade buscam suavizar os problemas de saúde física e emocional mais comuns na velhice, pois a saúde se projeta através do bem-estar físico, mental e social, e não somente pela ausência de doenças.

As atividades corporais e os movimentos expressivos são elementos fundamentais em quase todas as instituições que atendem à terceira idade, incentivando a participação ativa e dinâmica do grupo, procurando minimizar o preconceito a que estão submetidos e a valorizar as potencialidades de cada participante. Dessa forma, a oferta variada de modalidades físicas e recreativas procura proporcionar momentos descontraídos de interação entre grupos, desinibindo e socializando os pares. As atividades tendem a ser interessantes, desafiantes e conduzem a novas descobertas. Como consequência, observa-se nos idosos atitudes positivas perante a vida, elevação da autoconfiança, da autoestima e uma vida mais saudável com a sensação de bem estar pelos benefícios possibilitados pelas experiências corporais.

Os resultados de pesquisas permitem constatar que as atividades físicas não só constituem elementos motivadores para a mobilização ativa e participativa, como também abrem oportunidade de atenção as demais demandas pessoais dos idosos através de outras atividades oferecidas pelas instituições. Segundo Fenalti; Schwartz (2003), os elementos motivadores mais importantes que levaram os idosos a participar da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI/ESALQ), tais como, preencher o tempo livre, procurar atividades culturais e físicas, fugir da rotina, participar de viagens turísticas e procurar o bem-estar geral estão diretamente relacionados às concepções do lazer.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de, através da intercessão dos princípios da Psicologia e da Educação, ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida dos idosos mediante a observação das possíveis relações existentes entre a prática de atividades físicas, socioculturais e educacionais pelos idosos e os comprometimentos cognitivos e emocionais. A escassez de estudos sobre os efeitos da educação informal oferecida nas UATI para a qualidade de vida de idosos representa a principal motivação para analisar a correlação entre as atividades educativas informais em educação e os processos depressivos e de declínio das funções cognitivas de idosos. Pressupõe-se que o estudo desta natureza contribuirá para ampliar a compreensão sobre os fatores associados ao bem estar dos idosos, na medida em que estas variáveis reconhecidamente exercem efeitos críticos a sua saúde mental e a percepção da própria corporeidade, acarretando, em função de suas distintas expressões, sérios prejuízos ou benefícios à inserção social destes indivíduos.

1.2 – Objetivos

Os objetivos da pesquisa são enunciados na sua forma geral e específica.

1.2.1 Objetivo geral

Investigar se as variáveis demográficas e o envolvimento com os processos educacionais informais e atividades de tempo livre se correlacionam com os quadros de comprometimento cognitivo e emocional apresentados por idosos oriundos de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), domiciliados (GDOMI) e de instituições de acolhimento de longa permanência (GILPI), bem como se existem diferenças entre estes grupos.

1.2.2 Objetivos específicos

1.2.2.1. Caracterizar a demografia, a natureza do envolvimento em atividades físicas, sociocultural e educacionais e os escores de déficit cognitivo e depressão geriátrica de idosos oriundos de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), domiciliados (GDOMI) e de

instituições de acolhimento de longa permanência (GILPI).

1.2.2.2. Comparar os escores de déficit cognitivo e de depressão entre os grupos de idosos participantes de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), idosos domiciliados (GDOMI) e idosos oriundos de instituições de longa permanência (GILPI).

1.2.2.3. Verificar se existem correlações entre variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e os escores de déficit cognitivo e de depressão dos idosos participantes de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), idosos domiciliados (GDOMI) e idosos oriundos de instituições de longa permanência (GILPI).

1.2.2.4. Analisar se as atividades de natureza físicas, socioculturais e educacionais realizadas pelos idosos de cada grupo de pertença se associam aos escores de déficit cognitivo e de depressão.

1.3. Justificativa

O aumento vertiginoso da população idosa no torna evidente a necessidade da ciência promover a produção de conhecimentos que contribuam para o avanço de políticas públicas de inclusão para proporcionar um envelhecimento digno e bem sucedido ao ser humano.

O processo de envelhecimento é extremamente complexo e multifatorial em vista de sua natureza multidisciplinar. O estudo desse fenômeno tem gerado um grande número de teorias e uma vasta literatura. Os significados e as explicações sobre o fenômeno do envelhecimento não se restringem às questões orgânicas e psicológicas, se manifestando também intimamente relacionadas às características socio-histórico-culturais e condicionando as práticas de saúde e educacionais, expressando a dinamicidade desses processos.

Acredita-se que a investigação sobre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais associados ao envelhecimento humano pressupõe o desafio de buscar abordagens híbridas de pesquisa que contemplem o caráter multidisciplinar e multifatorial de análise. Nesse sentido se propõe uma pesquisa que busca promover a intercessão dos princípios da Psicologia, da Educação e da Educação Física, visando ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida dos idosos mediante a observação da relação entre a prática de atividades físicas, socioculturais e educacionais e de comprometimentos cognitivos e emocionais.

Diversos estudos apontam a influência de variáveis demográficas sobre a saúde física e mental dos idosos, mas nem sempre ficam claras a direção dessa influência, como é o caso da escolaridade sobre a saúde mental destes indivíduos. Da mesma forma, os exercícios físicos afirmam-se fortemente como atividades que promovem o retardamento do envelhecimento ou suavizam a sua ocorrência.

A replicação de pesquisas sobre os fatores que condicionam a saúde mental dos idosos sob novas perspectivas emergem com a possibilidade de ratificar como determinadas condições e contextos interferem nos processos consequentes do envelhecimento, neste estudo, em relação ao estado de saúde mental dos idosos. A crescente emergência de instituições de gestão de envelhecimento com programas de cunho socializante baseados em atividades físicas, culturais, sociais e educacionais, e a verificação empírica, mas ainda assistemática, de seus benefícios aos idosos motivam a análise científica deste fenômeno em consonância com a natureza das pesquisas realizadas sobre o envelhecimento.

1.4. Relevância

Entende-se importante ampliar a compreensão sobre os fatores associados ao bem estar dos idosos, na medida em que a sua identificação pode contribuir para a compreensão das variáveis associadas ao envelhecimento com maior qualidade de vida.

O conhecimento sistematizado dos fatores e processos que restringem e potencializam a saúde mental tem potencial para permitir ações interventivas mais eficazes num grupo demográfico emergente.

1.5. Hipótese Substantiva

A hipótese substantiva desta pesquisa sustenta que os programas dirigidos à terceira idade, ou mesmo aqueles realizados de forma autônoma pelos idosos contribuem para prevenir ou retardar os problemas de saúde emocional e cognitiva mais comuns na velhice.

1.6. Questões a investigar

1.6.1. Qual é o perfil demográfico e de atividades cotidianas, bem como os escores de saúde mental e emocional de idosos oriundos de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), domiciliados (GDOMI) e de instituições de acolhimento de longa permanência (GILPI)?

1.6.2. Existe diferença entre os escores de saúde mental e emocional de idosos participantes de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), idosos domiciliados (GDOMI) e idosos oriundos de instituições de longa permanência (GILPI)?

1.6.3. Existe correlação entre as variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e os escores de déficit cognitivo e de depressão dos idosos participantes de instituições de gestão do envelhecimento (GUATI), idosos domiciliados (GDOMI) e idosos oriundos de instituições de longa permanência (GILPI)?

1.6.4. As atividades de natureza físicas, socioculturais e educacionais realizadas pelos idosos de cada grupo de pertença se associam aos escores de déficit cognitivo e de depressão?

CAPÍTULO II

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Fenômeno do envelhecimento e a velhice

Desde a década de 50 o conjunto da população mundial vem envelhecendo por conta, fundamentalmente, dos avanços da medicina que permitiram a essa camada da população aspirar a longevidade, sobretudo em países mais desenvolvidos onde se constituíram redes de proteção social ligadas aos sistemas de saúde e previdência. Como consequência, passou a existir uma preocupação das ciências sociais em denominar esses novos atores, surgindo, entre outros, o termo Terceira Idade para designar uma classe que deve ser entendida sem os estereótipos e os preconceitos que de maneira geral lhes são imputados. Contudo, resiste ainda a concepção de velhice representada socialmente por fatores negativos, como doenças, improdutividade, tristeza, solidão e morte.

Na medida em que o envelhecimento passa a ocupar um espaço de destaque na sociedade cabe lembrar que este conceito não é sinônimo de velhice. O envelhecimento é um processo universal, isto é, que atinge a todos os indivíduos de uma espécie e ocorre ao longo da vida. Assim, o fenômeno do envelhecimento humano compreende um conjunto de modificações morfológicas e funcionais, as quais todos estão sujeitos, do nascimento até a morte.

Segundo Busse (1989), *envelhecer* passa a ter vários significados. Numa perspectiva biológica, significa as alterações biológicas intrínsecas à passagem do tempo e que, finalmente, culminam com a morte. De acordo com esta definição, a idade se contraporia ao crescimento e ao desenvolvimento, processo que se inicia com a concepção e termina com a plena maturidade do organismo.

As diferentes formas do envelhecimento humano são, na prática, definidos pelos fatores ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros (MAZO *et. al.*, 2005).

No que diz respeito aos fatores genéticos e biológicos, Bürger (1957 *apud* Weineck, 1991) diz que o envelhecimento é uma alteração irreversível da substância viva em função do tempo. Hayflick (1997) afirma que há perdas na função normal para os membros da mesma espécie e que estas ocorrem desde a maturação sexual até a longevidade. Jordão Neto (1997) considera o envelhecimento um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que inicia em cada indivíduo com o nascimento e o acompanha ao longo de sua vida até a morte.

Em relação aos fatores psicológicos e sociais do envelhecimento, Otto (1987) afirma que o envelhecimento, inevitavelmente, acarreta perda de papéis e funções sociais que têm com consequência o afastamento do homem do convívio com os seus semelhantes. Salgado (1982) ressalta o fato de que alguns indivíduos têm a percepção física envelhecida em contraste ao sentimento de “velho”, o que faz supor que embora o físico e a mente envelheçam concomitantemente, o processo não se efetiva em ambos de forma harmônica, ou que haja uma negação do autoenvelhecimento devido a preconceitos sociais.

As diferentes definições de envelhecimento e fatores que o influenciam conduzem à necessidade do estabelecimento de critérios para a classificação/representação do que define a pessoa em idade avançada.

Nessa perspectiva, Pietro (1986) classifica as idades em três diferentes estágios. A primeira é a *Idade do meio* (entre 45 e 60 anos, aproximadamente), também chamada de pré-senil, crítica ou do primeiro envelhecimento. Caracteriza-se pelo surgimento dos primeiros

sinais do envelhecimento, representados pelas tendências ou predisposição ao aparecimento de doenças, mas ainda sujeitas à intervenção preventiva.

O segundo estágio é a *Senescência gradual* (entre 60 e 70 anos, aproximadamente), caracterizado pelo aparecimento de processos mórbidos típicos da idade avançada, e que solicita medidas diagnósticas e terapêuticas apropriadas. O terceiro é a *Senilidade conclamada ou velhice* (tem início aos 70 anos aproximadamente), em que estão acolhidos o velho ou ancião no significado exato do vocábulo; e *grande velho ou longevo* (a partir dos 90 anos).

Numa definição atrelada à qualidade de vida propiciada pelo País aos seus cidadãos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso todo indivíduo com 65 anos de idade ou mais, residentes em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais, para os residentes em países em desenvolvimento.

Rodrigues (2000 *apud* MAZO *et. al.*, 2005), realçando o aspecto cronológico sinaliza para a proposta de um geriatra chileno que assim classifica as idades: *primeira idade* (0 a 20 anos); *segunda idade* (21 a 49 anos); *terceira idade* (50 a 77 anos) e *quarta idade* (78 a 105 anos).

A mesma autora lembra ainda que alguns psicólogos dividem a maturidade em três etapas correspondentes às suas respectivas idades cronológicas: *maturidade inicial* (20 a 40 anos); *maturidade média* (41 a 65 anos) e *maturidade tardia* (66 anos em diante). Esta última, ramificada em três dimensões: *idoso jovem* (65 a 74 anos); *idoso velho* (75 a 85 anos) e a *manutenção pessoal* (a partir dos 86 anos).

O limite baseado em idade, 60 anos para ser idoso, se constitui apenas num marco cronológico, haja vista, na maior parte das vezes não corresponder à idade biológica do indivíduo.

Apesar de algumas oposições à proposição científica, o critério de determinação de limites para classificar o indivíduo em idoso e não idoso vai ao encontro dos interesses dos responsáveis pela formulação de políticas públicas orientadas para os idosos que dessa forma podem definir ou selecionar quem pode ou não se beneficiar delas.

A Organização das Nações Unidas (ONU), através da resolução 39/129, dividiu o ciclo da vida em três idades segundo o ponto de vista econômico. Considerando o homem enquanto força de trabalho, que produz e consome os bens produzidos, constata-se que na *primeira idade* (crianças e adolescentes) as pessoas só consomem. Na *segunda idade* (jovens e adultos) as pessoas produzem e consomem, e na *terceira idade* (idade inativa - idosos) estas pessoas que já produziram e consumiram, devido à aposentadoria, não produzem mais, só consomem.

Rodrigues (2000 *apud* MAZO *et. al.*, 2005) demarca as idades em: *idade cronológica* – tempo de vida a partir do nascimento; *idade biológica* – condição ou estado em que o corpo se apresenta independente da idade cronológica; *idade psicológica* – produto das experiências pessoais e de relacionamentos, da riqueza experienciada e acumulada durante a vida, considerando os aspectos cognitivos; e *idade social* – prescrita por regras e expectativas sociais.

As pessoas são individualizadas em função dos seus direitos como cidadãos, os quais lhe atribuem tarefas a serem desempenhadas de acordo com a idade cronológica e biológica (ingresso na escola, direito ao voto, prestação de serviço militar). Por conseguinte, quando alcança a velhice, o indivíduo depara-se com um conjunto de mudanças biológicas (morfológicas, fisiológicas e bioquímicas), psicológicas e sociais. Daí a fundamental importância do estudo do envelhecimento nos seus aspectos biopsicossociais.

2.2 Aspectos biológicos do envelhecimento

As mudanças biológicas aparecem em duas dimensões: a morfológica e a fisiológica.

A primeira, diz respeito às modificações relacionadas à aparência, como rugas e cabelos grisalhos. A segunda, às alterações das funções orgânicas. Da ordem fisiológica, há ainda transformações nas reações bioquímicas do organismo.

Embora todo o organismo fique marcado pelas modificações naturais do envelhecimento, o processo biológico manifesta-se por um declínio harmônico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais rápido a partir dos 70 anos de idade.

As alterações no aspecto biológico ocorrem nos seguintes sistemas: cardiovascular, imunológico, endócrino, reprodutor feminino e masculino, músculo esquelético, nervoso, respiratório, gastrointestinal, renal e as principais alterações nucleares, citoplasmáticas e teciduais (MAZO *et. al.*, 2009).

As modificações biológicas e fisiológicas do envelhecimento acarretam algumas dificuldades relacionadas à eficiência motora do idoso como subir escadas, caminhar e realizar alguns movimentos com lentidão. Isto acontece devido à diminuição da velocidade, força, resistência, coordenação e flexibilidade.

Essas alterações orgânicas do idoso provocam também alterações psicológicas e sociais. Cabe ressaltar que elas não acontecem de forma semelhante com todos os indivíduos, haja vista, as diferenças entre pessoas da mesma idade, devido a fatores genéticos e ambientais.

2.3 Aspectos psicológicos do envelhecimento

As modificações circunstanciais do cotidiano, os surgimentos de novos papéis e novos problemas a enfrentar acarretam, na velhice, alterações psicológicas as quais por serem desconhecidas pelo sujeito, inevitavelmente estabelecem sérias dificuldades de adaptação a essa fase podendo ter como agravante a associação a problemas decorrentes de situações mal resolvidas ao longo dos anos de vida.

O curso da vida impõe algumas modificações próprias da velhice. Silveira (2000) registra algumas tendências relacionadas ao passar dos anos: vida contemplativa, mas sem representar depressão; expansão da espiritualidade e religiosidade; maior interiorização dos valores morais; aumento da solidariedade; redefinição da vida conjugal de muitos anos e da vida sexual; maior seletividade nos relacionamentos afetivos e sociais; o foco de atenção volta-se principalmente aos familiares tornando-se o principal foco de atenção; retorno ao passado com maior frequência; aumento da necessidade de ser cuidado e de cuidar de outra pessoa; maior tolerância à rotina mesmo com decréscimo físico; observação das perdas físicas; sensibilização com o número de óbitos de parentes e amigos queridos.

Outros autores apontam tendências diferentes: diminuição do entusiasmo e da motivação, em que o idoso necessita ser estimulado para empreender novas ações; aumento do apego aos pertences próprios e a conservação dos que já possuía, fazendo com que o idoso precise viver num ambiente mais estável, sem mudanças súbitas e em local sem maiores complexidades; preocupação com o decréscimo da vitalidade mental e física; perda de contatos sociais; percepção da incapacidade para realizar novos relacionamentos e novas atividades; e sentimento de isolamento e solidão (RAUCHBACH, 1990; VAISEMBERG & PONS, 1984)

Essas tendências também sofrem influência da percepção que o idoso tem da velhice. De acordo com Mazo *e.t al.* (2009), o contexto social vivenciado pelo idoso pode, muitas vezes, reforçar a percepção da velhice atrelada aos aspectos negativos. Com o passar dos anos, a estrutura social que acolhe o idoso funciona como um espelho no desenvolvimento da autoestima. O idoso estabelece limites próprios relacionados às capacidades pessoais e à realização humana. Como esses limites podem estar acima ou abaixo das suas reais capacidades de realização, podem resultar em ilusões ou frustrações. Segundo Zani (1998), o

prazer de reconhecer defeitos em si próprio e de se criticar sempre revela sua insegurança, insatisfação e culpa, refletindo em baixa autoestima.

Para Mosquera (1974) há uma intercessão e dependência entre a autoestima e a autoimagem. Elas refletem os papéis sociais ocupados pelo indivíduo. A autoestima quando é alta revela experiências positivas com a vida. Em contraposição, quando é baixa revela experiências negativas com a vida.

Ainda, segundo Mosquera (*ibidem*), a autoimagem está em constante mudança por conta da aquisição de experiências na vida cotidiana e ocupacional. Se não há uma adaptação às mudanças na imagem a consequência se manifesta através de uma insatisfação com a vida. Portanto, deve haver uma coerência entre a autoimagem e a realidade do indivíduo.

A autonomia e a independência são fatores imprescindíveis para o bem-estar psíquico do idoso. A dependência física na velhice não é sinônimo de dependência para a tomada de decisões, mas se assim não for concebida pode ter origem um paternalismo social que vai de encontro à liberdade, autonomia e capacidade de escolha do idoso.

Conforme Lopes (2007), com a longevidade surge o desafio de rever e reinventar as trajetórias pessoais, em relação a novas experiências, projetos e trajetórias de vida.

2.4 Aspectos sociais do envelhecimento

De acordo com Kane (1987 apud MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009) diversas dimensões constituem o posicionamento social do idoso e merecem observações e avaliações: as atividades sociais (frequência, natureza e qualidade); os recursos sociais (que tipo de ajuda se pode contar, caso necessário); a sobrecarga e o estresse que recaem sobre a família em geral e sobre o cuidador em particular, quando convivendo e cuidando de idosos dependentes.

No que diz respeito às atividades e relações sociais, a questão da aposentadoria ocupa um lugar de destaque. Esta pode acarretar um processo de despersonalização e marginalização no indivíduo que se afasta da sua atividade profissional.

Embora a aposentadoria seja um direito e não um benefício, entende-se que ela deva garantir o sustento das necessidades do indivíduo que dela faz jus. Quando este não a percebe como tal, ela passa a ser um “castigo” (VIEIRA, 1996)

O desligamento do trabalho pode dar lugar a uma angústia que gera conseqüentemente um sentimento de inutilidade, de exclusão como membro produtivo e útil de seu grupo social, principalmente por ser oriundo de uma sociedade onde o homem vale pelo que produz no ciclo produção-consumo. A ausência do que fazer evolui para um sentimento de marginalização perante si mesmo, perante a sociedade e a família. Este sentimento se agrava quando essa marginalização, que tem incidência sobre o pai aposentado, começa na própria família, sendo o idoso segregado por ser considerado inútil ou ainda pela sua inclusão na rotina da família culminando numa “crise doméstica”.

Segundo Rodrigues (2000), uma aposentadoria ativa por meio do engajamento em grupos de convivência, estudos, autoajuda, atividades físicas, atividades filantrópicas, realização de cursos, entre outras, de acordo com o interesse do aposentado pode evitar o sentimento de marginalização e assegurar uma boa convivência no universo social.

Para Cavalcanti (1981), o envelhecimento bem-sucedido está intimamente relacionado ao passado da pessoa, ou seja, das vivências e internalizações das fases anteriores da vida, bem como na substituição de papéis sociais, evitando o rompimento dessa mesma pessoa com a sociedade e em relação a sua própria existência.

A forma e a significação das relações familiares modificam de uma sociedade para outra em função do contexto cultural, social e econômico. Independente dessas mudanças cabe à família oferecer cuidados, proteção, afetividade, socialização e formação de

personalidades. No que se refere ao idoso, a função de proteção faz-se imprescindível, haja vista ser a família uma das suas importantes redes de suporte.

Outro aspecto diz respeito à expectativa social e familiar em relação ao idoso para que ele corresponda aos moldes e padrões julgados compatíveis com sua idade, lugar e o papel que deve assumir. Do mesmo modo como são impostas restrições ao idoso quanto ao seu vestuário, sua aparência e seu modo de ser, as manifestações sexuais não saem ilesas.

Ferrigno (1990) aponta que essas mesmas manifestações estão subordinadas aos aspectos sociais e culturais, de como tem origem a sexualidade masculina e feminina, ou seja, da sexualidade dos mais velhos e das mais velhas.

Por último, porém não menos importante, a religiosidade e espiritualidade constituem evidências características da velhice e muitas vezes representam para as pessoas idosas um bem-estar psicológico e uma necessidade de manter o controle sobre a morte. Segundo Mazo (1998), a vida de alguns idosos foi prescrita pelos princípios e valores cristãos, e, com o aumento da idade, a espiritualidade passa a ser um sustentáculo para o encontro espiritual e existencial, que dão sentido à vida.

No Brasil, “*o ritual de morte começa muito cedo, começando pela morte social e psicológica, completando-se com a morte biológica*” (BOTH; PORTELLA; BOTH, 1994, p.32). O exercício pleno da cidadania pelo idoso depende de que haja vida social, além da psicológica e biológica, desde o nascimento até a morte do indivíduo.

2.5 Alterações psicossociais relacionadas ao envelhecimento

O aumento da população idosa está relacionado ao aumento de doenças crônico-degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, em especial a depressão. No entanto, embora o envelhecimento normal possa apresentar uma lentidão dos processos mentais, isto não representa perda de funções cognitivas.

Embora certas doenças tendam a aparecer com a idade, é importante esclarecer que envelhecer não significa adoecer, principalmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis (NERI, 2002). Chaimowicz (1997) adverte que o ritmo e a intensidade do processo de envelhecimento dependem das características individuais, como a herança genética, e de fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida. As doenças crônico-degenerativas e suas repercussões sobre a doença mental têm sido as principais responsáveis pela expressiva demanda da população idosa aos serviços de saúde mental, pois o aumento da idade está intrinsecamente relacionado com a elevação dos riscos para doenças mentais.

2.5.1 Depressão no Idoso

Embora o crescimento da população idosa sugira uma melhoria na qualidade de vida e por isso um viver mais saudável e longo, por um outro lado aumenta o número de idosos que padecem de uma doença que acomete grande parte de quem envelhece: a depressão.

O surgimento do termo depressão data do meado do século XIX quando os médicos da época utilizavam este termo ao invés de melancolia, talvez porque esta estava mais associada ao sentido fisiológico (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999).

O emprego leigo do termo depressão refere-se à tristeza e desânimo. Em psiquiatria refere-se a um sintoma que normalmente está associado ao humor depressivo, sendo ainda utilizado para definir uma síndrome (SIEGLER *et al.*, 1999).

Os transtornos depressivos em idosos constituem um fator de risco para o desenvolvimento posterior de processo demencial. Conforme Rasking (1998), algumas

pesquisas apontam que 50% dos casos de depressão evoluem, em cinco anos, para o quadro demencial. A coexistência de depressão e demência compromete as capacidades funcionais.

As funções cognitivas podem ficar alteradas por um período de tempo devido à depressão, ocasionando muitas vezes dificuldade no diagnóstico diferencial entre a depressão e a demência. Ainda, é constatada a ligação entre sintomas depressivos e o comprometimento das funções cognitivas em idosos, com ou sem demência.

De acordo com Stoppe Jr. e Louzã Neto (1999) a reciprocidade entre depressão e demência apresenta-se da seguinte forma: *a) Depressão na demência*: os sintomas depressivos fazem parte do processo demencial; *b) Demência com depressão*: coexistência da depressão e da demência, sendo que a demência já existe quando a depressão se instala; *c) Depressão com comprometimento cognitivo*: a depressão se desenvolve com dificuldades cognitivas, em especial, de concentração e de memória recente; *d) Demência na depressão*: as dificuldades cognitivas são consequência do processo depressivo – “pseudodemência depressiva”.

A depressão resume-se numa enfermidade mental comum em idoso, aliada ao considerado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (KAPLAN *et al*, 1997). Em idosos que vivem em comunidade a prevalência se apresenta entre 2 e 14% (Edwards, 2003 *apud* STELLA, 2002).

Os sintomas depressivos têm uma considerável incidência em fases tardias da vida. As perdas nas áreas intelectual e social são as grandes vilãs do quadro depressivo manifestado pela maioria dos idosos. Na área intelectual se manifesta pelas dificuldades de memória. O comprometimento da área social se dá pelas perdas por afastamento de grupos, perda de status, abandono e isolamento.

Segundo Zimerman (2000) as perdas podem ainda, em alguns casos, desencadear problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais. A diminuição da audição e visão, da força, da precisão manual, da flexibilidade, do reflexo são dificuldades que acarretam muitas vezes a perda de independência do idoso.

A aposentadoria para alguns idosos significa o descanso merecido depois de uma vida de trabalho enquanto que para outros, que viveram somente para o trabalho, a aposentadoria gera um sentimento de incapacidade, desgosto pela vida, diminuindo a autoestima e potencializando uma sensação de vazio.

Blazer (1999) comenta que não é raro o idoso acometido de depressão negar a doença, que é denunciada pela linguagem corporal, na forma de falar (aparentando cansaço, desilusão). De acordo com Zimerman (2000), os estados depressivos estão na maioria das vezes associados à perda de amigos ou de familiares, déficit de memória, doenças, carências afetivas e aspectos sociais. Mazo; Lopes; Benedetti (2009) atribuem à depressão a união dos fatores genéticos, ambientais e psicológicos.

O processo de envelhecimento trazendo as perdas físicas, o isolamento social além de outros aspectos que contribuem para a diminuição da autoestima restringe a qualidade de vida tornando o idoso vulnerável à depressão. As mulheres evidenciam mais sinais de depressão que os homens (MARCHAND, 2004; SANTOS, 2002).

A saúde psicoemocional do idoso tem um prognóstico bem mais favorável quando ele possui uma extensa rede social e é casado, pois estas condições lhe facilitam o enfrentamento das alterações decorrentes do envelhecimento (SIEGLER *et al*, 1999). Entretanto, a sociabilidade do idoso não deve ser analisada somente pelo aspecto quantitativo, pois se a qualidade de relacionamento é fraca, o idoso se torna forte candidato a um nível de depressão mais elevado (MIGUEL FILHO; ALMEIDA, 2000).

A depressão maior, caracterizada por *quadros psicóticos, melancólicos e sazonais*, permite uma categorização própria para a depressão que varia de acordo com a gravidade: leve, moderada e grave (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999).

Segundo Gobbi et al (2002), pessoas deprimidas manifestam mais queixas álgicas. Para Miguel Filho; Almeida (2000) e Snowdon (2002), a depressão se caracteriza por um conjunto de sintomas como perda de interesse, do prazer em atividades anteriormente importantes, distúrbio do sono, apetite, diminuição do interesse sexual, retardo psicomotor, dificuldade cognitiva, desesperança, diminuição da autoestima, pensamento de morte ou suicida, entre outros.

Entretanto, quando se trata de depressão ou indícios de depressão em idosos, todo cuidado é pouco, haja vista que o envelhecimento apresenta sinais e sintomas que erroneamente podem ser diagnosticados como distúrbios psiquiátricos (MAZO; LOPES; BENEDETTI 2009).

2.5.2 Declínio cognitivo no idoso

O declínio cognitivo é uma característica que deve ser considerada como normal no envelhecimento. A grande dificuldade reside no estabelecimento do limite entre este declínio e a possível demência, talvez pela carência de referências consistentes a respeito desta faixa etária.

A realização de estudos sobre o perfil biopsicossocial dos idosos é fundamental para a diferenciação adequada entre o patológico e o normal esperado na velhice. Os jovens e os idosos, fisicamente ativos, apresentam capacidades semelhantes. Isto remete à compreensão de que embora alguns processos fisiológicos diminuam com a idade, eles podem ser modificados pelo exercício e pelo condicionamento físico (ARGIMON; STEIN, 2005).

No que diz respeito à cognição, Bee (1977) ressalta que dos 65 aos 75 anos algumas habilidades cognitivas podem sofrer mudanças discretas ou não, como por exemplo, o conhecimento de vocabulário. No entanto, ocorrem declínios importantes nas medidas que envolvem velocidade ou habilidades não exercitadas.

Com relação à saúde mental, Papalia e Olds (2000) afirmam que o desencadeamento da doença mental é mais frequente no adulto jovem do que no adulto mais velho. Na velhice, a aquisição de novas informações e habilidades permanece inalterável bem como a capacidade mnemônica para usar habilidades já conhecidas. As autoras enfatizam ainda que o início da senescência varia porque, segundo a teoria biológica do envelhecimento, por um plano normal de desenvolvimento contido nos genes os corpos envelhecem e, segundo a teoria de programação genética, cada espécie tem sua própria expectativa de vida e padrão de envelhecimento. Segundo as autoras, esses processos podem sofrer influência tanto dos fatores internos quanto externos.

De acordo com as duas teorias citadas acima, entende-se que a programação genética pode determinar a duração máxima da vida, porém, fatores ambientais e de estilo de vida, podem interferir no quanto e como uma pessoa se aproxima do máximo.

As mudanças no cérebro dos idosos saudáveis normalmente são moderadas e pouco influenciam em seu funcionamento (PAPALIA; OLDS, 2000). A existência de problemas relacionados com o sistema nervoso central pode interferir na cognição, diminuindo o desempenho em testes cognitivos (principalmente nos testes cronometrados) e podendo afetar a aprendizagem e a memória. A lentificação do processamento cognitivo em pessoas mais velhas pode gerar uma falta de entendimento quando as informações são apresentadas muito rapidamente ou sem muita clareza.

2.5.3 Depressão e Déficit das Funções Cognitivas

A depressão e o déficit das funções cognitivas estão entre os principais problemas da saúde mental na terceira idade. É muito comum que ambas as condições apareçam juntas e

acarretem consequências graves como declínio funcional, aumento no uso de serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade.

A ocorrência frequente da depressão seguida do déficit cognitivo nos idosos faz supor que existe uma significativa correlação entre estas duas condições. Porém, algumas questões precisam ainda ser respondidas: se a depressão causa declínio cognitivo ou vice-versa; se a idade de início da depressão tem relação com pior prognóstico e risco aumentado para a ocorrência de demência; se a presença de déficits cognitivos em idosos deprimidos seria um primeiro sintoma de demência; e se a remissão da depressão ocasionaria também a remissão dos déficits cognitivos.

O envelhecimento frequentemente faz surgir algumas alterações em diferentes áreas cognitivas. Dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas são queixas comuns em pessoas com mais de 60 anos, principalmente quando comparam o desempenho atual com o do passado. Mas, considerando que a cognição é afetada tanto pelos quadros depressivos quanto pelas doenças cerebrais degenerativas, as queixas relacionadas às alterações cognitivas devem ser meticolosamente analisadas.

Ávila; Botino (2006) ao revisar estudos publicados no período de 1991 a 2005 sobre alterações cognitivas em idosos com diagnóstico de depressão apontam para déficits cognitivos que vão além de dificuldades de memória, os quais são relevantes tanto para o diagnóstico diferencial entre depressão e demência, entre depressão e envelhecimento normal, quanto para acompanhar mais de perto pacientes que apresentam risco aumentado de conversão para demência no futuro.

A literatura revisada pelos autores, também sugere um consenso de que quanto mais grave a depressão, pior o desempenho cognitivo, isto é, quanto mais grave a depressão, maior o comprometimento cognitivo e funcional dos pacientes. O agravamento das dificuldades executivas, como iniciativa, planejamento e flexibilidade mental, talvez seja o grande responsável pela piora de outras funções, principalmente memória visual seguida da verbal.

2.6 O envelhecimento saudável

O envelhecimento saudável é determinado pela manutenção de certo nível de estabilidade nas suas funções biopsicossociais. Porém, embora seja importante identificar padrões de desenvolvimento equilibrados, não se pode ter a atenção voltada exclusivamente para as faixas consideradas normais, pois os descaminhos e perdas ocasionados pelo envelhecimento é que vão gerar as necessidades específicas da velhice e, dentre outras, através da educação vislumbrar a perspectiva de inclusão. Na verdade, em qualquer programa educacional, são as alterações nos sentidos e nas funções cognitivas que demandarão maior atenção.

Com relação aos órgãos dos sentidos são observadas muitas alterações nas funções perceptivas em função da idade, principalmente na acuidade visual e na acuidade auditiva. Porém estas alterações podem ser controladas sem desmerecer significativamente a qualidade de vida.

O declínio das funções cognitivas deve ser relativizado considerando-se o estilo de vida do idoso. As alterações cognitivas podem se acentuar quando o idoso está exposto a ambientes estressantes, com má alimentação, falta de condicionamento físico, quando está sujeito a trabalho excessivo, depressão ou outros problemas de ordem emocional ou a possíveis problemas relacionados a enfermidades. Hayflick (1996) afirma que há grandes evidências de declínios relacionados ao processo cognitivo envolvendo a capacidade de manter atenção, a memória, a velocidade de processar informações, a enunciação de conclusões e a interpretação e compreensão do discurso.

Quando o idoso mantém a mente constantemente submetida a estímulos desafiadores, a tendência é não só assegurar como aumentar as possibilidades de um funcionamento mental satisfatório. Segundo Mattos (1999), os idosos que não apresentam problemas que comprometam suas atividades, permanecem com as funções mentais e sofrem o mínimo de comprometimento das mesmas.

Assim, através de um desenvolvimento equilibrado, no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais da velhice, é possível criar condições para um envelhecimento sem traumas, capaz de proporcionar crescimento até mesmo para um indivíduo em idade mais avançada. Faz-se imprescindível, ao desenvolver projetos para atender as necessidades da Terceira Idade, perceber e respeitar as diferenças, fugir das generalizações e compreender que cada indivíduo é único, trazendo em sua bagagem a herança genética, seu perfil psicológico e sua experiência de vida.

Neri (1993) define qualidade de vida na velhice enfatizando que *“envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidade do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento”* (p.13).

A promoção do envelhecimento saudável é, pois, uma tarefa complexa que envolve a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível, considerando os conhecimentos atualmente disponíveis.

É fundamental o desenvolvimento da consciência sobre o processo de envelhecimento bem como dos recursos para manutenção da saúde neste ciclo da vida, concomitante ao encorajamento e instrumentalização da população em suas lutas por cidadania e justiça social. Um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas em muito pode contribuir para o alcance de maior saúde e bem estar. *“A Educação, como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde é, nesse contexto, uma ação fundamental”* (Assis, 2002, p.15).

2.6.1 Da velhice à terceira idade

Na França, durante o século XIX, o indivíduo que não tinha bens ou era indigente, era chamado de “velho” ou “velhote”, assim, considerado decadente e incapaz para o trabalho ao contrário daqueles que gozavam de posição social e administravam seus bens, sinônimos de respeito, e por isso, chamados de “idosos”.

No Brasil, passou-se a utilizar o termo “velho” com intenções afetivas ou pejorativas, dependendo da entonação ou do contexto abordado. Com a influência francesa, o termo “idoso” começou a aparecer em decorrência das políticas sociais voltadas para as pessoas em idade avançada. Com a Constituição Federal de 1988, o termo velho é substituído por idoso nos documentos oficiais, haja vista o enunciado do Artigo 230, ao enfatizar que *“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”*.

Analisando os termos *idoso* e *velho*, Peixoto (1998) atenta para a diferenciação feita pela sociedade brasileira no emprego dos mesmos de acordo com a camada social e econômica a que o indivíduo pertence. Assim, idoso é utilizado para se referir, em particular às pessoas mais velhas, mais respeitadas, mais abastadas economicamente, e *velho*, às pessoas mais velhas e com traços marcantes do envelhecimento.

Ainda fruto da herança francesa, o Brasil, em 1977, passou a utilizar o termo *terceira idade*, inicialmente pelo SESC de São Paulo quando implantou as “Escolas Abertas para a Terceira Idade”.

A velhice, por meio do termo terceira idade, agora representa uma nova etapa de vida, expressa pela prática de novas atividades sociais e culturais, as quais vinculam os indivíduos a uma nova imagem de envelhecimento em que constroem novos significados que possibilitam a participação social, o sentimento de autovalorização, e o melhor relacionamento com suas perdas e transformações (MAZO *et al*, 2009).

Porém, Martínez (1997, p.23) aponta para certa indefinição no emprego da expressão “terceira idade” quanto ao seguimento etário: “(...) *Eufemismo, caracterizador de categoria ou grupo e não de individualidade, tenta a impossível missão de arredar dos mais velhos a idade avançada*”.

Vem sendo considerado politicamente incorreto utilizar a expressão velho como associação à ideia de coisa inútil ou imprestável. Todavia, a palavra idoso, de qualquer modo, está ligada a pessoas com mais idade, até mesmo comparada à nomenclatura “grupo da terceira idade”.

Embora a expressão “terceira idade” tenha tido uma aceitabilidade indiscutivelmente inquestionável, a expressão “velho”, não tem, por si só, a simpatia unânime, pois guarda em seu bojo a conotação de inferioridade, haja vista que qualquer coisa classificada como “terceira” tem como precedentes superiores a manifestação de um desejo de enquadramento de pessoas em grupos, para os quais haverá um tratamento comum pré-estabelecido. Outra preocupação reside no surgimento de grupos de pessoas e entidades que passam a viver em função do conceito instalado.

A partir do novo conceito de velhice, esta ganha visibilidade na mídia não somente pelas práticas que visam a sociabilidade, o lazer e a educação junto à terceira idade, mas também pelo interesse político e econômico nessa população que é potencialmente consumidora de bens e serviços e de crescente poder no cenário social (GUEDES, 2001).

2.6.2 Educação permanente de caráter informal para a terceira idade

Educação é um processo de humanização do indivíduo em sociedade e de estímulo que colabora para a qualificação da velhice através da busca de elementos que ressignifiquem o viver e o conviver.

Para o indivíduo e para os grupos, esta busca de sentido é alicerçada pela construção, atualização e aquisição de novos conhecimentos, que promove a saúde, o crescimento cultural, a promoção da saúde e crescimento cultural, inserção participativa e política na sociedade e qualificação da ocupação do tempo.

“A educação permanente é concebida como um processo exigente, intencional, de promoção individual, social e cultural que respeita o conhecimento construído pelas experiências vividas” (CORTELLETTI, 2007, p.16). É a busca ininterrupta da plena realização da liberdade e da valorização do ser humano, proporcionando-lhe condições para que, através do saber conhecer, do saber fazer e do saber ser, melhor se localize como indivíduo na sociedade, especialmente no contexto em que vive e convive.

Para Freire (1979) a permanência é intrínseca à essência da educação. O caráter permanente da educação é visto como ação estritamente humana. A educação é permanente porque os seres humanos, como seres históricos e com o mundo, são seres inacabados e conscientes de seu inacabamento.

Toda a vida do homem se organiza num processo educativo, que se dá ao longo do tempo e em todas as dimensões da existência humana. A educação permanente coexiste com a vida, é o desenvolvimento do ser humano, o qual se alcança através das experiências possibilitadoras que se sucedem no decorrer da existência. A educação permanente é concebida como a condição de um desenvolvimento contínuo da pessoa ao longo da vida (DELORS, 1996).

A nova exigência provocada por uma sociedade em rápida transformação, além da necessidade de promoção pessoal e renovação cultural, requer que a educação, sem limites temporais nem espaciais se converta em uma dimensão da própria vida (ORTEGA, 1999). Enquanto processo, ela implica em aprendizagens contínuas que se dão numa estreita relação entre o pessoal e o social sendo, portanto, um fato existencial e social. Por meio da educação homem e sociedade evoluem (NICOLA, 2002).

Entende-se por educação informal, de acordo com Gohn (2004), aquela que proporciona a aprendizagem através do processo de socialização, levando em consideração os valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados. Por isso, ela acontece em ambientes espontâneos onde as relações sociais se desenvolvem.

A educação informal não sistematiza o conhecimento, pois ele acontece de acordo com as práticas e experiências anteriores, orientando o presente. A educação informal age no campo das emoções e sentimentos e se constitui num processo permanente e não organizado.

A metodologia do processo ensino/aprendizagem na educação informal privilegia a reprodução da experiência, de acordo com os modos e as formas como foram aprendidas e codificadas. Na educação informal os resultados acontecem a partir do senso que orienta os indivíduos nas suas formas de pensar e agir espontaneamente.

O tempo não passa quando se trata de desenvolver as capacidades e potencialidades do ser humano, enriquecendo-as com experiências, aprendizagens e conhecimentos que vão sendo adquiridos e construídos no decorrer da vida. A velhice também é um tempo de educação, mesmo que seja um tempo diferente das demais etapas vitais (REQUEJO, 2002).

Um dos compromissos das instituições de gestão da velhice deve ser, portanto, o de contribuir para o desenvolvimento de pessoas que vivem e que dão significado a sua vida como sujeitos compromissados consigo mesmos, com o seu mundo, com seus valores e com suas transformações.

2.6.2.1 As atividades físicas, socioculturais e educacionais no processo de envelhecimento

As atividades físicas, socioculturais e educativas para idosos encontram-se na perspectiva da educação permanente. A ideia é possibilitar constante atualização do conhecimento, por meio da permanente discussão de valores, conceitos, conhecimentos e informações que reforcem, reformulem ou substituam o que tenha sido considerado como ultrapassado. Esta abordagem visa sempre à promoção e garantia da autonomia do cidadão, algo que não pode ser “ensinado”, mas sim precisa ser vivenciado e, acima de tudo, ser objetivo de todos os envolvidos no processo educativo.

Para os idosos, protagonistas do processo de envelhecimento que favorece as perdas, em especial, nos aspectos cognitivos, físicos e sociais, as atividades físicas são de extrema importância, contribuindo na suavização do sofrimento causado por estas perdas (ALENCAR; ARAGÃO; FERREIRA; DANTAS, 2010; RABACOW et al, 2006).

Na contemporaneidade, o sedentarismo se faz presente na sociedade global, atingindo a todos que não praticam qualquer tipo de atividade física frequentemente, independente de classe social ou faixa etária.

De acordo com Mazo; Lopes; Benedetti, (2004), embora o sedentarismo afete a todas as faixas etárias, os idosos são as principais vítimas, devido as crenças em relação à velhice como sendo uma etapa da vida em que não se deve fazer muitas atividades físicas. Porém, estas, quando realizadas adequadamente, proporcionam benefícios nos âmbitos biológico, psicológico e social, amenizando problemas como solidão, ausência de objetivos de vida e de atividades ocupacionais, de lazer, artístico-culturais e físicas.

Os benefícios psicológicos proporcionados pelas atividades físicas podem ser percebidos em curto prazo. A redução do nível de ansiedade, o controle do stress, relaxamento

e melhor estado de ânimo são as de curto prazo e, em longo prazo, melhora a saúde mental, a cognição, a percepção de bem estar geral, além de diminuir o risco de depressão. Segundo Oliveira (2005), ainda relativamente ao psicológico, a atividade física atua na melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição do estresse, da ansiedade e na diminuição do consumo de metabolismo.

Com relação aos benefícios biopsicossociais da socialização dos idosos que participam de atividades físicas, Zimerman (2000) afirma que os principais benefícios físicos são a melhora da saúde e condicionamento físico de uma forma geral, melhora nas articulações, e a diminuição de dores no corpo. Relativamente aos aspectos cognitivos, apresentam novas formas de pensar e entender as situações cotidianas, melhora de raciocínio e capacidade de concentração.

Por fim, quanto aos aspectos afetivos, ocorre um visível aumento do círculo de amizades e conseqüentemente da rede de apoio e suporte social, diminuição da depressão, retorno ao convívio social, sensação de felicidade, bem estar e ressignificação da velhice de uma forma geral.

A atividade física regular maximiza a vida de forma mais saudável e controla as capacidades funcionais (RABACOW et al, 2006). Como o tempo livre do idoso tende a aumentar, a ocupação deste com uma atividade física orientada pode promover inúmeros benefícios, entre eles a facilitação de adaptação ao meio ambiente (ALENCAR; ARAGÃO; FERREIRA; DANTAS, 2010) e a visão de que envelhecer não é tão ruim.

Participar de atividades físicas orientadas repercute em maior motivação e promove o envelhecer mais sadio (Simões, 1998). A atividade física proporciona satisfação pessoal para o idoso, gerando um sentimento de capacidade para realização que se estende as mais variadas tarefas. Além de promover a autodeterminação, as atividades físicas ajudam na prevenção de doenças, prolongando a vida. A prática de atividade física regular qualifica a saúde física e mental e ressignifica o dia-a-dia (DEPS, 2000).

A pós-modernidade se estabelece, entre outros, em concepções pautadas hegemonicamente na juventude, na beleza, no corpo esculturalmente “sarado”, cooptando e subordinando, no jogo de forças sociais, o idoso aos conceitos sociais da classe dominante. A capacidade do idoso deve ser reconhecida pelas práticas e experiências produzidas por ele e não nos sentidos vazios produzidos por representações externas a ele (especialistas, mídia, mercado de consumo, etc).

É nessa perspectiva que se pode situar a educação física como prática educativa informal, contribuindo para a formação de um modo de ser no mundo, onde o idoso só pode ser entendido a partir de sua origem sociocultural, de classe social, de trajetória familiar, de vida e experiências educativas informais, articuladas e reelaboradas coletiva e individualmente. Ou seja, é necessário compreender as histórias singulares dos idosos, aquelas que falam de uma história social e de vida marcadas por uma bagagem de experiências que se forem desmerecidas acarretarão um processo de envelhecimento cruel.

Esses elementos podem assim contribuir de modo fundamental para o desenvolvimento de trabalhos educativos com idosos, através de atividades físicas que favoreçam a socialização, lhes assegurando interesse e alegrias na vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e decréscimo da possibilidade de serem afetados pelas doenças crônicas.

As atividades socioculturais, por sua vez, quando direcionadas ao público da terceira idade, devem se constituir num processo que vise a conscientização participante e criadora dos idosos. Embora tenha uma metodologia própria, segue, em termos gerais, as seguintes linhas: 1) é um processo deliberado e constante destinado a estimular as pessoas e os grupos para que se autodesenvolvam, mobilizando todas as suas faculdades, no sentido da resolução dos seus problemas reais e coletivos; 2) é um despertar para a descoberta e desenvolvimento

das potencialidades e capacidades de cada comunidade; 3) é a aquisição da competência necessária para que os grupos (as comunidades) sejam agentes e não meros espectadores passivos (SAMPAIO; HERMETO; CARNEIRO, 2009).

A abordagem sociocultural inclui os sujeitos, as relações intersubjetivas e a comunidade/instituição na qual as atividades têm lugar, compondo estes três elementos intrinsecamente relacionados, impossíveis de compreensão isolada.

As atividades socioculturais contribuem para a organização do cotidiano, preenchendo-o de significado, funcionalidade e estrutura de sustentação, facilitando a habilitação para o domínio das tecnologias sociais e para as possibilidades, tanto de autoexpressão, como de inserção social. Tal estrutura de sustentação, flexível como uma rede, permite a construção de autonomia e de independência, promovendo a convivência e a contextualização do idoso na cultura e na sociedade.

A atividade sociocultural, por ser uma prática psicossocial, intervém na qualidade de vida do sujeito, fazendo com que ele possa expandir seu olhar para novas realidades, no que diz respeito a si mesmo, a seu cotidiano e a sua relação com o outro. Poderá ser utilizada como instrumento de intervenção, pois visa a trocas sociais e a promoção de saúde, bem como o investimento na ampliação do horizonte da vida ativa dos indivíduos.

Nas instituições de gestão do envelhecimento, em especial nas UATI, as atividades socioculturais caracterizam espaços de desenvolvimento da sociabilidade e de integração. São desenvolvidas mediante workshops, oficinas, palestras, apresentações públicas de canto, danças, exposições de artes plásticas, festas, bailes, etc. Proporciona, ainda, momentos ricos de interações entre diferentes gerações.

Além das atividades físicas e socioculturais, embutidas também no processo educacional, cabe ressaltar aqui a atualização e aquisição de novos conhecimentos na busca constante de ser cada vez melhor. Essa área diz respeito à reorganização dos conhecimentos já adquiridos, que foram modificados e/ou ampliados de acordo com as necessidades pessoais e com as transformações exigidas pela sociedade. Diz respeito também à aquisição e contextualização de novos conhecimentos. A reorganização e a aquisição/assimilação emanam do estabelecimento de vínculos entre conhecimentos prévios e novos, construídos por um sujeito ativo.

A possibilidade de atualizar e adquirir novos conhecimentos vem ao encontro das expectativas do idoso no que diz respeito à construção de uma velhice bem sucedida, em que ele seja inserido individual e coletivamente em seu meio, provocando mudanças no ser e no conviver.

Através de encontros sociointerativos, a atualização e aquisição de novos conhecimentos prestigiarão valores que reforcem e/ou promovam a formação humana, quais seja o conhecimento, as habilidades, o diálogo, a convivência, a fé, a solidariedade, a criatividade e o compromisso. Assim sendo, sua maneira de pensar, sentir, falar e fazer expressa o modo de viver do idoso (CORTELLETTI; CASARA, 2007).

A sociedade de uma maneira geral, incluindo, familiares, amigos, demais gerações, deve, através da solidariedade, proporcionar ao idoso condições favoráveis para um envelhecimento saudável, garantindo-lhes alegria, saúde, bem-estar, diminuição do estresse, reabilitação e socialização, elementos que podem ser proporcionados pela participação dos idosos em atividades físicas, socioculturais e educacionais regulares, e aqui enfatiza-se a realização das mesmas através de uma prática educativa informal.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Modelo de estudo

A pesquisa se desenvolveu sob a perspectiva quali-quantitativa. Na perspectiva quantitativa, de caráter descritivo, comparativo e relacional, pretendeu-se analisar se existe relação entre o estilo de vida ativa – físico, cognitivo e social, e o aparecimento de comprometimentos emocional e cognitivo nos idosos; se há diferenças significativas entre os distintos grupos analisados, bem como relações entre os escores de MEEM e EDG entre si e com variáveis demográficas. A perspectiva qualitativa da pesquisa se fez presente mediante a coleta de informações contextualizadas dos idosos que contribuíram para a interpretação de algumas causas e motivos plausíveis de explicar os resultados. Como afirma Neves (1996, p.2) a junção das pesquisas quantitativas e qualitativas possibilita “*congregar a identificação de variáveis específicas com uma visão global do fenômeno*”. Permite enriquecer a constatação de resultados oriundos de dados obtidos em contexto natural.

3.2. Amostra

A amostra foi composta de 74 idosos, sendo 93,1% (N=67) do sexo feminino e 6,9% (N=5), do sexo masculino. A amostra foi organizada em três grupos, sendo o primeiro o grupo de idosos de instituição de gestão do envelhecimento que participam de atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais sistemáticas denominado de GUATI (N=35); o segundo, um grupo de idosos domiciliados que participavam de atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais de forma assistemáticas e autônoma denominado GDOMI (N=30); e o último, um grupo de idosos de instituição de longa permanência denominado GILPI (N=9), o qual não apresentava perfil de regularidade na realização de atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais.

Foram adotados critérios de inclusão e exclusão na seleção dos indivíduos da amostra. Os critérios de inclusão como a idade mínima de 60 anos e a caracterização do estado de lucidez; e o critério de exclusão relativo à ingesta de medicamentos psicoativos, visaram atender aos postulados protocolares de identificação de indivíduos na terceira idade, bem como evitar, no caso da ingesta de medicamentos, que estes mascarassem os resultados dos testes empregados. Todos os sujeitos que fizeram parte da pesquisa atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, bem como aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética na Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, mediante parecer 228/2012, apensado ao processo 23083.004281/2012-44.

3.3. Instrumentos

Cada sujeito foi submetido a uma entrevista e à aplicação de dois testes, sendo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), os quais se destinaram a qualificar e quantificar os dados relativos às variáveis emocionais e cognitivas dos idosos.

3.3.1. Testes

Os testes se destinaram à coleta de dados quantitativos visando à caracterização das variáveis dependentes relativas aos fatores emocionais e cognitivos, os quais são descritos na

sequência.

a) Escala de Depressão Geriátrica (EDG) reduzida - Contém quinze itens que permite a avaliação dos transtornos depressivos leves ou graves em pessoas idosas. A escala foi traduzida e validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999).

b) Miniexame do Estado Mental (MEEM) - Com 11 itens que avaliam orientação têmporo-espacial, linguagem, memória, atenção, práxis, cálculo, abstração e percepção, propõe identificar as diferentes formas de demência em seu estágio inicial (ALMEIDA, 1998, BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2003).

3.3.2. Entrevistas e Diário de Campo

A entrevista e o diário de campo visaram caracterizar os fatores de ordem biográficos, de modo a contextualizar os dados obtidos quantitativamente com informações inerentes à vida dos idosos para compreender as causas que justificavam as suas opções por um estilo de vida mais ou menos ativo. Nesse sentido as entrevistas foram do tipo não estruturadas, sendo encaminhadas em função dos depoimentos, manifestações e interesses dos idosos.

3.4. Procedimentos

Inicialmente, foram feitos contatos com quatro instituições que desenvolviam o projeto Universidade Aberta à Terceira Idade, dentre as quais uma foi eleita para viabilizar a pesquisa, por ter contado com a autorização dos gestores e dos idosos, manifestados formalmente e mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respectivamente. Foram realizadas 35 entrevistas e aplicados os dois testes aos idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade, programa desenvolvido por uma Instituição de Ensino Superior localizada na zona norte do Rio de Janeiro, caracterizando assim o grupo pertencente à instituição de gestão do envelhecimento (GUATI).

Para a realização da pesquisa com os idosos domiciliados, aqui denominados GDOMI, foram feitos os contatos iniciais com oito instituições religiosas (sete da doutrina católica e uma da doutrina espírita) e uma instituição filantrópica sem cunho religioso. Nestas, a aplicação dos instrumentos, entrevista e notas de campo relativas à pesquisa ocorreu quase que na totalidade da amostra disponível em instituições religiosas (90%; N=27), sendo complementada com sujeitos não vinculados às instituições religiosas (10%; N=3).

Os dados dos idosos institucionalizados (GILPI) foram colhidos em duas instituições de longa permanência, sendo uma localizada na Zona Norte e outra na Zona Oeste do Rio de Janeiro, e abrangeu nove sujeitos. Ao todo, foram contatadas por telefone, pessoalmente e/ou e-mail 14 instituições de longa permanência para idosos. Desse total, cinco instituições foram excluídas, por não atenderem ao critério de inclusão no que tange ao uso de psicoativo e lucidez e sete não responderam aos contatos. A dificuldade de acesso às instituições pareceu sugerir uma postura defensiva por parte da administração das mesmas, fato que limitou o acesso a este grupo de idosos e, conseqüentemente, o quantitativo amostral.

Nos três grupos os dados foram coletados *in loco*, individualmente e o registro das respostas realizado pela pesquisadora.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram precedidos da obtenção de autorização institucional, e mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada idoso investigado.

3.5. Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram analisados mediante a estatística descritiva e inferencial. Recorreu-se à estatística descritiva, com recurso às medidas de tendência central, dispersão, frequência absoluta e relativa para a caracterização de variáveis obtidas dos idosos. A correlação de momento-produto de *Pearson* foi utilizada para analisar as relações entre as

variáveis com características escalares (escores de MEEM, EDG e variáveis demográficas). A comparação entre os grupos foi feita mediante o cálculo da ANOVA e teste *Post Hoc* de *Tukey* para verificar a existência de diferenças entre os três grupos de idosos (GUATI, GDOMI e GILP) no que diz respeito aos escores de MEEM e EDG. O recurso ao teste qui-quadrado serviu para a análise de possíveis associações entre variáveis categoriais de MEEM e EDG com as variáveis caracterizadoras de atividades cotidianas informadas pelos idosos. Foi utilizado o software IBM[®] SPSS[®] Statistics, versão 20, para a realização do tratamento estatístico.

Os dados qualitativos foram objeto de análise de conteúdo das transcrições de entrevistas e notas de campo, servindo, quando necessário, para ilustrar o contexto em que se aplicavam os dados quantitativos obtidos dos idosos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta e discute os resultados dos dados obtidos, bem como tratados e analisados estatisticamente. A seção inicial é dedicada à descrição dos grupos de pertença dos idosos. Na segunda seção analisam-se as diferenças dos escores de comprometimento cognitivo e emocional obtidos por meio do MEEM e EDG, respectivamente. A quarta seção é dedicada à análise das correlações e associações entre os escores de MEEM e EDG, bem como destes com as variáveis demográficas relativas à idade, tempo de escolarização dos idosos e atividades físicas, sociais, culturais e educacionais por eles informadas como prática cotidiana nos tempos livres.

4.1. Caracterização global dos idosos

Fizeram parte desse estudo 74 idosos, sendo 93,2% (N=69) do sexo feminino e 6,8% (N=5) do sexo masculino, distribuídos em 03 grupos, a saber: (a) 35 idosos, alunos de uma Universidade Aberta a Terceira Idades; (b) 30 idosos não participantes de instituições gestoras do envelhecimento; e (c) 09 idosos de instituição de longa permanência. Considerando toda a amostra de idosos, a média de idade foi de 75,3±9,0, com a amplitude variando entre 60 e 99 anos. A amostra apresentou moda múltipla nas idades de 67 e 73 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra por sexo, estado civil e nível de escolaridade

Variáveis	Condição	N	%
Demográficas			
Sexo	Feminino	69	93,2
	Masculino	5	6,8
	Total	74	100,0
Estado civil	Solteiro	10	13,5
	Casado	23	31,1
	Viúvo	37	50,0
	Divorciado	3	4,1
	Outro	1	1,4
Total	74	100,0	
Escolaridade	Analfabeto	5	6,8
	Primário	21	28,4
	Ginásio	21	28,4
	2ª grau	18	24,3
	3ª grau	5	6,8
	Pós-graduado	1	1,4
	Alfabetizado	3	4,1
Total	74	100,0	

Relativamente ao estado civil verifica-se, ainda na Tabela 1, que a maior proporção de indivíduos (50,0%) se refere à categoria viúvo(a), seguindo-se casado(a) (31,1%), divorciado(a) (4,1%) e por fim os casados em união de fato (1,4%).

O nível de ensino cursado pelos sujeitos remete a períodos em que a organização do ensino atendia a outros preceitos legais, por isso, justificando-se a terminologia que não corresponde a atual conjuntura educacional. Portanto, quanto à escolaridade dos 74 idosos, 21 cursaram o ginásio (28,4%), 21 cursaram o primário (28,4%), cinco cursaram o 3º grau (6,8%), cinco são analfabetos (6,8%), três foram, exclusivamente, alfabetizados (4,1%) e uma

peessoa cursou pós-graduação (1,4%), configurando que a grande maioria dos sujeitos apresentam formação escolar equivalente ao nível que hoje denomina-se ensino fundamental. O nível de escolaridade dos idosos em anos de estudo foi em média de $8,1 \pm 4,20$, variando de zero a 17 anos, como ilustrado na Figura 1. É possível constatar que a maior parte da amostra encontra-se no intervalo entre 5 a 12 anos de estudos.

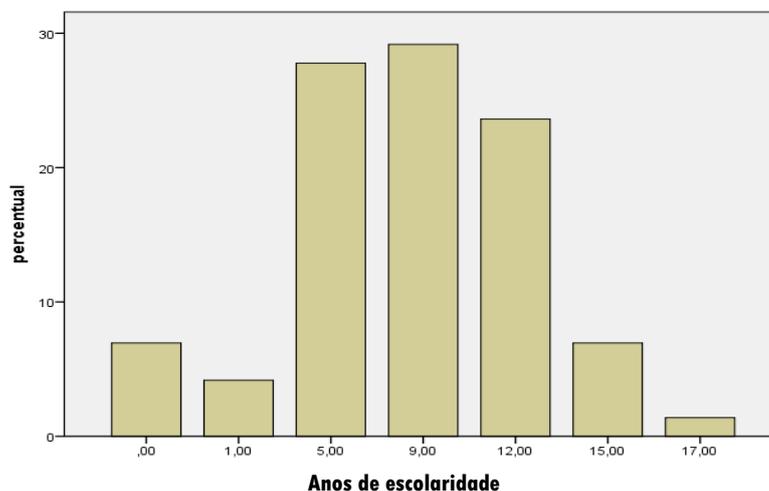


Figura 1. Escolaridade dos idosos em anos de formação

Contata-se que apenas 1,4% dos idosos frequentou a escola durante 17 anos; 6,8% frequentou a escola por 15 anos; 24,3% frequentou 12 anos; 28,4% dos idosos frequentou 9 anos de estudos; 28,4% frequentou a escola durante 5 anos; 4,1% apresentou apenas um ano de escolaridade; e 6,8% não frequentou escola.

Os idosos foram solicitados a informar as atividades que realizavam cotidianamente nos tempos livres. Tendo em vista a diversidade de atividades, estas foram categorizadas em atividades físicas, socioculturais e educacionais. As atividades físicas envolveram caminhada, natação, vôlei, hidroginástica, balé e ginástica; as atividades socioculturais foram aquelas relacionadas com coral, passeios, dança, teatro, palestras, cinema, crochê, pintura, costura, praia, shows, canto, artesanato, religião, internet, TV, rádio, audição de música e trabalhos voluntários; enquanto as atividades de natureza educacionais foram internet, leitura, estudo e palavra cruzada. A Tabela 2 ilustra o conjunto de atividades realizadas pelos idosos em seu cotidiano.

Tabela 2. Classificação das atividades cotidianas dos idosos

Atividades	Condição	N	%
Prática de atividade física	Sim	43	59,7
	Não	29	40,3
Atividades artísticas e culturais	sim	24	33,3
	não	48	66,7
Atividades cognitivas	sim	19	26,4
	não	53	73,6
Atividades religiosas	sim	19	26,4
	não	53	73,6
TV e mídia	sim	15	20,8
	não	57	79,2
Atividades sociais (trabalhos voluntários)	sim	3	4,2
	não	69	95,8

Relativamente às atividades cotidianas realizadas pelos idosos verifica-se que as atividades físicas são as que apresentaram maior proporção de participação dos indivíduos, com 59,5% (N=44), em contraste com 40,5% (N=30) que não a praticavam. As atividades artísticas culturais tiveram como condição afirmativa 32,4% (N=24) e 67,6% (N=50) como condição negativa de envolvimento. Nas atividades cognitivas 27% (N=20) afirmaram realizá-las, enquanto 73,0% (N=50) não comunicam envolvimento com esta atividade. TV e mídia encontram-se entre as atividades realizadas por 23% (N=17) dos idosos em contraste com 77% (N=57) que informaram não se envolver com estas ferramentas. Por último as atividades sociais (trabalhos voluntários) que apresentaram a menor proporção de condição afirmativa 4,1% (N=3) em relação à condição negativa 95,9% (N=71).

Em relação às variáveis dependentes da pesquisa, i.e, funções cognitivas e nível de depressão geriátrica, em geral, os resultados mostram que um grande número de idosos mantém preservadas as funções cognitivas e emocionais. Os escores do MEEM apresentaram a média situada em $25,5 \pm 4,7$, com amplitude entre 11 e 30, e moda de 29. Considerando a totalidade da amostra, sugere uma grande quantidade de sujeitos que não apresentou déficit cognitivo.

Tendo em vista que a forma de codificação dos escores de EDG ocorre em ordem inversa aos escores de MEEM, para efeito de análise estatística estes valores foram retificados para a mesma escala do MEEM. Dessa forma, ao contrário da pontuação original, os maiores escores de EDG passam a corresponder a não existência de depressão geriátrica, enquanto os mais baixos à depressão severa¹.

Em relação à tendência dos casos em função dos escores da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) invertida verificou-se a média situada em $13,3 \pm 2,2$, com amplitude de seis a 15, e moda no valor de 13 (i.e., na escala invertida, correspondendo a dois na escala normal). Este resultado sugere que, no geral, de forma similar ao verificado em relação aos escores de MEEM, também um grande número de sujeitos denota apresentar um perfil de normalidade na escala de depressão. A Figura 2 ilustra a distribuição percentual dos escores de MEEM e EDG.

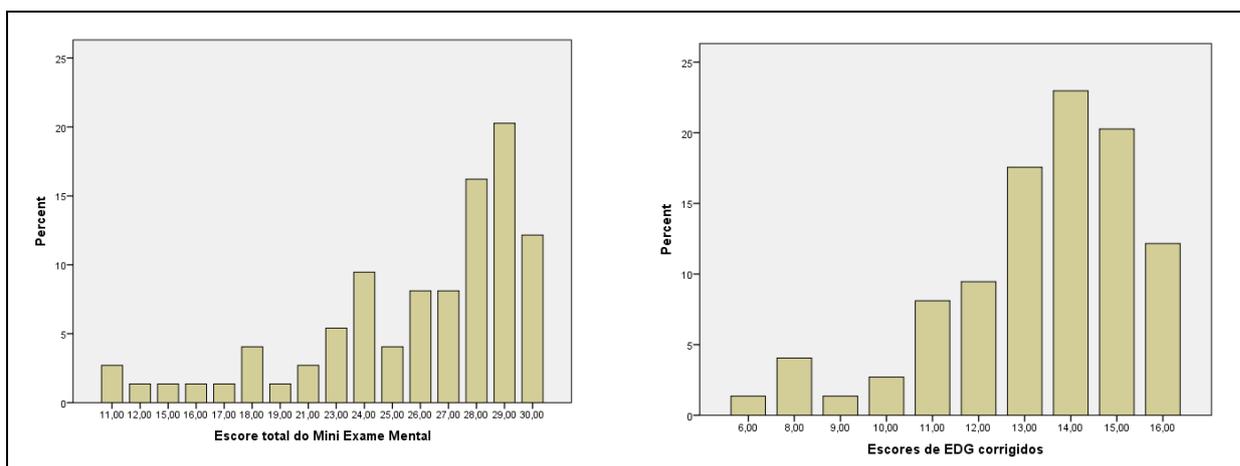


Figura 2. Distribuição dos escores de MEEM e EDG

Observa-se que a distribuição percentual dos escores de MEEM e EDG denotam o perfil positivo da amostra em relação aos níveis de comprometimento das funções cognitivas

¹ Escores de EDG originais= 0-5 normal; 6-10= Depressão leve; 11-15= Depressão severa
 Escores de EDG corrigidos: 0-5= Depressão severa; 6-10= Depressão moderada; 11-15= Normal

e de depressão. Em relação aos escores de MEEM, determinantes do estado de saúde mental, 78,4% (N=58) não apresentaram déficit cognitivo; 8,1% (N=6) apresentaram déficit cognitivo leve; enquanto 13,5% (N=10) apresentaram déficit cognitivo moderado (Tabela 3)

Em relação ao perfil de depressão geriátrica, a proporção também expressiva de 90,5% (N=67) dos idosos na escala correspondente ao estado normal revela que a maioria dos idosos se enquadrou na categoria “normal” da escala EDG, com apenas 9,5% (N=7) destes indivíduos apresentando índices de depressão leve, não se verificando nenhum caso de depressão severa.

Tabela 3. Proporção de idosos em categorias de funções cognitivas e depressão geriátrica

Variáveis	Categorias	F	%
Funções cognitivas (MEEM)	Nenhum déficit cognitivo	58	78,4
	Déficit cognitivo leve	6	8,1
	Déficit cognitivo moderado	10	13,5
	Total	74	100,0
Depressão Geriátrica (EDG)	Normal	67	90,5
	Depressão leve	7	9,5
	Total	74	100,0

MEEM= Mini Exame Mental; EDG= Escala de Depressão Geriátrica; F= Frequência absoluta; %= Percentual

4.2. Caracterização dos grupos de idosos

Rememore-se que os idosos são oriundos de grupos específicos identificados para fins desta pesquisa. Os grupos investigados foram o Grupo Universidade Aberta da Terceira Idade (GUATI), o Grupo de Domiciliados (GDOMI) e o Grupo de Instituição de Longa Permanência para Idosos (GILPI). O GUATI refere-se ao grupo de idosos que participavam, regularmente de atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais em instituição gestora do envelhecimento. O GDOMI refere-se ao grupo de idosos domiciliados, não vinculados a instituição gestora do envelhecimento, i.e., que não participavam de atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais de forma sistemáticas, mas de forma autônoma. O GILPI reuniu os idosos que viviam em instituição de longa permanência e que, em sua maioria, não apresentavam perfil de realizar atividades físicas e/ou socioculturais e/ou educacionais com regularidade. A Tabela 4 ilustra a distribuição dos idosos pelos grupos investigados.

Tabela 4. Distribuição dos idosos por grupos de pertença

Grupos	Estatística	F	%
GUATI		35	47,3
GDOMI		30	40,5
GILPI		9	12,2
Total		74	100,0

Guati= Idosos em UATIs; GDOMI= Idosos domiciliados; GILPI=Idosos de instituição de longa permanência

No que se refere à distribuição dos idosos pelos grupos de pertença, verifica-se que 47,3% (N=35) estão no GUATI, 40,5% (N=30) no GDOMI e 12,2% (N=9) ao GILPI. Visando contextualizar o perfil de saúde mental dos idosos nos diferentes grupos, na sequência apresentam-se os dados demográficos, a natureza das atividades de ocupação e os escores das variáveis dependentes (MEEM e EDG) relativos a cada um destes.

4.2.1. Caracterização do Grupo Universidade Aberta da terceira idade - GUATI

A Tabela 5 ilustra a caracterização dos sujeitos do Grupo Universidade Aberta da

Terceira Idade (GUATI) em relação ao sexo, estado civil e nível de escolaridade.

Tabela 5. Caracterização de variáveis demográficas dos idosos do GUATI

Variáveis Demográficas	Condição	N	%
Sexo	Feminino	31	88,6
	Masculino	4	11,4
	Total	35	100,0
Estado civil	Casado	14	40,0
	Viúvo	13	37,1
	Solteiro	6	17,1
	Divorciado	1	2,9
	Outro	1	2,9
Escolaridade	Total	35	100,0
	Ginásio	13	37,1
	2ª grau	12	34,3
	3ª grau	5	14,3
	Primário	4	11,4
	Pós-graduado	1	2,9
Total	35	100,0	

Fizeram parte do Grupo Universidade Aberta da Terceira Idade (GUATI) 35 idosos, sendo 88,6% (N=31) do sexo feminino e 11,4% (N=4) do sexo masculino. A média de idade deste grupo foi de $71,4 \pm 6,90$, com a amplitude variando entre 60 e 91 anos. A amostra apresentou moda múltipla nas idades de 63, 69, 70 e 74 anos.

Relativamente ao estado civil verifica-se na Tabela 5 que a maior proporção de indivíduos do GUATI (40,0%; N=14) se refere à categoria casado(a), seguindo-se viúvo(a) (37,1%; N=13), solteiro(a) (17,1%; N=6), divorciado(a) (2,9%; N=1) e por fim os casados ou em união de fato (2,9%; N=1).

Quanto à escolaridade dos 35 idosos do GUATI, 13 cursaram o ginásio (37,1%), 12 cursaram o 2º grau (34,3%), cinco cursaram o 3º grau (14,3%), quatro cursaram o primário (11,4%) e um idoso cursou pós-graduação (2,9%), configurando que a maior parte dos sujeitos frequentou maioritariamente o ensino fundamental. O nível de escolaridade em anos de estudo foi em média de $10,6 \pm 3,0$, variando de 5 a 17 anos, constatando-se que a maior parte da amostra encontra-se no intervalo de 9 a 12 anos de estudos, como ilustra a Figura 3.

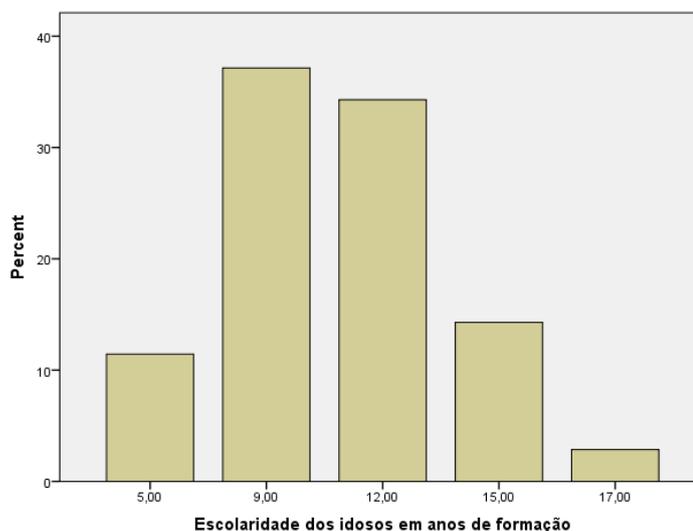


Figura 3. Escolaridade em anos dos idosos do GUATI

Verificou-se que 37,1% frequentou a escola 9 anos, 34,3% frequentou 12 anos, 14,3% frequentou 15 anos, 11,4% frequentou cinco anos e 2,9% apresentou 17 anos de escolaridade.

Com relação à realização de atividades cotidianas, verifica-se que os idosos do GUATI apresentam alto índice de participação em atividades físicas. A tabela 6 ilustra as atividades que os idosos do GUATI informaram realizar cotidianamente.

Tabela 6. Atividades cotidianas dos idosos do GUATI

Atividades	Condição	N	%
Prática de atividade física	Sim	33	94,3
	Não	2	5,7
Atividades artísticas e culturais	sim	12	34,3
	não	23	65,7
Atividades cognitivas	sim	12	34,3
	não	23	65,7
Atividades religiosas	sim	5	14,3
	não	30	85,7
TV e mídia	sim	6	17,1
	não	29	82,9
Atividades sociais	sim	0	0,0
	não	35	100,0

Isso se deveu ao fato de na instituição investigada as atividades serem eletivas e as entrevistas denunciam a alta preferência dos idosos pela realização de atividades físicas, havendo situações em que participam de mais de uma atividade oferecida pela instituição.

Dentre as atividades cotidianas informadas pelos idosos, a condição afirmativa (94,3%) em contraste com a condição negativa (5,7%) revelou a expressividade das atividades físicas para esse segmento da amostra. Seguindo, constata-se, em segundo lugar, as atividades artísticas culturais condição de 34,3% dos idosos do GUATI. Relativamente às atividades cognitivas 34,3% dos idosos informaram realizá-las cotidianamente. As atividades religiosas, TV e mídias e sociais (trabalho voluntário) apresentaram as menores proporções de participação, sendo, inclusive, inexistente nesta última.

O percentual elevado na indicação das atividades físicas sugere ser o diferencial de um grupo que pertence a uma instituição de gestão do envelhecimento.

Em relação às variáveis dependentes da pesquisa a análise dos escores do MEEM permite constatar a média situada em $27,5 \pm 3,3$, com amplitude entre 16 e 30, e moda de 29. Relativamente ao EDG (escala invertida) no GUATI, constatou-se a média situada em $13,0 \pm 1,5$, com amplitude de nove a 15, e moda 12. Este resultado sugere que, no GUATI, de forma similar ao verificado em relação aos escores do MEEM, também um grande número de sujeitos denota não apresentar perfil depressivo.

Na Tabela 7 se ilustra a distribuição dos idosos do GUATI em função das categorias do MEEM e EDG. Em relação ao MEEM se verifica que 91,4% (N=32) dos idosos não apresentam déficit cognitivo, 2,9% (N=1) apresenta déficit cognitivo leve e 5,7% (N=2) denota déficit cognitivo moderado.

Considerando a distribuição dos idosos na escala de EDG, verifica-se que 97,1% (N=34) dos idosos não manifestam traços depressivos de qualquer espécie e apenas um sujeito manifestou depressão leve. Neste grupo não foi verificado nenhum caso de depressão severa

Tabela 7. Distribuição dos escores de MEEM e EDG dos idosos do GUATI

Variáveis	Estatística	F	%
Categorias de estado mental	Nenhum déficit cognitivo	32	91,4
	Déficit cognitivo leve	1	2,9
	Déficit cognitivo moderado	2	5,7
	Total	35	100,0
Categorias de EDG invertida	Depressão Leve	1	2,9
	Normal	34	97,1
	Total	35	100,0

4.2.2. Caracterização do grupo de idosos domiciliados - GDOMI

Fizeram parte do Grupo Domiciliado (GDOMI) 30 idosos, sendo 96,7% (N=29) do sexo feminino e 3,3% (N=1) do sexo masculino (Tabela 8). A média de idade deste grupo foi de $76,4 \pm 8,7$, com a amplitude variando entre 60 e 91 anos e a moda de 73 anos.

Tabela 8. Caracterização de variáveis demográficas dos idosos do GDOMI

Variáveis Demográficas	Condição	N	%
Sexo	Feminino	29	96,7
	Masculino	1	3,3
	Total	30	100,0
Estado civil	Viúvo	18	60,0
	Casado	9	30,0
	Divorciado	2	6,7
	Solteiro	1	3,3
	Total	30	100,0
Escolaridade	Primário	15	50,0
	Ginásio	7	23,3
	2ª grau	6	20,0
	Alfabetizado	2	6,7
Total	30	100,0	

Relativamente ao estado civil verificou-se que a maior proporção, correspondente a 60,0% (N=18) dos sujeitos se enquadram na categoria viúvo(a), seguindo-se 30,0% casados(as) (N=9), 6,7% divorciados(as) (N=2), e 3,3% solteiro(a) (N=1).

Quanto ao nível de escolaridade no GDOMI, 15 cursaram o primário (50,0%), sete cursaram o ginásio (23,3%), seis cursaram o ensino médio (20,0%), dois foram, exclusivamente, alfabetizados (6,7%), configurando que a grande maioria dos sujeitos apresentam formação escolar no primeiro segmento do ensino fundamental. O tempo de escolarização dos foi em média de $7,1 \pm 3,3$, variando de um a 12 anos. É possível constatar que a maior parte da amostra apresenta cinco anos de estudos, como ilustra a Figura 1, correspondendo atualmente ao primeiro segmento do ensino fundamental. Contata-se que 50% informou cinco anos de escolaridade, 23,3% frequentou nove anos de estudos, 20,0% frequentou 12 anos a escola, e 6,7% tinha apenas um ano de escolaridade.

No que diz respeito às atividades frequentadas pelos idosos do GDOMI, observa-se que as atividades físicas ocorrem com menor frequência que o GUATI, correspondendo a 36,7% dos participantes, em contraste com a condição negativa de 63,3% dos idosos.

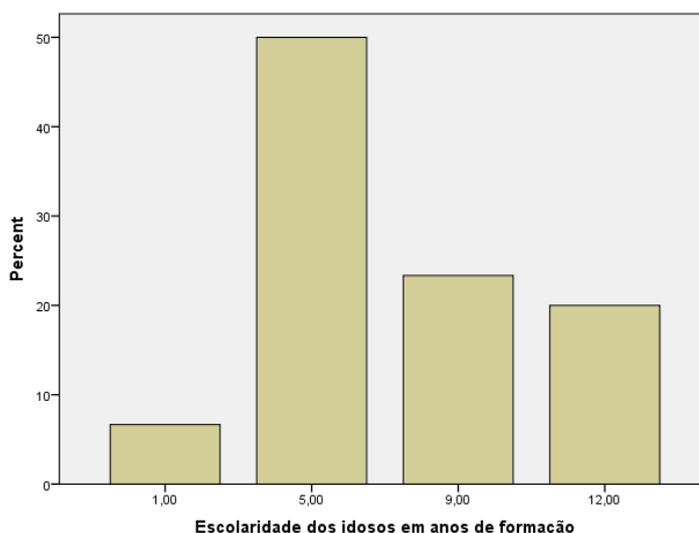


Figura 4. Escolaridade em anos dos idosos do GDOMI

Quanto às atividades artísticas culturais 26,7% informaram realizá-las com alguma regularidade, o que não ocorreu com os 73,3% restantes. Nas atividades cognitivas a frequência foi de 20,0%, seguido de 43,3% em atividades religiosas a qual assume a maior magnitude entre todas as atividades, 30,0% em mídias e TV e, por fim, apenas 6,7% em atividades sociais (trabalho voluntário) (Tabela 9).

Tabela 9. Atividades cotidianas dos idosos do GDOMI

Atividades	Condição	N	%
Prática de atividade física	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Atividades artísticas e culturais	sim	8	26,7
	não	22	73,3
Atividades cognitivas	sim	6	20,0
	não	24	80,0
Atividades religiosas	sim	13	43,3
	não	17	56,7
TV e mídia	sim	9	30,0
	não	21	70,0
Atividades sociais	sim	2	6,7
	não	28	93,3

Observa-se que o envolvimento em atividades religiosas se sobrepõe às demais entre os idosos do GDOMI, possivelmente pelo fato destes sujeitos terem sido mobilizados maioritariamente em grupos religiosos. Observou-se que o envolvimento com as atividades religiosas para esse grupo parece ser introjetada como uma obrigação laboral, e não como opção. Entretanto, esta parece dotar os idosos de suporte social em função do nível de interações pessoais possibilitadas pelos processos de evangelização entre outras atividades sociais da igreja.

Em relação às variáveis dependentes, a análise dos escores do MEEM permite constatar a média situada em $26,0 \pm 3,2$, com amplitude entre 18 e 30, e moda de 29. Em

relação aos escores da Escala de Depressão Geriátrica (EDG, invertida) verificou-se a média situada em $11,8 \pm 2,4$, com amplitude de seis a 15, e moda 13. Este resultado sugere que, no GDOMI, de forma similar ao verificado em relação ao déficit cognitivo, um grande número de sujeitos denota não apresentar perfil depressivo, como pode ser constatado pela distribuição dos escores nas escalas do MEEM e EDG apresentados na Tabela 10.

Considerando a amostra estratificada GDOMI, de acordo com a tabela 3 constata-se 80,0% (N=24) com nenhum déficit cognitivo, 13,3% (N=4) com déficit cognitivo leve e apenas 6,7 (N=2) com déficit cognitivo moderado.

Tabela 10. Distribuição dos escores de MEEM e EDG dos idosos do GDOMI

Variáveis	Estatística	F	%
Categorias de estado mental	Nenhum déficit cognitivo	24	80,0
	Déficit cognitivo leve	4	13,3
	Déficit cognitivo moderado	2	6,7
	Total	30	100,0
Categorias de EDG invertida	Depressão Leve	5	16,7
	Normal	25	83,3
	Total	30	100,0

Relativamente à categorização dos escores do EDG, verificou-se que 83,3% (N=25) dos idosos de GDOMI, não apresentaram indicativo de depressão, enquanto 16,7% (N=5) apresentaram depressão leve. Também não foi verificado nenhum caso de depressão severa neste grupo.

4.2.3. Caracterização do grupo de idosos abrigados em Instituição de Longa permanência - GILPI

Como já foi referido, a consecução da amostra de idosos deste grupo foi comprometida quer pela dificuldade de acesso, quer pela exclusão de sujeitos em função de critérios de inclusão/exclusão previamente estabelecidos. Dentre as 14 instituições contatadas, apenas duas concederam a autorização para a realização da pesquisa. Em vista disso a o quantitativo amostral neste grupo ficou prejudicado. Nesse sentido, fizeram parte do Grupo de Instituição de Longa Permanência (GILPI) nove idosos, sendo 100,0% do sexo feminino. A média de idade deste grupo foi de $86,6 \pm 7,3$, com a amplitude variando entre 77 e 99 anos. A moda do grupo foi única e se caracterizou na idade de 81 anos. Os dados demográficos relativos a este grupo, como pode ser observado na Tabela 11, denota a maior proporção de indivíduos do GILPI 66,7% (N=6) na categoria viúvo(a), seguindo-se solteiro(a) com 33,3% (N=3).

Quanto à escolaridade dos nove idosos do GILPI, cinco são analfabetos (55,6%), dois cursaram o primário (22,2%), um cursou o ginásio (11,1%), e também um foi exclusivamente alfabetizado, configurando que a maioria dos sujeitos são analfabetos.

Quanto à escolaridade dos nove idosos do GILPI, cinco são analfabetos (55,6%), dois cursaram o primário (22,2%), um cursou o ginásio (11,1%), e também um foi exclusivamente alfabetizado, configurando que a maioria dos sujeitos são analfabetos. O nível de escolaridade dos idosos em anos de estudo foi em média de $2,2 \pm 3,3$, variando de zero a nove anos, dando indícios de que os demais idosos do grupo sequer concluíram o ensino primário.

Tabela 11. Caracterização de variáveis demográficas de idosos do GILPI

Variáveis Demográficas	Condição	N	%
Sexo	Feminino	9	100,0
	Viúvo	6	66,7
Estado civil	Solteiro	3	33,3
	Total	9	100,0
	Analfabeto	5	55,6
Escolaridade	Primário	2	22,2
	Ginásio	1	11,1
	Alfabetizado	1	11,1
	Total	9	100,0

Entre as atividades cotidianas observa-se baixa realização em quase todas as categorias, exceto em atividades artísticas e culturais que chega a alcançar a proporção de 44,4%, mas com um “n” muito baixo (Tabela 12).

Observa-se que não houve o envolvimento cotidiano dos idosos em atividades físicas. Apenas 22% (N=2) aparecem em atividades cognitivas e TV e mídias, finalizando com 11% (N=1) em atividades religiosas e sociais (trabalho voluntário).

Além da idade, o baixo índice de participação dos idosos institucionalizados em atividades físicas, socioculturais e educacionais pode implicar na aceleração de perdas funcionais contribuindo para o aparecimento de enfermidades crônicas e incapacitantes, observado em, pelo menos, cinco idosos desse grupo.

Tabela 12. Atividades cotidianas dos idosos do GILPI

Atividades	Condição	N	%
Prática de atividade física	Sim	0	0,0
	Não	9	100,0
Atividades artísticas e culturais	sim	4	44,4
	não	5	55,6
Atividades cognitivas	sim	2	22,2
	não	24	77,8
Atividades religiosas	sim	1	11,1
	não	17	88,9
TV e mídia	sim	2	22,2
	não	7	77,8
Atividades sociais (Trabalhos Voluntários)	sim	1	11,1
	não	8	88,9

Em relação às variáveis dependentes da pesquisa, a Tabela 13 ilustra a distribuição percentual de idosos do GILPI para cada categoria do Mini Exame Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG). O escore médio do MEEM no GILPI foi de $17,8 \pm 6,5$, com amplitude entre 11 e 28, e moda de 11. Na escala da EDG corrigida o escore médio foi de $11,6 \pm 2,2$, com amplitude de sete a 14, e moda com valor de 12. Contrastando com os resultados relativos à função cognitiva (MEEM), no GILPI observa-se um considerável número de sujeitos que não denotam apresentar perfil depressivo.

A distribuição dos escores na escala do MEEM mostra a inexistência de déficit cognitivo em 22,2% (N=2), déficit cognitivo leve em 11,1% (N=1) e déficit cognitivo moderado em 66,7 (N=6) dos sujeitos da pesquisa. Na escala do EDG, 88,9% (N=8) não apresenta traços de depressão geriátrica e 11,1% (N=1) apresenta depressão leve. Também neste grupo não foi verificado nenhum caso de depressão severa.

Tabela 13. Distribuição dos escores de MEEM e EDG dos idosos do GILPI

Variáveis	Estatística	F	%
Categorias de estado mental	Nenhum déficit cognitivo	2	22,2
	Déficit cognitivo leve	1	11,1
	Déficit cognitivo moderado	6	66,7
	Total	9	100,0
Categorias de EDG invertida	Depressão Leve	1	11,1
	Normal	8	88,9
	Total	9	100,0

Apesar de reduzida a amostra de idosos do GILPI, observa-se flagrante o quantitativo de sujeitos que apresentam déficit cognitivo moderado, o maior verificado na escala dentre todos os grupos investigados. Ainda ressaltando os devidos cuidados com as interpretações dos resultados neste grupo, verifica-se plausível uma associação entre o nível de escolarização e a ausência de envolvimento com a prática de atividade física, podendo indicar a falta de consciência para a importância deste fator para a própria saúde, sem descartar a falta de oportunidade.

4.3. Comparação de MEEM e EDG dos grupos GUATI, GDOMI e GILPI

Tendo em vista o objetivo de comparar a média obtida no mini-exame do estado mental dos idosos em função do grupo de pertença, foi utilizada a análise da variância univariada (ANOVA) e o teste a posteriori de Tukey.

Tabela 14. Comparação dos escores do Mini Exame de Estado Mental dos grupos GUATI, GDOMI e GILPI

GRUPOS	MEEM		F	Comparações	Diferença entre médias
	Média	DP			
GUATI	27,5	3,3	23,052**	GUATI X GDOMI	1,110 ^{ns}
GDOMI	26,0	3,2		GUATI X GILPI	9,365*
GILPI	17,8	6,5		GDOMI X GILPI	8,256*

ns – não significativa; * - significativa ao nível de 0,05; ** - Significativa ao nível de 0,01

Como pode ser observado na Tabela 14, o grupo que obteve a maior média foi o GUATI, seguido do GDOMI, e por último o GILPI. A ANOVA revelou que de fato existiu diferença significativa entre os grupos ($F = 23,052$; $p < 0,01$), com exceção da comparação entre GUATI e GDOMI. Assim, apesar do GUATI ter apresentado média superior ao GDOMI, tal diferença não foi significativa.

A literatura enfatiza a relação entre a depressão e o desempenho cognitivo. Embora não estabeleça com propriedade a relação de causa e efeito, em geral deixam perceber a plausibilidade de que o desempenho cognitivo venha a ser diretamente afetado pelo aumento da depressão (PORTO; HERMOLIN; VENTURA, 2002). Outro fator associado ao desempenho cognitivo é a escolaridade que, no caso da comparação entre o GUATI e o GDOMI, esta é francamente favorável ao GUATI. Também é plausível que o envolvimento em atividades de diversas naturezas e que mobilizem em mais alto nível as estruturas cognitivas representem uma estimulação mais intensa e diversificada para os sujeitos. Dessa

forma, e considerando os resultados destes grupos na escala de depressão geriátrica, que se mostram significativos, deduz-se, com base no contexto dos idosos investigados, que pode ser provável a refutação desta ausência de diferenças tendo por base outras análises e os argumentos propostos, pois a experiência de campo durante a coleta de dados mostra um contexto menos estimulante para os idosos do GDOMI em comparação com o do GUATI. Assim, a inexistência de diferenças entre o GUATI e o GDOMI em termos de desempenho cognitivo se mostra contraditório com o que se apresenta na literatura. Essa afirmativa é corroborada por estudos que evidenciam uma associação positiva entre cognição e vida ativa nos idosos, i.e., em relação ao nível de cognição, existe uma diferença significativa entre os idosos que vivem na sociedade e praticam algum tipo de atividade física ou socializadora e os idosos que vivem reclusos com restrições às interações sociais (CAIXETA; FERREIRA, 2009). Possivelmente a ausência desta diferença se deva à singularidade do processo de envelhecimento dos participantes, pois o resultado dos testes concentrou uma proporção elevada de idosos do GDOMI na escala correspondente à inexistência déficit cognitivo. Dessa forma, apesar da média do GUATI no MEEM ser maior que a de GDOMI, a diferença não se manifesta de forma significativa em função dos idosos de GDOMI também apresentarem escores elevados de MEEM e proporção de idosos em categoria caracterizada pela inexistência de déficits.

O GILPI, por outro lado, com o devido cuidado que se deve ter ao analisar uma amostra desta magnitude, apresenta índices baixos tanto de escolaridade quanto de envolvimento social e físico, ao que parece refletir sobre os baixos escores obtidos no teste do MEEM. Isto sugere que o GILPI, pelo caráter de institucionalização sofre mais com a perda na esfera cognitiva e, ainda, a falta de incentivos à prática de atividades intelectuais também prejudica o desenvolvimento da memória e raciocínio. Os escores mais baixos obtidos pelo GILPI podem ser explicados pela falta de escolaridade e pela própria institucionalização, que acaba por contribuir de modo importante para a degradação cognitiva (WEBBER, 2004).

A Escala de depressão geriátrica indica o grau de depressão do idoso considerando que quanto maior o escore obtido, maior a depressão. Entretanto, tendo em vista o fato do MEEM ser uma medida em que os escores mais altos indicam melhor desempenho cognitivo do idoso, optou-se pela inversão dos escores. Assim, a Escala de Depressão Geriátrica, no presente estudo, foi invertida, dessa forma considerando-se que os escores mais altos são indicativos de menor grau de depressão.

Como pode ser observado na Tabela 15, o grupo que obteve maior média foi o GUATI, seguido do GDOMI, e por último o GILPI. Merece destaque que a ordem dos grupos em função dos escores de depressão se assemelhou a ordem observada na comparação dos escores no mini exame de estado mental. Observou-se, também, que os quadros de disfunção cognitiva e depressão se agravam relativamente em função da idade, i.e., nos grupos com média de idade maior, verificou-se a tendência a escores menores, embora a diferença entre GDOMI e GILPI em relação ao resultado de EDG e GUATI e GDOMI em relação ao MEEM, se mostrem irrelevantes.

Tabela 15. Comparação dos escores da Escala de Depressão Geriátrica dos grupos GUATI, GDOMI e GILPI

GRUPOS	EDG		F	Comparações	Diferença entre médias
	Média	DP			
GUATI	13,0	1,5	3,781*	GUATI X GDOMI	1,233*
GDOMI	11,8	2,4		GUATI X GILPI	1,444 ^{n.s.}
GILPI	11,6	2,2		GDOMI X GILPI	0,211 ^{n.s.}

n.s. – não significativa; * - significativa ao nível de 0,05; ** - Significativa ao nível de 0,01

A ANOVA revelou que de fato existe diferença significativa entre os grupos ($F = 23,052$; $p < 0,05$). Entretanto, tal diferença foi significativa apenas na comparação entre os grupos GUATI e GDOMI. Nas demais comparações, as diferenças não foram significativas.

Os argumentos apresentados para explicar a inexistência de diferenças entre o GUATI e o GDOMI em relação ao desempenho cognitivos nos MEEM, são exatamente os que corroboram a diferença verificada entre os grupos em relação à escala de depressão geriátrica. O fato dos idosos do GUATI apresentarem menor comprometimento depressivo que o GDOMI, pode ser explicado pelo contexto em que se inserem, isto é, são mais ativos fisicamente, apresentam maior nível de escolaridade e seu envolvimento em atividades cotidianas é tanto mais frequente, quanto mais diversificado. Estes fatores são reportados na literatura como potencializadores do bem estar mental pelos estímulos que propiciam aos envolvidos. Dessa forma, os resultados se mostram coerentes com as evidências na literatura, ao ressaltar a existência de relação da depressão entre idosos e a baixa frequência de envolvimento em atividades (FERREIRA; BARHAM, 2011). Estudando a aplicação do exercício físico no tratamento da depressão, Moraes; Deslandes; Ferreira; Pompeu; Ribeiro; Laks (2007), em uma revisão sistemática de estudos nesta área, afirmam que apesar do desconhecimento sobre os mecanismos pelos quais a atividade física proporciona efeitos antidepressivos, existem evidências de seus benefícios e estes devem ser analisados com base nos fundamentos da neurobiologia e neuropsicologia da depressão.

O fato de não aparecer diferenças significativas entre o GUATI e também o GDOMI em relação ao GILPI, pode se dever em muito ao quantitativo de idosos no GILPI, insuficiente para determinação de robustez do tratamento estatístico. Ainda assim verificou-se escores mais elevados em favor do GUATI, assim como os desvios de menor proporção.

4.4. Análise de Relações entre MEEM, EDG e Variáveis Demográficas

A Tabela 16 ilustra as relações entre as variáveis contínuas relativas ao MEEM, EDG, Idade e escolaridade em anos de estudos, com base no coeficiente de correlação de *Pearson* (r). A relação inversa entre a idade e a escolaridade indica que quanto maior foi a idade dos idosos menor foi a sua escolaridade, fato comum na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata de indivíduos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à mulher.

Tabela 16. Coeficiente de correlação linear de Pearson entre idade, escolaridade em anos e as medidas estado mental e de depressão

Variáveis	Mini Exame Mental	EDG	Idade dos Idosos	Escolaridade
Mini Exame Mental	1	,182 ^{ns}	-,568 ^{**}	,632 ^{**}
EDG	-	1	-,187 ^{ns}	,267 [*]
Idade dos Idosos	-	-	1	-,448 ^{**}
Escolaridade	-	-	-	1

^{**} Correlação significativa no nível 0,01; ^{*} Correlação é significativa no nível 0,05; ^{ns}= não significativa

O perfil de escolaridade apresentado pelos idosos nesta pesquisa é superior aos dados divulgados pelo Senso do IBGE – PNAD (2010) relativamente a atual geração de idosos brasileiros, quando identifica 50,2% destes indivíduos com escolaridade menor que quatro anos, enquanto nesta pesquisa o quantitativo de idosos com até cinco anos de estudos representou 39,3% da amostra. Assim, apesar do perfil de escolaridade dos idosos nesta pesquisa sugerir ainda um baixo nível de estudos, a amostra denota ser privilegiada se

comparado com os dados do IBGE. Este resultado deve ser considerado no contexto da primeira metade do século passado, quando os anos de estudo não eram necessariamente condicionantes para a obtenção de trabalho com razoável remuneração para os homens, e menos ainda para as mulheres que se dedicavam principalmente aos cuidados do lar e dos filhos (MASTROENI; ERZINGER; MASTROENI; SILVA; MARUCCI, 2007).

Nesta pesquisa, tanto a idade quanto a escolaridade aparecem relacionadas com os níveis de déficit cognitivo e de depressão geriátrica, os quais se mostraram inversamente proporcional à idade (maior idade associada aos menores escores dos testes), embora de modo não significativo, e diretamente proporcional; e significativa quanto ao nível de escolaridade ($P \leq .01$ em relação ao MEEM e $P \leq .05$ em relação ao EDG).

Relativamente à relação entre a idade e os escores do MEEM, os resultados indicam a associação negativa representando que o aumento da idade está inversamente relacionado com o déficit cognitivo, i.e., os indivíduos mais velhos tendem a apresentar maior déficit cognitivo. O comprometimento da saúde mental é um processo natural tendo em vista que o envelhecimento, como afirma Jordão Neto (1997), é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível.

A literatura e as pesquisas corroboram os resultados desta pesquisa nas quais se constata a relação da mesma natureza entre a idade e os índices de déficit cognitivo. Segundo Maciel e Guerra (2007), a qualidade e quantidade das informações necessárias para um controle cognitivo eficaz diminuem pela própria característica do processo de envelhecimento. Também de acordo com Valle; Castro-Costa; Firmo; Uchoa; Lima-Costa (2009); Diniz; Volpe; Tavares (2007), à medida que aumenta a faixa etária ocorre um declínio das funções cerebrais, reforçando a natureza inversa da associação entre estas variáveis.

Diniz; Volpe; Tavares (2007) realizaram estudo visando analisar a influência de variáveis sociodemográficas, principalmente a idade e o nível educacional, no desempenho cognitivo de idosos residentes em uma comunidade de Belo Horizonte (MG). Os resultados mostraram que a idade e, sobretudo, a escolaridade tiveram forte influência na pontuação do MEEM. Isto é, quanto maior a idade e menor a escolaridade, menores foram os escores neste teste cognitivo, refletindo maior vulnerabilidade ao desempenho cognitivo. Esses resultados se mantiveram inalterados mesmo após o controle de possíveis variáveis “confundidoras”, idade e sexo, demonstrando que o nível educacional foi a principal variável que influenciou a *performance* cognitiva nessa população. Esses resultados estão em ampla concordância com a literatura, tanto nacional quanto internacional (ENGELHARDT; HERRERA, 1998). O Elevado nível educacional é considerado por vários autores como fator protetor quanto ao desenvolvimento de quadros demenciais, especialmente a doença de Alzheimer (DA).

Assim, a idade e, de maneira mais significativa, a escolaridade foram os fatores que mais influenciaram a pontuação no MEEM e, conseqüentemente, a *performance* cognitiva nos idosos examinados. O melhor desempenho ligado à escolaridade foi observado mesmo em indivíduos com níveis de educação formal muito baixo (por exemplo, 1 a 4 anos), mostrando que, nessa população estudada, alguns poucos anos de educação formal proporcionam melhor desempenho cognitivo global, medido por testes cognitivos.

Estudos evidenciam que as alterações cognitivas em idosos institucionalizados foram mais frequentes naqueles com baixo nível de escolaridade (REIS; TORRES; ARAÚJO; REIS; NOVAES, 2009). O número de anos de estudo tem sido considerado tanto como fator de proteção neuronal quanto como elemento de confusão diagnóstica, já que o desempenho de indivíduos testados com instrumentos de avaliação cognitiva é fortemente influenciado pela escolaridade (REIS; TORRES; REIS; 2008).

Borges, Benedetti, Mazo (2007), referem a estudos recentes que mostram a prevalência da relação negativa entre escolaridade e depressão. Almeida Filho *et al.* (2007)

constatarem que baixa escolaridade tem maior influência no aparecimento de depressão em mulheres.

Tanto a escolaridade, quanto a idade aparecem no estudo de Fernandes; Silva; Bonan; Zahar; Marinheiro (2009), realizado no Rio de Janeiro em uma unidade pública de saúde. Na amostra de 165 mulheres entre 40 e 65 anos observou-se a associação entre o desempenho no MEEM e a idade e escolaridade, uma vez que as mulheres mais velhas, que obtiveram médias mais baixas, foram também as que possuíam menor escolaridade. Também Gomes; Ruiz; Corrente (2011) afirmam que as variáveis idade e nível de escolaridade influenciam a ocorrência de demência e depressão, destacando que a escolaridade apresenta uma relação inversamente proporcional com os quadros de déficit cognitivo, ou seja, indivíduos com maior escolaridade tendem a menor vulnerabilidade ao déficit cognitivo.

Na relação entre a escolaridade e os escores de EDG, o resultado indicou que quanto maior o nível de escolaridade, menor foi o grau de depressão nos idosos, considerando que os escores mais elevados de EDG representam a inexistência ou menor grau de depressão geriátrica, motivo que justifica o sinal positivo de "r".

Quanto à relação entre os escores de MEEM e EDG, apesar de se verificar a relação direta entre estes escores, esta não alcançou a significância estatística, portanto não se podendo afirmar a existência de associação entre estas variáveis. Possivelmente o quantitativo da amostra deste estudo não permitiu que a relação positiva entre as variáveis se pronunciasse de forma significativa. No entanto, a relação positiva entre as variáveis vai ao encontro da literatura ao referir a associação entre ambas, embora sem uma definição sobre qual delas tem efeito sobre a outra (ÁVILA; BOTTINO, 2006). Exemplo disso, nesta pesquisa, é o fato dos sujeitos da amostra parecerem privilegiados quanto ao estado geral de saúde mental, pois, observa-se uma alta frequência de sujeitos com perfis de inexistência de déficit cognitivo ou déficit cognitivo leve, assim como de perfis normal e leve de depressão. Também ao avaliar a existência de depressão em idosos internados em um hospital terciário, Ferrari; Dalacorte (2007) estudando a correlação entre os escores de MEEM e GDS verificaram a associação direta entre déficit cognitivo e depressão.

4.5. Análise dos escores de MEEM e EDG em função de variáveis demográficas e atividades livres realizadas pelos idosos.

Dentre as variáveis demográficas, somente a escolaridade parece influenciar a distribuição dos escores de MEEM e EDG. A relação verificada na seção anterior já foi um prenúncio dessa associação. A Tabela 17 ilustra os valores de escolarização associados com a escala do MEEM na categoria referente à inexistência de déficit cognitivo.

Tabela 17. Associação entre o nível de escolarização e escores de déficit cognitivo

MEMM	Nenhum Déficit cognitivo	Déficit cognitivo leve	Déficit cognitivo moderado	X ²
ESCOLARIDADE				
Analfabeto	0	0	5	
Alfabetizado	0	2	1	
Primário	15	3	3	
Ginásio	21	0	0	57,728**
2º Grau	16	1	1	
3º Grau	5	0	0	
Pós-graduação	1	0	0	

** Correlação significativa no nível 0,01; * Correlação é significativa no nível 0,05; ns= não significativa

O resultado do teste qui-quadrado para a associação entre as variáveis escolaridade e índice de déficit cognitivo foram significativos, indicando que a escolarização de 4 a 12 anos diferenciou significativamente os níveis de déficit cognitivo ($\chi^2=57,728$; $p=0.001$). Os efeitos da educação não somente incluem a aprendizagem de conhecimentos e habilidades específicos, mas também aumentam a eficiência geral no processamento e manejo de informação. Não seria razoável esperar que a influência do nível educacional pudesse ser completamente eliminada dos testes cognitivos, pois a função da educação é aumentar a aptidão cognitiva, estabelecendo-se, portanto uma associação positiva entre desempenho em um teste cognitivo e o nível educacional (CARVALHO; COUTINHO, 2002).

Com relação à influência do envolvimento dos idosos em atividades físicas, socioculturais e educacionais sobre os perfis de déficit cognitivo e depressão, a única variável relacionada a atividades desta natureza que parece influenciar a distribuição dos escores de MEEM é a atividade física. O teste qui-quadrado para a associação entre as variáveis atividade física e índice de déficit cognitivo foram significativos, indicando que a frequência à atividade física diferenciou significativamente os níveis de déficit cognitivo ($\chi^2=6,756$; $p=0.034$).

Tabela 18. Associação entre o envolvimento em atividade física e escores de déficit cognitivo

Prática de Atividade Física	Categorias de estado mental			χ^2
	Nenhum déficit cognitivo	Déficit cognitivo leve	Déficit cognitivo moderado	
Sim	39	2	3	6,756*
Não	19	4	7	

** Correlação significativa no nível 0,01; * Correlação é significativa no nível 0,05; ns= não significativa

Transtornos cognitivos têm alta prevalência em idosos e estão associados a um impacto negativo em seu estado de saúde e qualidade de vida. A associação entre prática de atividades físicas e déficit cognitivo vem sendo ratificada pela literatura, mas seus resultados carecem de melhor compreensão sobre os mecanismos responsáveis pelos efeitos. Para que o idoso tenha uma vida saudável, seja independente nas suas Atividades de Vida Diária (AVD) é de extrema importância a realização de atividade física regular, pois esta retarda as alterações fisiológicas do envelhecimento e, quando associada a outros cuidados, contribui para a prevenção de determinadas doenças. São as alterações estruturais e funcionais progressivas do organismo que diminuem a autonomia do idoso e pioram a qualidade de vida (VIDMAR; POTULSKI; SACHETTI; SILVEIRA; WIBELINGER, 2011).

Araújo; Prada (2010) concluíram que as atividades físicas realizadas em grupo, podem facilitar e desenvolver a comunicação, gerando um compartilhamento de ideias e vivências entre os participantes. O aumento do contato social durante estas atividades poderia proporcionar melhorias significativas na autoestima e na qualidade de vida.

Caldas e Guimarães (2006) avaliaram estudos que analisavam o papel da atividade física na prevenção dos transtornos depressivos em idosos. Elas concluíram que a atividade física tem efeitos benéficos na depressão em pessoas. Porém, elas questionaram se estes resultados surgem devido aos efeitos físicos do exercício ou ao contato social durante a prática das atividades físicas.

Para os idosos, protagonistas de um processo de envelhecimento que promove perdas, em especial, nos aspectos cognitivos, físicos e sociais, as atividades físicas ganham relevo pela sua contribuição para o abrandamento do sofrimento causado por estas perdas (ALENCAR; ARAGÃO; FERREIRA; DANTAS, 2010; RABACOW et al, 2006).

A atividade física proporciona satisfação pessoal para o idoso, gerando um sentimento de capacidade para realização que se estende às mais variadas tarefas. Além de promover a autodeterminação, as atividades físicas ajudam na prevenção de doenças, prolongando a vida. A prática de atividade física regular qualifica a saúde física e mental e ressignifica o dia-a-dia (DEPS, 2000).

CAPÍTULO V

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O predomínio de mulheres, viúvas, no grupo estudado confirma a teoria de que a longevidade se conjuga no feminino. A escolaridade de 5 a 12 anos caracteriza bem esta geração de idosos cujo mercado de trabalho não exigia muito em termos de educação para a obtenção de um salário razoável que assegurasse a sobrevivência digna de uma família onde a mulher era delegada a função de manutenção do lar e os cuidados dos os filhos.

O estudo revela ainda que é crescente a conscientização quanto aos benefícios das atividades físicas para um envelhecimento saudável. Esta preocupação talvez já esteja tendo uma repercussão satisfatória na saúde mental dos idosos quando se constata em uma parte deles a ausência de déficits cognitivos e sintomas depressivos mais severos.

Os grupos investigados se comportaram como esperado corroborando as teorias, embora nem sempre as associações e comparações tenham se mostrado significativas. Dessa forma, os grupos apresentaram uma certa demarcação quanto a sua caracterização, com o GUATI, formado por idosos envolvidos em instituições de gestão de envelhecimento, apresentando um perfil mais próximo do que a literatura aponta como inclinado para a qualidade de vida e de saúde mental. Foram idosos mais ativos dentre todos no que tange à participação em atividades físicas, socioculturais e educacionais, fazendo crer desfrutarem de estímulos intensos e diversificados, os quais aparecem associados, mesmo que nem sempre significativamente, aos bons parâmetros de saúde mental, objeto deste estudo. Os índices deste grupo superaram o GDOMI e o GILPI em praticamente todas as variáveis analisadas (demográficas e de envolvimento em atividades).

O GDOMI se colocou como um grupo intermediário, assim como era esperado, na medida em que neste, por um lado, os idosos não são totalmente restringidos em sua vida social e pessoal, por outro lado, também não possuem um perfil tão proativo e sistemático quanto foram os idosos do GUATI, quer em relação aos dados demográficos, quer em relação ao envolvimento em atividades físicas, socioculturais e educacionais. Sua maior vinculação foi a atuação no seio do ambiente religioso em que, conforme a experiência de campo, mostrou que a natureza das vivências naquele ambiente não eram intensos o suficiente para estimular em alto nível as estruturas mentais. Este grupo apresentou-se em todos os tratamentos numa posição intermediária entre o GUATI e o GDOMI.

O GILPI, na condição de reunir idosos oriundos de instituições de longa permanência, foi o grupo com os piores índices de escolaridade e envolvimento em atividades. Embora não tenha sido característico casos severos de depressão, o foi em termos de déficit cognitivo, com a maior proporção de indivíduos, embora esta interpretação sugira cuidado em função da dimensão da amostra. Os escores de função cognitiva e depressão deste grupo foram sistematicamente piores que os do GUATI e GDOMI.

Outros resultados que se destacaram nesta pesquisa e que ratificam a literatura foram as associações de variáveis demográficas e de envolvimento ativo com os escores do MEEM e EDG. Dessa forma, verificou-se a relação negativa estabelecida entre a idade e o nível de escolaridade que denota a falta de oportunidades em um momento histórico da vida de muitos idosos, verificando-se de forma mais significativa no GILPI, primeiro e no GDOMI em segundo. Dessa forma o fator escolaridade parece ter uma função importante quer para a compreensão do valor da manutenção de um estilo de vida social, cultural e físico ativo, quer, conseqüentemente, para a sua valorização visando o alcance de qualidade de vida e

autonomia. O nível de escolaridade se relaciona positivamente com bons índices de saúde mental e emocional.

Quanto ao nível de envolvimento dos idosos em atividades sociais, culturais e educacionais, a atividade física, assim como aparece insistentemente na literatura, foi observada associada positivamente com os melhores índices de saúde mental. Ou seja, a maior envolvimento com a prática de atividade física esteve relacionado com valores positivos de déficit cognitivo.

Contrastando com os grupos anteriores, o GILPI pelas características peculiares dos seus componentes marca um diferencial no que diz respeito às funções cognitivas, evidenciando uma representação significativa de idosos com déficit cognitivo moderado. O baixo índice de participação dos idosos institucionalizados em atividades físicas, socioculturais e educacionais pode ser responsável pela aceleração de perdas funcionais contribuindo para o aparecimento de enfermidades crônicas e incapacitantes, observado em, pelo menos, cinco idosos desse grupo.

Dessa forma, no sentido de responder aos objetivos colocados inicialmente para esta pesquisa, os quais, além de propor a caracterização de grupos de idosos com perfis diferenciados de vida ativa, se referiam fundamentalmente a analisar a relação ou influência entre as variáveis demográficas e de estilo de vida social, cultural e educacional na vulnerabilidade cognitiva e emocional dos idosos.

Quanto ao primeiro objetivo, a caracterização dos idosos por grupos de pertença, observou-se que aqueles vinculados às instituições de gestão do envelhecimento apresentaram índices demográficos e de envolvimento ativo superior aos grupos de domiciliado e de vinculação às entidades de longa permanência. O resultado pode significar o valor das entidades de gestão do envelhecimento na oferta de atividades sistemáticas aos idosos, atendendo-lhes uma necessidade e direitos fundamentais previstos no estatuto do idoso, ou seja, a educação permanente, a relação intergeracional, o conhecimento a respeito do envelhecimento visando à efetiva promoção da inserção social dos idosos. Também não se pode deixar de considerar o fator volitivo dos próprios idosos nesta associação, o que o nível de escolaridade pode surgir como precioso fator preditivo.

A comparação dos escores de função cognitiva e depressão caracterizadoras dos grupos mostrou diferenças significativas entre os grupos mais ativos (GUATI e GDOMI) e o menos ativo (GILPI), indicando que os grupos com maior nível de escolaridade e envolvimento ativo em atividades diversificadas tenderam a não apresentar disfunções cognitivas, e quando apresentaram, foi sempre em níveis menores.

Supreendentemente, esta mesma relação não foi plenamente observada em relação à depressão geriátrica, em que os idosos provenientes de instituições de gestão do envelhecimento, (GUATI) os mais ativos, se diferenciaram do grupo de domiciliados (GDOMI) os intermediários, mas não do grupo de idosos vinculados às instituições de longa permanência (GILPI). Uma possível explicação para este resultado, apesar da coerência dos escores, seria a dimensão da amostra de idosos de instituições de longa permanência. No entanto, a experiência de campo e o registro de dados qualitativos permitiram a análise mais apurada destes grupos, sendo característico no primeiro a volição à participação e as oportunidades de envolvimento em atividades sistematizadas, enquanto no grupo de idosos domiciliados verificou-se estímulos em níveis possivelmente insuficientes e não mobilizadores da estrutura cognitiva dos mesmos.

Em relação à análise de correlações entre as variáveis demográficas e os índices de função cognitiva e emocional, a idade aparece relacionada negativamente com os índices das duas variáveis dependentes deste estudo (MEEM e EDG), enquanto observou-se que a escolaridade apresenta relações positivas com a qualidade das funções cognitivas e emocionais. Esta pesquisa, no entanto, não corroborou os achados de outras pesquisas

relativamente à existência de relações significativas entre os escores de MEEM e EDG. Possivelmente o perfil positivo de função cognitiva e emocional de uma parte considerável de idosos investigados possa ter representado um enviesamento, restringindo esta possibilidade.

Quanto ao último objetivo que visava analisar a associação de atividades de diferentes naturezas com os escores de saúde mental em termos de déficit cognitivo e depressão, a atividade física foi observada como a única variável a diferenciar significativamente os escores de função cognitiva, como fartamente exhibe a literatura, portanto, corroborando os achados.

A luz destes resultados é plausível considerar a importância das instituições de gestão de envelhecimento, como as Universidades Abertas da Terceira idade, enquanto polos de inserção social dos idosos, as quais apresentam potencial para o atendimento de suas necessidades básicas e vitais.

Sugere-se que futuras pesquisas busquem maior diversificação de instituições de onde provêm os sujeitos da amostra, desvinculando-as exclusivamente de polos religiosos, embora se reconheça o seu papel social, bem como que atuem no sentido de realizar a análise com amostras maiores de sujeitos vinculados a instituições de longa permanência, embora também reconhecendo que estas instituições adotem uma postura defensiva, talvez confundindo os procedimentos de investigação científica com processos de patrulhamento da instituição.

6. Referências

- ALENCAR, N. A.; ARAGÃO, J.C.B.; FERREIRA, M.A.; DANTAS, E.H.M. Níveis de atividade física em idosas. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 87-97, 2010.
- ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria*, 56(3B):605-12, 1998.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57, p. 421-426, 1999.
- ARAÚJO, R. A. de; PRADA, F. J. A. Efeitos da atividade física nos índices de depressão em mulheres idosas. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 15 - N° 143 - Abril de 2010*. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/> Acesso em 18 ago 2012.
- ARGIMON, I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, p.64-72, 2005.
- ASSIS, M.(org.) Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002 p. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos). Disponível em: <www.unati.uerj.br> Acesso em 19 out. 2011.
- ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C.. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*. V.28, n4:316-20, 2006.
- BALTES, P. B; SMITH, J. Novas Fronteiras para o Futuro do Envelhecimento: da Velhice bem Sucedida do idoso Jovem aos Dilemas da Quarta Idade. *A Terceira Idade*, São Paulo, v.17, n.36, p.7-31, jun. 2006.
- BALLONE, G.J. Depressão do Idoso, 2001. Disponível em: < <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em 01 de out. 2009.
- BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BLAZER, D.G. Epidemia dos transtornos psiquiátricos no idoso. In: BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. organizadores. *Psiquiatria Geriátrica*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 167-183
- BORGES L. J, BENEDETTI T.R.B, MAZO GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. *J Bras Psiquiatr.*; 56(4): 273-9, 2007.
- BOTTINO, C. M. C.; ALMEIDA, O. P.; TAMAI, S.; FORLENZA, O. V.; SCALCO, M. Z.; CARVALHO, I. A. M. . *Entrevista estruturada para diagnóstico de transtornos mentais em idosos*. São Paulo: PROTER. 1999.
- BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H., Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria*, 61(3B):777-81, 2003.
- BUSSE, E. W; BLAZER, D.G. organizadores. *Psiquiatria Geriátrica*. 2a Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 119-140.
- CAIXETA, G. C. dos S.; FERREIRA, A. Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. *Rev. Neurocienc* 17(3), 202-208, 2009.

- CARREIRA, L.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P. C. B. de; TORRES, M. M.; SALCI, M. A. Prevalência De Depressão Em Idosos Institucionalizados. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun; 19(2):268-73, 2011.
- CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev. Saúde Pública*. 36(4), 17-23, 2002.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.180-200, 1997.
- CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. *Projeto pedagógico*: Universidade da Terceira Idade – UNTI. Caxias do Sul, RS: Educ, 2007.
- DEL PINO, C. C. Teoria de los sentimientos. Barcelona: Fabula TusQuests, 2003. In: DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DELORS, J. *Educação um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:MEC/UNESCO, 1998.
- DEPS, V. L. Atividade e Bem-Estar Psicológico na Maturidade. In: NERI, A. L. (org.). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 3.ed.São Paulo: Papyrus, 2000.
- DINIZ, B. S. de O; VOLPE, F. M; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame o Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev. Psiq. Clín.* 34 (1); 13-17, 2007.
- EDWARDS, J. (2003). Dementia and Depression in older people. International Psychogeriatric Association. IPA, (oral presentation). apud STELLA, F. *at al Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. Rio Claro/SP: Motriz, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98.
- ENGELHARDT, E.; Lacks, J.; ROZENTHAL, M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev Psiq Clin* 125:74-79, 1998.
- FENALTI, R. C. de S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. *Rev. Paul. Educ. Fís.*, São Paulo, 17(2): 131-41, jul./dez. 2003.
- FERNANDES, R. de C. L.; SILVA, K. S. da; BONAN, C.; ZAHAR, S. E. V.; Lizanka MARINHEIRO, P. F. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2009.
- FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.
- FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev. bras. epidemiol.* vol.9 no.4 São Paulo Dec. 2006.
- GOBBI, S.; CORRAZZA, I.; STELLA, F.; COSTA, R.; GOBBI, L.T.B. Atividade física e saúde mental no idoso. Notas do VII congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica [notas on line]. Ano. 2002 Disponível em <[http:// www.sppc.med.br/1encontro/gobbi.html](http://www.sppc.med.br/1encontro/gobbi.html)>. Acesso em 01 out. 2009.

- GOHN, M. G. educação não-formal e a relação escola-comunidade. *Revista ECCOS*, no 2, vol. 6, p. 39-65, Dez 2004.
- GOMES, J. E. M; T; RUIZ, T;. CORRENTE. J.E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, Abr-Jun; 6(19): 125-32, 2011.
- HAYFLICK, J. *Como e por que Envelhecemos?* Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- HOFER, M. A. On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, v. 58, p. 570-581, 1996 *apud* DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- JORDÃO NETO, A. *A Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos, 1997.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, v. 7ª edição. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LOPES, R. G. C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a homogeneidade das vivências. In: NERI, A. L. (Org.). *Idoso no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.
- MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*; 10(2): 178-89, 2007.
- MARCHAND, E.A.A. A influência da atividade física sobre a saúde mental de idosos. Notas de aula. 2004. Disponível em <<http://www.efartigos.hpg.com.br/otemas/artigo18.html>>. Acesso em 01 out 2009.
- MASTROENI, M. F.; ERZINGER, G. S.; MASTROENI, S. S. de B. S.; SILVA, N. N. da; MARUCCI, M. de F. N. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: Estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*; 10(2): 190-201, 2007.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A; BENEDETTI, T. B. 2.ed. *Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- MAZO, G. Z. et al. Tendência a Estados Depressivos em Idosos Praticantes de Atividade Física. *Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano*, Florianópolis. n.7, v.1, p.45-49, 2005.
- MIGUEL FILHO, E.C; ALMEIDA, O.P. de. Aspectos Psiquiátricos do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T. de, ; NETTO, M.P, (Org)s. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.63-82.
- MOSQUERA, J. *Adolescência e Provação*. Porto Alegre Sulina, 1974.
- NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa. Características, usos e possibilidades.cadernos de pesquisa em administração. São Paulo, 1(3): 1-5, 2º sem, 1996.
- NICOLA, I. P. Educação popular gerontológica. In: ENCONTRO ÍBERO-AMERICANO A INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA VELHICE DESDE A PERSPECTIVA DE UMA PEDAGOGIA SOCIAL, 2002, Caxias do Sul, UCS. Anais 2002, p73-85.
- OLIVEIRA, R. J. *Saúde e atividade física*. Rio de Janeiro: Shape, 2005.
- ORTEGA. J. *Educación social especializada*. Barcelona: Ariel, 1999.
- OTTO, E. *Exercícios Físicos para a Terceira Idade*. São Paulo: Manole, 1997.

- PAMERLEE, P.A.; KATZ, I.R.; LAWTON, M.P.(1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, v. 44, p. 22-29. In: STELLA, F. *et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. Rio Claro/SP: Motriz, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, p. 91-98.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000
- PIETRO, N. *Geriatrics*. Porto Alegre: D. C. Luzzato, 1986.
- RABACOW, F. M. et al. Questionários de Medidas de Atividade Física em Idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Florianópolis, v.8, n.4, p. 99-106, 2006.
- RASKIND, M.A. (1998). The clinical interface of depression and dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 59 (Suppl. 10),p. 9-12 apud STELLA, F. at all *Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. Rio Claro/SP: Motriz, Vol.8 n.3, Ago/Dez 2002, p. 91-98.
- REIS, L. A. dos; TORRES, G. de V.; ARAÚJO, C. C. de; REIS, L. A. dos; NOVAES, L. K. N. RASTREAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 295-301, abr./jun. 2009.
- REIS, L. A.; TORRES, G. V.; REIS, L.A. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Revista espaço para a Saúde*. 9(1), 31-45, 2008.
- REQUEJO, A. O. Possibilidades y limites de una educación para las personas mayores: prácticas apartir de diferentes enfoques pedagógicos.In: ENCONTRO ÍBERO-AMERICANO. A INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA VELHICE DESDE A PERSPECTIVA DE UMA PEDAGOGIA SOCIAL, 2002, Caxias do Sul, UCS. Anais 2002, p.169-185.
- SALGADO, M. A. *Velhice: uma nova questão social*. São Paulo: SETI, 1982.
- SAMPAIO, J J C; HERMETO, E M C; CARNEIRO, C. Atividades socioculturais e abandono do uso de drogas ilícitas: percepção de adolescentes usuários em estudo de caso. *Revista Baiana* v33 n3 2009.indd 453 v.33, n.3, p. 453-465 jul./set. 2009. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/rbsp/ Acesso em: 14 nov. 2011.
- SHEPHARD, R. J. *Envelhecimento, Atividade Física e Saúde*. São Paulo: Phorte, 2003.
- SIEGLER, I.C; POON, L.W; MADDEN, D.J; WELSH, K.A. Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In: Busse EW, Blazer D.G. organizadores. *Psiquiatria Geriátrica*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 119-140.
- SILVEIRA, T. M. Os avós na família contemporânea. *Revista de Gestalt*. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae, n. 9, p. 37-44, 2000.
- SIMÕES, R. *Corporeidade e Terceira Idade: a marginalização do Corpo Idoso*. 3.ed. Piracicaba: Unimep,1998.
- STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. *Depressão na Terceira Idade*. São Paulo: Lemos, 1999.
- VERAS, R. P. ; CAMARGO Jr., K. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In. Veras, R. (org.) *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio

de Janeiro: Relume-Dumará - UnATI - UERJ 1995, p. 11-27

VIDMAR, M. F.; POTULSKI, A. P.; SACHETTI, A.; SILVEIRA, M. M. da; WIBELINGER, L. M. ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 3, p. 417-424, set/dez. 2011.

WEBBER, A. Avaliação da propensão a quedas em idosos institucionalizados e não institucionalizados correlacionando com nível de cognição e equilíbrio. Cascavel: UNIOESTE, 2004, 47p. Disponível em: www.unioeste.br/ Acesso em: 21 ago 2012.

WEINECK, J. *Biologia do Esporte*. São Paulo: Manole, 1991.

ZANI, R. *Beleza & Auto-estima*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.