



# SAÚDE COLETIVA

## REALIDADES E PROPOSTAS



### **ORGANIZADORES:**

**MONIKE COURAS DEL VECCHIO BARROS  
CAMILA NOGUEIRA DOS SANTOS  
NATALIA CALDAS MARTINS  
ROSENDO FREITAS DE AMORIM**

**FACULDADE ATENEU**

**Organizadores:**

Monike Couras Del Vecchio Barros  
Camila Nogueira dos Santos  
Natalia Caldas Martins  
Rosendo Freitas de Amorim

**SAÚDE COLETIVA – REALIDADES E PROPOSTAS**

**Volume I**

**1ª Edição**

**Fortaleza  
Faculdade Ateneu – 2019**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Bibliotecária: Aparecida Porto – CRB-3/770**

---

S255s      Saúde coletiva: realidades e propostas/Organizadores: Monike Couras  
Del Vecchio Barros [et al.]. - V.1. – Fortaleza: FATE, 2019.  
94p.

ISBN: 978-85-5468-151-7 (impresso)

ISBN: 978-85-5468-142-5 (e-book)

1. Saúde Coletiva. 2. Idoso - Cuidados. 3. Parkinson – doença.  
I. Barros, Monike Couras Del Vecchio. II. Santos, Camila Nogueira dos.  
III. Martins, Natália Caldas. IV. Amorim, Rosendo Freitas de. V. Título.

CDD: 362.10981

---

**Diretor Geral do Centro Universitário Ateneu**

Cláudio Ferreira Bastos

**Coordenadora Geral da Pós-graduação**

Cristine Amora Santos de Aragão

**Coordenadora Pedagógica da Pós-graduação**

Rosângela Couras Del Vecchio

**Conselho Científico e Técnico Editorial**

Prof<sup>o</sup>. Dr. Rosendo Freitas de Amorim

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Coeli Saraiva Rodrigues

Prof<sup>o</sup>. Dr. José Júlio da Ponte Neto

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Paula Vasconcellos Abdon

Prof<sup>o</sup>. Dr. Cult. Rickardo Léo Ramos Gomes

Prof<sup>o</sup>. Dr. Eduardo de Almeida e Neves

Prof<sup>a</sup>. Ms. Lucidalva Pereira Bacelar

Prof<sup>o</sup>. Esp. Afonso Paulo Albuquerque de Mendonça

Prof<sup>a</sup>. Esp. Solange Mesquita Vieira

Prof<sup>a</sup>. Esp. Rosângela Couras Del Vecchio

Prof<sup>a</sup> Esp. Fabrícia Alves Pinto

Prof<sup>a</sup> Esp. Silvia Letícia Martins de Abreu

Profa. Dra. Karine Pinheiro Souza

Prof<sup>a</sup>. Dra. Germania Kelly Furtado Ferreira

Prof<sup>a</sup>. Ms. Cristina Márcia Maia de Oliveira

Prof<sup>a</sup> Esp. Monike Couras Del Vecchio Barros

Prof<sup>o</sup>. Ms. Francisco Elvis Rodrigues Oliveira

Profa. Esp. Francisco Carlos Xeres

Prof<sup>o</sup> Esp. Francisco Silvio Maia

Prof<sup>o</sup> Esp. Sebastião Inácio Jacinto da Cruz

Prof<sup>a</sup>. Ms. Lucila Bomfim Lopes Pinto

Prof<sup>o</sup> Dr. George Henrique de Moura Cunha

**Projeto Gráfico Capa**

Alex de Matos Rodrigues Junior

**Revisão Ortográfica**

Prof. Esp. Silvia Letícia Martins de Abreu e Diego Paula de Araújo

**Bibliotecária Responsável**

Aparecida Porto

## PREFÁCIO

Natália Caldas Martins Sales<sup>1</sup>

É com entusiasmo que apresento a coletânea “**Saúde Coletiva – Realidades e Propostas**”, um *ebook* produzido por pesquisadores de diversas áreas do saber – assistentes sociais, advogados, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais da área da educação, publicitários e odontólogos – representando, assim, a real interface da aproximação e diálogo entre as disciplinas, entendida como essencial para a construção de práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.

Nos artigos compilados, destaca-se o desejo entusiasta dos profissionais em desenvolver uma abordagem mais humanizada da saúde, evidenciando a importância dos múltiplos fatores envolvidos na prevenção, diagnóstico, intervenção/tratamento e reabilitação dos pacientes.

Esta coletânea configura-se, assim, como um espaço privilegiado para a reflexão sobre a importância da mudança do modelo tradicional de assistência à saúde – reconhecidamente fragmentado e unidirecional – por meio da legitimação da correlação e complementaridade das atuações de vários profissionais, visando a melhoria da eficácia e da qualidade da atenção à saúde.

Destarte, essa reflexão traduz bem o conceito de Saúde Coletiva, no qual as equipes multidisciplinares estabelecem relações sociais horizontais, com a criação de vínculo, corresponsabilidade e, para além disso, trabalham com o pensar e o conhecimento dos diversos atores envolvidos nos processos.

É com alegria que escrevo este prefácio, tarefa que oportunizou a leitura e aprendizado dos fascinantes temas que compõe esta obra, na qual professores, alunos e colaboradores escolheram, dentre os diversos caminhos, aquele que potencializa a vida e acolhe com o coração.

---

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, especialista em Vigilância Sanitária e graduada em Ciências da Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará.

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

**1 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO DE LITERATURA** - Camila Nogueira dos Santos, Monike Coura Del Vecchio Barros, José Evaldo Gonçalves Lopes Júnior

**2 A IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA O PARKINSONIANO: UM ESTUDO DE CASO** - Camila Nogueira dos Santos

**3 CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDA ALCÓOLICA NA POPULAÇÃO FEMININA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE** - Monike Couras Del Vecchio Barros, Natalia C.M. Sales.

**4 A INFORMÁTICA COMO RECURSO TECNOLÓGICO NO APRENDIZADO DO ALUNO SURDO** - Ana Claudia Rodrigues de Mendonça Pinheiro, Rosângela Couras Del Vecchio, Cristine Amora Santos de Aragão

**5 A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO IDOSO NO DOMICÍLIO** - Francisca Lúcia do Carmo Holanda, Simone de Matos Ferreira Loiola, Luciana Maria Nascimento da Silva

**6 ENVELHECIMENTO: O DISCERNIMENTO SOBRE O PROCESSO** - Caroline Uchôa Albuquerque, Carolline Ximenes Jereissati Pinheiro, Geruza Baima De Oliveira Rodrigues, Luciana Maria Nascimento da Silva

**7 DANÇA SÊNIOR NO CRAS** - Maria Eugenia Ferreira da Silva Leão

## APRESENTAÇÃO

Monike Couras Del Vecchio Barros<sup>2</sup>

A obra intitulada **Saúde Coletiva – Realidades e Propostas** visa apresentar assuntos inerentes a saúde com as seguintes temáticas: a atuação da fisioterapia respiratória na doença de Parkinson; a importância dos exercícios físicos para o Parkinsoniano; o consumo abusivo de bebida alcoólica na população feminina na cidade de Fortaleza-Ceará; a informática como recurso tecnológico no aprendizado do aluno surdo; a contribuição do psicólogo no programa de atendimento ao idoso no domicílio; o envelhecimento com foco no discernimento sobre o processo e por fim dança Sênior no CRAS.

Desta forma o capítulo 1 trata sobre a atuação da fisioterapia respiratória na doença de Parkinson onde o fisioterapeuta faz parte de uma constante no hábito do estudo e investigação permanente em todas as áreas que permeiam de forma transdisciplinar a doença de Parkinson, pode-se saber que é importante a atuação de profissionais de outras áreas do saber científico para fomentar uma melhora da qualidade de vida em todas as instâncias.

Já o capítulo 2 a autora vai apresentar a importância dos exercícios físicos para o parkinsoniano, onde busca verificar os efeitos da intervenção fisioterápica através dos exercícios físicos no paciente Parkinsoniano e a potencialização da capacidade funcional, assim como a minimização das complicações secundárias por meio da possibilidade do restabelecimento cinético funcional, que pudesse melhorar a qualidade de vida do paciente.

No seguinte verifica-se o consumo abusivo de bebida alcoólica na população feminina na cidade de Fortaleza-Ceará, no qual verifica-se que o abuso de bebidas alcoólicas é considerado uma das principais ameaças para a saúde da população, devido aos traumas, doenças cardiovasculares, exposição à violência, dentre outros fatores de risco para a morbimortalidade dos usuários.

O capítulo 4 trata sobre a informática como recurso tecnológico no aprendizado do aluno surdo apresentando as possibilidades de uso do computador como recurso tecnológico na Educação dos Surdos, ressaltando as concepções e situação atual da educação especial, dando um enfoque à educação do surdo, salientando a informática e o mercado de trabalho.

No capítulo 5 os autores relatam sobre a contribuição do psicólogo no programa de atendimento ao idoso no domicílio conclui-se que o psicólogo é o profissional preparado para orientar o idoso no processo de envelhecimento, de adaptação na nova fase da vida, pois nesta etapa do desenvolvimento humano, exige mudanças e adaptações que não podem ser simplesmente descartadas ou desconsideradas e sim ressignificadas. Atua com o propósito de garantir a melhoria da qualidade de vida dos idosos, promover o envelhecer saudável e auxilia no enfrentamento das mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento com mais segurança abrindo possibilidades na

---

<sup>2</sup> Graduada em Fisioterapia pela Unichristus, Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Uniateneu e Mestranda em Saúde Coletiva pela Unifor (monike.delvecchio@yahoo.com.br)

questão do cuidado.

No capítulo 6 será trabalhado sobre o envelhecimento: o discernimento sobre o processo pretendeu-se apontar as principais variáveis determinantes da qualidade do envelhecimento, tendo-se obtido sucesso nessa empreitada. As principais práticas para vivência do envelhecimento saudável constatadas foram: controle ponderal, prática regular de atividade física, hábitos de vida saudáveis, domínio emocional e transcendental. É possível relacionar com o envelhecimento bem-sucedido o baixo risco de doenças e incapacidades, observado nos participantes deste experimento - além, evidentemente, do envolvimento ativo com a vida, da capacidade de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais no decurso vital.

E por fim, no último capítulo a autora explana sobre a dança Sênior no CRAS onde apresenta o resultado de um estudo sobre a importância da Dança Sênior na terceira idade, bem como, os efeitos da Dança, sobre os parâmetros cognitivos, motores e na qualidade de vida de idosos, através de vivências de idosos participantes do Serviço de Convivência do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS.

Desta forma, os autores desta coletânea buscam apresentar informações significativas aos leitores e com isso, agregar e construir conhecimento.

Boa leitura!

# ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA DOENÇA DE PARKINSON: REVISÃO DE LITERATURA

Camila Nogueira dos Santos<sup>3</sup>  
Monike Coura Del Vecchio Barros<sup>4</sup>  
José Evaldo Gonçalves Lopes Júnior<sup>5</sup>

## RESUMO

A doença de Parkinson foi definida pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson, sendo ela caracterizada como um distúrbio neurológico, progressivo e crônico que afeta os movimentos causando tremores, lentidão, rigidez muscular e dificuldade na fala e na escrita. No âmbito muscular nos chama atenção quanto a fraquezas dos músculos ventilatórios que a doença de Parkinson (DP) pode acometer. A função respiratória é afetada diretamente pela doença, e em estágios avançados da DP, constata-se obstrução grave das vias aéreas superiores, sendo esta a maior anormalidade pulmonar. Sendo a intervenção fisioterapêutica de suma importância para a promoção de melhor capacidade cardiorrespiratória. Objetivo verificar a atuação da fisioterapia respiratória em pacientes parkinsonianos. Trata-se de uma revisão sistemática, nas bases de dados: Scielo (Scientific Electronic, Library Online), BIREME e LILACS no período de janeiro de 2014 a agosto de 2018. Diversos estudos abordam a fisioterapia na DP, porém a maioria visa à manutenção das habilidades motoras prejudicadas pela doença, sem preocupação específica com as disfunções respiratórias, que é causa significativa de mortalidade. É de suma importância desenvolver estudos e criar estratégias fisioterapêuticas precoce para amenizar possíveis comprometimentos respiratórios em pacientes com DP, pois os estudos evidenciam resultados notórios da melhora na função pulmonar.

**Palavras-chave:** Doença de Parkinson. Fisioterapia. Respiratória

## ABSTRACT

Parkinson's disease was defined for the first time in 1817, English physician James Parkinson, being characterized as a progressive and chronic neurological disorder that affects the movements causing tremors, sluggishness, muscle stiffness and difficulty in speech and in writing. Under us muscle draws attention as the weaknesses of the ventilatory muscles that Parkinson's disease (PD) can affect. Respiratory function is directly affected by the disease, and in advanced stages of PD, severe upper airway obstruction, this being the largest pulmonary abnormality. Being the physiotherapeutic intervention of paramount importance for the promotion of better cardio-respiratory capacity. Objective to verify the performance of respiratory physiotherapy in parkinsonian patients. It is a systematic review, data bases: Scielo (Scientific Electronic Library Online), BIREME and LILACS from January 2014-August 2018. Several studies dealing with the physiotherapy in DP, however most aims at maintaining the motor skills impaired by illness, without specific concern with respiratory dysfunction, that is a significant cause of mortality. Is of paramount importance to develop studies and create strategies to mitigate possible early physiotherapeutic respiratory disorders in PD patients, because the studies show significant results of the improvement in lung function.

**Keywords:** Parkinson's Disease. Physical Therapy. Breathing

---

<sup>3</sup> Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela UNIATENEU

<sup>4</sup> Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela UNIATENEU e Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR

<sup>5</sup> Professor e Orientador. Mestre e Fisioterapeuta, UNIATENEU.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Vaisberg; Marco (2010, p. 366), a doença de Parkinson foi definida pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson, sendo ela caracterizada como um distúrbio neurológico, progressivo e crônico que afeta os movimentos causando tremores, lentidão, rigidez muscular e dificuldade na fala e na escrita.

A variedade mais comum de parkinsonismo ocorre sem causa evidente sendo esta forma denominada de **doença de Parkinson** ou **paralisia agitante** [...] (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014, p. 354, 355; ROWLAND; PEDLEY, 2011, p. 758).

Mediante os aspectos evolutivos da doença os autores se contradizem referentes aos fatores; em destaque para o fator genético envolvido, como mostra Santos *et al.* (2008, p. 1074), quando afirma que “*A etiologia da doença ainda é obscura e controversa, contudo supõe-se a participação de vários mecanismo etiopatogênicos, como fatores genéticos, neurotoxinas ambientais, estresse oxidativo, anormalidades mitocondriais e excitotoxicidade.*”

Greenberg; Aminoff; Simon (2014, p. 354, 355), nos dizem que “*o distúrbio se torna mais comum com o avançar da idade*”. Eles corroboram com Vaisberg; Marco (2010, p. 366), quando dizem que “*a doença caracteriza-se por tremor, hipocinesia, rigidez, mas acrescentam também que a marcha e postura apresentam padrões anormais*”.

No âmbito muscular Kisner; Colby (2009, p. 917), nos chama atenção quanto a fraquezas dos músculos ventilatórios que a doença de Parkinson (DP) pode acometer.

Biason *et al.* (2015) relata que as manifestações clínicas do Parkinson ocorrem em todos os sistemas, incluindo o musculoesquelético, o respiratório e o estomatognático. Cardoso e Pereira (2002) comprovaram a presença de alteração da respiração nos portadores da DP, por diminuição da amplitude do tórax e dos volumes pulmonares. Com o processo de envelhecimento, o sistema respiratório sofre alterações como: estruturais, perda de elasticidade, dilatação alveolar, diminuição do estímulo neural para os músculos respiratórios, conseqüentemente, alterações de volumes, capacidades e fluxos respiratórios. Ocorrendo também a diminuição da massa corporal e endurance muscular respiratório, levando a efeitos deletérios.

A função respiratória é afetada diretamente pela doença, e em estágios avançados da DP, constata-se obstrução grave das vias aéreas superiores, sendo esta a maior anormalidade pulmonar. Além disso, diminuição da complacência da caixa torácica, diminuição do volume de ar e das taxas de fluxo de ar inspirado, fadiga e incoordenação dos músculos diafragmáticos e acessórios, o que funciona como um grande indicador de doença neuromuscular. (BONJORNI *et al.* 2012)

Pereira *et al.* (2003) relata que disfunção respiratória é a principal causa de morte em DP, sendo a pneumonia aspirativa o episódio mais comum. Apesar de a disfunção pulmonar ser potencialmente severa, a maioria dos pacientes não relatam sintomas respiratórios. Há alterações na percepção da hipóxia, levando em consideração também que a dopamina é deficiente na DP, atuando no corpo carotídeo, possui um papel fundamental no controle da resposta ventilatória à hipóxia.

A intervenção fisioterapêutica nos comprometimentos ventilatórios adquiridos em estágio avançado da DP é importante para a promoção de melhor capacidade cardiorrespiratória e é conhecida por sua efetividade na melhora da sintomatologia e na prevenção de maiores complicações decorrentes da doença. (PERREIRA *et al.* 2010).

Como tudo na vida evolui de forma lenta ou rápida é que se espera através deste trabalho científico, evidenciar através da ótica de vários autores a comprovação da atuação da fisioterapia na doença de Parkinson. E possibilitar um novo olhar sobre a Fisioterapia Respiratória na Doença de Parkinson.

O seguinte estudo teve como objetivo geral verificar a atuação da fisioterapia respiratória em pacientes parkinsonianos. E o seu objetivo específico, observar os acometimentos respiratórios ocasionados pela patologia. Observando a minimização das complicações secundárias por meio da possibilidade do restabelecimento cinético funcional e otimização da qualidade de vida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Devido à limitação da extensão do tronco, da amplitude articular da coluna vertebral e do tórax, além de outras alterações torácicas como a cifoescoliose e a fibrose pleural. Pacientes com DP ainda apresentam alterações respiratórias e diminuição da expansibilidade torácica e dos volumes pulmonares. Também são comuns alteração na eletromiografia dos músculos abdominais durante a tosse; diminuição da sensibilidade necessária para ativação de um reflexo de tosse induzido.

Essas limitações acarretam em dificuldades para o sistema pulmonar do paciente, que tem sua capacidade de reação e remoção das secreções das vias aéreas comprometidas. Isso justifica que a principal causa de óbito ainda seja a pneumonia advinda da aspiração durante a deglutição. (RAMOS *et al.* 2014)

De acordo com o autor acima, é possível relatar diminuição da função respiratória nos pacientes com DP, visto que 60% mostraram sinais de desconforto respiratório, em 70% a expansibilidade torácica estava pouco móvel ou rígida e 90% dos doentes de Parkinson apresentaram baixos valores de pico de fluxo expiratório.

É de extrema importância estratégias terapêuticas para amenizar possíveis comprometimentos respiratórios. (FLECK *et al.* 2014)

Fleck *et al.* (2014) afirma que a mobilidade da caixa torácica, elasticidade pulmonar e os valores de pressão inspiratória máxima leva, conseqüentemente, uma ineficiência da tosse.

Thomé *et al.* (2016) relata em seu estudo que pacientes com DP que realizaram assistência fisioterapêutica, apresentam resultados notórios da melhora na função pulmonar.

O treino muscular respiratório com *threshold*® associado à terapia vibratória de corpo inteiro, aumentou os valores de P<sub>lmax</sub> e P<sub>E</sub>max, melhorando a resistência muscular respiratória após intervenção. Estes achados demonstram a eficácia do treino respiratório associado à vibração em pacientes com Doença de Parkinson. (MOREIRA *et al.* 2015)

Uma nova técnica, considerada promissora de estimulação somatossensorial é a terapia vibratória. A vibração é definida como um movimento oscilatório dependente da frequência, amplitude, duração e do tipo de vibração, podendo ser um potente estímulo para respostas neuromusculares. (MOREIRA *et al.* 2015)

Considerando a terapêutica de treinamento da musculatura expiratória, torna-se evidente a relação ao fortalecimento da musculatura expiratória reforçando os benefícios sobre a mecânica expiratória. Referenciando a mesma autora, obteve-se melhora nos parâmetros de força muscular inspiratória e do fluxo expiratório como também da expansibilidade toracoabdominal. (BIASON *et al.* 2015)

O treinamento muscular expiratório promoveu o incremento da força da musculatura abdominal, repercutindo no aumento da P<sub>lmax</sub> em íntima relação com a

melhora da complacência abdominal. (BIASON *et al.* 2015)

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, nas bases de dados: Scielo (Scientific Electronic, Library Online), BIREME e LILACS no período de janeiro de 2014 a agosto de 2018. Foram encontrados 80 artigos com essa temática. Após a análise, 74 destes artigos foram excluídos pois não condizia com os objetivos do trabalho, visto que, não apresentava descrito neles alguns fatores mencionados na tabela da pesquisa. Dessa forma, totalizando em 06 artigos aptos para o estudo entre o período de 2014 e 2018. O estudo apresenta os seguintes descritores (DeCS): Fisioterapia, Respiratória, Doença de Parkinson.

### 4 RESULTADO

A inatividade física é motivadora de muitos problemas de ordem psicofísica, que envolve desde aspectos estéticos, metabólicos a problemas de ordem motora, força e flexibilidade, o que reforça o desenvolvimento de estudos do parkinsoniano submetido à Fisioterapia Respiratória e na prática de exercício físico que possa minimizar seus problemas.

Foram selecionados apenas 06 artigos para os resultados, devido não ter estudos relacionados a PD com a atuação da fisioterapia.

TÍTULO	AUTORES E ANO	GENERO	RESULTADOS
1- ANÁLISE DE PARÂMETROS PNEUMOFUNCIONAIS EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON: ESTUDO PILOTO.	RAMOS, M. L.; NEVES, D. R.; LIMA, V. P.; ORSINI, M.; MACHADO, D.; BASTOS, V. H.V; SANTOS, A.P. 2014.	MASCULINO FEMININO	É POSSÍVEL RELATAR DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NOS PACIENTES COM DP, VISTO QUE. 60% MOSTRARAM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, EM 70% A EXPANSIBILIDADE TORÁCICA ESTAVA POUCO MÓVEL OU RÍGIDA E 90% DOS DOENTES DE PARKINSON APRESENTARAM BAIXOS VALORES DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO.
2- EFEITOS NA VOZ E DEGLUTIÇÃO APÓS TREINO DE FORÇA MUSCULAR EXPIRATÓRIA NA DOENÇA DE PARKINSON	SARPI, T. M. F. C; FIERI, M.; CHAMOUTON, C. S; CONSTANTINI, A. C, 2017.	MASCULINO FEMININO	A ANÁLISE DE CADA UM DOS CASOS MOSTROU UM AUMENTO CONSIDERÁVEL DA MAGNITUDE DA CAPACIDADE EXPIRATÓRIA MÁXIMA, SUGERIDO PELO AUMENTO DA CAPACIDADE VITAL FUNCIONAL E DO VOLUME ESPIROMÉTRICO FORÇADO.

<p>3- PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON SOB ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA APRESENTAM PARÂMETROS PULMONARES MELHORES DO QUE CONTROLES SEDENTÁRIOS. PREVALÊNCIA.</p>	<p>THOMÉ, J.S; OLMEDO, L; SANTOS, F. M; MAGNANI, K. L; MÜLLER, P. T; CHRISTOFOLETTI, G. 2016.</p>	<p>-</p>	<p>PACIENTES COM DP QUE REALIZARAM ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA APRESENTAM RESULTADOS NOTÓRIOS DE FUNÇÃO PULMONAR EM RELAÇÃO A PARTICIPANTES SEDENTÁRIOS A INATIVIDADE FÍSICA ASSOCIADA À DP PODE ESTAR VINCULADA AO APARECIMENTO DE DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS OBSTRUTIVOS, POTENCIALIZADO PELA PIORA CLÍNICA DO PACIENTE.</p>
<p>4- FORTALECIMENTO MUSCULAR EXPIRATÓRIO E PRODUÇÃO VOCAL NA DOENÇA DE PARKINSON.</p>	<p>BIASON, D. F.; MIRANDA, M. J. M.; CAMERA, F. D.; WISNIEWSKI, M. S. W. 2015.</p>	<p>MASCULINO FEMININO.</p>	<p>OS RESULTADOS OBTIDOS NESTE ESTUDO, TANTO PARA PIMÁX QUANTO PARA PEMÁX SÃO PROMISSORES E DESTACAM A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS PRECOSES DE INTERVENÇÃO RESPIRATÓRIA NA DOENÇA DE PARKINSON,</p>
<p>5 - CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL, NÍVEL COGNITIVO E FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE IDOSAS COM SÍNDROME PARKINSONIANA .</p>	<p>FLECK, C. S; GERZSON, L.R; STEID, E.M.S; HERNANDEZ, N.M. 2014.</p>	<p>MASCULINO FEMININO.</p>	<p>PRÓPRIO ENVELHECIMENTO, PODE TER INFLUENCIADO AINDA MAIS OS ASPECTOS COGNITIVOS, RESPIRATÓRIOS E A CAPACIDADE FUNCIONAL DAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS. SENDO ASSIM, SUGERE-SE QUE SE FAÇAM MAIS ESTUDOS COM ESTES PARÂMETROS, A FIM DE VERIFICAR UMA POSSÍVEL RELAÇÃO ENTRE NÍVEL COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSAS.</p>

6- TREINO MUSCULAR RESPIRATÓRIO E TERAPIA VIBRATÓRIA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON.	MOREIRA, A. M.; GALVÃO, M. L. C.; ARAÚJO, H. A. G.; SILVA, A. T.; REIS, L. M.; SILVA, A. M.; KOSOUR, C. 2015.	MASCULINO FEMININO.	FOI OBSERVADA MELHORA DA PERFORMANCE RESPIRATÓRIA APÓS O TREINO MUSCULAR RESPIRATÓRIO ASSOCIADO A PLATAFORMA VIBRATÓRIA NOS INDIVÍDUOS AVALIADOS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO.
--	---	---------------------	---

Tabela 1. Análise dos Resultados da Pesquisa  
Fonte: Elaboração Própria (2019)

## 5 DISCUSSÃO

O artigo um da tabela verificou alterações pneumofuncional, constatou que a maioria dos pacientes apresenta alterações respiratórias entre elas sinais de desconforto respiratório, diminuição da mobilidade torácica e do pico de fluxo, sugerindo-se a avaliação respiratória e intervenção precoce nos estágios iniciais na Doença de Parkinson.

No artigo dois avalia-se os efeitos de um treino de força muscular expiratória, mostrando que há uma redução nas queixas após a intervenção, no engasgo, na dificuldade para engolir, do alimento grudado no palato, do refluxo nasal, evitando assim possíveis pneumonias.

Com relação a Thomé *et al.* (2016), teve como objetivo investigar parâmetros pulmonares. Pacientes que realizaram atendimento fisioterapêutico apresentaram parâmetros pulmonares melhores do que pacientes sedentários.

O objetivo do estudo de Biason *et al.* (2015) é verificar os efeitos do fortalecimento muscular expiratório, a força da musculatura respiratória, o pico de fluxo e a mobilidade toracoabdominal, visto ser esta fonte de energia para a vocalização. Os resultados apresentam aumento nas pressões respiratórias máximas, aumento também no pico de fluxo, no coeficiente respiratório e na expansibilidade toracoabdominal, demonstrando assim que a capacidade respiratória melhora a qualidade vocal.

A finalidade de Fleck *et al.* (2014), é caracterizar uma população quanto a força muscular respiratória, o nível cognitivo e a atividade de vida diária (AVDs) do paciente DP. Após a avaliação da manuvacuometria, a força muscular expiratória apresentou abaixo do esperado, concluindo que além do envelhecimento a DP pode ter influenciado negativamente nos aspectos cognitivos e força muscular respiratória.

O artigo de Moreira *et al.* (2015) avaliou o efeito do treinamento muscular respiratório com o *threshold* associado a terapia vibratória, avaliação foi realizada pela manuvacuometria e eletromiografia. Observou-se melhora da performance respiratória após o treino muscular associado a plataforma vibratória.

De acordo com os artigos da tabela, os tratamentos respiratórios fisioterápicos para os pacientes de DP são: expansão da caixa torácica, expiração direcionada, treino de força muscular expiratória, exercícios com estímulos expiratórios, dissociação de cintura, mobilidade de MMSS e MMII e terapia vibratória. Dessa forma, exercícios da musculatura expiratória são encontrados nos artigos dois e quatro, o *threshold* nos artigos quatro e seis. Sabendo também que os métodos avaliativos utilizados foram

circometria presente no artigo de Sarpi *et al.* (2017), o Peak Flow no qual está encontrado nos artigos um e quatro, a espirometria nos artigos de Ramos *et al.* (2014) e Thomé *et al.* (2016); e manuvacuometria nos artigos de Fleck *et al.* (2014) e Moreira *et al.* (2015).

Mediante aos estudos, observa-se que não há protocolo de tratamento no âmbito respiratório para DP na fisioterapia e também não apresentam o tipo de disfunção pulmonar predominante.

Diversos estudos abordam a fisioterapia na DP, porém a maioria visa à manutenção das habilidades motoras prejudicadas pela doença, sem preocupação específica com as disfunções respiratórias, que é causa significativa de mortalidade. (RAMOS *et al.* 2014)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao contexto científico que a Fisioterapia aborda, pode-se observar que muitos pesquisadores da área e em grande parte dos acadêmicos na construção de seus trabalhos de conclusão de curso se detêm ao tratamento das sequelas motoras; por vezes ficando a área da Fisioterapia Respiratória relacionada a falência da musculatura à margem de desenvolvimento científico, principalmente no que refere-se a Doença de Parkinson (DP), ficando esta restrita ao celeiro literário.

Pode-se observar que a fisioterapia desenvolvida através da prática de exercícios físicos sistêmicos, devidamente programados, contribui substancialmente para manutenção da boa qualidade de vida do paciente, assim como se fazem necessárias avaliações periódicas no intuito de se perceber alguma evolução ou mesmo involução do paciente, principalmente no domínio cognitivo, sem esquecer o contexto geral ao qual o paciente está inserido e as outras vertentes que a patologia acaba acometendo.

O fisioterapeuta faz parte de uma constante no hábito do estudo e investigação permanente em todas as áreas que permeiam de forma transdisciplinar a Doença de Parkinson, pode-se saber que é importante a atuação de profissionais de outras áreas do saber científico para fomentar uma melhora da qualidade de vida em todas as instâncias.

É de suma importância desenvolver estudos e criar estratégias fisioterapêuticas precoce para amenizar possíveis comprometimentos respiratórios em pacientes com DP, pois os estudos evidenciam resultados notórios da melhora na função pulmonar.

## REFERÊNCIAS

BIASON, Daiane Fátima; MIRANDA, Maria José Melloto; Camera, Fernanda Dal'Maso; Wisniewski, Miriam Salete Wilk. Fortalecimento muscular expiratório e produção vocal na doença de parkinson. **Erechim**. n.145, v. 39, p. 131-142, março, 2015.

BONJORNÍ, Lélia Arantes Bonjorni; JAMAMI, Mauricio; LORENZO, Valéria Amorim Pires Di; PESSOA, Bruna Varanda. Influência da doença de Parkinson em capacidade física, função pulmonar e índice de massa magra corporal. **Fisioter. Mov.**, n. 4, v. 25, p. 727-736, out./dez. Curitiba, 2012.

FLECK, Caren Schlottfeldt; GERZSON, Laís Rodrigues; STEIDL, Eduardo Matias dos Santos; HERNANDEZ, Nathaly Marin. Caracterização Da Capacidade Funcional, Nível Cognitivo E Força Muscular Respiratória De Idosas Com Síndrome Parkinsoniana. **Revista Estud. Interdiscipl. envelhec.** n.1, v.19, p.109-121, Porto Alegre, 2014.

GREENBERG, David A; AMINOFF, Michael J; SIMON, Roger P. **Neurologia Clínica**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 354, 355, 2014.

KANDEL, Eric R; SCHWARTZ, James H; JESSELL, Thomas M; SIEGELBAUM, Steven A; HUDSPETH, A. J. **Princípios de Neurociências**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 871, 2014.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercício Terapêutico: fundamentos e técnicas**. 5. ed. São Paulo: Manole, p. 917, 2009.

LUNDY-EKMAN, Laurie. **Neurociências: fundamentos para reabilitação**. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 205, 2008.

PARREIRA, Verônica F.; GUEDES, Luciana U.; QUINTÃO, Dalila G.; SILVEIRA, Eduardo P.; TOMICH, Georgia M.; SAMPAIO, Rosana F.; BRITTO, Raquel R., GOULART, Fátima. Padrão respiratório em pacientes portadores da doença de parkinson e em idosos assintomáticos de parkinson e em idosos assintomáticos. **Acta fisiátrica**. N.2, v.10, p. 61-66, Minas Gerais, 2003.

PEREIRA, F. F.; ASSUMPÇÃO, F. F. de; ROSA, J. S. da; LIMA, M. I. L. de; GONÇALVES, M. do C. P.; FÁRIA, L. Efeitos da fisioterapia respiratória em portadores da Doença de Parkinson. **Fisioterapia Ser.** n. 4, v. 5, 2010.

RAMOS, Maquela Lago Ramos; NEVES, Dâmares Ribeiro; LIMA, Vanessa Pereira; ORSINI, Marco; MACHADO, Dionis; BASTOS, Victor Hugo do Vale; SANTOS, Ana Paula. Análise de parâmetros pneumofuncionais em pacientes com doença de Parkinson: estudo piloto. **Revista Brasileira de Neurologia**, n. 2, vol. 50, abr/jun, Minas Gerais, 2014.

ROWLAND, Lewis P; PEDLEY, Timothy A. **Tratado de Neurologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 758, 2011.

SANTOS, T. B; PERACINI, T; FRANCO, P, M; NOGUEIRA, R. L; SOUZA, L.A.P.S. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva na Doença de Parkinson. **Fisioterapia e Movimento**: Curitiba, v. 25, n. 2, p. 281-289, abr./jun. 2012.

SANTOS, Itamar de Souza; BARROS E SILVA, Leonardo Borges de; LOTUFO, Paulo A; BENSEÑOR, Isabela M. **Clínica Médica: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, p. 1074, 2008.

SARPI, Thamara Munhoz Ferraz de Camargo; FIERI, Mayara; CHAMOUTON, Carla Sales; CONSTANTINI, Ana Carolina. Efeitos na voz e deglutição após treino de força muscular expiratória na Doença de Parkinson. **Distúrb Comun**, n. 2, vol. 29, pag. 274-283, junho, São Paulo, 2017.

THOMÉ, Jéssica dos Santos; OLMEDO, Larissa; SANTOS, Fabiana Maria; MAGNANI, Karla Luciana; MÜLLER, Paulo de Tarso; CHRISTOFOLETTI, Gustavo. Pacientes Com Doença de Parkinson Sob Assistência Fisioterapêutica Apresentam Parâmetros Pulmonares Melhores Do Que Controles Sedentários. **Fisioter Pesq.** n.1, v.23, p. 30-37,

2016.

VAISBERG, Mauro; MARCO, Túlio de Mello. **Exercícios na Saúde e na Doença**. São Paulo: Manole, 2010.

VARA, Andressa Correa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lúcia Widniczck. O Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Parkinson. **Revista Neurociência**. n. 20, v. 2, p. 266-272, 2012.

# A IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA O PARKINSONIANO: UM ESTUDO DE CASO.

Camila Nogueira Dos Santos<sup>6</sup>

## RESUMO

A doença de Parkinson foi definida pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson, sendo ela caracterizada como um distúrbio neurológico, progressivo e crônico que afeta os movimentos causando tremores, lentidão, rigidez muscular e dificuldade na fala e na escrita. Sabe-se que a causa está relacionada à morte de células nervosas produtores de dopamina. A inatividade física é motivadora de muitos problemas de ordem psicofísica que envolve desde aspectos estéticos, metabólicos a problemas de ordem motora, o que reforça o desenvolvimento de estudos do parkinsoniano submetido a fisioterapia na prática de exercício físico que possa minimizar seus problemas. Este trabalho teve por verificar os efeitos da intervenção fisioterápica através dos exercícios físicos no paciente Parkinsoniano e a potencialização da capacidade funcional, assim como a minimização das complicações secundárias por meio da possibilidade do restabelecimento cinético funcional, que pudesse melhorar a qualidade de vida do paciente. Este trabalho trata-se de um estudo de caso, de caráter quantitativo, longitudinal e prospectivo, realizado no município de Aracati, o desenvolvimento da pesquisa foi constituído por uma paciente, diagnosticado com Doença de Parkinson, do sexo feminino, com 62 anos de idade. A participante foi esclarecida sobre a importância do estudo e assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada em dois momentos através da aplicação do questionário de Qualidade de vida *Parkinson's Disease Questionnaire – 39* (PDQ-39), sendo a primeira aplicação do questionário realizado antes do primeiro atendimento e o segundo após a intervenção fisioterápica. A paciente foi classificada em estágio 3 na escala de Hoehn e Yahr, na primeira aplicação do questionário PDQ-39, observou o aspecto da mobilidade como o parâmetro que referenda o pior parâmetro mediante a qualidade de vida, já os aspectos da comunicação e desconforto corporal, apresentaram um parâmetro mediano. Após a intervenção fisioterápica pode-se observar que na segunda aplicação do PDQ-39 houve uma evolução positiva nos domínios da mobilidade, atividade da vida diária, do bem estar emocional, do estigma, da comunicação e do desconforto, já o domínio da cognição apresentou um déficit chamando a atenção nesse quesito. Pode-se observar que a fisioterapia através da prática de exercícios físicos sistêmicos, devidamente programados, parecem contribuir substancialmente para manutenção da boa qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Doença de Parkinson. Exercícios Físicos. Fisioterapia.

## ABSTRACT

Parkinson's disease was defined for the first time in 1817, English physician James Parkinson, being characterized as a progressive and chronic neurological disorder that affects the movements causing tremors, sluggishness, muscle stiffness and difficulty in speech and in writing. It is known that the cause is related to the death of dopamine-producing nerve cells. Physical inactivity is motivating many psychophysical problems involving from aesthetic aspects, the metabolic motor problems, which reinforces the development of parkinsoniano studies submitted to physiotherapy in exercising that can

---

<sup>6</sup> Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela UniAteneu

minimize their problems. This work was to verify the effects of Physiotherapeutic intervention through physical exercise in patient Parkinsoniano and potentiation of functional capacity, as well as the minimization of secondary complications through the possibility of restoring functional kinetic, which could improve the quality of life of the patient. This work deals with a case study, quantitative character, longitudinal and prospective study, conducted in the municipality of Aracati, the development of research was constituted by a patient, diagnosed with Parkinson's disease, female, with 62 years of age. The participant was clear about the importance of the study and signed an informed consent. The data were collected in two moments through the application of quality of life questionnaire Parkinson's Disease Questionnaire – 39 (PDQ-39), being the first application of the questionnaire carried out before the first and the second after the physiotherapeutic intervention. The patient was classified in stage 3 on scale of Hoehn and Yahr, on first application of questionnaire PDQ-39, noted the aspect of mobility as the parameter that countersignature the worst parameter by the quality of life, aspects of communication and body discomfort, showed a median parameter. After the physiotherapeutic intervention it can be observed that the second application of the PDQ-39 there was a positive evolution in the fields of mobility, activity of daily living, emotional wellbeing, stigma, communication and discomfort, already the field of cognition presented a deficit drawing attention in this regard. It can be observed that the physical therapy through the practice of physical exercises, duly programmed, systemic seem to contribute substantially to the maintenance of good quality of life of the patient.

**Keywords:** Parkinson's Disease. Physical Exercises. Physical Therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Vaisberg; Marco (2010, p. 366), a doença de Parkinson foi definida pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson, sendo ela caracterizada como um distúrbio neurológico, progressivo e crônico que afeta os movimentos causando tremores, lentidão, rigidez muscular e dificuldade na fala e na escrita.

No âmbito muscular Kisner; Colby (2009, p. 917), nos chama atenção quanto a fraquezas dos músculos ventilatórios que a doença de Parkinson pode acometer.

Rowland; Pedley (2011, p. 758), corroboram com Vaisberg; Marco (2010, p. 366), afirmando que em 1817, James Parkinson descreveu as características clínicas principais do que é reconhecido atualmente como complexo de sintomas designados como parkinsonismo, que se manifesta por qualquer combinação de seis características fundamentais: tremor em repouso, rigidez, bradicinesia-hipocinesia, postura em flexão, perda dos reflexos posturais e o fenômeno do congelamento.

Greenberg; Aminoff; Simon (2014, p. 354, 355), nos dizem que “o *distúrbio se torna mais comum com o avançar da idade*”. Eles corroboram com Vaisberg; Marco (2010, p. 366), quando dizem que “a *doença caracteriza-se por tremor, hipocinesia, rigidez, mas acrescentam também que a marcha e postura apresentam padrões anormais*”.

Rowland; Pedley (2011, p. 758), nos dizem que “*para um diagnóstico de parkinsonismo definido, tem de estar presentes pelo menos duas dessas características, sendo pelo menos uma delas tremor em repouso ou bradicinesia*”.

Mediante os aspectos evolutivos da doença os autores se contradizem referentes aos fatores; em destaque para o fator genético envolvido, como mostra Santos *et al.*

(2008, p. 1074), quando afirma que *“A etiologia da doença ainda é obscura e controversa, contudo supõe-se a participação de vários mecanismo etiopatogênicos, como fatores genéticos, neurotoxinas ambientais, estresse oxidativo, anormalidades mitocondriais e excitotoxicidade”*.

Vaisberg; Marco (2010, p. 366), afirmam que *“não há evidências de que a doença de Parkinson seja hereditária”*, já Kandel *et al.* (2014, p. 871), dizem *“que embora a maioria dos casos de parkinsonismo seja esporádica, estudos de casos familiares raros têm fornecido informações sobre os fatores genéticos que predisõem os indivíduos à doença”*, mas Santos *et al.* (2012, p. 282), corroborando com Lundy-Ekman (2008, p. 205), afirma que *“a causa da doença é desconhecida, mas se sabe que está relacionada à morte de células nervosas (neurônios) produtores de dopamina, localizada em uma região conhecida como substância negra do cérebro”*.

A patologia bioquímica central no parkinsonismo é a neurotransmissão dopaminérgica diminuída nos gânglios da base. [...] a degeneração do sistema dopaminérgico nigro estriado acarreta uma perda acentuada do conteúdo estriado de dopamina. Em algumas, é característica a degeneração do estriado, com a perda de receptores para dopamina (ROWLAND; PEDLEY, 2011, p. 758).

Vaisberg; Marco (2010, p. 366), em sua obra *“Exercícios na Saúde e na Doença”* nos dizem que a estimativa do distúrbio afeta 1% da população mundial com mais de 65 anos e que a diminuição das atividades intelectuais é uma complicação frequente dos estágios mais avançados e que há uma prevalência de 1 a 2 por 1000 habitantes, com uma distribuição aproximadamente igual entre os sexos. Os autores ainda afirmam que *“a prevalência de demência entre esses indivíduos varia de aproximadamente 15 a 20% cerca de três vezes mais que na média da população de mesma idade”*.

A doença não tem cura mais pode ser atenuada, mas tem tratamento (VAISBERG; MARCO, 2010, p. 366).

O tratamento consiste no controle dos sintomas e da evolução da doença, por meio de medicamentos e terapias. Entre as mais comuns estão a terapia ocupacional a fisioterapia e a fonoaudiologia. Em alguns casos, indicam-se as cirurgias. A reeducação postural e a manutenção da atividade física por meio da fisioterapia são um complemento indispensável ao tratamento desta doença. Os exercícios preservam a atividade muscular e a flexibilidade. Na ausência de exercícios físicos, os músculos inativos tendem a se atrofiar e contrair-se, aumentando a rigidez típica do parkinsoniano (VAISBERG; MARCO, 2010, p. 366).

Beatile *et al. apud* Vaisberg; Mello (2010, p. 366), como forma de alerta para uma melhora do restabelecimento cinético funcional, afirmam que *“muitos dados da literatura mostram que o exercício físico leva a o aumento dos níveis de dopamina, o que sugere que um programa de exercícios para pacientes com doença de Parkinson é benéfico”*.

Como essa doença é progressiva, as intervenções de exercícios não devem ser em curto prazo, mas se tornar parte do estilo de vida diário (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012, p. 269).

Segundo Vara; Medeiros; Striebel (2012, p. 270), no momento, já existem profissionais que visam o acompanhamento multidisciplinar, contando com neurologistas experientes, fisioterapeutas doutores na área de DP e educadores físicos, indicando abordagens de tratamento domiciliares com exercícios físicos baseados em movimentos de diversas modalidades, tais como tai chi, [...] e pilates. Este programa contempla a evolução da doença, com diferentes intensidades de exercícios, os quais são executados em um período de 60 minutos.

Mediante ao contexto científico que a Fisioterapia aborda, pode-se observar que muitos pesquisadores da área e em grande parte dos acadêmicos na construção de seus trabalhos de conclusão de curso se detêm as especialidades da área como Fisioterapia Traumatológica, Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiocirculatória; dentre outras; por vezes ficando a área da Fisioterapia Neurológica à margem de desenvolvimento científico, principalmente no que refere-se a Doença de Parkinson (DP), ficando esta restrita ao celeiro literário.

O desenvolvimento intelectual é otimizado pelas experiências, saindo do âmbito literário, estando aquele baseado em ações consistentes sob a luz do conhecimento científico que pode agregar valores substanciais a uma prática segura.

É no contexto acima, que uma visão acurada sob o que se agrega a Doença de Parkinson necessita ser vislumbrada, desde a baixa do intelecto, a dificuldade para leitura, a rigidez muscular, a dificuldade para escrita, como também o déficit motor desenvolvido com o avançar da patologia, que juntos parecem caracterizar o parkinsoniano, que por muito se encontra fisicamente inativo.

A inatividade física é motivadora de muitos problemas de ordem psicofísica, que envolve desde aspectos estéticos, metabólicos a problemas de ordem motora, força e flexibilidade, o que reforça o desenvolvimento de estudos do parkinsoniano submetido à Fisioterapia na prática de exercício físico que possa minimizar seus problemas.

A variedade mais comum de parkinsonismo ocorre sem causa evidente sendo esta forma denominada de **doença de Parkinson** ou **paralisia agitante** [...] (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014, p. 354, 355; ROWLAND; PEDLEY, 2011, p. 758).

Como tudo na vida evolui de forma lenta ou rápida é que se espera através deste trabalho científico, possibilitar um novo olhar sobre a Doença de Parkinson, associado a prática de exercícios físicos de maneira global, com visão ao todo, sem esquecer as partes que o compõem que imbricados em si são determinantes para ações fisioterápicas cinesiologicamente funcionais de magnitudes variadas.

Corroborando e contribuindo com Vara; Medeiros; Striebel (2012, p. 267), parece ser seguro afirmar que a fisioterapia voltada para a DP, através dos exercícios físicos tem como objetivo minimizar os problemas motores, ajudando o paciente a manter a independência para realizar as atividades de vida diária e melhorando sua qualidade de vida.

O seguinte estudo teve como objetivo geral verificar os efeitos da intervenção fisioterápica através dos exercícios físicos no paciente Parkinsoniano para a melhora da qualidade de vida. E o seu objetivo específico, observar a potencialização da capacidade funcional do paciente mediante os exercícios físicos desenvolvidos. Observando a minimização das complicações secundárias por meio da possibilidade do restabelecimento cinético funcional e otimização da qualidade de vida.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de um estudo de caso, de caráter quantitativo, e longitudinal, onde o aspecto descritivo nos apontou os dados coletados na Clínica SINUS – Centro de Saúde e Empresarial, situada na Rua. Duque de Caxias, nº 89, Centro do município de Aracati. A pesquisa foi constituída por um paciente atendido na referida clínica diagnosticado com Doença de Parkinson, do sexo feminino, 62 anos de idade, tendo como técnica de coleta de dados o questionário de Qualidade de vida Parkinson's Disease Questionnaire – 39 (PDQ-39). Que se deu pela aplicação do questionário, sendo realizado em dois momentos, o primeiro momento antes do primeiro atendimento e o segundo após a intervenção fisioterápica.

Segundo Jenkinson *et al.* (1996); Marinus *et al.* (2002); Schrag, Jahanshahi; Quinn (2000); Lyon *et al.* (1997), *apud* Lana *et al.* (p. 399, 2007), o PDQ-39 é uma escala específica de avaliação da qualidade de vida na DP e compreende 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “nunca”; “de vez em quando”; “às vezes”; “frequentemente”; “sempre” ou “é impossível para mim”. Os escores em cada item variam de 0 (nunca) a 4 (sempre ou é impossível para mim). O PDQ-39 é dividido em oito dimensões: Mobilidade (10 itens), Atividades de Vida Diária (6 itens), Bem Estar Emocional (6 itens), Estigma (4 itens), Apoio Social (3 itens), Cognição (4 itens), Comunicação (3 itens) e Desconforto Corporal (3 itens). O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula:  $100 \times (\text{soma dos escores do paciente nas 39 questões} / 4 \times 39)$ . O escore de cada dimensão é obtido da mesma forma que o escore total. A pontuação total no PDQ-39 varia de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, uma baixa pontuação indica melhor percepção da qualidade de vida por parte do indivíduo.

Esse questionário foi validado em diversos idiomas inclusive no português utilizado no Brasil. A adaptação para o Português-Brasil foi realizada na *Health Services Research Unit (Department of Public Health and Primary Care - University of Oxford)*, em 2005, sendo essa a versão utilizada para este estudo (JENKINSON *et al.* 1996; MARINUS *et al.* 2002 *apud* Lana *et al.* 2007, p. 399).

Os dados foram tabulados para a apresentação em frequência simples e percentual, além de terem sido analisados em comparação com as recomendações da literatura nacional e internacional.

O estudo foi delineado com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. O participante foi esclarecido sobre a importância do estudo e onde foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi submetida à aprovação do comitê de ética em pesquisa Uicatólica – Centro Universitário Católica de Quixadá, com o parecer de aprovação sob número de protocolo 1.810.799.

O processo da intervenção foi realizado no período de 05 de setembro à 28 de outubro de 2016, perfazendo um total de (24) vinte e quatro atendimentos, sendo (03) atendimentos por semana com duração de (1h) uma hora, onde foram aplicados exercícios aeróbios, treino da marcha, treino de equilíbrio estático e dinâmico, dissociação de cintura, coordenação motora ampla e fina, exercícios resistidos de MMSS e MMII, treinamento proprioceptivo, alongamentos, pompagen, liberação miofacial, exercícios respiratórios, além de orientações no foco funcional para a manutenção das atividades da vida diária – AVD's e restabelecimento cinesiológico funcional mediante a situação clínica apresentada pela paciente.

Os exercícios foram aplicados dos mais simples para os mais complexos, dos

mais gerais para os mais específicos, onde ao finalizar o segundo mês de atendimentos foi realizado a 2ª aplicação do PDQ-39.

### 3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Objetivando avaliar o paciente, em primeira instância foi idealizado algo que pudesse ser referência para o desenvolvimento da pesquisa e mediante o levantamento bibliográfico foi encontrada a escala modificada de Hoehn e Yahr.

Conforme Rodrigues, Barbosa, Silva, Teixeira, Cardoso (2005, p. 49-55), A Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr (HY – *Degree of Disability Scale*) é uma escala de avaliação da incapacidade dos indivíduos com DP capaz de indicar seu estado geral de forma rápida e prática. Sua forma modificada compreende sete estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. Os indivíduos classificados nos estágios de 1 a 3 apresentam incapacidade leve a moderada, enquanto os que estão nos estágios 4 e 5 apresentam incapacidade grave.

*Tabela 1 - Escala de Hoehn e Yahr (Modificada), retirada do Livro Fisioterapia: avaliação e tratamento. Barueri: Manole, p. 973, 2010.*

<b>Escala de Hoehn e Yahr – Modificada</b>	
ESTÁGIO 0	Nenhum Sinal da Doença
ESTÁGIO 1	Doença unilateral
ESTÁGIO 1,5	Envolvimento Unilateral e Axial
ESTÁGIO 2	Doença Bilateral sem Déficit de Equilíbrio
ESTÁGIO 2,5	Doença Bilateral Leve, com Recuperação no “Teste do Empurrão”
ESTÁGIO 3	Doença Bilateral Leve a Moderada; Alguma Instabilidade Postural; Capacidade para Viver Independente.
ESTÁGIO 4	Incapacidade Grave, Ainda Capaz de Caminhar ou Permanecer de Pé sem Ajuda.
ESTÁGIO 5	Confinado à Cama ou Cadeira de Rodas a Não Ser que Receba Ajuda.

Analisando o paciente e tendo por base a tabela cima, pode-se enquadrá-lo em estágio 3 na escala de Hoehn e Yahr (Modificada).

Paciente L.F.S, sexo feminino, 62 anos diagnosticada com doença de parkinson há 10 anos, hipertensa e com distúrbios da tireoide, fazendo uso de prolopa BC 400mg 4 vezes ao dia, mantidan 100mg 2 vezes ao dia, prolopa HBS 1 vez ao dia.

Mediante o desenvolvimento da pesquisa, especificamente no dia 29.08.2016, foi aplicado o Questionário da Doença de Parkinson – PDQ-39, que segundo Costa; Rodrigues; Silva (2006, p. 115-28), afirmam ser o PDQ-39

[...] uma escala cuja tradução para o português do Brasil foi realizada na Health Services Research Unit (Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford) em 2005, sendo um instrumento de fácil aplicação que vem sendo largamente usada em pesquisas sobre a qualidade de vida dos indivíduos com a DP.

Costa; Rodrigues; Silva (2006, p. 115-128), ainda afirmam que

O PDQ-39, aborda em seu domínio os aspectos da: Mobilidade, Atividade de Vida Diária, Bem Estar, Emocional, Estigma, Suporte Social, Cognição, Comunicação e Desconforto Corporal, tendo como foco a qualidade de vida do indivíduo com Doença de Parkinson.

Tendo sido estes os parâmetros investigados como mostra a tabela 2.

Tabela 2 - PDQ/1ª Aplicação do Questionário em 29.08.2016.

<b>QUESTIONÁRIO DA DOENÇA DE PARKINSON – PDQ-39</b>		
1ª Aplicação do Questionário		
<b>DOMÍNIO</b>	<b>ESCORES</b>	<b>AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA</b>
<i>Mobilidade</i>	67,5	Pior Qualidade de Vida
<i>Atividade de Vida Diária</i>	54,1	
<i>Bem Estar Emocional</i>	37,5	
<i>Estigma</i>	43,7	
<i>Suporte Social</i>	33,3	Melhor Qualidade de Vida
<i>Cognição</i>	37,5	
<i>Comunicação</i>	50	Qualidade de Vida Estável
<i>Desconforto Corporal</i>	50	Qualidade de Vida Estável

Analisando a tabela 2, referente a primeira aplicação do questionário de

Doença de Parkinson, pode ser observado o aspecto da mobilidade como o parâmetro que referenda o pior parâmetro deste paciente mediante a qualidade de vida com escore de (67,7) sessenta e sete virgula sete, tendo por base (100), com escores como ápice de pior qualidade de vida e (0.0) como o ápice de melhor referência de qualidade de vida, já os aspectos da comunicação e desconforto corporal, apresentaram (50) cinquenta escores, dando um parâmetro mediano na tabela de escores transparecendo pelas respostas do paciente que nestes aspectos existe uma certa estabilidade.

Tabela 3 - PDQ/2ª Aplicação do Questionário em 28.10.2016.

<b>QUESTIONÁRIO DA DOENÇA DE PARKINSON – PDQ-39</b>		
2ª Aplicação do Questionário		
<b>DOMÍNIO</b>	<b>ESCORES</b>	<b>AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA</b>
<i>Mobilidade</i>	55	
<i>Atividade de Vida Diária</i>	37,5	
<i>Bem Estar Emocional</i>	29,1	Melhor Qualidade de Vida
<i>Estigma</i>	37,5	
<i>Suporte Social</i>	33,3	
<i>Cognição</i>	43,7	Pior Qualidade de Vida
<i>Comunicação</i>	33,3	
<i>Desconforto Corporal</i>	33,3	

Analisando os escores na segunda aplicação do PDQ-39, observou-se em evidência positiva no domínio do bem estar emocional, mas uma piora no domínio da cognição, o que parece corroborar com o aspecto evolutivo da doença, como afirmam Melo; Barbosa; Caramelli (2007, p. 176-183), quando dizem que “*déficits cognitivos*

eventualmente ocorrem”.

Objetivando deixar mais claro as informações colhidas na aplicação do PDQ-39 nas duas oportunidades no desenvolvimento da pesquisa a tabela 4 nos apresenta os aspectos de evolução e involução do paciente neste estudo de caso.

Tabela 4 – Comparativo: Evolução/Involução do Paciente Mediante PDQ Aplicado em 29.08.2016 e 28.10.2016.

<b>QUESTIONÁRIO DA DOENÇA DE PARKINSON – PDQ-39</b>			
Comparativo: Evolução/Involução			
<b>DOMÍNIO</b>	<b>PDQ-39 29.08.2016</b>	<b>PDQ-39 28.10.2016</b>	<b>COMPARATIVO: EVOLUÇÃO/INVOLUÇÃO</b>
Mobilidade	67,5	55	Melhor Qualidade de Vida
Atividade de Vida Diária	54,1	37,5	Melhor Qualidade de Vida
Bem Estar Emocional	37,5	29,1	Melhor Qualidade de Vida
Estigma	43,7	37,5	Melhor Qualidade de Vida
Suporte Social	33,3	33,3	Qualidade de Vida Mediana
Cognição	37,5	43,7	Pior Qualidade de Vida
Comunicação	50	33,3	Melhor Qualidade de Vida
Desconforto Corporal	50	33,3	Melhor Qualidade de Vida

Pode-se observar que na segunda aplicação do PDQ-39 houve uma evolução positiva nos domínios da mobilidade, atividade da vida diária, do bem estar emocional, do estigma, da comunicação e do desconforto corporal com escores de 12,5 de melhora para a mobilidade, 16,6 de escores de melhora para atividade da vida diária, já para o bem estar emocional houve escores positivos em um total de 8,4, o domínio do estigma melhorou em 6,2 escores, os domínios da comunicação e do desconforto corporal empataram positivamente em 16,7 escores de melhora na qualidade de vida.

O domínio do suporte social manteve-se estável observado no comparativo das avaliações do PDQ-39 nas suas datas de aplicações.

O domínio da cognição apresentou um déficit de 6,2 escores chamando atenção de forma substancial neste quesito em virtude de ser a cognição um aspecto relativamente afetado mediante a evolução da DP como nos diz Souza, *et al.* (2011, p. 719), quando enfatiza que DP “[...] é caracterizada por distúrbios motores, disfunções posturais e cognitivas”, o que nos põe a repensar as estratégias para minimizar estas perdas neste caso específico a cognitiva”.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se observar que a fisioterapia desenvolvida através da prática de exercícios físicos sistêmicos, devidamente programados, parece contribuir substancialmente para manutenção da boa qualidade de vida do paciente, assim como se fazem necessárias avaliações periódicas no intuito de se perceber alguma evolução ou mesmo involução do paciente, principalmente no domínio cognitivo, sem esquecer o contexto geral ao qual o paciente está inserido e as outras vertentes que a patologia acaba acometendo, implicando também ao Fisioterapeuta uma constante no hábito do estudo e investigação permanente em todas as áreas que permeiam de forma transdisciplinar a Doença de Parkinson, parecendo também, ser importante a atuação de profissionais de outras áreas do saber científico para fomentar uma melhora da qualidade de vida em todas as instâncias.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, **Resolução CNS nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde, 2012**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.> Acesso em: 01/05/2016.

COSTA, A. L. R; RODRIGUES A. L; SILVA, A. K. P. **A Intervenção Terapêutica Ocupacional na Doença de Parkinson**. In: BARROS, A. L. S; COSTA, E. G; COSTA M. L. G; MEDEIROS, J. S. Doença de Parkinson: uma visão multidisciplinar. São José dos Campos: Pulso Editorial, p. 115-28, 2006.

GREENBERG, David A; AMINOFF, Michael J; SIMON, Roger P. **Neurologia Clínica**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 354, 355, 2014.

KANDEL, Eric R; SCHWARTZ, James H; JESSELL, Thomas M; SIEGELBAUM, Steven A; HUDSPETH, A. J. **Princípios de Neurociências**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 871, 2014.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercício Terapêutico: fundamentos e técnicas**. 5. ed. São Paulo: Manole, p. 917, 2009.

LANA, R. C; ÁLVARES, L. M. R. S; NASCIUTTI-PRUDENTE, C; GOULART, F. R. P; TEIXEIRA-SALMELA, L. F; CARDOSO, F. E. Percepção da Qualidade de Vida de Indivíduos com Doença de Parkinson Através do PDQ-39. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

LUNDY-EKMAN, Laurie. **Neurociências: fundamentos para reabilitação**. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 205, 2008.

MELO, Luciano Magalhães; BARBOSA, Egberto Reis; CARAMELLI, Paulo. Declínio Cognitivo e Demência Associados à Doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 4, p. 176-183, 2007.

O'SULLIVAN, Susan B; SCHMITZ, Thomas, J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, p. 973, 2010.

RODRIGUES, G. F; BARBOSA, C. M; SILVA, C. M; TEIXEIRA, S. L; CARDOSO F. O Impacto de um Programa de Atividade Física na Qualidade de Vida de Pacientes com Doença de Parkinson. **Revista Brasileira Fisioterapia**. v. 9, n. 1, p. 49-55, 2005.

ROWLAND, Lewis P; PEDLEY, Timothy A. **Tratado de Neurologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 758, 2011.

SANTOS, T. B; PERACINI, T; FRANCO, P, M; NOGUEIRA, R. L; SOUZA, L.A.P.S. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva na Doença de Parkinson. **Fisioterapia e Movimento**: Curitiba, v. 25, n. 2, p. 281-289, abr./jun. 2012.

SANTOS, Itamar de Souza; BARROS E SILVA, Leonardo Borges de; LOTUFO, Paulo A; BENSEÑOR, Isabela M. **Clínica Médica: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, p. 1074, 2008.

SOUZA, Cheylla Fabricia M; ALMEIDA, Helayne Carolyne P; SOUSA, Jomário Batista; COSTA, Pedro Henrique; SILVEIRA, Yonara Sonaly S; BEZERRA, João Carlos L. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: uma revisão de literatura. **Revista Neurociência**. v. 19, n. 4, p. 718-723, 2011.

VAISBERG, Mauro; MARCO, Túlio de Mello. **Exercícios na Saúde e na Doença**. São Paulo: Manole, 2010.

VARA, Andressa Correa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lúcia Widniczck. O Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Parkinson. **Revista Neurociência**. n. 20, v. 2, p. 266-272, 2012.

# CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDA ALCÓOLICA NA POPULAÇÃO FEMININA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE.

Monike Couras Del Vecchio Barros<sup>7</sup>  
Natalia C.M. Sales.<sup>8</sup>

## RESUMO

A pesquisa visa elucidar a seguinte problemática: qual a frequência (%) de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população feminina na cidade de Fortaleza? O abuso de bebidas alcoólicas é considerado uma das principais ameaças para a saúde da população, devido aos traumas, doenças cardiovasculares, exposição à violência, dentre outros fatores de risco para a morbimortalidade dos usuários. O objetivo geral busca analisar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas na população feminina na cidade de Fortaleza; assim como os específicos apresentar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo região. Brasil, VIGITEL – 2010; mostrar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo capitais da Região Nordeste. Brasil, VIGITEL – 2010 e por fim evidenciar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) na cidade de Fortaleza (CE) segundo escolaridade. Brasil, VIGITEL – 2010. O método da pesquisa descritiva, transversal, cuja abordagem é quantitativa, realizada anual e continuamente pelo Ministério da Saúde. A prevalência do consumo abusivo de bebidas alcóolicas por mulheres em Fortaleza foi menor que a média nacional e a segunda menor do Nordeste.

**Palavras-chave:** Alcoolismo, Gênero e Saúde, Saúde Pública.

## ABSTRACT

The research aims to elucidate the following problem: how often (%) of abusive consumption of alcoholic beverages in the female population in the city of Fortaleza? Alcohol abuse is considered a major threat to the health of the population due to trauma, cardiovascular diseases, exposure to violence, among other risk factors for users' morbidity and mortality. The general objective is to analyze the frequency (%) of alcohol consumption in the female population in the city of Fortaleza; as well as the specific ones to present the frequency (%) of alcohol consumption in adults ( $\geq 18$  years of age) by sex by region. Brazil, VIGITEL - 2010; show the frequency (%) of alcohol consumption in adults ( $\geq 18$  years of age) by sex according to capitals of the Northeast Region. Brazil, VIGITEL - 2010 and finally to show the frequency (%) of alcohol consumption in adults ( $\geq 18$  years of age) in the city of Fortaleza (CE) according to schooling. Brazil, VIGITEL - 2010. The method of cross-sectional descriptive research, whose approach is quantitative, performed annually and continuously by the Ministry of Health. The prevalence of abusive consumption of alcoholic beverages by women in Fortaleza was lower than the national average and the second lowest from northeast.

**Keywords:** Alcoholism, Gender and Health, Public Health.

## 1 INTRODUÇÃO

---

<sup>7</sup> Mestranda do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (monike.delvecchio@yahoo.com.br)

<sup>8</sup> Mestranda do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (natalia@unifor.edu.br)

O alcoolismo feminino é uma doença crônica causado por fatores psicossociais, genéticos e ambientais. O consumo de álcool tem iniciado cada vez mais cedo, aumentando assim o risco de dependência das pessoas. Desta forma, a pesquisa visa elucidar a seguinte problemática: qual a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas na população feminina na cidade de Fortaleza?

Com isso, o objetivo geral busca analisar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas na população feminina na cidade de Fortaleza; assim como os específicos apresentar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo região. Brasil, VIGITEL – 2010; mostrar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo capitais da Região Nordeste. Brasil, VIGITEL – 2010 e por fim evidenciar a frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) na cidade de Fortaleza (CE) segundo escolaridade. Brasil, VIGITEL – 2010.

É notória a falta do controle dos usuários sobre a droga, que proporciona distorções no pensamento do indivíduo e negação de implicações adversas, podendo acarretar em fatalidades.

O consumo de álcool no sexo feminino é considerado como um problema de saúde pública, pois um dos princípios verificados é a metabolização do álcool nas mulheres que ocorre de maneira mais lenta em relação aos homens, mesmo com a ingestão em níveis mais baixos e por períodos curtos, acarreta em maiores prejuízos do ponto de vista químico e metabólico.

Atualmente, mulheres que consomem substâncias psicoativas de forma demasiada como o uso de bebidas alcoólicas, devido à estigmatização, o preconceito da sociedade e à transtornos psicológicos das mesmas relatados como transtorno bipolar, transtornos alimentares, transtorno de ansiedade e depressão, sem auxílio dos familiares e de profissionais da saúde, elas permanecem anônimas, retardando a procura por ajuda. Desta forma, fica latente a necessidade da urgência de maiores investimentos em serviços especializados que atendam essa população feminina com problemas no alcoolismo.

Diante do exposto, a relevância do estudo sobre o consumo abusivo de bebida alcóolica na população feminina na cidade de Fortaleza ocorre pela escassez de pesquisas sobre a temática e o impacto que o conhecimento sobre o uso de álcool e suas consequências nos aspectos físicos, interpessoais, intrapessoais, controle de impulsos e de responsabilidade social pode ocasionar nas mulheres que buscam auxílio assim como para suas famílias que após conhecerem as dificuldades e formas de superar o problema poderão ajudar diretamente na resolução da problemática .

## **2 MÉTODOS**

Para a pesquisa foram utilizados os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) que é uma pesquisa transversal, realizada anual e continuamente pelo Ministério da Saúde e representativa para a população adulta ( $> 18$  anos) residente nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal. O VIGITEL utiliza amostras probabilísticas da população com 18 anos ou mais residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha fixa de telefone, obtidas em dois estágios: sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas em cada cidade, seguido por ressorteio e organização de 25 subamostras de 200 linhas, sendo consideradas elegíveis para o sistema as residenciais e ativas, e logo após, um sorteio de um morador adulto do domicílio para responder a entrevista.

Optou-se pela análise dos dados da pesquisa realizada no ano de 2010 por esta

ter sido a última com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS. Neste ano, foram realizadas cerca de 2.000 entrevistas telefônicas em cada um dos 27 entes federados. A população avaliada foi obtida por amostra aleatória das residências com pelo menos um telefone fixo e por sorteio de um morador adulto de cada residência para responder à entrevista.

Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

As proporções foram calculadas desconsiderando os casos sem declaração e os não aplicáveis. Percentuais ponderados foram utilizados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra à distribuição da população adulta de cada cidade de acordo Censo Demográfico do ano de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade. Levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo, o Intervalo de Confiança foi de ( $\alpha = 0,05$ ).

O presente estudo relacionou o consumo abusivo de álcool por mulheres na cidade de Fortaleza com os dados de consumo feminino de outras capitais brasileiras, com o consumo abusivo de álcool por homens no mesmo local e também com o nível de escolaridade (categorizado em quatro faixas: 0 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra a frequência de consumo abusivo de bebidas alcólicas por sexo segundo as regiões do Brasil. Observa-se que a Região Nordeste é a que apresenta maior prevalência de consumo (21%) e a Região Sul a que apresenta menor prevalência de consumo (15,3%). O consumo abusivo de bebida alcólica feminina no Nordeste é a maior do país (12,6%).

**Tabela 1.** Frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo região.

Região	Consumo abusivo de bebidas alcoólicas					
	Homens		Mulheres		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Norte	30,4	27,3-33,6	8,7	7,0-10,4	19,0	17,2-20,9
Nordeste	31,7	29,3-34,0	12,6	11,3-13,9	21,2	19,9-22,5
Sudeste	23,7	21,0-26,5	10,2	8,7-11,6	16,4	14,9-17,9
Sul	23,9	21,0-26,8	8,0	6,6-9,4	15,3	13,7-16,9
Centro-Oeste	26,4	21,0-31,8	10,6	8,0-13,2	18,0	15,2-20,9
<b>TOTAL</b>	<b>26,8</b>	<b>25,2-28,3</b>	<b>10,6</b>	<b>9,7-11,4</b>	<b>18,0</b>	<b>17,2-18,9</b>

Fonte: Brasil, VIGITEL – 2010.

No entanto, na Tabela 2, que traz dados sobre o consumo por sexo nas capitais da Região Nordeste, percebe-se que a alta prevalência de consumo nesta Região está mais associada com dados encontrados em Recife (25,2%), Aracaju (23,3%) e São Luís (22,2%), sendo que Fortaleza é a capital do Nordeste com menor prevalência de consumo abusivo de álcool (16,7%). O consumo abusivo pela população feminina em Fortaleza (8,5%) é maior apenas que na cidade de Natal (7,4%) e a prevalência de

consumo pela população feminina em Fortaleza está abaixo da média nacional (10,6%).

De acordo com a Tabela 2 depreende-se também que, em Fortaleza, o consumo de álcool pela população masculina (26,7%) é bastante superior ao consumo pela população feminina. De forma semelhante, o maior consumo abusivo de bebidas alcóolicas por homens repetiu-se em muitos outros estudos realizados em diversas capitais brasileiras (MOURA e MALTA, 2011). Apenas em Campinas, em estudo realizado por Barros et al (2007), o sexo perdeu a significância após ajuste para outras variáveis, apresentando-se associados ao maior consumo de bebidas alcóolicas idade jovem, alta renda, baixa escolaridade, religião não evangélica e uso de drogas ilícitas.

O maior consumo por homens pode ter associação com a auto referência ao consumo de bebidas alcóolicas, que pode ter sido subestimada pelas mulheres entrevistadas, principalmente quanto às doses elevadas, na medida em que há restrição social a este comportamento.

**Tabela 2.** Frequência (%) de consumo de bebidas alcóolicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) por sexo segundo capitais da Região Nordeste.

Capitais	Consumo abusivo de bebidas alcóolicas					
	Homens		Mulheres		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	34,2	27,8-40,5	14,3	10,2-18,4	23,3	19,6-26,9
Fortaleza	26,7	20,0-33,3	8,5	5,3-11,7	16,7	13,1-20,2
João Pessoa	25,3	19,4-31,2	11,8	6,7-16,9	17,9	14,1-21,6
Maceió	31,4	24,5-38,2	9,7	6,3-13,1	19,6	15,8-23,3
Natal	37,1	30,5-43,7	7,4	5,3-9,4	20,8	17,2-24,5
Recife	36,7	30,9-42,5	15,9	12,0-19,7	25,2	21,7-28,7
Salvador	32	26,7-37,3	17,3	13,8-20,7	24	20,9-27,0
São Luís	34,5	29,0-40,1	12	8,8-15,2	22,2	19,1-25,4
Teresina	30,8	23,6-38,1	11,8	8,4-15,2	20,4	16,4-24,3
<b>TOTAL</b>	<b>31,7</b>	<b>29,3-34,0</b>	<b>12,6</b>	<b>11,3-13,9</b>	<b>21,2</b>	<b>19,9-22,5</b>

Fonte: Brasil, VIGITEL – 2010.

A Tabela 3 mostra os dados de consumo segundo sexo e escolaridade em Fortaleza. O consumo abusivo de bebidas alcóolicas pela população feminina segue o mesmo padrão do consumo masculino, sendo maior a prevalência em pessoas com mais anos de estudo. Mulheres com doze ou mais anos de estudo relataram fazer uso abusivo de álcool maior do que mulheres com nove a onze anos de estudo. Moura & Malta (2011) encontraram resultados semelhantes em sua pesquisa de consumo de bebida alcóolica pela população brasileira: a escolaridade exerceu influência direta no consumo abusivo, aumentando de 11,4% na faixa de menor escolaridade para 17,5% na de maior escolaridade.

**Tabela 3.** Frequência (%) de consumo de bebidas alcoólicas em adultos ( $\geq 18$  anos de idade) na cidade de Fortaleza (CE) segundo escolaridade.

Escolaridade	Consumo abusivo de bebidas alcólicas			
	Homens		Mulheres	
	%	IC 95%	%	IC 95%
0-8 anos	24,0	13,4-34,6	*	*
9-11 anos	28,5	23,0-34,0	9,7	6,3-13,2
12 anos ou mais	36,0	28,8-43,2	13,4	9,5-17,3

Fonte: Brasil, VIGITEL – 2010.

Estes dados seguem uma lógica diferente dos outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis das pesquisas da VIGITEL, onde a maior escolaridade estava associada a uma menor prevalência do fator de risco pela população.

#### 4 CONCLUSÃO

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira é alvo de muitas pesquisas e uma preocupação à saúde pública pois, além de ser fator de risco para hipertensão, cirrose, acidente vascular cerebral e cânceres, o consumo de bebidas alcoólicas está associado a altos índices de violências e acidentes.

A segregação social e política, que, historicamente, foi imposta às mulheres, gerou como consequência uma invisibilidade, enquanto sujeito, que incidiu inclusive em pesquisas relacionadas a questões comportamentais, como por exemplo, pesquisas sobre o alcoolismo.

O consumo abusivo de álcool na população feminina engloba um conjunto de significações e fatores relacionados à condição feminina, sendo necessária a realização de estudos que investiguem as características e peculiaridades do uso de álcool nesta população, proporcionando linhas de atenção e cuidado e estratégias de abordagem à esta população específica.

Os dados desta pesquisa confirmaram os padrões de estudos anteriores. Observou-se que a prevalência do consumo abusivo de bebidas alcólicas por mulheres em Fortaleza foi menor que a média nacional e a segunda menor do Nordeste. Estes resultados, no entanto, podem estar associados ao método de pesquisa da VIGITEL, onde as entrevistas são realizadas apenas com moradores em domicílios com telefone fixo, excluindo uma parcela significativa da população brasileira sem acesso a este bem, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, nas quais a cobertura de telefonia fixa é baixa, além de questões associadas a auto referência de consumo abusivo de álcool pela população feminina e pela dificuldade de quantificação de doses consumidas.

Dessa forma, outros estudos voltados para a população feminina e com abordagens qualitativas tornam-se necessários para complementar a compreensão do padrão de consumo abusivo de álcool na população feminina do município.

## REFERÊNCIAS

BARROS MBA, BOTEGA NJ, DALGALARRONDO P, MARÍN-LEÓN L, OLIVEIRA HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev Saúde Pública**. Vol.41, n.4, pp. 502-9, São Paulo, 2007.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010.

CAPS, LRC. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MOURA, E.C.; MALT, D.C.; MORAIS, N.O.L.; PENNA, G.O.; TEMPORÃO, J.G. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Rev Saúde Pública**. Vol.43, n.5, pp.891-4, 2009.

PILLON, S.C.; SANTOS, M.A.; FLORIDO, L.M.; CAFER, J.R.; FERREIRA, P.S.; SCHERER, Z.A.P.; MARCHINI, G.P.O. Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Eletr. Enf.** Vol.16, n.2, pp.338-45, abr/jun, São Paulo, 2014.

# A INFORMÁTICA COMO RECURSO TECNOLÓGICO NO APRENDIZADO DO ALUNO SURDO.

Ana Claudia Rodrigues de Mendonça Pinheiro<sup>9</sup>

Rosângela Couras Del Vecchio<sup>10</sup>

Cristine Amora Santos de Aragão<sup>11</sup>

## RESUMO

O presente trabalho apresenta as possibilidades de uso do computador como recurso tecnológico na Educação dos Surdos. Ressaltando as concepções e situação atual da educação especial, dando um enfoque à educação do surdo, salientando a informática e o mercado de trabalho. Tendo como objetivo geral a informática como instrumento de aprendizagem do aluno surdo. Assim como objetivos específicos: mostrar a situação atual da informática na educação, sublinhando as zonas de conflitos, a formação do professor, a escolha dos softwares educativos, métodos de ensino por projetos e internet. A metodologia utilizada foi exploratória e descritiva e o instrumento utilizado para a coleta de dados foi a observação participativa. A amostra constituiu-se de alunos, professores, responsáveis pelo laboratório de informática e os tipos de atividades desenvolvidas no Instituto Cearense de Educação de Surdos - ICES. Tendo como resultados alcançados a verificação que os professores ainda enfrentam dificuldades em relação ao uso da informática para os surdos, dificultando assim o processo de ensino aprendizagem. Desta forma, conclui-se que a informática pode ser um agente propulsor de qualidade no aprendizado de alunos surdos por sua metodologia criativa e adequação as necessidades.

**Palavras-chave:** Surdez. Educação. Informática.

## ABSTRACT

The present work presents the possibilities of using the computer as a technological resource in the Education of the Deaf. Emphasizing the conceptions and current situation of special education, giving a focus to the education of the deaf, emphasizing information technology and the labor market. Having as general objective the computer science as instrument of learning of the deaf student. As well as specific objectives: to show the current situation of informatics in education, emphasizing conflict zones, teacher training, choice of educational software, teaching methods by projects and internet. The methodology used was exploratory and descriptive and the instrument used for data collection was participatory observation. The sample consisted of students, teachers, responsible for the computer laboratory and the types of activities developed at the Ceará Institute of Education of the Deaf - ICES. Having as results achieved the verification that teachers still face difficulties regarding the use of information technology for the deaf, thus hindering the process of teaching learning. In this way, it is concluded that informatics can be a propelling agent of quality in the learning of deaf students for its creative methodology and adaptation to the needs.

**Keywords:** Deafness. Education. Computing.

---

9 Pós graduanda do curso de especialização em Controladoria e Finanças da FATE (claudiarmendonca@hotmail.com)

10 Professora Orientadora Doutora em Administração pela UNIDA(rosangela.delvecchio@uniateneu.edu.br)

11 Professora Mestre em Administração pela UNIFOR (Cristine.amora@uniateneu.edu.br)

## 1 INTRODUÇÃO

As escolas estão cada vez mais exigindo dos profissionais de educação um posicionamento quanto ao quê e como fazer para dispor os múltiplos recursos da informática a serviço da educação. Para tanto, faz-se necessário discutir, refletir e pesquisar o assunto com apurada crítica e criatividade, visando vencer o desafio proposto e ainda, com sobriedade, explorar o melhor dessas máquinas.

Para o surdo a interação com a informática pode representar um passo à frente no que diz respeito à educação, pois através de seus recursos, ressalta a importância dos elementos visuais que são fundamentais para minimizar e muitas vezes superar as necessidades educativas especiais do surdo, além de fazê-lo alcançar alguns objetivos, dentre eles o de desenvolver sua criatividade, aumentar sua autoestima, construir seu próprio projeto refletindo suas vivências, apoiar o desenvolvimento cognitivo, promover o pensar, desenvolver a autonomia, o trabalho cooperativo e facilitar a integração interdisciplinar.

Na busca da elucidação da seguinte problemática: como a informática, sendo considerada um recurso tecnológico, pode auxiliar no aprendizado do aluno surdo?

A pesquisa será dividida em quatro seções, sendo a primeira a introdução com os objetivos, justificativa e problemática. Na segunda seção está o referencial teórico com as temáticas as concepções e situação atual da educação especial, dando um enfoque à educação do surdo, salientando a informática e o mercado de trabalho. Em seguida ratificou-se as concepções e situação atual da informática na educação, sublinhando as zonas de conflitos, a formação do professor, a escolha dos softwares educativos, métodos de ensino por projetos e internet. Na terceira seção serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do trabalho, além de fazer um breve relato sobre a informática do ICES. Na quarta seção serão apresentadas às considerações finais e a composição do trabalho com os documentos anexos.

## 2 AS CONCEPÇÕES E SITUAÇÃO ATUAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

A educação especial é uma modalidade de ensino bastante complexa, muito dispendiosa e interdisciplinar, exigindo das pessoas planejamento e ações sistemáticas, pois o atendimento à sua clientela ultrapassa o âmbito educacional, envolvendo aspectos biopsicossociais e abrangendo ainda setores de saúde, trabalho, justiça e assistência social, embora especial, apenas no sentido metodológico, destina-se a indivíduos que apresentam deficiência mental, deficiência física, sensorial, distúrbios e superdotados.

Podemos justificar que a expressão educação especial implica atendimento a pessoas que fogem dos padrões que se convencionou denominar por “normais”, e que necessitam de auxílios não disponíveis na escola comum.

Para Mazzotta (1982), a expressão Educação Especial pressupõe um atendimento às diferenças individuais, proporcionando iguais oportunidades, através de diversificação dos serviços educacionais.

### 2.1 Algumas Considerações sobre a Surdez: Um Enfoque a Educação dos Surdos

Quando eu aceito a língua de outra pessoa, eu aceito a pessoa... Quando eu rejeito a língua, eu rejeito a pessoa porque a língua é parte de nós mesmos... Quando eu aceito a Língua de Sinais, eu aceito o surdo, e é importante ter sempre em mente que o

surdo tem o direito de ser surdo. Nós não devemos mudá-los, devemos ensiná-los, mas temos que lhes permitir ser surdo.

Desde o início da humanidade, todas as pessoas que não eram iguais à maioria eram discriminadas. Com os surdos, não foi diferente. Eles foram vítimas de preconceitos, e quase sempre foram muito marginalizados, rejeitados e perseguidos, eram considerados incapazes de ser ensinados, por isso eles não frequentavam escolas.

Autores e pesquisadores na área da surdez como SACKS (1998) e DORZIAT (1997), dentre outros avaliam que o Oralismo e a supressão de sinais tiveram como consequência a deterioração das conquistas educacionais dos sujeitos com surdez e do grau de instrução alcançada por esses indivíduos.

Como qualquer língua natural, as línguas de sinais são diferentes de país para país e, às vezes de comunidade para comunidade, dentro de um mesmo país.

A esse respeito Sacks (1990, p.131) esclarece: “Não há linguagem de sinais universal, mas ao que tudo indica, há elementos universais em todas as linguagens sinalizadas, universais em todas as linguagens atualizadas, universais não no significado, mas na força gramatical”.

Diante dos fatos relatados devemos ter clareza de que integração escolar e integração social não podem ser tidas como sinônimo, pois ir a escola com os demais não significa ser como os demais. Uma efetiva integração escolar depende de como cada escola aceita e trabalha com as diferenças.

### 2.1.1 Os Surdos e a Informática

A deficiência não deve ser tomada, isoladamente, como obstáculo ou impedimento que impossibilita o pleno desenvolvimento das potencialidades de uma pessoa, por isso é necessário oferecer-lhes um ambiente de aprendizagem onde sua criatividade e iniciativa possam ser estimuladas e valorizadas.

A informática hoje tão presente em nossas vidas tornou-se uma grande aliada para a comunicação, educação e equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência. Os recursos disponibilizados pelo computador e pela internet permitem que pessoas com deficiência vençam algumas desvantagens funcionais, possibilitando-lhes aprendizagem, profissionalização e trabalho. Enfim, sobrevivência e realização pessoal e profissional.

Através de seus recursos, ressalta a importância dos elementos visuais que são fundamentais para minimizar e muitas vezes superar as necessidades educativas especiais do surdo. A interação do computador com o surdo pode representar um grande avanço no que diz respeito à educação, no entanto podemos afirmar que só funciona efetivamente como instrumento de ensino-aprendizagem, se for inserido num contexto de atividades que estimulem o aluno a construir o seu próprio conhecimento.

Weiss (2001), defende que não se deve tomar uma postura em que o aluno seja um receptor passivo de informações, mas sim, um indivíduo ativo, responsável pela sua própria aprendizagem.

É notório observar que a informática tem dado uma grande contribuição à Educação Especial, através de software educacional utilizando a multimídia como uma "forte arma", pois assim os programas tornam-se mais atrativos, permitindo o desenvolvimento das capacidades do educando.

Um exemplo disso é o software SignWriting, é um programa destinado aos surdos. Trata-se de um editor que possibilita ao utilizador escrever na linguagem de sinais. Além disso, o programa oferece uma série de lições que ensinam passo a passo

como se comunica através de sinais. Mesmo uma pessoa completamente leiga pode aprender esta linguagem.

## **2.2 A Relação Surdos X Informática X Mercado De Trabalho**

Toda sociedade que exclui pessoas do trabalho por qualquer motivo – sua deficiência ou sua cor ou seu gênero – está destruindo a esperança e ignorando talentos. Se fizermos isso, colocaremos em risco o futuro. (ROBERTO WHITE, 1994)

Sabe-se que a dificuldade em conseguir emprego é realidade em todo o Brasil. O país enfrenta, hoje, uma grande crise social e econômica em que, infelizmente, uma parte considerável da população se destaca pela falta de oportunidades. Normalmente, esta parte da população não tem acesso, sequer, aos meios de informação, para que estejam preparadas a disputar dentro do mercado de trabalho.

Para conseguir um diferencial em relação às outras pessoas, no que se refere ao mercado de trabalho, é preciso destacar-se, com isso, é importante que se priorize, as exigências atuais, como condições de equilíbrio emocional, flexibilidade de raciocínio e aquisição constante de novos conhecimentos. Diante dessa busca, é que abordamos a importância da informática educativa, pois a mesma apresenta um quadro diferenciado de exigências que a escola não deve desconsiderar.

Se por um lado cresce a automação por meio de equipamentos especializados em executar tarefas repetitivas, com muito mais rapidez e precisão, por outro, a liberação do esforço físico tende a valorizar competência que atendam o aspecto qualitativo da criação. Para comprovar isso basta observar exemplos mostrados pela mídia que a utilização da informática amplia as condições técnicas para execução de atividades cada vez mais especializadas.

Para Weiss (2001, p.10), será através do computador que o profissional falará com o mundo.

Somente os jovens bem preparados dominarão o mercado em tempo de globalização [...] a capacidade de aprender rapidamente sem dificuldade, será a bandeira do terceiro milênio; a “Era do conhecimento”. O mundo globalizado da “terceirização” do trabalho exigirá condições de equilíbrio emocional, flexibilidade de raciocínio, aquisição constante de novos conhecimentos, a chamada “Educação Continuada”, domínio de línguas estrangeiras e da Informática, pois é pelo computador que o profissional falará com o mundo.

Constatamos que, gradualmente, o mercado de trabalho, está mais receptivo às pessoas com deficiência. Porém, ainda há muito a ser conquistado. A família também contribui para esta situação, pois tem uma forte tendência a proteger o filho dos preconceitos sociais, tratando-o como uma “eterna criança”, tentando prolongar a infância e adiando a passagem para a vida adulta. Às vezes, os profissionais das escolas e das oficinas também adotam este comportamento.

Ao assim fazerem, eles estão prejudicando o portador de deficiência e não o ajudando, pois ele não conquistará a autonomia possível desta forma; ao contrário será sempre dependente dos que o rodeiam.

## **2.3 As Concepções e Situação Atual da Informática na Educação**

Não basta que exista educação para que um povo tenha seu destino garantido. “É preciso determinar o teor educacional para que se saiba em que direção está caminhando ou deixando de caminhar uma nação”. (ARDUINI, 1975, p.117)

O mundo vive atualmente em um processo acelerado de desenvolvimento, onde

a tecnologia está presente direta ou indiretamente em atividades bastante comuns. A escola faz parte do mundo, por isso não pode ficar ileso a esse desenvolvimento, é necessário cumprir sua função social de contribuir para a formação de indivíduos que possam exercer plenamente sua cidadania, participando dos processos de transformação e construção da realidade, deve estar aberta e incorporar novos hábitos, comportamentos, percepções e demandas.

Valente (1993) *apud* Ferreira (2002, p.22), retrata que, “para a implantação do computador na educação são necessários basicamente quatro ingredientes: o computador, o software educativo, o professor capacitado para usar o computador como meio educacional e o aluno”.

A princípio, a chegada dos computadores nas escolas aconteceu de forma impetuosa, sem prever a necessidade de que houvesse uma preparação ou formação adequada dos professores, que assumiram o laboratório de Informática sem nenhum planejamento pedagógico de qualidade. As escolas simplesmente contrataram técnicos de computação e esses se encarregavam e se responsabilizavam pela transmissão dos conhecimentos nessa área. Geralmente, sem muita didática, com aulas muito técnicas. No laboratório, passaram a ser ministrados cursos de computação cujos professores ensinavam noções básicas de Informática (DOS, Editores de Textos, Editores Gráfico, planilhas, banco de dados etc.), visando formar uma mão-de-obra qualificada para o mercado de trabalho.

De um modo geral, praticamente, é difícil encontrar em uma escola o computador integrado como uma atividade didática, fazendo parte do planejamento do professor especialista, sendo utilizado por ele como uma ferramenta a mais – como já são os livros didáticos e os paradidáticos, uma calculadora, ou, até mesmo, o giz – na sua tentativa de conciliar o ensino e a aprendizagem. Percebemos que há uma ausência de investimento na formação do professor aliada à completa falta de planejamento pedagógico nas escolas que já utilizam o computador.

### 2.3.1 A Escolha dos Softwares Educativos

A informática Educativa utiliza-se de softwares, que variam radicalmente em conteúdo e apresentação, entendendo-se software como programa de computador que serve como veículo de comunicação entre o homem e a máquina.

Na realidade brasileira, ainda é bastante comum o professor ter pouca familiaridade com computadores. Esse fato muitas vezes determina práticas pouco inovadoras e explica algumas dificuldades na implantação de propostas incluindo a tecnologia na escola. É fundamental que o professor tenha conhecimento sobre as possibilidades do recurso tecnológico, para poder utilizá-lo como instrumento para a aprendizagem. Caso contrário, não é possível saber como o recurso pode auxiliar no processo de ensino e aprendizagem. No entanto, isso não significa que o professor deva se tornar um especialista, mas que é necessário conhecer as potencialidades da ferramenta e saber utilizá-la para aperfeiçoar a prática de sala de aula.

### 2.3.2 Métodos de Ensino por Projetos

Para enfatizar a prática condicionada pela inserção do computador na educação, destacamos um exemplo que diz respeito à redefinição do trabalho didático. Trata-se da metodologia de ensino por projetos através do uso do computador, indicado como uma referência para a condução do trabalho didático através da informática.

O método de ensino por projetos é um processo educativo, que se baseia numa

metodologia ativa, ou seja, no “aprender fazendo”. A participação dos elementos envolvidos no projeto oportuniza integração que favorece o crescimento individual e que além de permitir uma consciência crítica capaz de por reais soluções.

Antunes (2001, p.15), considera que projeto nada mais é que “[...] uma pesquisa ou uma investigação [...]”.

[...] é, em verdade, uma pesquisa ou uma investigação, mas desenvolvida em profundidade sobre um tema ou um tópico que se acredita interessante conhecer. Essa pesquisa ou investigação deve ser desenvolvida por um grupo pequeno de alunos, algumas vezes pela classe inteira e em algumas circunstâncias excepcionais pode ser desenvolvida apenas por um aluno como também por mais de uma classe ou um grupo de alunos de diferentes classes.

Quando se propõe a trabalhar com a informática educativa, o professor encontra um arsenal de atividades que ele pode incluir em sua prática pedagógica. De posse desta ferramenta, tanto aluno como professor poderia enriquecer o conteúdo curricular. Alguns exemplos podem ilustrar esta proposta de que se é possível aliar o conhecimento adquirido nas ferramentas computacionais e trabalhos escolares.

Com a utilização de um editor de textos, pode-se desenvolver qualquer tipo de produção escrita, cujo resultado pode ser impresso: textos, questionários, entrevistas, boletins informativos, etc... Dessa maneira, além de estar enriquecendo os conhecimentos adquiridos, eles estariam utilizando a ferramenta computacional para chegar a um objetivo. A ferramenta seria o meio, e não o fim.

Nas aulas de matemática, a planilha eletrônica é bastante útil, a mesma oferece recursos para efetuar cálculos matemáticos, financeiros e contábeis, bem como gerar diversos gráficos. Pode-se utilizá-la com diversas finalidades, desde o controle do orçamento doméstico até o gerenciamento financeiro de uma empresa. Na escola, é muito útil para tratar dados provenientes de pesquisas, produzir e interpretar gráficos e tabelas.

O editor de apresentações oferece muitos recursos, dentre eles a possibilidade de integração de objetos multimídia (som, imagem, filme, texto, gráfico) e definição de efeitos programados. Permite, portanto, a personalização dos slides de acordo com as preferências do usuário e o tipo de utilização a que se destina. Na área educacional pode ser uma ferramenta útil para mostrar e documentação de trabalhos.

Como observamos a facilidade de desenvolver destrezas cognitivas básicas e a resolução de diferentes tipos de problemas: desenhos de figuras geométricas, formas livres, programas interativos, cálculos, definição de funções, bancos de dados etc., fazem da integração de ferramentas de aprendizagem um conceito inovador para a educação.

## **2.4 Internet: Fácil Para O Surdo Aprender**

Entre as novas competências exigidas pela sociedade da informação está, por exemplo, o uso da Internet, que é uma das mais importantes criações dos últimos tempos para a melhoria dos sistemas de informação e de comunicação e, consequentemente, para ampliar as formas de aprender e de ensinar.

Para Pais (2002, p.16), a *internet* propicia várias contribuições, uma delas é a da melhoria das condições de elaboração do conhecimento.

Uma das vantagens de uso da rede é o aumento da interatividade quando o usuário encontra-se diante do computador, [...] mesmo que essa interatividade nem sempre envolva interlocutores humanos, trata-se de uma característica ampliadora das condições para ocorrer à aprendizagem. Dessa forma, em conexão com outras interfaces, a rede contribui para a melhoria das condições de elaboração do conhecimento.

Por ser um meio multimídia, um espaço atrativo, dotado de recursos visuais, animações de imagens de sinais gráficos, merece grande destaque na interação do surdo com o mundo, pois, através desse meio, fica mais fácil a compreensão para o surdo, já que a língua que se comunicam (língua de sinais) é uma língua espaço-visual.

Esta é, com certeza, uma grande vantagem dos surdos. No entanto, nem sempre as interfaces ajudam. Nós ouvintes quando nos deparamos com instruções escritas, e com jargões da área, ficamos confusos, sem entender direito o que temos que fazer imagine os surdos, que, em boa parte das vezes, não dominam o português?

A internet propicia minimizar a distância existente entre surdos e ouvintes em relação às marcas linguísticas, pois no contexto de bate-papos, a escrita utilizada pelos internautas tem que ser "rápida". Com isso, ela se torna quase telegráfica, fazendo uso de várias abreviações, e desconsiderando, em alguns casos, conectivos e artigos.

Através do computador os surdos falantes/leitores de sinais se "apropriaram" da escrita do Português. Assim, a internet desenvolve com sucesso o papel que até agora foi delegado à escola, mas sem êxito. Refere-se aqui a uma comunicação escolar que vem deixando de ser veiculada apenas pelas tradicionais tecnologias da lousa, giz e livros.

A língua escrita tem sido empregada na internet em situações sociais interativas, com pistas num contexto imediato facilitando a compreensão do conteúdo. A língua escrita não decorre da interação face a face em contextos comunicativos onde ambos os interlocutores estão presentes. A idéia da língua escrita vai, além disso: ela permite a comunicação sem depender de tempo e lugar. (SRARTHOLM, 1998, p.41)

O que se tem hoje, em termos tecnológicos, e em nível de internet, é algo que possibilita ao surdo uma independência quase que total com relação ao ouvinte. Esta é uma característica extremamente positiva para o surdo, uma vez que não precisa mais contar com a boa vontade de um ouvinte, ou ter que se "render" às exigências deste. O surdo (que pode ter acesso à internet) começa a ter a possibilidade de se desenvolver de forma mais independente e autodeterminada, seguindo os ditames de sua própria consciência.

### **3 METODOLOGIA**

Com o propósito de atender aos objetivos desta pesquisa foi desenvolvida uma análise bibliográfica, assim como seus objetivos metodológicos são de cunho exploratório e descritivo, pois segundo Gil (2007, p. 36) "Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão." Com relação aos procedimentos metodológicos, foram utilizados a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso no Instituto Cearense de Educação de Surdos – ICES.

### **3.1 Descrição do Lugar de Estudo**

Esse estudo de caso foi realizado no Instituto Cearense de Educação de Surdos – ICES com o intuito de explorarmos e observarmos a utilização da informática e computadores para o aprendizado de surdos.

#### **3.1.1 Objeto de Estudo**

A escola pesquisada é a única instituição pública de instância estadual no Ceará destinada exclusivamente ao atendimento da clientela surda. Foi fundado em 25 de março de 1961 com decreto número 4394-224/3/91 no governo de Parsifal Barroso. Com 57 anos de existência, o Instituto dos Surdos do Ceará – ICES, atende alunos distribuídos em três turnos, nas modalidades de educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e Educação de Jovens e Adultos. A grade curricular e a carga horária são as mesmas do ensino regular da rede estadual, tendo como diferencial a disciplina de Libras, que está presente em todas as turmas da escola com carga horária semanal de 4 horas aula e é ministrada por professores surdos.

Tem como meta principal o desenvolvimento da língua de sinais. Propõe-se a ser uma escola bilíngue onde a LIBRAS de ser respeitada como a língua natural do surdo. Para tanto, seus profissionais veem sendo capacitados em língua de sinais para uma melhor interação e aprendizagem dos alunos.

Tem como objetivos estratégicos elevar o desempenho acadêmico dos alunos, investir na formação continuada da equipe escolar e estabelecer normas de convivência e regulamentos escolares claros e divulgar para a comunidade interna e externa.

## **4 ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS**

Nesse trabalho consideramos a realização das entrevistas e das observações em sala de aula de fundamental importância para um levantamento de opiniões que devem ser conhecidas e valorizadas.

Ressaltamos que as análises foram feitas de forma simultânea, intercalando o resultado das entrevistas e as situações observadas durante as aulas de informática.

As questões levantadas foram agrupadas por categorias tais como:

- Concepção de informática educativa;
- Formas de planejamento;
- Funcionalidade do computador no processo de ensino e aprendizagem;
- Conteúdo abordado em sala de aula e no laboratório de informática.

Para a primeira categoria, concepção de informática, perguntamos aos professores, qual era a noção que eles tinham de informática, ao que a grande maioria respondeu que tinham conhecimentos básicos, sabiam da importância dos recursos tecnológicos nos dias atuais, e que tinham boa vontade em aprender.

Em seguida indagamos sobre as formas de planejamento das aulas no laboratório. Notamos que há divergências a respeito disto, pois professores relatam que o planejamento pedagógico é realizado em parceria, e os instrutores já afirmam que isto não acontece.

Outro ponto percebido é que há por parte de alguns professores desconforto quando percebem que os alunos sabem mais que eles, e na área de informática isto é

muito presente.

Para a última categoria perguntamos aos professores sobre a importância do uso do computador como instrumento no processo de ensino e aprendizagem. Nesse aspecto observamos que grande parte reconhece que cabe a eles próprios a responsabilidade de atualizar-se e conhecer todos os possíveis avanços tecnológicos atuais, além de perceberem que diante deste processo de ensino-aprendizagem eles não serão mais os condutores e sim os mediadores.

Na entrevista com os alunos percebemos que a noção que eles vêm da informática é a de uso técnico, ou seja, não há por parte deles conhecimento da importância da mesma no processo de ensino-aprendizagem, chegam a relatar que o caminho que querem seguir é diferente. Sobre o conteúdo abordado, reclamam da ausência da internet, nas aulas.

Do ponto de vista afetivo, notamos que eles se sentem seguros e autoconfiantes. Eles se sentem valorizados pelo potencial que possuem. Tudo isso vem oferecer ao surdo a oportunidade de mostra-se como um ser humano normal, porém com uma limitação, como todo ser humano tem.

Os instrutores de informática são surdos, a justificativa é para que se possa favorecer o melhor desempenho dos alunos, principalmente das crianças, pois como cita Peluso (1999) *apud* Sá (2002, p.19), “a presença de um surdo adulto dominante da língua de sinais torna-se fundamental no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo da criança, além de envolver a questão da autoestima, e como não poderia deixar de ser a escola é o lugar ideal para que isto ocorra”.

Muito se tem falado a respeito do uso do computador na sala de aula. Na falta de consensos, o uso desta nova tecnologia nas escolas constitui-se um verdadeiro laboratório, onde se desenvolvem experiências e observam-se reações e resultados. Percebemos com isso que o computador é um excelente instrumento de aprendizagem para os alunos portadores de deficiências, pois favorece habilidades de controle e revisão da própria atividade, pouco frequentes em alunos com necessidades especiais; favorece a leitura, a comunicação e o trabalho em grupo, possibilita desenvolver maior autoconfiança e motivação para a aprendizagem, permite adaptar recursos para atender as necessidades especiais.

## **5 CONCLUSÃO**

Observamos que a formação do professor é um dos grandes empecilhos para a transformação da educação, pois o mesmo precisa ser capacitado para assumir o papel de facilitador da construção do conhecimento pelo aluno e não mais um transmissor de informações. Salientamos, portanto que para que isso ocorra o professor deve procurar se capacitar tanto no aspecto computacional, no que diz respeito ao domínio do computador e dos demais diferentes softwares educacionais, quanto no aspecto de fazer interações do computador com os conteúdos a serem trabalhados e nas atividades que envolvem a disciplina.

Com isso, verifica-se que a problemática levantada no início da pesquisa como a informática sendo um recurso tecnológico pode auxiliar no aprendizado do aluno surdo? teve como resposta que o computador é um instrumento que oportuniza o surdo a realizar pesquisas e investigações, além de conhecer outras realidades, experiências e culturas locais ou corporativas e agiliza ações ligadas a atividades profissionais, dando ênfase a trabalhos em equipe e a preparação para o mercado de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, C. **Um Método para o Ensino Fundamental: O Projeto**, Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- \_\_\_\_\_. **A informática na Escola e os Professores**. Anais, Endipe, 1998.
- DORZIAT, A. **Metodologias específicas ao ensino de surdos: análise crítica**. Integração, n. 18, p. 13-8, 1997.
- FERREIRA, A.L, D. **Informática Educativa na Educação Infantil: Riscos e Benefícios**. 2002. Monografia (Especialização em Informática Educativa). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- FREIRE, F.M.P.; PRADO, M.E.B.B. **O Computador em Sala de Aula: Articulando Saberes**. 2000, 1.ed., NIED.
- GOLDFELD, M. **A Criança Surda - Linguagem e Cognição numa Perspectiva Sócio-Interacionista**. Plexus, 1997.
- LEI FEDERAL 8069/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ed. Palloti, Santa Maria, 1996.
- MANTOAN, M. T. E. et al. **A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema**. São Paulo: Memnon/SENAC, 1997. 235 p.
- MAZZOTTA, M. **Política Nacional de Educação Especial**. CADERNO CEDE, 1989.
- MENEGOLLA, M.; SANT'ANNA, I.M. **Por que Planejar? Como Planejar? Currículo – Área – Aula**. 10.Ed., Petrópolis: Vozes, 2001.
- PAIS, L.C. **Educação Escolar e as Tecnologias da Informática**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.
- PONTES, A. M. e ORTH, A. I. **"Uma proposta de interface de software orientado à linguagem de sinais"**. São Paulo, 1999.
- SÁ, J. E, O. **Webcâmera na Educação de Surdos: Uma alternativa para o registro da Língua de Sinais**. Monografia (Especialização em Informática Educativa). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza., 2012.
- SACKS, O. **Vendo vozes**. Uma jornada pelo mundo dos surdos. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- VALENTE, J.A. (org). **Liberando a Mente: Computadores na educação especial**. Campinas, UNICAMP, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Computadores e Conhecimento: repensando a educação**. Campinas, UNICAMP, 1993.
- VYGOSTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente**. 4.ed. Martins Fontes: São Paulo.

1991, 168p.

WEISS, A.M.L. **A Informática e os Problemas Escolares de Aprendizagem**/Maria Lúcia Reis Monteiro – Rio de Janeiro: DP&A editora, 2001. 3. edição. “O Surdo e a *Internet*”. **Revista da FENEIS**, Ano II, número 6, abril/junho 2000, pg 22-24.

# **A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO IDOSO NO DOMICÍLIO.**

*(THE CONTRIBUTION OF THE PSYCHOLOGIST IN THE OLD-HOUSE ATTENDANCE PROGRAM).*

Francisca Lúcia do Carmo Holanda<sup>12</sup>

Simone de Matos Ferreira Loiola<sup>13</sup>

Luciana Maria Nascimento da Silva<sup>14</sup>

## **RESUMO**

O presente artigo tem como finalidade conhecer a prática e a contribuição do psicólogo junto à equipe multiprofissional no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio (PAID). O programa proporciona a cobertura sócio assistencial a idosos em situação de isolamento social, com agravos de saúde e descobertos dos programas sociais e de outras políticas. É constituído por uma equipe multiprofissional devidamente capacitada para atuar, composta de Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, suas ações incluem: atendimento individual e multiprofissional no domicílio no interior do estado do Ceará. Tem como objetivo verificar a contribuição do Psicólogo que trabalha com as famílias e cuidadores de idosos no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa com base em valores, crenças e aspectos subjetivos, pesquisa documental e bibliográfica (artigos, livros e revistas). Conclui-se que o psicólogo é o profissional preparado para orientar o idoso no processo de envelhecimento, de adaptação na nova fase da vida, pois nesta etapa do desenvolvimento humano, exige mudanças e adaptações que não podem ser simplesmente descartadas ou desconsideradas e sim resinificadas. Atua com o propósito de garantir a melhoria da qualidade de vida dos idosos, promover o envelhecer saudável e auxilia no enfrentamento das mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento com mais segurança abrindo possibilidades na questão do cuidado.

**Palavras chave:** PAID. Idoso. Psicólogo. Equipe multiprofissional.

## **ABSTRACT**

This article aims to know the practice and the contribution of the psychologist with the multiprofessional team in the Program for Attention to the Elderly in the Home (PAID). The program provides socio-welfare coverage to the elderly in a situation of social isolation, with health problems and discoveries of social programs and other policies. It consists of a multiprofessional team duly qualified to act, composed of Nurse, Psychologist and Occupational Therapist, its actions include: individual and multiprofessional care at home in the interior of the state of Ceará. It aims to verify the professional contribution of the psychologist who works with families and caregivers of the elderly. The methodology used was qualitative based on values, beliefs and

---

<sup>12</sup>Bacharel em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia Intensiva (FATECI) e Especialização em Gerontologia pelo Centro Universitário Ateneu (UniAteneu).

<sup>13</sup> Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Vale do Acaraú (UVA) e Especialização em Gerontologia pela pelo Centro Universitário Ateneu (UniAteneu).

<sup>14</sup> Bacharel em Serviço Social com Especialização em Saúde Pública e Mestrado em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

subjective aspects, documental and bibliographic research (articles, books and journals). It is concluded that the psychologist is the professional prepared to guide the elderly in the process of aging, adaptation in the new phase of life, because at this stage of human development requires changes and adaptations that can not simply be discarded or disregarded but rather reassigned. It works with the purpose of guaranteeing the improvement of the quality of life of the elderly, promoting healthy aging and helping to cope with the changes that occur in the aging process with greater safety, opening up possibilities in the issue of care.

**Keywords:** PAID. Oldman. Psychologist. Multiprofessional team.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a transformação dos procedimentos de organizar a atenção à assistência e a saúde vem sendo considerada indispensável para a integralidade da atenção a pessoa idosa e para isso vem buscando qualificar esse cuidado por meio da articulação dos diferentes profissionais em suas práticas no seu cotidiano.

Todas as pessoas estão condicionadas a envelhecer, e esse desenvolvimento envolve processos que levam à limitação do potencial físico do ser humano associado às transformações na aparência orgânica e psicossocial. Sobrecarregando, principalmente: o comportamento; as experiências; a psicomotricidade e a sua função social. Com isso, o envelhecimento é concebido como parte integrante e fundamental na trajetória de vida de cada pessoa, e se faz necessário que nesta fase sejam desenvolvidos programas com equipe específica que sejam voltados para a melhoria da qualidade de vida e a inclusão social do idoso.

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), considera-se idosa toda pessoa que possui idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O Brasil envelhece a passos largos. Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011, p. 1),

A população brasileira de hoje é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

O envelhecimento saudável requer uma compreensão mais ampla e apropriada de um conjunto de fatores que compõem cotidiano do idoso.

No Brasil, a Constituição de 1988, a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) consideram que o suporte aos idosos e às idosas seja da responsabilidade da família, do Estado e da sociedade. As leis e medidas elaboradas pelo Estado têm por objetivos proteger o/a idoso/a, fornecer subsídios que garantam sua participação na comunidade, defender sua dignidade, zelar pelo seu bem-estar e garantir o direito à vida. (KÜCHEMANN, 2012, p. 167).

Nesse trabalho delimita-se em coletar informações acerca da atuação do Psicólogo e de sua contribuição na melhoria na vida dos idosos que estão inseridos no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio (PAID); implantado no município de Iracema no Ceará. Com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre as experiências do Psicólogo na atenção domiciliar desenvolvida no PAID foi realizada a pesquisa cujos resultados são apresentados neste artigo.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a prática e a contribuição do psicólogo junto à equipe multiprofissional no PAID no atendimento ao idoso.

Deste modo, compreende-se que a atuação do psicólogo está ligada ao seu principal papel que é a escuta, pois se faz necessária essa acolhida ao idoso como também a família. Muitas vezes os conflitos são instalados no ambiente de convívio e o psicólogo vem como mediador da comunicação desses conflitos instalados, promovendo a orientação na importância das relações no sentido de estabelecer e fortalecer os vínculos e o bem-estar subjetivo e familiar.

Partindo dessa premissa, surge a seguinte indagação: qual a contribuição do Psicólogo no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio?

Esta pesquisa justifica-se a partir da ideia de estudar a temática, levando em consideração o trabalho e a promoção ao bem-estar do idoso, contribuindo no enfrentamento das alterações que acompanham o processo de envelhecimento e a contribuição do Psicólogo junto ao Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio (PAID), considerando a sua função na equipe multiprofissional.

Portanto, com o envelhecimento, a pessoa idosa se depara com mudanças em diferentes aspectos de sua vida e é importante que ela saiba enfrentar essas alterações para encontrar bem-estar nessa nova etapa da vida. É nesta fase que acontecem uma série de alterações emocionais, psíquicas, físicas e sociais. A maneira com que o idoso lidará com esses quesitos vai contribuir positivamente ou negativamente para a sua qualidade de vida. Contudo, o idoso precisará de ajuda, pois torna-se difícil assimilar, trabalhar e aceitar essas transformações sozinho.

Para que o idoso possa vivenciar às novas possibilidades oferecidas por esta nova fase, e necessário que ele entenda as perdas e ganhos, e que saiba reagir positivamente às mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento.

Com isso, o psicólogo é o profissional preparado para orientar o indivíduo no processo de descoberta e de adaptação, ajudando o idoso a enfrentar os desafios relacionados à velhice.

Nesta perspectiva, a partir da experiência profissional surgiu a ideia de estudar a temática que subsidiou a elaboração do projeto de pesquisa intitulado como “Qual a contribuição do psicólogo no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio (PAID)”, que tem como objetivo geral verificar a contribuição do Psicólogo no referido programa e a partir daí, foram desenvolvidos os objetivos específicos, o que permitiu estudos mais concisos em torno desse tema, que vieram dar origem e subsidio a esta pesquisa.

Neste sentido, tem como objetivos específicos: a) Conhecer a prática do Psicólogo na equipe multiprofissional no Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio, eb) Saber como é realizado o trabalho do Psicólogo com as famílias e cuidadores do idosos que estão inseridos no referido programa de assistência.

A expectativa é de que este trabalho possa contribuir para reflexão e o incentivo da relevância do papel do psicólogo dentro do Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O envelhecimento da população representa um desafio e uma grande vitória, pois o aumento da expectativa de vida está mudando gradativamente. O envelhecimento é um processo natural da vida e de mudança inevitável.

Para Vono (2007, p. 14) “o envelhecimento é um processo inevitável”, invencível, mas que, considerando as condições a que a pessoa está exposta, pode ocorrer de várias formas. A ação de envelhecer é algo da própria vida e que tem fatores positivos

Mendes (2005, p. 424) afirma que “o envelhecimento deve ser entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. E nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso.”

De acordo com a discussão de alguns autores existem modificações de conceito no processo de envelhecer onde vem acompanhado de alterações físicas, fisiológicas e psicológicas seguindo uma série de prejuízos no que diz respeito a capacidade e disposição do idoso ao se adaptar ao ambiente em que vive.

Com base nesse argumento pode-se mencionar que o processo de envelhecimento é conforme Souza (2007, p. 12):

Entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

Com o envelhecimento, o idoso perde parte da sua capacidade de se adaptar ao ambiente de convívio, se tornando vulnerável e com maior probabilidade de ser acometido por doenças, o que pode ocasionar a morte.

Salgado (2007) descreve com seu pensamento que o envelhecimento pode ser produto de uma sociedade onde moramos e que a interação de fatores biológico, cronológico e psicológico o ambiente e a qualidade de vida que temos influenciam na ação do envelhecimento e na situação como chegamos a velhice. Sendo assim o envelhecimento ao mesmo tempo é influenciado tanto pela sociedade quanto pelo indivíduo.

A contribuição da psicologia do envelhecimento é importante pois ela enfoca nas alterações nas funções cognitivas, afetivas e sociais, colabora respondendo aos desafios que lhe é colocado. A psicologia enfrenta vários papéis em distintos contextos na existência do idoso, como: aspectos cognitivos do envelhecimento, conflitos e impactos psicológicos e social no processo do envelhecimento.

Para Neri Yassuda (2005), a psicologia do envelhecimento tem foco sobre as mudanças cognitivas, afetivas e sociais dos indivíduos, além das alterações motivacionais, nos interesses, nas atitudes e nos valores, que mudam nessa fase e variam de acordo com a idade, o gênero e os aspectos socioculturais.

Leva-se em consideração a construção da formação do psicólogo que trabalha com o idoso, o conhecimento científico teórico-prático. Ele é preparado para exercer diversas áreas do campo da psicologia oferecendo uma melhor qualidade de vida para o idoso.

O psicólogo pode atuar sobre o ambiente do idoso com base em conhecimentos oferecidos pela psicologia da percepção e por estudo sobre satisfação, motivação e atitudes. Pode atuar diretamente no planejamento e assessoramento empresas, profissionais, familiares e o próprio idoso para proporcionar condições para que o idoso possa viver bem no seu ambiente (SCHAIE e SCHOOLER, 1999; NERI, 2000, p. 3).

O trabalho em equipe multiprofissional com atuação na saúde vem sendo permitido e reconhecido na prática cotidiana de forma progressiva. A inserção do psicólogo na equipe vem se desempenhando e se solidificando a cada dia nas áreas de

sua atuação, ressaltando que os componentes da equipe trabalham dentro de seu campo específico de formação, necessitando também de conhecer a atuação individual de cada componente da equipe.

Segundo Romano (1999, p. 121) “A crescente inserção da Psicologia em equipes de saúde é hoje um fato reconhecido e vem criando oportunidades de participar mais ativamente na definição de condutas e tratamentos”. No que se diz respeito a psicologia neste campo, com base em Spink (2007, p. 4) “o psicólogo nas ações em saúde pode desempenhar tarefas ligadas ao planejamento e gestão de trabalho, nas quais todos os profissionais devem estar envolvidos, como por exemplo, o conhecimento das demandas da região”, dispõe “e o trabalho integrado com o gestor para governar e aperfeiçoar o seu aproveitamento. Um dos pilares fundamentais da psicologia é o compromisso social e a construção de novas possibilidades de existência, através de novas práticas de saúde, sendo assim o psicólogo precisa compreender a relação saúde e subjetividade articulados à sua dimensão social. “(SPINK, 2007, p. 3).

Vale ressaltar e refletir a importância do psicólogo na equipe multiprofissional, ele contribui e oferece um trabalho de relevância social agregando saberes e qualificando a prática do serviço dentro do contexto inserido de atenção à saúde.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. Aspirou-se salientar os procedimentos metodológicos do tipo de pesquisa empregada. Foi evidenciado também os critérios para a concepção do universo de estudo, o método de coleta de dados e forma de tratamento desses dados e, finalmente, as restrições do método escolhido.

A presente pesquisa foi de natureza qualitativa,

Pois não se preocupou com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 2004, p.34).

Desta maneira, foram utilizados métodos qualitativos que busca explicar o porquê das coisas, mostrando o que precisa ser feito, mas não quantificando os valores, nem provando fatos.

Na pesquisa qualitativa, o cientista é, ao mesmo tempo, o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008, p.58).

“A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.” (SILVEIRA, CÓRDOVA, 2001, p. 32)

Para Minayo (2001, p. 14):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a operacionalização do processo investigativo; realizou-se pesquisa do tipo bibliográfica e documental. A primeira etapa consistiu em “levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos, e recursos eletrônicos, como: livros; artigos científicos. Todavia, qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto”.

Segundo Fonseca (2002), “existem pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta”. (FONSECA, 2002, p.32).

A pesquisa bibliográfica será realizada por meio de revisão de literatura de artigos, monografias, dissertações e fichamentos.

Para Gil (2007, p.44), “os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações, sobre ideologias ou àquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema”.

A segunda etapa foi à pesquisa documental,

Trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil, por vezes, distingui-las. Visto que, a pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. Já a documental, recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p.32).

Foram consultados e examinados referenciais e documentos destacando-se entre eles, o Código de Ética Profissional do Psicólogo, Estatuto do Idoso, Plano de Ação do Programa de Atendimento ao Idoso no Domicílio, livros e artigos.

## **4 RESULTADOS / DISCUSSÃO**

### **4.1 Conhecendo o Programa de Atendimento ao Idoso no domicílio-PAID**

O Programa de Atendimento ao Idoso no domicílio foi implantado em 2017, com início em 01 de fevereiro. O PAID proporciona a cobertura sócio assistencial a idosos em situação de isolamento social, com agravos de saúde e descobertos dos programas sociais e de outras políticas. É constituído por uma equipe multiprofissional devidamente capacitada para atuar, composta de Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, suas ações incluem: atendimento individual e multiprofissional no domicílio, orientação e oficinas temáticas aos familiares e cuidadores, psicoterapia breve e arte terapia, todas executadas segundo o plano de ação construído pela equipe multiprofissional, considerando o objetivo do Programa que é garantir a emancipação de Idosos descobertos dos serviços sócio assistenciais em virtude de suas limitações, através do atendimento domiciliar.

Além do atendimento no domicílio, mensalmente são realizadas oficinas com cuidadores, que visa despertar para a importância do cuidado e das ações preventivas, trabalham dinâmicas, a escuta em grupo, orientações e cuidados de saúde, resgate da

autoestima dos cuidadores e oferece o apoio emocional, pois considera um fator determinante para a qualidade de vida do cuidador.

O idoso é inserido no PAID de duas maneiras: pela demanda das unidades básicas e o contato direto dos familiares ou cuidadores. Após o agendamento é realizada a visita pelos profissionais, a equipe se reúne, discute e avalia fazendo um estudo da condição de saúde e constrói um plano de atenção terapêutica que venha proporcionar o atendimento de acordo com a necessidade e a partir da especificidade e competência de cada área profissional.

A necessidade da equipe multiprofissional é de grande relevância, pois, permite que as responsabilidades sejam divididas para a tomada de decisões no direcionamento do tratamento e colabora também para oferecer um atendimento significativo e mais direcionado ao problema apresentado. Neste sentido entende-se por equipe multiprofissional:

É a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado.” (FELICE, 1976; NASCIMENTO, 1976, p. 370).

A atuação do enfermeiro no PAID envolve a orientação à família e ao paciente quanto as “escaras” (úlceras de pressão), quedas, diabetes, hábitos alimentares e higiênicos, orientações sobre os cuidados com a medicações e pressão arterial. A atenção domiciliar de enfermagem se caracteriza “pelas ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos” (COFEN, 2014. ART. 1º). Com isso, podemos citar a modalidade de visita Domiciliar: que “considera um contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido” (COFEN, 2014, p. ART. 1º).

A Terapia Ocupacional no contexto da saúde de atenção ao idoso desenvolve no PAID um trabalho que oferece um tratamento voltado as necessidades da vida diária. Ela estimula dando condição ao processo terapêutico, utilizando atividades no contexto de cada caso.

O terapeuta ocupacional dispõe de uma gama de atividades à sua escolha. De acordo com o objetivo pretendido, considerando estilo de vida do indivíduo, grau de participação nas atividades (ativa e passiva), grau de autonomia e independência e preferência por determinados tipos de atividades que poderão ser empregadas individualmente. (MENDONÇA, 2018, p.1)

As atividades trabalhadas pelo profissional no PAID são atividades de vida diária (comer, vestir, higiene pessoal, locomoção e comunicação), atividades de porte prioritárias pois trabalha a autonomia do idoso e atividades artesanais (pintura em tela, mosaico, recorte e colagem), desenvolve a criatividade, habilidade motora e promove autoestima.

## 4.2 A prática do psicólogo na equipe multiprofissional no programa de atendimento ao idoso no domicílio.

A equipe multiprofissional é composta por profissionais de formação variada que atuam juntos no mesmo local, porém, não planejam conjuntamente, acontecem trocas informais e as ações são diferenciadas. A equipe, define-se:

Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado. (FÉLICE, 1976, 340)

O atendimento domiciliar psicológico no PAID atua dentro da equipe multiprofissional como especificidade e oferece um trabalho de apoio psicológico, emocional ao paciente, familiar e cuidador, colaborando também no processo de enfrentamento da perda e do luto da família e cuidador.

Com a mudança de vida, no idoso são encontrados alguns aspectos psicológicos como traços depressivos, sentimento de culpa por se sentirem incapazes e um peso para os filhos e familiares como também diminuição da capacidade cognitiva. É na velhice, que o idoso sofre a última fase do ciclo da vida, e essa fase é acompanhada por alterações psicomotoras, afastamento social, diminuição da capacidade cognitiva e fica restrito a diversos papéis sociais. Através dessas características, que a equipe do PAID trabalha.

O atendimento do PAID ocorre após a realização da visita da equipe, a partir disso, ela se reúne, discute e avalia a condição de saúde do paciente, após essa avaliação o psicólogo identifica a necessidade do idoso no contexto psicológico.

Na primeira visita é solicitado a presença de um familiar ou cuidador para o preenchimento de dados e entendimento quanto a saúde, endereço, residência, número de membros da família e como se relacionam. Feito isso, o profissional propõe o seu plano de trabalho terapêutico de acordo com a necessidade de atendimento do paciente, também durante o primeiro encontro é possível perceber e identificar quem está disponível para colaborar com o processo de acompanhamento do idoso.

Cabe ao profissional a atenção e o cuidado ao entrar na casa do paciente, cada pessoa tem seus valores, crenças e o seu jeito de ser e viver em família, pode ser constrangedor, pois serão abordados relatos, conteúdos que por muitas vezes não escolheu revelar. O sigilo profissional deve ser respeitado, é importante que o profissional estabeleça a segurança e a confiança, para que o paciente fale abertamente sem medo sobre seus problemas permitindo assim que a terapia seja mais eficaz.

O Código de Ética Profissional do psicólogo (2005, p.13) refere: “Art. 9º - É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional”.

Vale ressaltar que o setting é o espaço físico onde ocorre o processo terapêutico e apresenta limitações, visto que o domicílio é o ambiente onde ocorre o atendimento, Zimerman (1999) o define como:

O conjunto de procedimentos fundamentais para organizar e normatizar o processo terapêutico a serem estabelecidos num primeiro contato, como as regras quanto ao local, horário e frequência dos atendimentos, além dos limites desta conversação e dos papéis que competem a cada membro desta relação. A menção ao setting ocorre pela relevância e abrangência do constructo, embora no atendimento domiciliar faz-se necessário implementá-lo com adaptações (MOREIRA & ESTEVES,2012, p. 43 ZIMERMAN, 1999,p. 43).

No processo terapêutico o paciente traz relatos de conteúdos que se referem as perdas vivenciadas ao longo da vida, como também perdas atuais.

Evidentemente, ninguém pode negar que a velhice significa o peso de profundas e várias perdas – da saúde, das pessoas que amamos, de um lar que foi refúgio e nosso orgulho, de um lugar na comunidade familiar, de trabalho, status, propósito e segurança financeira, do controle e das escolhas (VIORST,1988, p.292).

Quando o paciente fala de suas perdas, ele resgata sua história de vida citando reflexões de situações no objetivo de um melhor entendimento e uma compreensão de sua história. Falar sobre a morte é delicado, é uma perda temida, porém é bem comum alguns idosos reagirem com naturalidade e prudência sobre a finitude, são idosos que possuem conhecimento e reflexão satisfatória de suas vidas, conseqüentemente tem menos receio da morte.

O atendimento domiciliar psicológico do PAID traz benefícios e melhoramento significativamente ao paciente aumentando o estado de qualidade de vida desse paciente potencializando no processo de sua saúde psicológica.

### **3.2 Realização do trabalho do Psicólogo com as famílias e cuidadores de idosos que estão inseridos no PAID.**

Distingue-se por família “um conjunto de pessoas ligadas pelo vínculo da consanguinidade, cuja eficácia se estende ora mais larga, ora mais restritamente, segundo as várias legislações” (BEVILÁQUA, 1976, p. 16)

De acordo com Prado e Damiani (1986), a palavra família, no sentido popular significa pessoas com laços parentais que vivem numa mesma casa como pais, mães e filhos ou ainda, pessoas que possuem laços sanguíneos, ou seja, família nuclear.

De acordo com Grandi (1998, p. 72), “cuidar significa assistir, ter atenção e cuidados com alguém ou consigo mesmo, ou ainda, significa dar amparo, assistência, proteção e representação, uma vez que o cuidador se torna mediador e o executor das atividades entre o paciente e a realidade que o cerca”.

É extremamente importante um cuidador de idoso para as famílias que necessitam de um determinado cuidado especial. Osório (2003) afirma que os cuidadores têm a função de cuidar dos pacientes promovendo seu bem estar físico, psicológico e social.

Com a doença o ambiente familiar sofre modificações necessitando assim de atenção e cuidado. Para Carter e Mcgoldrick (2001), quando um familiar adoece, todo o sistema é afetado. Nas ações do PAID está inserido o suporte, o acolhimento, o cuidado e a orientação do psicólogo com famílias e cuidadores, oficinas temáticas, a escuta em grupo e individual (psicoterapia breve), pois, este deve estar atento para ouvir as queixas, dificuldades e angústias entre outros conteúdos.

Quanto ao cuidador, este deve ser ancorado pela equipe de saúde, necessitando de capacitação, apoio psicológico e suporte no ambiente domiciliar, visando a melhoria na qualidade da assistência e promoção o mais rapidamente possível da condição funcional do paciente (RODRIGUES et al., 2005).

O psicólogo observa, avalia, reconhece e acolhe o cuidador e a família de acordo com a situação que está enfrentando no processo da doença, focando no cuidado da família e cuidador. É necessário que o cuidador mantenha sua integridade e equilíbrio físico e emocional para que possa organizar a sua forma de convivência, pois em algumas situações é somada outras atividades diárias ficando assim sobrecarregado e causando sofrimento, tensão, cansaço e estresse, prejudicando sua qualidade de vida como também da família. De acordo com Machado (200, p. 470),” o cuidador vivencia angústias, medo, desesperança e desamparo”. Osório (2003, p. 441) ressalta que “os cuidadores também merecem cuidados para que não venha a adoecer, seja com a saúde física ou com a saúde mental.”

O trabalho do psicólogo no PAID fortalece a família e o cuidador no processo da doença beneficiando, ajudando a cuidar de si, possibilitando e oferecendo no dia a dia dedicação no desenvolvimento ao doente.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A população idosa no Brasil está em ascensão e o município de Iracema - Ce está inserido neste contexto, e para oferecer um serviço de qualidade aos idosos dessa cidade, implantou o (PAID) Programa de Atendimento ao Idoso Domiciliar.

As dificuldades desses idosos para assumirem sua própria existência e idade é gritante, tudo isso deve-se a negação da velhice e também ao fato de que querem ser aceitos no convívio social e para eles manter-se jovens e ativos é garantia de serem aceitos na sociedade esse é um dos desejos de todos aqueles que estão envelhecendo.

A necessidade de um aprofundamento no trabalho do psicólogo e da equipe multiprofissional no atendimento domiciliar, a partir desse raciocínio se tornou imprescindível buscar meios para tentar mudar essa realidade e assim proporcionar uma qualidade de vida mais viável aos idosos.

O psicólogo é um profissional de escuta e está preparado para fazer essa intervenção com a equipe multidisciplinar mesmo porque a equipe contemporiza a divisão de responsabilidades nas tomadas de decisões nos tratamentos visto que, contemplamos várias visões do mesmo caso por ser uma equipe multidisciplinar. Além do mais é necessário que todos conheçam o papel de cada um dentro da equipe.

Além disso o PAID objetiva garantir a emancipação do idoso que são descobertos no PAID e nos serviços sócio assistenciais.

Dada a importância do assunto aqui exposto reafirmamos que o trabalho do psicólogo é de grande relevância para os idosos do município de Iracema – Ce. Porém o aprimoramento do mesmo é necessário que se priorize um planejamento da equipe com fichas e relatórios, buscando a evolução do paciente no atendimento como, também detectar o que está fluindo positivamente ou não, mesmo porque de posse dessas informações buscaremos novos caminhos objetivando sempre o bem estar do idoso.

#### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 08/04/2019

\_\_\_\_\_. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL, **Ministério da Previdência e Assistência Social**, Lei n. 8.842. Política Nacional do Idoso. Brasília: DF, 4 de janeiro de 1994.

CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2001.

**CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, agosto de 2005.

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html)> Acesso em: 06/05/2019

BEVILÁQUA, Clóvis. **Direito de família**. Rio Janeiro: editora Rio 1976, p. 16

DESLAURIERS, J. & KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008 (p. 127/153).

FELICE, Sebastião André de. **Equipe Multiprofissional — Conceito e funções**. *Rev. Paulista de Hospitais, São Paulo, 14 (8): 370-74, agosto, 1976.*

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa**. 2002. Fortaleza. Disponível em: <<http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/716/1/Metodologia%20da%20Pesquisa%20Cientifica.pdf>>. Acesso em 01/02/2018

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. 2004. RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>>. Acesso em 01 de fev. de 2018.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2001.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. 2012. Brasília. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>> Acesso em: 01/05/2019

MACHADO, A.G. & MERLO, A.R.C. **Cuidadores: seus amores e suas dores**. *Psicologia e Sociedade*, 2(3), 2008.

MENDES, M. R. S. S. B. *et. al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve

consideração. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>. Acessado em: 02/12/2012

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf). Acesso em 05/02/2018.

MOREIRA, L. M. & ESTEVES, C. S. (2012). **Revisitando a Teoria do Setting Terapêutico**. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigo/textos/A0628.pdf> Acesso em: 07/06/2015.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliar. In: DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D'Élboux (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.5.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.); O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In; CACHIONI, M. (colab.) **velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

PORTELA, G.L. **Abordagens teórico-metodológicas: Projeto de Pesquisa UEFS**, 2004.

PRADO, D. & DAMIANI, E. **O que é família**. 8ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. RELVAS, A.P. Ciclo

RODRIGUES M.R., ALMEIDA R.T. **Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio** – estudo de caso. ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM, v.18, n.1, p.20-24, 2005.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SALGADO, Marcelo Antônio. O Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas Públicas para a habitação do idoso. **A Terceira Idade**, v. 39, São Paulo, 2007.

SCHAEI, K. W.; SCHOOLER, C. (Ed.). **Impact of work on older adults**. New York: Springer, 1999.

SOUZA, Daniela Pereira de Souza e. **Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose**. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007. Disponível em: <http://www.eduardoassaf.com.br/monografias/2007/2007->

danielapereiradesouzaesouza.pdf.> Acesso em 07/05/2019.

SPINK, Mary J. P.; BERNARDES, Jefferson; SANTOS, Liliana; GAMBA, Estêvão A.C.. **A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS:** subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: SPINK, Mary J. P. (org.) A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VIORST, J. (1986). **Perdas Necessárias.** São Paulo: Melhoramentos, 1990.

GERIATRIA, Reger. **A importância da psicologia na velhice.** Disponível em: <<http://www.hospitalreger.com.br/blog/importancia-psicologia-velhice/>>. Acesso em: 02/05/2019.

VONO, Z. E. **Enfermagem Gerontologia:** atenção à pessoa idosa. São Paulo: Editora Senac, 2007.104p.

ZIMERMAN,D. **Fundamentos Psicanalíticos.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

# ENVELHECIMENTO: O DISCERNIMENTO SOBRE O PROCESSO. (AGING: DISCERNMENT ABOUT THE PROCESS).

Caroline Uchôa Albuquerque<sup>15</sup>  
Carolline Ximenes Jereissati Pinheiro<sup>16</sup>  
Geruza Baima De Oliveira Rodrigues<sup>17</sup>  
Luciana Maria Nascimento da Silva<sup>18</sup>

## RESUMO

Estudo cujo objetivo é compreender o entendimento de adultos em relação à vivência do envelhecimento. A metodologia utilizada na coleta dos dados da pesquisa ocorreu por meio da internet, onde se propôs um estudo descritivo, transversal e inferencial, de natureza quantitativa. A pesquisa foi *on-line*, com participação voluntária de 586 pessoas com idade de 18 a 59 anos, que acessaram o endereço eletrônico divulgado em redes sociais e preencheram as respostas de um questionário. Foi realizada também pesquisa bibliográfica sobre envelhecimento no entendimento de que se trata de um processo, isto é, representação do curso de vida na qual existem variáveis relacionadas ao estilo de vida. Com o estudo realizado, conclui-se que as pessoas se preocupam com os cuidados físicos, mentais e espirituais na intenção de vivenciarem a fase idosa de maneira saudável e com melhor qualidade.

**Palavras – chave:** Envelhecimento. Qualidade De Vida. Gerontologia.

## ABSTRACT

This study aims to comprehend the understanding of adults in relation to the experience of the aging process. The methodology used in the collection of the research data was through the internet, where a descriptive, transversal and inferential study of a quantitative nature was proposed. The survey was online, with the voluntary participation of people aged between 18 and 59 years, in which they accessed the electronic address disclosed in social networks and answered a questionnaire. It was also carried out bibliographical research on the understanding that the aging is a process, that is, the representation of the life course in which there are variables related to the lifestyle. The study concludes that people have been concerned with physical, mental and spiritual care in the intention of experiencing the elderly phase of life in a healthy and better quality

**Key - words:** Aging. Quality of life. Gerontology.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o crescimento do número de pessoas idosas, é necessária a compreensão de aspectos sobre o envelhecimento como fenômeno multidimensional e multidirecional, progressivo, universal e individual, caracterizado por alterações físicas, psicológicas,

---

15 Pós-graduanda em Gerontologia do Centro Universitário Ateneu – UniAteneu (caroline\_uchoa@hotmail.com)

16 Pós-graduanda em Gerontologia do Centro Universitário Ateneu - UniAteneu (caroljereissati@hotmail.com)

17 Pós-graduanda em Gerontologia do Centro Universitário Ateneu - UniAteneu (geruzabaima@hotmail.com)

18 Professora-Mestra Orientadora (nascimento.n@gmail.com)

cognitivas, sociais e espirituais. O gerontólogo é um profissional fundamental ante o estudo do envelhecimento na busca pelo envelhecimento bem-sucedido, com ganho e/ou manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa (BRAZ; ALFARO 2017).

Em razão do envelhecimento populacional observado no Brasil, bem como das discussões no decorrer do curso de especialização em Gerontologia, além da leitura sobre a temática, surgiu a curiosidade, por parte das pesquisadoras deste estudo, de se investigar como as pessoas percebem essa condição em suas vidas.

O envelhecimento pode se processar associado a patologias de caráter crônico-degenerativo, não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemia. Todas elas concorrem como alterações típicas da fase idosa, mas estão diretamente relacionadas ao estilo de vida adotado no curso da vida e percebido mais nitidamente na velhice (VERAS, 2018).

Portanto, algumas das disfunções decorrentes desse decurso da vida podem ser modificáveis e dependem, direta ou indiretamente, de pontos relacionadas ao próprio cuidado com a saúde (GOMES, 2018).

Nesse sentido, percebe-se um paradoxo entre as diversas maneiras de envelhecer. Em razão da necessidade cada vez mais sensível de informações esclarecedoras sobre o envelhecimento, essencialmente na sua modalidade bem-sucedida, vários instrumentos investigativos são utilizados em muitos países, para mensurar e comparar os níveis de informação sobre o envelhecimento humano, além de possibilitar a discussão sobre matéria de tão alçada relevância (KOCH FILHO et al, 2017; FLORES, 2018).

As distintas realidades encontradas nos vários países, entretanto, decorrentes, principalmente, de variadas culturas, requerem a adaptação dos instrumentos de investigação (QUEIROZ et al, 2018).

Na elaboração da proposta de estudo, surgiram as perguntas norteadoras para esta investigação: as pessoas adultas pensam sobre o próprio envelhecimento?; Ou elas só o relacionam com a fase idosa da vida? Como vivenciam elas seu envelhecimento em relação à saúde física, mental e espiritual, bem assim com o autocuidado?

A pesquisa sob relatório foi motivada pela necessidade de aprofundamento no conhecimento das percepções da população adulta a respeito do seu de envelhecimento e possível vivência da fase idosa.

Pretendeu-se, portanto, abordar, quantitativamente, o assunto, utilizando dimensões relacionadas à qualidade de vida, como a saúde física, espiritual e saúde mental.

Atualmente, o aumento da expectativa de vida constitui desafio para a sociedade, o sistema político e a própria população, que envelhece globalmente. A nova realidade demográfica pode repercutir em condições funcionais diretamente arraigadas à independência e à autonomia da pessoa idosa (GOMES, 2018).

Em razão do exposto, este ensaio se justifica pela necessidade de observar os fatores intrínsecos (sinais e sintomas) e extrínsecos (estilo de vida e percepções pessoais) capazes de colaborar para o envelhecimento bem-sucedido, tendo-se por base elementos relacionados ao cuidado de si. Para tanto, buscou-se a compreensão de certas dimensões que abrangem os hábitos de vida e as percepções pessoais de aspectos pertinentes à saúde. Tais informações podem ser importantes para a atuação assertiva do especialista em Gerontologia.

Nesta perspectiva, a investigação teve como objetivo geral compreender o entendimento de adultos em relação à vivência da fase de envelhecimento.

A relevância assentou-se na evidência atual do aumento da população idosa no

Brasil, decorrente de melhores condições de vida do povo em geral, bem como outros fatores, como diminuição da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida, saneamento, vacinação, urbanização e acesso a melhor educação.

Os resultados deste estudo poderão ser utilizados como fundamentação para o desenvolvimento de estratégias na prevenção de doenças crônicas degenerativas e não transmissíveis, essencialmente. Em ultrapasse a isso, concorrem para o fornecimento de informações investigadas cientificamente que direcionam o entendimento das condições de envelhecimento bem-sucedido, em associação direta com categorias vinculadas à autonomia e independência das futuras gerações de pessoas idosas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com vistas a projetar melhor interlocução com os autores e o resultado da coleta de dados, demandou-se realizar uma revisão de literatura, estabelecendo definições, ideias e conexões acerca do tema em foco. Desse modo, a pesquisa bibliográfica que fundamentou este experimento teve como base alguns autores, entre os quais Fazzio (2012), Souza (2015), Oliveira (2016), Mari (2016), Melo (2017), Ximenes (2017), Scoralick-Lempke *et al* (2018), Silva (2019), Cruz (2019), mais outros.

O envelhecimento é um fenômeno que atinge toda a população, independentemente de qualquer circunstância. É uma ocorrência dinâmica, progressiva e irreversível, ligada diretamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (SOUZA, 2015). Entre os tipos de envelhecimento, estão os de caráter bem-sucedido, malsucedido, saudável e patológico.

O envelhecimento bem-sucedido se dá quando a pessoa tem satisfação com a vida e longevidade, expressando ausência de incapacidade, participação social ativa e adaptação positiva ao meio. Outros fatores que influenciam são o nível educacional elevado, prática de atividade física, participação da socialidade e ausência de doenças crônicas associadas (OLIVEIRA, 2016).

Em contraposição, o envelhecimento malsucedido ocorre quando o ser humano é submetido, durante toda a vida, a perdas ou frustrações severas de projetos pessoais capazes de repercutir, inclusive, no seu estado mental. Outros aspectos, como a falta de reconhecimento, dificuldade de satisfazer as necessidades individuais, sentimento de fragilidade, incapacidade e baixa autoestima, também caracterizam essa modalidade de envelhecer (FAZZIO, 2012).

Em decorrência da vulnerabilidade e das disfunções físicas e/ou psíquicas que a velhice evidencia, muitas vezes, são produzidas ansiedades ao pensar o idoso no envelhecimento, remetendo a essas limitações, dificuldades e insatisfações enfrentadas pelos gerontos.

Por outro lado, o envelhecimento saudável constitui uma adaptação às mudanças ocorrentes na vida, permitindo, assim, que os idosos tenham um bem-estar físico, mental e social, o que é representativo da manutenção de uma boa velhice e a identificação de seus determinantes (SILVA, 2019).

Na análise da situação oposta, tem-se o envelhecimento patológico. Há intensa conexão entre esse modo de envelhecer e as doenças, que não sucedem de acordo com o curso normal do envelhecimento. As enfermidades, comumente observadas, envolvem as lesões cardiovasculares e cerebrais. Devem ser bem analisados e relacionados os sintomas clínicos, observando-se o meio onde a pessoa vive (XIMENES *et al*, 2017).

### 3 METODOLOGIA

Visando à compreensão dos brasileiros adultos jovens, e seguindo a premissa da nova tendência científica, sob a qual se busca obter informações de saúde por meio da rede mundial de computadores, efetivou-se um estudo descritivo, transversal e inferencial, de natureza quantitativa.

Este experimento teve como base pesquisa de opinião, também conhecida como sondagem, definida como um levantamento estatístico com amostra específica da opinião pública. Ela indica as opiniões de uma determinada população analisada, mediante perguntas para um segmento desse grupo e extrapolando as respostas para um contingente maior no âmbito do intervalo de confiança (INSTITUTO PHD, 2017).

A demanda foi efetivada *online*, mediante a participação voluntária das pessoas que acessaram o endereço eletrônico divulgado em redes sociais - *Facebook* e *Instagram* - por meio de anúncio nas mídias das pesquisadoras. Os participantes responderam espontaneamente ao questionário sugerido (APÊNDICE I), caracterizando uma amostra por *bola de neve*.

No ensaio, foram incluídas pessoas com idade igual ou acima de dezoito anos e de menos sessenta. Só foram validados para a análise os questionários respondidos em sua totalidade.

Com o auxílio do *software*, portanto, as pessoas que estavam aquém do intervalo de idade estabelecido pela investigação, e aquelas que não responderam completamente aos questionamentos, foram subtraídas, automaticamente, do projeto.

Para o alcance dos objetivos propostos, elaborou-se um questionário eletrônico com perguntas objetivas, contendo 26 questões, sendo cinco relacionadas às condições sociodemográficas, sete vinculadas aos hábitos de vida e catorze abordando as percepções pessoais (APÊNDICE I).

Em razão da curiosidade produzida pelos questionamentos acerca da temática sob exame, o questionário foi disponibilizado na internet por meio de um portal suíço de grande acesso, denominado (na sua versão em português) *Online Pesquisa*. Esse é aplicado com bastante frequência em estudos desenvolvidos na área da saúde, sendo um veículo apropriado no desenvolvimento deste ensaio, para o alcance dos objetivos propostos.

Ao acessarem o portal para participarem da pesquisa, os voluntários tiveram acesso a explicações prévias elaboradas pelas pesquisadoras. Pensou-se ser essa uma atitude de respeito por meio de esclarecimentos à população que se prontificou a fazer parte da busca ora sob relato. Foram fornecidas explicações claras acerca dos objetivos, benefícios e riscos da participação no estudo.

Os textos explicativos anteriores ao questionário foram esclarecedores. A plataforma utilizada solicitava respostas dos voluntários acerca dessas informações prévias, fundamentais para o passo seguinte - acesso às perguntas do questionário proposto pelas investigadoras responsáveis por esta experiência de cunho acadêmico no plano de pós-graduação *lato sensu*.

Vale ressaltar o fato que esta pesquisa não ensejou riscos relevantes. Caso, entretanto, algum participante referisse qualquer desconforto, poderia contatar qualquer uma das autoras, que se disponibilizariam a fornecer todo o suporte necessário, bem como, inclusive, fazer encaminhamentos para o Setor de Psicologia mais próximo da residência do participante, e que fosse referência na sua região.

Não houve, porém, qualquer solicitação nesse sentido por parte dos participantes desta demanda acadêmica, constatando-se o baixo risco para os voluntários.

Garantiu-se aos pesquisados, sigilo absoluto sobre as informações oferecidas, além de lhe haver sido assegurado o anonimato, sem qualquer risco ou prejuízo à sua imagem, bem como o direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento.

Os dados obtidos com o estudo foram empregados em caráter estritamente científico, visando a contribuir com a formação e difusão do conhecimento científico. Sendo assim, foram digitados em um banco de dados, utilizando-se o programa Excel (versão 21.0) e, posteriormente, expostos com o confrontamento de ideias, tendo como base referências atualizadas acerca da temática ora focalizada.

Este trabalho, consoante divisado nas providências atinentes à Ética, submeteu-se com rigor aos ditames da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde-MS-Brasil, a qual regulamenta investigações com seres humanos (*in anima nobili*).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após expressas as bases teóricas e metodológicas que embasam esta busca de cariz universitário pós-graduação em sentido largo, estão descritos neste módulo do texto os resultados alcançados e as discussões fundamentadas nos autores lidos no que concerne à matéria tratada.

O envelhecimento saudável é o conjunto formado entre físico, mental, social e cultural, e não somente o fisiológico do ser humano. O equilíbrio desses fatores na pessoa idosa constitui um completo bem-estar nessa fase da vida para o idoso atuar com independência (SOUZA, 2015).

Na busca por condições que favoreçam essa modalidade de envelhecer, é fundamental conhecer a amostra estudada, a qual perfez o total de 586 participantes, por demanda espontânea, em *bola de neve*.

O perfil populacional dos sujeitos estudados foi o seguinte: quanto ao gênero, 80,6% eram mulheres, enquanto a faixa etária predominante foi de 30-39 anos, sendo representada por 36,5%; com 52,4% com estado marital de pessoas casadas, com rendimento mensal de 1-3 salários-mínimos, representado por 30,3%; mostrando excelente nível de escolaridade, com 91,6% declarando mais de 12 anos de frequência escolar.

Outra pesquisa, realizada por Oliveira e Lima (2016), também sobre a temática do envelhecimento, obteve uma relação amostral em que a maioria era do sexo feminino (63,2%), casados (52,8%), mas que 35,6% dos entrevistados só tinham de um e quatro anos de estudo.

Quanto aos resultados das variáveis biológicas, comportamentais e ambientais, obtiveram-se dados bem interessantes. Ao serem indagados quanto à atividade física, 61,3% relataram praticá-la pelo menos uma vez na semana; 24,6% raramente se exercitam e 14,1% dos participantes se declararam sedentários. Nesse sentido, o estilo de vida parece repercutir na saúde das pessoas.

De acordo com Mari *et al* (2016), a atividade física e uma boa alimentação também estão relacionadas para um envelhecimento bem-sucedido. No ensaio ora sob relatório, mostrou-se que, dos 50 entrevistados, 21 relacionam-se com uma boa alimentação e 13 à prática de atividades físicas.

Dos participantes que responderam aos questionamentos desta busca, 78,5% afirmaram sentir dores no corpo, 50,5% relataram cuidar-se preventivamente em relação às algias corporais.

Seguindo esse pensamento, em estudo de Melo e Mello (2017), foi constatado o fato de que 100% dos entrevistados também sentiam dores no corpo, o que está

diretamente relacionado com o aumento de peso e às atividades de vida diária praticadas no curso dos anos.

Os alimentos agem como combustíveis para o corpo, e as necessidades fisiológicas mudam com o passar dos anos. Por isso, é preciso atentar para a importância da alimentação saudável e as escolhas alimentares, além de buscar compreender como esse conceito se modifica ante o fenômeno do envelhecimento.

Com efeito, no que concerne à alimentação, constatou-se no estudo que 49,7% controlam relativamente, enquanto 29,3% declararam não ter controle algum, ao passo que 20,9% controlam a alimentação. Mesmo assim, 59,2% dos pesquisados disseram que conseguiam controlar o peso e 40,8% não logravam esse intento.

Restou constatado na demanda ora relatada um paradoxo em relação aos dados sobre os hábitos alimentares da amostra, e foi questionado sobre o que é afirmado como controle do que é ingerido e descontrole relativamente à manutenção do peso ponderal. Isso demonstra a existência de uma lacuna entre conhecimento e práxis em relação ao próprio cuidado.

Eles, entretanto, reconhecem as dificuldades e a complexidade em razão das suas condições alimentares, que envolvem categorias fisiopatológicas, culturais, econômicas, sociais e comportamentais.

Ao se analisar os resultados de uma pesquisa de Fazzio (2012), constatou-se que 32,9% dos idosos têm uma dieta de má qualidade, 60,3% acham que precisam melhorar a alimentação e apenas 6,8% têm uma ingestão alimentar balanceada. Portanto, alimentar-se bem faz parte da percepção sobre hábitos de vida saudáveis.

Outro ponto investigado foi sobre a gordura visceral, sinalizada pela globosidade abdominal. Esta é uma importante sinalização de alerta para as doenças cardiovasculares. Nesse sentido, ao serem indagados sobre a percepção do aspecto dessa região do corpo, 65,4% dos entrevistados assinalaram que estavam com a circunferência abdominal aumentada.

A prática regular de exercícios físicos, por conseguinte, é significativo determinante para a condição saudável ou não. A atividade física é definida como um conjunto de ações que uma pessoa ou grupo pratica, envolvendo gastos de energia do organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais. Sendo assim, sua prática interfere, tanto nas aptidões físicas, como na atividade mental e social. O resultado, frequentemente, coincide com benefícios à saúde geral (SILVA *et al*, 2019).

No Brasil, a pouca importância conferida aos aspectos relacionados aos exercícios físicos reflete no perfil populacional com grande parte da população sedentária. As pesquisas mostram que a população atual gasta bem menos calorias por dia, do que consumia há cem anos, o que explica por que o sedentarismo afetaria aproximadamente 70% da população brasileira, mais do que a obesidade, a hipertensão, o tabagismo, o diabetes e o colesterol alto (IBGE, 2019).

Para Scoralick-Lempke *et al* (2018), a atividade física, junto com uma alimentação saudável, contribui também para prevenção de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. Relatam, ainda, os autores que, na velhice, se encontram doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, moléstias cardiorrespiratórias e câncer, assim, influenciando a qualidade de vida do idoso.

Em decorrência dos hábitos de vida modificáveis, o tabagismo também foi abordado no estudo. Quase a totalidade dos participantes da pesquisa não era de fumantes (99%), 95,3% não bebiam ou bebiam eventualmente e 61,3% relataram ter ótima ou boa qualidade do sono.

Scoralick-Lempke *et al* (2018) acentuam, também, que comportamentos nocivos, como a ingestão de álcool e o tabagismo, alteram a capacidade funcional do organismo e, por consequência, o envelhecimento.

Outro ponto a suscitar indagações nesta pesquisa está relacionado à qualidade de vida e ao estresse emocional, considerado um mal do século, por ser um “gatilho” para diversas enfermidades psicossomáticas. Reflete-se na maneira com a qual a pessoa interage com o mundo externo, como é influenciada e influencia a sua interação com o meio. O bem-estar é, reconhecidamente, uma condição emersa de um estado global de equilíbrio físico e psicoemocional (OLIVEIRA *et al* , 2018).

Portanto, em relação a esse aspecto, os participantes foram indagados quanto à satisfação pessoal, tendo-se observado que 59,2% se acham estressados às vezes, 20,4% se entendem estressados e apenas 20,4% não se encontram sob estresse. Entrementes, 69,6% acham-se pessoas felizes e 80,6% gostam de suas vidas.

Para Santos *et al* (2018), o estresse está relacionado com distúrbios do sono, sendo o mais recorrente a insônia. Percebem-se, também, algias no corpo, ansiedade e depressão. Sendo assim, há uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, bem relacionada à redução da habilidade em lidar com situações complicadas, proporcionando transtornos na vida.

Autonomia e autoaceitação podem influenciar eficazmente no envelhecimento, visto que é comum observar pessoas que cercam o idoso com atos que contribuem para a perda da autonomia (OLIVEIRA *et al*, 2018).

Na análise agora procedida, a afetividade e a socialização foram representadas positivamente por 84,8% com prazer relatado em encontrar-se com membros familiares e/ou amigos. A religiosidade e a espiritualidade, também, foram abordadas neste estudo, tendo ocorrido o fato de que 94,7% dos respondentes não se declararam ateus.

Pedroso e Andrade (2017) mostraram que a espiritualidade está diretamente relacionada com o envelhecimento sadio, e que os idosos buscam alcançar a longevidade na crença espiritual.

Os aspectos relacionados a autocuidado são importantíssimos durante o envelhecimento. Foi abordada no estudo a percepção sobre a saúde física (93,7% zelam por ela de algum modo e 6,3% não zelam); saúde espiritual (93,2% zelam de algum jeito e 6,8% não) e saúde mental (96,3% zelam de algum modo e 3,7% não). Enquanto isso, 97,9 afirmaram cuidar bem da saúde de modo geral.

Então, em consonância com Souza (2015), para se manter saudável, é preciso a pessoa ter bons hábitos de vida, como alimentação balanceada, atividades físicas regulares, boa qualidade do sono, bem como condições favoráveis de higiene e lazer, para que se conquiste um envelhecimento bem-sucedido.

Em razão dos cuidados atualmente adotados por parte de cada participante, 92,6% acham que chegarão à velhice e 66,8% afirmaram que aportarão bem à fase idosa; entretanto, 14,7% das pessoas disseram que não pensavam nesse assunto.

Para que seja plausível a vivência da velhice com plenitude, impõe-se a busca por qualidade nessa fase. O conceito atual de qualidade de vida está associado a autoestima e bem-estar pessoal. É necessária, também, a compreensão de vários aspectos, nomeadamente: capacidade funcional; nível socioeconômico; estado emocional a interação social; atividade intelectual; autocuidado; suporte familiar; estado de saúde; valores culturais, éticos e religiosos; estilo de vida; e ambiente em que se vive (XIMENES, 2017).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo perante o envelhecimento do ser humano. Há, no entanto, importantes pontos que precisam ser bem reconhecidos na busca pela compreensão de como se pode alcançar a plenitude de sua vivência. Com a pesquisa, observou-se que o envelhecimento está bem associado às condições gerais de vida, o que pode ensejar dificuldades ou facilitar condições futuras incapacitantes, afetando a funcionalidade das pessoas idosas.

Com a compreensão do envelhecimento, constatou-se que as pessoas se preocupam com os cuidados físicos, mentais e espirituais. Nesse sentido, há preocupação geral acerca dos agentes intrínsecos e extrínsecos capazes de impedir e dificultar o desempenho de suas atividades cotidianas. Ainda que não sejam fatais, essas condições, geralmente, tendem a comprometer de modo significativo a qualidade de vida dos futuros idosos.

Pretendeu-se apontar as principais variáveis determinantes da qualidade do envelhecimento, tendo-se obtido sucesso nessa empreitada. As principais práticas para vivência do envelhecimento saudável constatadas foram: controle ponderal, prática regular de atividade física, hábitos de vida saudáveis, domínio emocional e transcendental. É possível relacionar com o envelhecimento bem-sucedido o baixo risco de doenças e incapacidades, observado nos participantes deste experimento - além, evidentemente, do envolvimento ativo com a vida, da capacidade de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais no decurso vital.

Ao se observar, por conseguinte, a correlação entre as condições teóricas e práticas do envelhecimento, possibilitou-se a constatação de interesse das pessoas por melhor qualidade de vida, tanto no período vigente quanto no futuro. Realizada a análise neste ensaio, denota-se que a expectativa de longevidade foi, portanto, compatível com a práxis do autocuidado e a reintegração dos projetos de vida com o decorrer do tempo.

## REFERÊNCIAS

ALFARO, Marco Jiménez. **El envejecimiento y la muerte: un enfoque filosófico**. Peru: Lima. **Phainomenon**, v. 14, n. 1, 2017.

BRASIL – Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 466**, de 13 de junho de 2012. Brasília: MS, 2012.

BRAZ, Nídia. **Atenção à saúde no envelhecimento humano**. Aula inaugural do ano letivo 2017.

CABRERA, Marcos AS; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CRUZ, Cornélio Junior Serrão da; PINTO, Paulo Egildo Primavera. Os benefícios da atividade física. **Journal of Specialist**, v. 2, n. 2, 2019.

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. **Revista de divulgação científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

FLORES, Thaynã Ramos et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e

comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e201720112, 2018.

GOMES, Louzeli Bernardes. Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre o processo de envelhecimento. **Epidemiologia e Saúde**, v. 19, 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (Disponível em <http://www.ibge.gov.br>). Acessado em: 01/2019.

INSTITUTO PHD. **Pesquisa de Opinião**: O que é? Como funciona? Disponível em: <https://www.institutophd.com.br/pesquisa-de-opiniao-o-que-e-como-funciona/>>Acesso em: 16 dezembro de 2017.

MELO, Joasiane Medeiros de; RIBAS, Sarah Corrêa; MELLO, Jaqueline Medeiros de. O corpo humano e o envelhecimento. **Revista Uningá**. V. 6, n. 1, 2017.

SANTOS, Francieli Aparecida dos et al. Efeitos do exercício físico sobre o estresse percebido de idosos. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 127-136, 2018.

SILVA, Rafael Santos da et al. A importância da atividade física em idosos com diabetes. Revisão Bibliográfica. **Diálogos em Saúde**, v. 1, n. 2, 2019.

KOCH FILHO, Herbert Rubens et al. Um instrumento de pesquisa para a investigação de informações sobre o envelhecimento humano no Brasil: o questionário de Palmore adaptado. **Archives of Oral Research**, v. 3, n. 2, 2017.

MARI, Fernanda Rigoto et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016.

OLIVEIRA, Adriana de Souza Honorato et al. **Compreendendo o envelhecimento a partir das contribuições da análise do comportamento**. TCC-Psicologia, 2018.

OLIVEIRA, Albertina L.; SILVA, José T.; LIMA, Margarida P. Envelhecimento e saúde: Escala de Autoeficácia para a Autodireção na Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 40-40, 2016.

PEDROSO, Maristela Norato; ANDRADE, Carmen Maria. **Espiritualidade e envelhecimento no contexto dos direitos humanos**. Memorialidades, v. 14, n. 27e28, p. 75-100, 2017.

QUEIROZ, Gabriele Rocha Sant'Ana et al. **Envelhecimento e qualidade de vida: um triunfo do desenvolvimento**. Anais do INESC-Mostra Científica do Curso de Medicina (ISSN 2594-9535), v. 1, n. 1, 2018.

SOUZA, Juscilene dos Santos de. **Determinantes do envelhecimento saudável no idoso**. Revisão bibliográfica. 2015.

SCORALICK-LEMPKE, Natália Nunes et al. **Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável**: um estudo com idosos da comunidade. **Revista Família**,

**Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 4, p. 775-784, 2018.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

XIMENES, Maria Amélia et al. Qualidade de vida dos idosos participantes do Projeto “Unidos da Melhor Idade” do Município de Fernão, SP, Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 427-452, 2017.

## DANÇA SÊNIOR NO CRAS

Maria Eugenia Ferreira da Silva Leão<sup>19</sup>

### RESUMO

Este trabalho é o resultado de um estudo sobre a importância da Dança Sênior na terceira idade, bem como, os efeitos da Dança, sobre os parâmetros cognitivos, motores e na qualidade de vida de idosos, através de vivências de idosos participantes do Serviço de Convivência do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS. O estudo teve como objetivo geral compreender como o serviço de convivência vem contribuindo para o processo de envelhecimento dos idosos atendidos pelo CRAS, como objetivos específicos: entender como esses idosos, estão vivenciando a velhice, analisar a importância da aplicação da Dança Sênior, na vida desses sujeitos e compreender como os idosos compreendem os significados de "velhice". Para a realização do estudo, desenvolveu-se pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, por meio livros, monografias, revistas especializadas em saúde, nas bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme, dentre outros. Ao final do estudo, pode-se afirmar que, a Dança Sênior foi efetiva como exercício físico na melhora da qualidade de vida, saúde física e mental dos idosos, por meio do serviço de convivência do CRAS, correspondido aos objetivos que estão expressos na Tipificação Nacional dos Serviços Sócio assistenciais. Conclui-se, portanto, que o serviço contribui para o processo de socialização, na garantia de direitos, participação e autonomia desses sujeitos.

**Palavras-chave:** Fortalecimento de Vínculos para idosos; Envelhecimento; Idoso; Serviço de Convivência.

### ABSTRACT

This work is the result of a study about the importance of Senior Dance in the third age, as well as the effects of Dance, on the cognitive parameters, motor and the quality of life of the elderly, through the experiences of elderly participants in the Coexistence Service of the Social Assistance Reference Center (CRAS). The objective of the study was to understand how the coexistence service has contributed to the aging process of elderly people assisted by CRAS, as specific objectives: to understand how these elderly people are experiencing old age, to analyze the importance of the application of Senior Dance in life of these subjects and to understand how the elderly understand the meanings of "old age". In order to carry out the study, a qualitative bibliographical research was developed through books, monographs, health journals, Lilacs, Scielo, Bireme, among others. At the end of the study, it can be affirmed that the Senior Dance was effective as physical exercise in improving the quality of life, physical and mental health of the elderly, through the coexistence service of CRAS, corresponding to the goals that are expressed in the Typification National Social Assistance Services. It is concluded, therefore, that the service contributes to the process of socialization, guaranteeing the rights, participation and autonomy of these subjects. **Keywords:** Strengthening of Links for the Elderly; Aging; Old man; Coexistence Service.

---

<sup>19</sup> Graduada em Serviço Social; Pós-graduanda em Gerontologia; Dirigente de Dança Sênior e Técnica em enfermagem na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza –Ce. - *Home Care*

# 1 INTRODUÇÃO

A população brasileira atravessa um rápido processo de envelhecimento, resultante da expressiva queda da taxa de fecundidade e significativo aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas. Contudo, mesmo o elevado contingente de idosos no país ainda não capaz de vencer o preconceito e discriminação gerados pela perda do valor social da pessoa idosa, tida como inútil e imprestável.

É um equívoco, no entanto, acreditar que os idosos não possuem mais, a partir de determinada idade, quaisquer projetos de vida. Muitos desejam, apesar do envelhecimento, preservar sua independência, autonomia e produtividade. O envelhecimento é um processo natural caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais, parte fundamental na vida de cada indivíduo. Para uma velhice bem-sucedida é preciso que os idosos se sintam orgulhosos de todos os saberes e conhecimentos acumulados em sua história de vida e acerca de seu desempenho frente a atividades físicas, participação social e familiar.

A assistência à população que envelhece deve estimular um envelhecimento ativo, visando combater a visão estigmatizadora do envelhecimento como uma fase de perdas e disfunções inexoráveis. Para alcançar este objetivo é importante estimular, entre a população idosa, a prática regular de atividades físicas pois segundo Barbosa et al. (2014), seus benefícios para os idosos são inúmeros: melhora da força, flexibilidade, equilíbrio e redução do grau de dependência para a realização das atividades cotidianas. Neste sentido uma atividade física de baixo impacto e que pode contribuir para aprimorar a qualidade de vida dos idosos é a dança, especialmente quando desenvolvida junto a seus pares e em locais adequados, como é o caso dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Assim, o objetivo geral deste estudo é analisar como os programas de dança para idosos desenvolvidos pelos CRAS podem ser utilizados para prevenir o sedentarismo entre este público específico, atenuar patologias e melhorar sua autoestima. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica através da consulta à literatura disponível sobre o tema, estudos, relatórios, monografias, dissertações e artigos científicos.

A estrutura final do trabalho apresenta cinco seções. A primeira refere-se a esta introdução. A segunda, ao referencial teórico. A terceira seção apresenta os aspectos metodológicos utilizados para a elaboração do estudo. A quarta seção discute os resultados obtidos. A conclusão é apresentada na quinta seção.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O envelhecimento populacional

#### 2.1.1 Cenário Mundial

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial. Em quase todos os pontos do globo a faixa etária formada por pessoas com mais de 60 anos de idade é a que mais cresce, especialmente nos países desenvolvidos. Nestes países a expectativa de vida já ultrapassa os 80 anos, o que poderia caracterizar uma “quarta idade”, posterior à já consagrada terceira idade, como forma de diferenciar os idosos “mais novos” dos “mais velhos”.

Conforme expõe, o Centro Internacional de Longevidade Brasil – ILC Brasil (2015), o mundo está envelhecendo rapidamente em função da expressiva redução das

taxas de mortalidade (inclusive nos países com baixa renda) e queda vertiginosa das taxas de fecundidade em todos os países.

De acordo com Alves (2012), em 1950 existiam pouco mais de 200 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, no mundo. Este número ultrapassou os 600 milhões em 2000, atingiu 760 milhões em 2010 e deve superar 1.378.945.000 (um bilhão e trezentos e setenta e oito milhões e 945 mil) idosos em 2030.

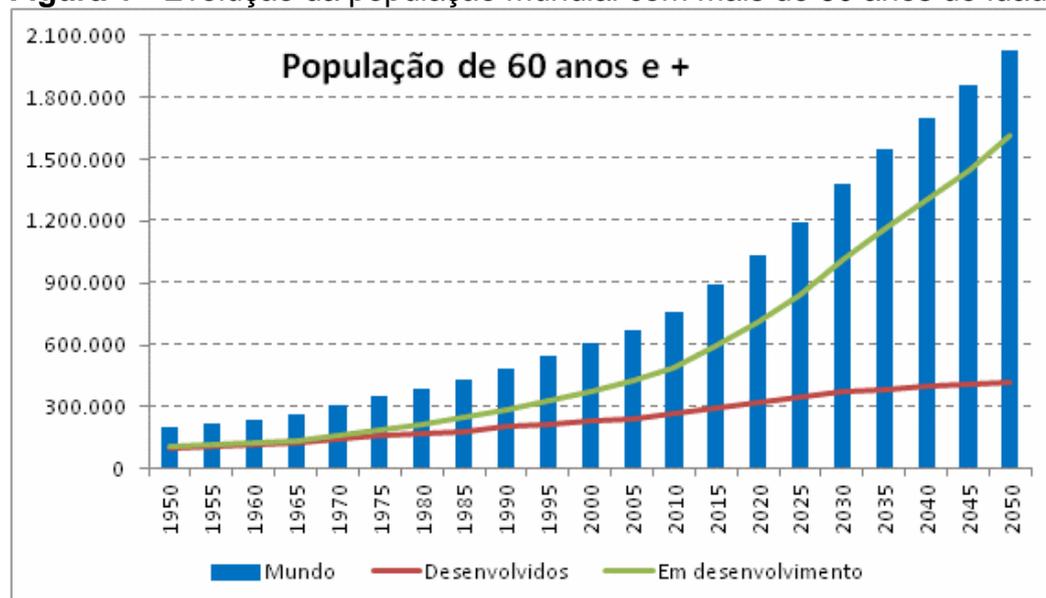
Segundo o autor:

Em 1950 o total da população mundial era de 2,532 bilhões de habitantes. Em 2075, a divisão de população da ONU projeta que o mundo terá 2,539 bilhões de pessoas com 60 anos e mais de idade. Ou seja, haverá mais idosos no mundo em 2075 do que toda a população mundial de 1950. Nos países desenvolvidos a população de 60 anos ou mais era de 95 milhões em 1950, passando para 269 milhões em 2010, devendo chegar a 370 milhões em 2030. Nos países em desenvolvimento a população idosa era de 109 milhões de habitantes em 1950, passou para 491 milhões em 2010 e deve chegar a 1 (um) bilhão de pessoas em 2030. Portanto, a grande maioria dos idosos (60 anos ou mais) do mundo estarão localizados nos países em desenvolvimento (ALVES, 2012, on line).

Como se percebe o crescimento populacional dos idosos segue um ritmo estonteante. Nos países desenvolvidos este grupo levou quase dois mil anos para aproximar-se dos cem milhões de pessoas, mas levará apenas um total de meros 80 anos para quase quadruplicar o seu quantitativo.

A figura 1 exibe a evolução da população mundial com mais de 60 anos de idade.

**Figura 1** - Evolução da população mundial com mais de 60 anos de idade.



Fonte: Alves (2012).

Conforme o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), o ano de 2050 será um marco demográfico para a história da humanidade, pois neste ano 21% da

população mundial estará acima dos 60 anos, isto é, haverá mais de dois bilhões de pessoas acima desta faixa etária, quantitativo superior ao número de crianças ou adolescentes abaixo dos 15 anos e em 64 países (países desenvolvidos, a maior parte da América Latina e grandes partes da Ásia, inclusive a China) 30% da população estarão acima dos 60 anos.

Para Ganz *et al.* (2013), felizmente, ao contrário do que se imaginava, o envelhecimento populacional não significa que o mundo será invadido por idosos improdutivos preocupados tão somente com suas necessidades peculiares, mas que os diferentes grupos etários passarão por uma nova dinâmica demográfica e social para tornar mais equitativas as relações em todas as áreas da atividade humana.

### 2.1.2 Cenário brasileiro

Segundo o Banco Mundial (2011), a velocidade do envelhecimento da população brasileira será maior do que nas sociedades mais desenvolvidas do século passado. Dessa forma, os dados obtidos, demonstram que,

A França, por exemplo, precisou de mais de um século para que sua população com idade de 65 anos ou mais aumentasse de 7% para 14% do total. Essa mesma variação, no Brasil, ocorrerá entre 2011 e 2031, triplicando nas próximas décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para 65 milhões em 2050. Ainda conforme o Banco Mundial (2011), durante os últimos 60 anos a parcela de idosos com 60 anos ou mais no Brasil tem aumentado expressivamente. Em 1950, eram 2,6 milhões, aproximadamente 4,9% da população total. Em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões, o que correspondia a 10,2% da população.

Ainda de acordo com o referido estudo, a partir de 2025, o crescimento populacional do Brasil será totalmente guiado por aumentos da população mais velha. Estima-se que em 2050 a população idosa, com 60 anos ou mais, corresponderá a 30% da população do país (IBGE, 2008).

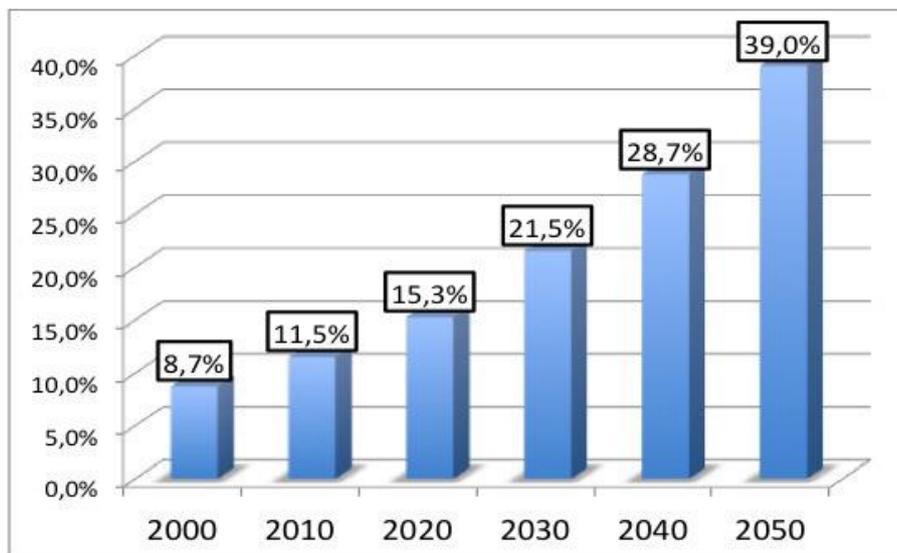
Para o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS (2013), o rápido envelhecimento da população brasileira é consequência da expressiva queda da taxa de fecundidade e significativo aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas.

A taxa de fecundidade caiu de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, o que representa uma redução de aproximadamente 70%. Por outro lado, a expectativa de vida ao nascer, no mesmo período, aumentou 25 anos, atingindo o patamar de 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012).

O gráfico a seguir (figura 2), permite a constatação de que o ritmo de envelhecimento da população brasileira é ainda mais acentuado que o da população dos países ditos do “primeiro mundo”. Em apenas meio século, mantido o ritmo atual, o seu quantitativo vai aumentar nada menos que 4 vezes, proporcionalmente falando.

A figura 2 mostra a evolução do envelhecimento da população brasileira.

**Figura 2** - A evolução do envelhecimento da população brasileira.



Fonte: IBGE (2012).

## 2.2 Considerações sobre a velhice

A fase da vida denominada “velhice”, por todas as especificidades que a cercam, somente pode ser plenamente compreendida após a análise minuciosa de diversas variáveis, não apenas de critérios meramente cronológicos. É preciso, igualmente, considerar os aspectos de natureza biológica, psicológica e social, sem olvidar, naturalmente, do indispensável aspecto cultural.

Conforme relatos de Pessoa (2010, p. 34), “(...) o envelhecimento é um processo inevitável para qualquer ser humano na evolução da vida, no qual ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõem o cotidiano dos sujeitos.” Conforme o mesmo autor, o envelhecimento é um processo biológico, uma etapa natural da vida do homem, caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais, parte fundamental do desenvolvimento de cada indivíduo.

Segundo relatos de Neri (2001), os sinais característicos dessas mudanças são:

- Mudanças Físicas: aparecimento de rugas, perda da elasticidade da pele, diminuição da força muscular, aparição de cabelos brancos, redução da acuidade sensorial, alteração da memória, etc.
- Mudanças Psicossociais: aposentadoria, sensação de inutilidade, solidão, segregação familiar, declínio no prestígio social, etc.
- Mudanças Funcionais: necessidade de ajuda para realizar atividades básicas.

O processo do envelhecimento é inerente a todos. É tão natural quanto nascer ou sofrer as mudanças físicas próprias da adolescência. Para Beauvoir (1970/1990) “a medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte”. Segundo com Beauvoir (1990), o envelhecimento vem acompanhado da diminuição das capacidades biológicas, o que aumenta a vulnerabilidade do idoso às alterações orgânicas e funcionais, mas não caracteriza nenhuma doença.

Para a autora a agilidade, boa forma física, dinamismo e versatilidade exigidos pela globalização, além dos preconceitos existentes, podem inibir as chances dos idosos de interagir com a sociedade moderna, deixando-os completamente marginalizados da vida social e produtiva. Acerca das representações sociais sobre a velhice ela declara:

É o sentido que os homens conferem à sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice. Inversamente: através da maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos, ela desvela sem equívoco a verdade – muitas vezes cuidadosamente mascarada – de seus princípios e de seus fins. (BEAUVOIR, 1990, p. 108).

E arremata:

Do antigo Egito ao Renascimento, vê-se que o tema da velhice foi quase sempre tratado de maneira estereotipada; mesmas comparações, mesmos adjetivos. A velhice é o inverno da vida. A brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo: há uma frieza do branco à qual se põem o vermelho – o fogo, o ardor – e o verde, cor das plantas, da primavera, da juventude. Os clichês se perpetuam, em parte porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo agente da História, o velho não interessa não nos damos o trabalho de estudá-lo em sua verdade (Beauvoir, 1970/1990, p. 200).

A maneira como os idosos vivenciam a velhice difere muito entre eles. O tratamento a eles dispensado pela sociedade e pela família depende de muitas variáveis: fator econômico, condições de saúde. Contudo existem certas representações sobre os idosos que se propagam nos meios de comunicação e são reproduzidos como um dogma. Neste mesmo sentido Souza (2002) afirma que a maioria das representações sociais sobre o idoso resulta da atuação da imprensa, a qual estimula a formação de uma opinião pública sobre este tema:

Responsáveis, em grande parcela, pela formação de uma 'opinião pública' e de um imaginário social, a imprensa poderia afirmar a necessária postura de positividade em relação ao idoso para que este fosse reconhecido como produtivo, capaz, experiente, mas também como portador de necessidades específicas e, sobretudo, digno de respeito como pessoa e como cidadão. (SOUZA, 2002, p. 208).

Bosi (2001) defende que as relações de produção na sociedade industrial também influenciam a conduta social em relação ao velho:

A sociedade industrial é maléfica para a velhice. (...). A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força do trabalho ele já não é produtor nem reproduzidor. Se a posse e a propriedade constituem, segundo Sartre, uma defesa contra o outro, o velho de uma classe favorecida defende-se pela acumulação de bens. Suas propriedades o defendem da desvalorização de sua pessoa. (BOSI, 2001, p. 77).

Igualmente manifesta-se Simone de Beauvoir sobre a consciência universal da condição humana diante do envelhecimento:

A sociedade só se preocupa com o indivíduo na medida em que este rende. Os jovens sabem disso. Sua ansiedade no momento

em que abordam a vida social é simétrica à angústia dos velhos no momento em que são excluídos dela. Neste meio tempo, a rotina mascara os problemas. O jovem teme essa máquina que vai tragá-lo e tenta, por vezes, defender-se com pedradas; o velho, rejeitado por ela, esgotado, nu, não tem mais que os olhos para chorar. Entre os dois, a máquina gira, esmagando homens que se deixam esmagar porque nem sequer imaginam que podem escapar. (BEAUVOIR, 1990, p. 665).

Segundo Oliveira *et al.* (2011) antes do predomínio do capitalismo os mais velhos eram respeitados e venerados pois centralizavam as decisões como líderes naturais em função de sua larga experiência de vida. Na sociedade contemporânea, entretanto, o idoso, excluído da lógica trabalho e produção por ter atingido uma idade “improdutiva”, foi descartado pelo capital e abandonado à própria sorte na luta pela sobrevivência. Ainda conforme as referidas autoras (op. cit.) na sociedade capitalista cabe ao idoso o papel de “beneficiário”, isto é, aquele que contribuiu com o seu trabalho para o desenvolvimento do país e deve desfrutar, no ocaso de sua vida, de um merecido repouso, assegurado por políticas sociais.

O que vemos na realidade do sistema capitalista é, nada mais nada menos, uma transfiguração de direitos em benefícios que são massificados e absorvidos como tal pelos idosos e sociedade em geral. Onde o Estado cria respostas mínimas, possibilitando, ilusoriamente, que o idoso se identifique como integrante dessa sociedade. Fazendo com que ele se perceba como um ator social que não atua mais, mas que já atuou e “merece” ser recompensado por isso. Buscando, por meio de tais políticas preservar a hegemonia dominante (OLIVEIRA, *et al.*, 2011, p. 3).

Para o mesmo autor, é notório, contudo que tais políticas públicas direcionadas à população idosa no país são incapazes de suprir suas necessidades integralmente, pois, como a realidade social e econômica influenciam estas políticas, a prioridade é conferida à classe trabalhadora, deixando os idosos “à mercê do que é possível realizar. Assim, diante das contradições sociais geradas pelo capitalismo é fundamental que o profissional do Serviço Social se qualifique adequadamente para atender às demandas da população idosa, buscando garantir os seus direitos e tornando mais eficazes a Política Nacional do Idoso e o próprio Estatuto do Idoso.

### **2.3 O envelhecimento e o exercício físico**

Verifica-se que nos dias atuais, os idosos contam com uma série de benefícios, todos devidamente merecidos. Tais benefícios, tem em vista, facilitar a vida do idoso em relação à sociedade. Em Brasil, (2011, p. 6), tem-se que, os benefícios são intitulados de:

Aposentadoria concebida à partir de uma determinada idade com diferenças entre homens e mulheres; Isenção de Impostos; Disponibilidade de assistência social; Em processos jurídicos tem prioridades; Planos de saúde específicos; Eventuais descontos em eventos diversos; Passagens de diversos meios de transportes

gratuitos; A carteirinha do Idoso que é um instrumento de acesso à garantia da gratuidade ou com descontos.

Segundo a Lei nº12.418 de 2011, o Idoso tem direito pelo menos de 3% das unidades habitacionais residenciais. (BRASIL, 2011).

### 2.3.1 Características do Exercício Físico

O Exercício físico é considerado qualquer atividade física que aumente a aptidão física, o seu principal objetivo é proporcionar uma qualidade de vida melhor. Nesse sentido, Costa, (2008, p. 123), assevera que,

(...) os exercícios incluem o reforço da musculatura e do sistema cardiovascular, aperfeiçoamento das habilidades e perda de peso. Os exercícios físicos realizados de forma regular ou frequente estimulam o sistema imunológico, previne doenças, moderam o colesterol, previne à obesidade, melhora a saúde mental e previne depressão.

Todo exercício físico deve ser realizado sob orientação de um profissional da área ou centro desportivo qualificado. Para os idosos os exercícios trazem incomparáveis e importantíssimos benefícios que mantém o cérebro em alerta, menos doenças mais qualidade de vida, um sono melhor, autoestima elevada, peso ideal, corpo em forma, maior independência.

Verifica-se que nos dias atuais, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos.

Nesta perspectiva, por capacidade funcional entende-se, o desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária. Costa, (2008, p. 124), explica que,

(...) as atividades da vida diária podem ser classificadas por vários índices. As atividades da vida diária (AVD) são referidas como: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância; ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos e, as atividades instrumentais da vida diária, como: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem; ou seja, atividades mais complexas da vida cotidiana. (COSTA, 2008, p. 124).

Conforme o referido autor, um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade para realizar atividades diárias, porém de acordo com seu estudo, um programa de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativas, como por exemplo alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança para realizar a tarefa.

Costa, (2008, p. 126), afirma que,

(...) além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde. A aptidão física relacionada à saúde pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física.

De acordo com Costa, os componentes da aptidão física relacionados à saúde e que podem ser mais influenciados pelas atividades físicas habituais são a aptidão cardiorrespiratória, a força e resistência muscular e a flexibilidade, por isso são os mais avaliados, sendo preditores da condição da saúde.

Costa, (2008, p. 126), expõe também,

(...) a prática de atividade física também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular. E, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da autoestima.

O tipo de exercício físico recomendado para idosos no passado era mais o aeróbio pelos seus efeitos no sistema cardiovascular e controle destas doenças, além dos benefícios psicológicos. Com relação a este assunto, Nelson, (2007, p. 54), afirma que nos dias atuais,

(...) estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, pela melhora e manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso. O potencial do ser humano será aumentado se, na fase de não trabalho e/ou no tempo livre, o idoso se ocupar com novas aprendizagens, o que significa uma atualização permanente e uma inserção no mundo que demandam novos aprendizes num fluxo rápido e contínuo. Uma das condições que o ambiente deve oferecer para que o idoso se mantenha atualizado é a prática regular de exercícios físicos

De acordo com o autor, através da percepção, as mudanças no bem-estar e na disposição geral, a melhoria na aptidão física e no desempenho das atividades da vida diária, as sensações corporais agradáveis, uma maior disposição, a alteração de quadros de doenças com supressão ou diminuição do uso de medicamentos, o resgate da condição de eficiência, independência e autonomia, levando os idosos a serem novamente ativos e abertos para o mundo, devolvendo-lhes uma das possibilidades do ser, que é a motilidade primordial que predispõe à ação.

### 2.3.2 Programas de atividades físicas para o idoso

Há uma diminuição no nível de atividade física com o envelhecimento e estudos mostram que a atividade física mais prevalente é a caminhada e o alongamento e exercícios de força entram em declínio com o avanço da idade. Estudos efetuados por Oliveira e seus colaboradores, (2011, p.21), mostram

(...) a importância dos exercícios de força para a manutenção do equilíbrio, agilidade e da capacidade funcional dos idosos. Para manter a força muscular e o equilíbrio, importante realizar exercícios com pesos, de 2 a 4 vezes por semana, que estimulem a musculatura e auxiliem na manutenção da postura e do equilíbrio.

Segundo os referidos autores, as pessoas com mais de 50 anos de idade realizam atividades físicas em função de orientação médica, amigos, familiares, procura por companhia, colegas de trabalho, programas de incentivo à prática de atividades físicas. As barreiras citadas pelo mesmo autor foram:

(...) falta de local e equipamentos apropriados, falta de clima adequado, falta de conhecimento, medo de lesões e necessidade de repouso. Estes dados evidenciam a relevância do profissional da saúde, sobretudo dos médicos no envolvimento regular com a atividade física nesta faixa etária.

Os autores relatam que um programa de exercícios físicos bem direcionado e eficiente para esta idade deve ter como meta a melhora da capacidade física do indivíduo, diminuindo a deterioração das variáveis de aptidão física como resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio, o aumento do contato social e a redução de problemas psicológicos com a ansiedade e a depressão.

De acordo a Carta de Ottawa, 1986),

(...) dentre os cinco aspectos básicos a serem desenvolvidos para a promoção da saúde, menciona a construção de políticas públicas voltadas à saúde, nas quais o objetivo maior é o de indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

As iniciativas têm trazido avanços nessa área. Um bom exemplo foi o Programa Agita São Paulo, que, buscou mostrar a importância da atividade física de intensidade moderada, 30 minutos por dia, de forma acumulada ou contínua, na maioria dos dias da semana, para a promoção da saúde, tendo havido especial atenção com o público da terceira idade.

Subsidiando a informação anterior, destaca-se o capítulo V do Estatuto do Idoso, que se refere à educação, cultura, esporte e lazer, no qual, o artigo 20 diz que o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Nesse sentido, compreende-se, que há, portanto, o reconhecimento por parte de algumas políticas públicas da necessidade de se incrementar a prática de atividades físicas desta população. Entretanto, ainda são escassas as intervenções, serviços, espaços e equipes que promovam o reconhecimento que um estilo de vida ativo é fundamental na preservação da saúde e manutenção da capacidade funcional e

independência do idoso. É importante que o idoso incorpore, em seu modo de vida, hábitos saudáveis através de informações e conteúdo que sejam capazes de modificar e acrescentar atitudes favoráveis para a manutenção e prevenção de sua saúde em seu significado mais abrangente (física, mental, emocional, social e espiritual).

Cabe, então, aos profissionais da saúde, educadores físicos, gestores públicos, engajarem-se de maneira efetiva e eficaz na mobilização de recursos, na construção e viabilização de projetos, que atinjam a meta de uma população idosa cada vez mais ativa e conseqüentemente com maior qualidade de vida.

### 2.3.3 Treinamento de força

Constata-se que o envelhecimento tende a produzir processos degenerativos em cartilagens, ligamentos, tendões e músculos, além de reduzir a massa óssea. Esses efeitos são potencializados pelo sedentarismo, e ocorrem em maior ou menor grau em função da individualidade biológica.

Sobre este assunto, aponta-se o estudo de Jacob Filho, *Promoção da saúde do idoso*, 1998, no qual o autor relata que,

(...) a composição corporal tende a piorar no envelhecimento sedentário devido ao aumento do tecido adiposo e à redução das massas óssea e muscular. Todas as qualidades de aptidão física apresentam redução em seus níveis nas pessoas que envelhecem de forma sedentária, podendo dificultar a vida diária e reduzir o bem-estar psicológico e social.

O mesmo autor explana, o fato de que os efeitos do sedentarismo são lentamente instalados, explica porque pessoas jovens sedentárias não costumam ter consciência dos seus efeitos. Por outro lado, as pessoas idosas sentem os efeitos do sedentarismo nas limitações que encontram para a vida diária, e nas doenças crônicas manifestas ou de difícil controle. De modo que, a atividade física em geral, apresenta efeitos que se contrapõem aos do envelhecimento sedentário, mas os exercícios resistidos têm se mostrado como os mais adequados para essa finalidade.

Segundo Simão *et al*, (2003, p. 01),

(...) em toda a vida, ganham-se e perdem-se qualidades físicas e motoras; tendo isso em mente, a força é uma das qualidades físicas que mais se desenvolvem, tendo altos picos até os trinta anos de idade, onde obtivemos a melhor forma. Ao passar esse pico ele se mantém estabilizado até os cinquenta anos de idade e a partir daí se tem uma grande redução. Nossa perda de força física no processo de envelhecimento, de vinte anos até os noventa anos chega a ser de 50%. Para pessoas da melhor idade, essa perda de força lhes tira a capacidade de realizar simples atividades diárias, como varrer a casa, agachar-se, levantar-se da cama ou até mesmo andar, sendo que em alguns casos há a queda causando fraturas, lesões e até a dependência.

Para tanto, o mesmo autor, recomenda, treinamento de força traz resultados significativamente satisfatórios no cotidiano das pessoas da melhor idade e vem sendo

um dos meios mais utilizados para transformar a vida dessas pessoas ativa. Sendo, portanto, essencial no envelhecimento e na vida de pessoas da melhor idade, pois melhora a qualidade de vida, melhora a saúde e habilidades funcionais, diminuindo as chances de dependência, quedas e ajuda nas atividades diárias.

(...) cada vez passamos a conviver com mais idosos ativos em sua vida social; portanto, nada mais justo que tenham energia para desempenho de suas funções na vida diária, com dignidade, respeito e sociabilidade. Esse treinamento também, ajuda no controle de pressão arterial que hoje em dia é comum em pessoas da melhor idade, auxilia no controle glicêmico e de lipídeos, auxilia no metabolismo e na ingestão de alimentos, ameniza muito a perda de capacidades funcionais e ajuda contra problemas lombares e ósseos. (SIMAO, 2003, p. 2).

Constata-se que, dentre os treinamentos de força existentes, destaca-se o treinamento utilizando peso, técnicas modernas de reeducação postural, yoga, alongamentos, respiração, acupuntura, ginásticas em geral, terapias corporais, dinâmica de grupo, osteopatia, meditação, nutrição suplementar, grupos de apoio, e outras, tem como objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso.

Ainda de acordo com Simão *et al*, (2003, p. 08),

(...) por mais que o treinamento de força seja indicado, devem ser tomados diversos cuidados quanto a realizá-los, tais como verificar os medicamentos que a pessoa utiliza, pois pode trazer problemas como, por exemplo, de aumento de frequência cardíaca, cuidados com o piso, não sendo escorregadio, cuidado com o ambiente, sendo ventilado e sem excesso de barulho, as instruções quanto a vestimentas e como executar cada exercício proposto, apoios para diminuir a chance de quedas ou lesões antes e durante os exercícios, entre outros cuidados.

O mesmo autor, recomenda também, um aquecimento e volta à calma adequados que incluam exercícios de flexibilidade. E acrescenta, o importante fator, é planejar um programa para o indivíduo para fornecer a quantidade adequada de atividade física para atingir um benefício máximo com um risco mínimo. Deve-se dar ênfase aos fatores que resultem em uma modificação permanente do estilo de vida e estimulem a atividade física para o resto da vida. Entretanto, observa-se que nos dias atuais, cada vez mais, indivíduos estão se envolvendo em treinamento de *endurance* e outras formas de atividade física, e dessa forma torna-se clara a necessidade de estabelecer orientações para a prescrição de exercícios.

Segundo Simão, *et al*, (2003, p. 24), "(...) com base nas evidências científicas existentes a respeito de prescrição de exercícios para adultos saudáveis e na

necessidade de orientações, o Colégio Americano de Medicina do Esporte estabelece as seguintes recomendações para a quantidade e o tipo de treinamento necessários para o desenvolvimento e a manutenção da aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e força e *endurance* musculares no adulto saudável:

1. Frequência de treinamento: 3 a 5 vezes por semana.
2. Intensidade de treinamento: 60 a 90% da frequência cardíaca máxima (FC<sub>máx</sub>), ou 50 a 85% do consumo máximo de oxigênio (VO<sub>2</sub><sub>máx</sub>) ou da reserva de FC<sub>máx</sub>.
3. Duração do treinamento: 20 a 60 minutos de atividade aeróbica contínua. A duração está relacionada com a intensidade da atividade; dessa forma, uma intensidade mais baixa deve ser mantida por um período maior de tempo. Pela importância da “aptidão total” e o fato de ser mais prontamente atingida em programas de duração mais longa, e devido aos riscos potenciais e problemas de aderência associados com atividades de alta intensidade, recomenda-se atividade de intensidade leve a moderada com maior duração para o adulto não atleta.
4. Tipo de atividade: qualquer atividade que mobilize grandes grupos musculares, possa ser mantida continuamente e seja de natureza rítmica e aeróbica, como, por exemplo, caminhada, corrida/jogging, andar de bicicleta ou exercício no ciclo ergômetro, esqui cross-country (de planície), dança, pular corda, remo, subir escadas, nadar, patinar e diversas outras atividades lúdicas de *endurance*.
5. Treinamento contra resistência: o treinamento de força de intensidade moderada, suficiente para desenvolver e manter a massa corporal magra (MCM) deve fazer parte de um programa de aptidão física de um adulto. Uma série de 8 a 12 repetições de oito a dez exercícios que condicionem os principais grupos musculares pelo menos duas vezes por semana são o mínimo recomendado.

#### 2.3.4 Treinamento aeróbio

No processo de envelhecimento, tem-se uma diminuição também na aptidão aeróbica, ou seja, há diminuição da resistência de uma pessoa da terceira idade ao fazer atividades duradouras ou de grande esforço, podendo se ter problemas respiratórios, cardíacos, motores e facilitando as chances de doenças crônicas. Treinamento aeróbico tem suma importância principalmente na melhor idade, pois é onde se tem maior índice de inatividade e onde se tem o maior aumento de doenças e problemas relacionados à saúde. Ao realizar atividades aeróbicas se tem a utilização da aptidão cardiorrespiratória, que melhora seu próprio rendimento. Com essa melhora, se tem o fortalecimento de músculos cardíacos, diminuindo o índice de frequência cardíaca, facilitando a circulação sanguínea e de oxigênio no sangue. (OLIVEIRA, 2013, s/p.).

Exercícios mais indicados são de média e longa duração, intensidade moderada a vigorosa e de caráter dinâmico e rítmico. Por exemplo, a caminhada, muito utilizado pela terceira idade, e o custo dessa atividade física é muito baixa e ela pode ser realizada praticamente em qualquer lugar, como na rua, parques, praia, campo, pistas atléticas, ginásios, queimar gordura e trará bem-estar. Nessa perspectiva, Jacob Filho, (1998, p. 198), afirma que,

(...) o treinamento aeróbico não influencia tanto em atividades diárias como o treinamento de força e só tem influência significativa no fortalecimento ósseo se houver impacto, sendo assim, treinamento aeróbico tem como principal função redução de riscos de doenças cardiovasculares. Se utilizado de forma errada, pode piorar a eficácia da respiração, cardíaca e até agravar doenças.

Muito utilizado em trabalhos com a melhor idade é o alongamento, que é uma atividade de manutenção ou de preparação esportiva que tende a fazer ceder as tensões musculares e a recuperar as amplitudes fisiológicas.

Conforme relata o mesmo autor, envelhecimento tende a produzir processos degenerativos em cartilagens, ligamentos, tendões e músculos, além de reduzir a massa óssea. Esses efeitos são potencializados pelo sedentarismo, e ocorrem em maior ou menor grau em função da individualidade biológica. Assim, a composição corporal tende a piorar no envelhecimento sedentário devido ao aumento do tecido adiposo e à redução das massas óssea e muscular. Todas as qualidades de aptidão física apresentam redução em seus níveis nas pessoas que envelhecem de forma sedentária, podendo dificultar a vida diária e reduzir o bem-estar psicológico e social.

Jacob Filho, (1998, p. 198), afirma ainda que,

(...) o fato de que os efeitos do sedentarismo são lentamente instalados, explica porque pessoas jovens sedentárias não costumam ter consciência dos seus efeitos. Por outro lado, as pessoas idosas sentem os efeitos do sedentarismo nas limitações que encontram para a vida diária, e nas doenças crônicas manifestas ou de difícil controle. A atividade física em geral apresenta efeitos que se contrapõem aos do envelhecimento sedentário, mas os exercícios resistidos têm se mostrado como os mais adequados para essa finalidade.

A massa muscular e a força diminuem em todas as pessoas após a maturidade. O autor ensina que a perda de massa muscular ocorre basicamente devido a processo degenerativo do sistema nervoso, que leva ao desaparecimento de moto neurônios no corno anterior da medula espinal.” Dessa maneira, algumas fibras brancas entram em processo de atrofia. Com muita frequência, associa-se a esse processo evolutivo, a hipotrofia de desuso, que não acomete apenas as pessoas sedentárias. As atividades que não impõem aos músculos esqueléticos situações de tensão relativamente elevadas, como as atividades aeróbias suaves, não impedem a hipotrofia de desuso no envelhecimento. A diminuição da velocidade dos movimentos apresenta paralelismo com a redução de massa muscular e da força. Sem estímulos adequados, são observadas importantes reduções de massa e força musculares durante o envelhecimento.

Para Witter, et al, (2013, p. 78), “os exercícios resistidos são atualmente reconhecidos como os mais importantes para pessoas idosas, não apenas pela eficiência dos efeitos promotores de saúde musculoesquelética e pelo alto grau de segurança geral, mas também pelos seus estímulos à saúde cardiovascular. ” Além disso, pessoas idosas com frequência têm dificuldades para realizar exercícios aeróbios, mesmo que suaves, como caminhar. Os fatores limitantes podem ser dores nas articulações periféricas e na coluna vertebral, vertigens, falta de equilíbrio, angina, arritmias e dispneia.

O autor assevera que, por meio da Dança Sênior tendo como principal efeito a geronto-ativação, que vem a ser movimento na terceira idade, verifica que são inúmeros os benefícios da Dança Sênior para os praticantes. É capaz de favorecer o bom desempenho físico, cognitivo, social e emocional, sendo que todos esses aspectos são

estimulados durante a prática da atividade (físicos: mobilização articular, flexibilidade muscular e coordenação motora; cognitivos: atenção e memória; sociais: interação, expressão e sentimento de pertencimento dos participantes).

Para Witter, et al, (2013, p. 81), “Já as coreografias estimulam a memória recente através da execução da capacidade que o indivíduo tem de armazenar e resgatar as coreografia, a atenção, uma vez que é necessário está atento e ligado para aprender os movimentos - a concentração e o planejamento mental,” que são trabalhados ao aprender e realizar os passos e sequências, evitando o isolamento e proporcionando a socialização, divertimento e o bem estar por está interagindo com várias pessoas num ambiente propício ao desenvolvimento interpessoal. Conforme o referido autor, outros efeitos constatados, são o aprimoramento da força muscular por meio de movimentos isométricos, ativação neuromuscular, melhora do equilíbrio e da postura corporal, assim como da agilidade.

## 2.4 Capacidade funcional do idoso

Observa-se que o envelhecimento é uma categoria de discussão, por ser um fenômeno universal e ter feito parte de todas as épocas, culturas e civilizações. Entretanto, o conhecimento que se tem diante desse processo é insatisfatório, em consequência da própria sociedade que acaba criando uma visão estereotipada da velhice. O envelhecimento é uma categoria de discussão por ser um fenômeno universal e ter feito parte de todas as épocas, culturas e civilizações.

Nesse sentido, Witter, et al, (2013, p. 208), afirma que a velhice é,

(...) um processo pelo qual, todo e qualquer indivíduo vai enfrentar, não é um estado patológico, mas as mudanças que ele acarreta tornam a pessoa mais susceptível à obtenção de doenças crônico-degenerativas. Assim, o envelhecimento se desenvolve progressivamente, de maneira contínua, naturalmente e sem possibilidades de reversão, causando debilidades e alterações funcionais sistêmicas, sendo único para cada indivíduo. A senescência gera perdas das funcionalidades do corpo de forma progressiva, acarretando limitações até mesmo na prática de atividades de vida diária do idoso.

Para alguns, a velhice está associada à enfermidade, incapacidade, dependência e improdutivismo. Surgem também, hábitos, imagens e costumes que atrelam ao processo de envelhecimento à satisfação pessoal, aprendizagem e liberdade.

Witter, et al, (2013, p. 208), explana ainda,

(...) que várias descrições foram associadas ao envelhecimento contribuindo para que a velhice, que se origina várias terminologias como “terceira idade”, “melhor idade”, “idade madura”, “idoso” e diversos conceitos que o acompanham. Portanto, que o surgimento

das diversas terminologias atrelado ao processo do envelhecimento torna-se complexo por fazer parte de discursos que envolvem relações políticas, sociais e econômicas.

As categorias idoso, velho e Terceira idade são criadas para inserir o sujeito, sociedade e nas suas diversas instituições com o intuito de manter à ordem social e a manutenção do poder. Buscando compreender o envelhecimento numa visão biogerontológica, Netto afirma que:

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. (...) o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar à morte. As manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. (NETTO, 2002, p.10).

Essa análise compreende as consequências da velhice no seu aspecto biológico, enfatizando as mudanças fisiológicas e patológicas do corpo. Conforme relatos do referido autor, o envelhecimento deve ser observado no aspecto histórico e social contextualizado.

Ainda e acordo com Netto, (2002, p.10), "(...) o tratamento dispensado a velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade, dos quais cabe à esta, construir sua visão acerca dessa última fase da vida." Portanto, o envelhecimento também não pode ser considerado, como um processo homogêneo, pois cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais tais como, classe, gênero e etnia) a ela relacionados, como saúde, educação e condições econômicas.

#### 2.4.1 Alterações Fisiológicas do Idoso

As alterações fisiológicas sofridas pelo idoso são de caráter sistêmico como já mencionado, para tanto há influência de fatores intrínsecos e extrínsecos podendo ser citados a genética, o estilo de vida, atividades, estresse, intervenções ambientais, hábitos alimentares e cuidados de saúde, levando a mudanças estruturais do corpo e de suas funções. Para Barboza, et al., (2014, p. 90), o processo de envelhecimento,

(...) é caracterizado por uma degeneração gradual e progressiva dos órgãos, tecidos e metabolismo, acarretando enfraquecimento de muitas funções. Há também perda de energia e alterações na aparência e condições psicológicas. Ocasionalmente alterações consideráveis no idoso, nos quais são destacados os aspectos

físicos, psicológicos e sociais.

Conforma explana o autor, em relação aos fatores físicos ocorrem alterações em todos os órgãos e sistemas do organismo, prejudicando não só sua função, mas também a sua reabilitação. Várias alterações relacionadas à idade surgem de forma sutil, tais como:

- Diminuição da atividade cerebral que leva a diminuição de reflexos e sensibilidade diminui a capacidade intelectual com alterações na atenção.
- Diminuição da estatura devido à compressão das vértebras e o achatamento dos discos intervertebrais.
- Apresenta perda de equilíbrio devido às mudanças motoras, os ombros se curvam, a cabeça se inclina para adiante e a curvatura dorsal acentua-se, ocorre também flexão nos joelhos, os ossos tornam-se menos resistentes e esponjosos devido à descalcificação.
- As articulações se tornam mais frágeis, ocorre perda do tônus muscular, ocasionando atrofia muscular. Sendo o coração um órgão muscular, aumenta-se o volume, a frequência cardíaca diminui e diminui também o volume de sangue que o coração bombeia. Os pulmões também diminuem de tamanho e peso.
- Alterações na pele – perde a capacidade de umidade, não retém líquido ficando seca e escamosa (cerose). A cerose é quase sempre acompanhada de prurido (coceira) além da descamação da pele. É mais frequente em mulheres devido a diminuição na produção de certos hormônios como o estrogênio e progesterona levando ao ressecamento e afinamento da pele.
- Cabelos e unhas frágeis – os cabelos ficam mais finos devido à diminuição da atividade dos folículos pilosos que com o tempo não substituem os pelos com eficiência. As unhas ficam quebradiças e espessas devido à diminuição de acesso vascular.
- Alterações nas glândulas sudoríparas e sebáceas – se atrofiam fazendo com que haja uma diminuição na capacidade da pele fornecer lubrificação causando o ressecamento generalizado da pele.
- Alterações funcionais que levam ao idoso a apresentar mudanças no funcionamento adequado do organismo causando vários transtornos
- Alteração na visão – diminuição da acuidade visual, diminuição do campo visual periférico, diminuição da adaptação claro/escuro, diminuição da noção de profundidade e diminuição da identificação de cores.
- Alterações na audição – diminuição na percepção e discriminação de sons da fala e ambiente.
- Alterações do paladar – diminuição da sensação degustativa, diminuição do interesse pela comida e diminuição na percepção de odores.
- Alterações no tato – diminuição da sensibilidade da palma das mãos e na sola dos pés e diminuição da percepção de estímulos nocivo.

Barboza, et al., (2014, p. 207), subsidiando a informação anterior, tem-se ainda:

- Alterações cutâneas, musculoesqueléticas, neurológicas, do sistema reprodutor e dos órgãos sensoriais. Esta pesquisa subsidia a compreensão acerca das alterações fisiológicas do envelhecimento. As principais transformações que afetam a capacidade, funcional do idoso se dão nos sistemas nervoso, musculoesquelético, respiratório e cardiovascular:

- Sistema nervoso: atrofia do cérebro, redução do volume do córtex cerebral, diminuição do número de neurônios em vários locais, alteração da cognição, diminuição do peso do cerebelo.
- Sistema músculo esquelético: redução do número de fibras musculares, diminuição da velocidade da contração muscular, fraqueza muscular, sarcopenia, diminuição da resistência muscular. Osteopenia, redução da resistência mecânica articular.
- Sistema respiratório: aumento do espaço morto pulmonar, achatamento dos sacos alveolares, função mucociliar diminuída, rigidez articular torácica, calcificação das cartilagens e articulações costais, fraqueza e hipotrofia dos músculos respiratórios, perda da complacência pulmonar, diminuição na produção de surfactante, redução da capacidade de oxigenação, dificuldade em realizar troca gasosa, redução da elasticidade.
- Sistema cardiovascular: hipertrofia do ventrículo esquerdo, aumento de gordura nos músculos cardíacos, rigidez e dilatação da parede arterial, alteração na contratilidade do miocárdio.

Dessa maneira, o idoso apresenta déficit na marcha, no equilíbrio, na coordenação motora, na mobilidade, de memória, alterações de humor, dificuldade em relacionar-se, fadiga, entre outros. Além dessas disso, ocorrem disfunções nos sistemas endócrino, gastrointestinal, urinário, hematopoético e tegumentar.

Sobre este assunto, Araújo, (2000, p. 25), relata,

(...) a avaliação da mobilidade articular no contexto dos estudos sobre envelhecimento, a morbidade é um dos principais indicadores de saúde analisados. Com menor frequência, encontram-se aqueles que avaliam a capacidade funcional e a autonomia, embora em muitos cenários eles sejam mais importantes que a morbidade, pois se relacionam diretamente com a qualidade de vida. O processo de envelhecimento envolve alterações em todos os sistemas do organismo humano, observando-se declínios significativos em quase todas as funções, nos diferentes componentes da capacidade funcional, em especial nas expressões da força muscular e na flexibilidade.

Conforme destaca o referido autor, com relação à força muscular, especialmente a força de prensão das mãos significa uma regressão de 3% ao ano em homens e 5% ao ano em mulheres, após estudo longitudinal com duração de quatro anos.

#### 2.4.2 Flexibilidade

Para que as pessoas da melhor idade possam realizar exercícios e tarefas domésticas, segundo Sartori et al, (2012, p. 1),

(...) a flexibilidade é importante, pois pode limitar movimentos e fazer com que a pessoa não consiga executar corretamente, prejudicando muito seu estado físico e psicológico ou até não conseguir realizar os exercícios, trazendo uma dependência. É um componente da aptidão física que, em decorrência da inatividade

física, é perdida rapidamente. E como grande parte dos idosos, são fisicamente inativos, essa perda torna-se mais evidente.

A flexibilidade pode ser definida como a máxima amplitude fisiológica passiva de determinado movimento articular. Considerada um dos componentes da aptidão e desempenho físico, sendo relevante para a execução de movimentos simples ou complexos, desempenho desportivo, manutenção da saúde e preservação da qualidade de vida. De modo, que não há definição de padrões ótimos de flexibilidade, bem como, sua variação em função da idade, gênero, raça e padrão de atividade física regular. Sobre este assunto, Spirduso, (1995, p. 432), afirma que,

(...) a perda da força muscular, não só reduz a quantidade e a natureza do movimento realizado por uma articulação, como pode ainda aumentar a probabilidade de lesão nessa articulação ou nos músculos envolvidos. É, sem dúvida, uma capacidade física muito importante nessa faixa etária, na medida em que é das principais responsáveis pela aptidão de realizar os movimentos diários com maior ou menor facilidade, como por exemplo, apertar os sapatos, pentear o cabelo, alcançar um armário, escovar os dentes, dentre outras. A elasticidade dos tendões, ligamentos e cápsulas articulares diminui com a idade devido à deficiência de colágeno, determinando que adultos percam algo como 8 a 10 cm de flexibilidade na região lombar e no quadril.

Para o referido autor, a elasticidade dos tendões, ligamentos e cápsulas articulares diminui com a idade, a flexibilidade na região lombar e no quadril. Ou seja, a flexibilidade pode ser definida como a máxima amplitude fisiológica passiva de determinado movimento articular. Assim, a perda da flexibilidade, não só reduz a quantidade e a natureza do movimento realizado por uma articulação, como pode ainda aumentar a probabilidade de lesão nessa articulação ou nos músculos envolvidos. Dessa forma, a manutenção ou ganho de flexibilidade e força muscular é uma meta importante no controle da saúde de idosos.

Dentre as alternativas para minimizar as perdas de força muscular, o referido autor, recomenda, a prática de exercício físico regular, possibilitando a melhora ou manutenção da autonomia do idoso e sua inserção social, melhora da amplitude de movimento nas articulações dos membros superiores e inferiores.

Ainda de acordo com Witter, *et al* (2013, p. 145),

(...) os exercícios mais recomendados para treinamento de flexibilidade de idosos, são os alongamentos estáticos passivos que são os mais seguros, que por sua vez dão mais elasticidade nas fibras musculares, melhoram amplitude de movimento, dão equilíbrio e estabilidade, melhoram eficácia de movimentos utilizados diariamente, enfim, melhora sua capacidade funcional e sua mobilidade, autonomia e independência, afetando positivamente o estado psicológico.

São citados também pelo referido autor, o treinamento de flexibilidade aumenta a expectativa de vida e contribuem significativamente na redução de degenerações

causadas por fatores hereditários. Assim, podem ser utilizados como estratégia preventiva primária, para manter e melhorar o estado de saúde em qualquer idade, com efeitos benéficos diretos e indiretos na prevenção e retardamento das perdas funcionais, reduzindo o risco de enfermidades e transtornos frequentes do envelhecimento.

## **2.5 Atividades lúdicas e seus benefícios para o idoso**

As atividades lúdicas são todas e quaisquer movimentos, que tem como objetivo principal produzir prazer, quando de sua execução. Segundo o Estatuto do Idoso, Lei n 10.741, de 1 de outubro de 2003, o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. (BRASIL, 2011).

Estas brincadeiras facilitam o processo de ensino e aprendizagem, desenvolvendo e aprimorando habilidades e competências, proporcionando alegria e prazer. É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, 2003).

De modo que o lúdico, ao ser trabalhado com a terceira idade, proporciona uma melhoria em: motricidade, desenvolvimento mental, emocional, moral e cognitivo, estimula a alegria, diversão, combate problemas emocionais, desestressa, educa, orienta, atenção ao corpo, possibilita a interação e a troca de experiências, proporcionando uma melhora na qualidade de vida.

Neste aspecto, o bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Paiva, (2010, p. 201), afirma que, “é um processo por qual todo e qualquer indivíduo vai enfrentar, não é um estado patológico, mas as mudanças que ele acarreta tornam a pessoa mais susceptível à obtenção de doenças crônico-degenerativas.” O envelhecimento se desenvolve progressivamente, de maneira contínua, naturalmente e sem possibilidades de reversão, causando debilidades e alterações funcionais sistêmicas, sendo único para cada indivíduo.

Segundo relatos de Barboza, *et al.*, (2014, p. 83),

(...) as vantagens da prática de exercícios físicos para idosos dependem de como se processa o envelhecimento e da rotina praticada. Um bom programa de exercícios para idosos deve enfatizar a flexibilidade, resistência aeróbica e força para a manutenção da massa muscular. Intervenções devem ser adaptadas aos desejos do indivíduo, suas preferências e necessidades, de modo a auxiliar na manutenção da atividade física em idosos adultos, sedentários e ativos. A dança é uma forma expressiva de movimentos guiados pela música. Dançar desperta emoções positivas, prazer e socialização. São esses fatores que motivam o indivíduo a dançar e os mantêm empenhados na atividade. Somente nos últimos 100 anos, apareceram os estudos sistemáticos sobre a imagem corporal e a dança, destacando sua atuação no processo biopsicossocial, dentro do âmbito da promoção à saúde, de um envelhecimento ativo e saudável.

Neste contexto, a dança vem contribuir significativamente na melhora e/ou manutenção de várias dimensões que estão inseridas no termo “qualidade de vida”, entre elas a integração social, a adaptação às condições preexistentes e a aptidão funcional.

## **2.6 A dança - definição e histórico**

Segundo a enciclopédia livre Wikipédia, 2015, não se sabe direito onde, quando ou como a dança surgiu, mas sabe-se que a dança tem grande pontos na história da humanidade. Povos antigos usavam a dança como demonstração de sua cultura, de arte, de rituais e cultos de seu povo e de sua fé. A dança, não era somente uma demonstração de arte, desde tempos antigos, era vista como a arte de se expressar, de liberar seus sentimentos, de demonstrá-los ao mundo de uma forma simbólica.

A dança era também vista dentro de cerimônias religiosas, mas não foi ao acaso, tendo influência social, política, cultural, econômica e estética. Segundo Barboza, et al., (2014, p.88),

(...) nas últimas décadas a dança ganhou força em proporções significativas, tendo grande indicação contra uma gama de doenças e dificuldade, entre elas o sedentarismo, diabetes e outras doenças que atingem com maior frequência pessoas da melhor idade. Sendo utilizada como atividade para se interagir com meio social, como um estímulo para uma vida de melhor qualidade e mais ativa. Com essa necessidade de melhorar qualidade de vida e tornar pessoas da melhor idade mais ativas, em meados dos anos setenta foi criado um estilo de dança único para a melhor idade, a Dança Sênior, que embalava esse público em festas e encontros realizados em salões de dança.

De acordo com o mesmo autor, há contribuição da Dança Sênior para o bem-estar físico e mental da melhor idade, sendo adotada até mesmo em academias como atividade mais utilizada entre professores de educação física. E não é para menos, pois o notável benefício em conjunto com uma prática saudável e prazerosa cada vez mais cresce.

Sobre este assunto, Barboza, et al., (2014, p. 89), ensina ainda que,

(...) a dança é uma das principais artes cênicas, eram chamadas de danças astroteologias em homenagens a deuses, com o passar dos anos a dança era frequentemente vinculada a prática de jogos em especial os jogos olímpicos. Tem como característica, o uso do corpo, seguindo movimentos previamente estabelecidos ou improvisados. Muito se tem falado quanto à prevenção e promoção a saúde da população idosa, visando o bem-estar e qualidade de vida aos mesmos, para isso se faz necessário intervenção multidisciplinar. Dentre as especialidades disponíveis destacam-se, a fisioterapia, e a dança sênior, que intervindo na terceira idade, é capaz de prevenir e retardar o desenvolvimento ou progressão de patologias ou distúrbios adquiridos nessa fase da vida.

A dança revela aos idosos, uma forma de diversão, uma maneira de buscar novas amizades, manter as que já existem, um meio de inclusão na sociedade e na sua própria família que é o fator principal para elas. Sobre este assunto, destaca Ribeiro, (2010, p. 29), é uma forma de atividade física capaz de gerar uma série de benefícios para a promoção da qualidade de vida dos idosos, sendo fundamental para desenvolver os estímulos dos sentidos.

E dentre eles, cita:

Visual - Ver os movimentos e transformá-los em atos;

Tátil - Sentir os movimentos e seus benefícios para seu corpo; Auditivo - Ouvir a música e dominar o seu ritmo;

Afetivo - Emoções e sentimentos transpostos na coreografia; Cognitivo - Raciocínio, ritmo, coordenação;

Motor - Esquema corporal. Também possibilita experiência positiva em diversos espaços que pode ocorrer de forma espontânea, concomitantemente com a prática de exercícios físicos, graças à praticidade adaptativa e simplificada na relação íntima que a dança tem com o corpo. Proporciona também benefícios psicológicos e sociais, além de melhorar as capacidades físicas como: o equilíbrio, flexibilidade e agilidade. (RIBEIRO, 2010, p. 29).

O autor diz ainda, que além disso, a dança como atividade recreativa aparece como uma alternativa de trabalho coletivo, que estimula a solidariedade, fazendo com que haja uma diminuição das tensões e das angústias, e conseqüentemente incentiva a idoso a buscar a socialização e o prazer de estar com pessoas da mesma faixa etária. Entre os idosos a dança é considerada uma atividade física capaz de potencializar socialização, as relações interpessoais e otimizar as atividades de vida diária.

No aspecto social, Ribeiro, (2010, p. 123), registra que,

(...) a dança revela as idosas uma forma de diversão, uma maneira de buscar novas amizades, manter as que já existem, um meio de inclusão na sociedade e na sua própria família que é o fator principal para elas. Assim o idoso sente-se participativo já que tem autonomia, isso desenvolve nele o prazer e o estimula, ou seja, também melhora o aspecto psicológico, uma gama de bons resultados que o leva a viver melhor, com qualidade de vida.

As atividades desenvolvidas em grupo, exercem no idoso um poder restaurador da afetividade, da autoestima, da autoconfiança e até um sentimento de capacidade de retorno à atividade laboral, especificamente, a Dança Sênior.

### 2.6.1 Dança Sênior e suas características

A Dança Sênior surgiu na Alemanha no ano de 1971, foi criada pela professora, coreógrafa e psicopedagoga social Ilsa Tuti. Foi criada a partir de movimentos e ritmos próprios para terceira idade, visando melhorar qualidade de vida e tirar esse público da comodidade e sedentarismo.

Segundo Cassiano *et al.*, (2009, p 207),

É composta por coreografias altamente sistematizadas e adaptadas às necessidades da pessoa idosa, trabalhando atenção, ritmo, memória recente, entre outras habilidades psicomotoras e cognitivas. Além disso, proporciona ao idoso, melhor condicionamento físico, social, emocional, entre outros fatores que interferem para uma melhor qualidade de vida. Essa modalidade de dança foi idealizada pela alemã Ilse Tutt e trazida ao Brasil em 1978 por Christel Webber. É realizada em grupo e com seus participantes em círculo, ora sentados, ora em pé, ora em pares, em fileiras ou dispersos pelo salão.

Exige dos participantes movimentos amplos, rápidos, lentos, coordenados, simultâneos, ritmados, acompanhando a marcação do dirigente e do grupo. Utilizada como recurso terapêutico, ela possibilita a expressão emocional, favorecendo o pensar criativo e o autoconhecimento (ASSOCIAÇÃO DE DANÇA SÊNIOR, 2005).

Tem como característica um conjunto de coreografias baseadas em danças folclóricas e de salão de diversas origens, utiliza melodias alegres, calmas e ritmadas que ajudam na percepção e na execução dos passos. Outra característica marcante da Dança Sênior é não utilizar pares pré-definidos para iniciar-se, pelo contrário, a troca de parceiros nesta dança é utilizada frequentemente para melhorar a interação dos praticantes entre si, ou seja, é utilizada também como meio de socialização, melhora autoestima e bem-estar.

Sessões de Dança Sênior são de baixa duração, baixo impacto e sem muito esforço físico. Tem três estilos distintos em si, conforme explana, Cassiano et al, (2009, p. 145):

- a. Dança Sênior propriamente dita, que é realizada em pé e geralmente é em pares ou em roda. É a mais utilizada atualmente.
- b. Dança Sentada que é uma dança com a pessoa sentada, possibilita que pessoas da melhor idade que não tem um bom equilíbrio ou que não podem ficar em pé por algum problema participem da dança. Além de permitir a participação de todos, causa uma grande interação de todos, não importando limites físicos de equilíbrio e locomoção.
- c. Geronto Ativação que é uma sequência de movimentos que são realizados para ativar o corpo antes do início da prática de danças. Para pessoas da melhor idade é fundamental, e com corpo mais preparado, diminui muito as chances de acidentes, quedas durante atividade e faz com que a pessoa possa realizar as atividades com mais disposição.

A Dança Sênior pode ser praticada por pessoas de todas as faixas etárias, porém ela é direcionada principalmente para faixa etária acima de 50 anos. Nos dias atuais, se tem conhecimento, de que a Dança Sênior, é utilizada em 14 países, mas com sua grande evolução, crescimento do público da melhor idade e a necessidade de melhorar a qualidade de vida deles, espera-se que ela atinja mais países futuramente. (CASSIANO *et al*, 2009, p. 145).

Assim, a Dança Sênior é uma atividade que trabalha o indivíduo em sua totalidade promovendo a ativação, retardando o processo patológico decorrente das alterações estruturais e funcionais do envelhecimento. Constata-se, portanto, que são inúmeros os efeitos benéficos da prática dessa dança, desde os aspectos motores e funcionais, aos psíquicos e sociais, tanto que os participantes se apaixonam e requerem sempre mais.

### **2.6.2 Benefícios da Dança Sênior**

A dança como uma atividade física melhoram a flexibilidade, condicionamento aeróbico, coordenação motora e perda de peso, entre tantos outros. Os benefícios vão muito além do bem-estar físico, é uma verdadeira terapia para a alma.

Segundo Witter *et al*, (2013, p. 34),

(...) a socialização, combate à depressão e a timidez, alegria, autoestima elevada e muita disposição para vencer as dificuldades encontradas no dia-a-dia, são apenas algumas transformações que se mostram em quem se arrisca a adentrar ao mundo da dança. Assim como a música é considerada a arte de manifestar diversos afetos da nossa alma mediante ao som, a dança é mais que uma técnica, é preciso sentir.

O autor relata que, quando os primeiros passos são ensaiados, consegue-se desprender-se dos medos e preconceitos e veem seu estilo de vida ser transformado

pouco a pouco. A dança Sênior, é usada em atividades físicas com idosos, pois seus benefícios são inigualáveis e importantíssimos. São vários motivos que levam os idosos a procurarem esta atividade. Portanto, ser velho é uma chance que cada dia mais pessoas conseguem alcançar, há necessidade de manter-se o corpo em atividade saudável a fim de conservar as funções vitais em bom funcionamento, pois o corpo em movimento é fator de saúde e alegria.

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia de pesquisa utilizada para aprofundar os conhecimentos, consistiu em pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo e interpretativo, assunto abordado por meio de uma revisão sistemática de literatura para rever conceitos, origem, questões históricas, e sociológicas que envolvem as práticas do serviço social, no Serviço de Convivência do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS.

A intenção é entender a metodologia utilizada para aprofundar os conhecimentos e alcançar os objetivos propostos, bem como identificar os benefícios para a saúde do idoso, por meio da prática da dança sênior no CRAS.

Utilizou-se também, diferentes instrumentos, nomeadamente, as produções escritas em contexto sobre o serviço social, vida do idoso, terceira idade, flexibilidade e saúde do idoso. Inicialmente foi feito um estudo mais amplo, trabalhando genericamente, a saúde do idoso, mediante exercícios físicos.

O trabalho foi desenvolvido por meio de livros, monografias, artigos periódicos e via internet. O objetivo do uso desta metodologia foi explanar os principais tópicos teóricos relacionados ao idoso/velhice, para então iniciar um aprofundamento no assunto específico, dança Sênior. Inicialmente, foi realizada uma busca na base de dados MedLine, Lilacs e Bireme, desde o ano de (2010 a 2017), com as palavras “dança sênior.”

Este estudo contempla uma estruturação que é intrínseca ao processo de melhoria da saúde do idoso. Em outras palavras, neste desenvolvimento de trabalho foram abordadas teorias, nomenclaturas e conceitos imprescindíveis para o entendimento do conteúdo que busca o desenvolvimento do assunto em pauta. Foram inseridas também, de forma mais detalhada, as explicações, citações e teorias direcionadas exclusivamente à saúde do idoso, velhice, dança sênior, tais como, conceitos, tipos, estilos, aplicações e outros aspectos.

### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Inicialmente, constatou-se, que apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, uma melhora interessante foi observada em um ano de atividade, no CRAS, levando a concluir que a *dança sênior* é uma atividade válida para a manutenção ou melhora das habilidades motoras e da qualidade de vida em indivíduos na terceira idade e pode proporcionar benefícios em relação aos efeitos deletérios do processo do envelhecimento.

Foi possível constatar, que a Dança Sênior faz com que os idosos trabalhem fisicamente com planejamento, tomada de decisão e monitoramento. Essas tarefas relacionam as capacidades funcionais a partir de um conjunto sistematizado de coreografias, especialmente adaptadas às possibilidades e às necessidades da pessoa idosa. Através da Dança Sênior, se trabalha a funcionalidade respeitando suas limitações, ao mesmo tempo em que ele se diverte. É uma atividade prazerosa, saudável, leve, fascinante e alegre, tira o idoso daquele patamar de imobilidade e inutilidade para uma realidade onde ele é o autor principal, sendo ativo e participativo, usufruindo do bem-estar, auto estima e socialização.

Na Dança Sênior as coreografias são realizadas com os praticantes em pé, sentados, em círculos, em pares, com uso de lenços, bastões e outros. É uma atividade voltada para a população idosa que envolve a música e a atividade física; exige dos participantes movimentos amplos, rápidos e lentos, coordenados, simultâneos, ritmados, acompanhando a marcação do dirigente e do grupo.

O repertório é diversificado, do ponto de vista de ritmos, coreografias e complexidade de movimentos. Esse fato favorece a adequação da dança sênior ao grupo, às suas demandas físicas, cognitivas e emocionais, visto que o idoso realiza os exercícios dentro dos seus limites e capacidade. Todavia, foi possível observar que a perda de força, associada à diminuição da flexibilidade em todas as articulações, afeta o equilíbrio, a postura e o desempenho funcional, aumenta o risco de quedas e problemas respiratórios, diminui a velocidade da marcha e dificulta as atividades da rotina diária. O movimento de passar de sentado para em pé é uma das atividades mais executadas na vida diária de um indivíduo. É um movimento complexo cuja realização é pré-requisito para garantir uma postura em pé e essencial para o início da marcha.

Dessa forma compreendeu-se que a perda da flexibilidade, está associada a maior risco de institucionalização e quedas e, em alguns estudos com longevos, foi considerada um fator de risco independente para mortalidade. Inúmeros estudos têm demonstrado associação entre o aumento da idade e a maior chance de dependência funcional, como também a alta prevalência de incapacidade funcional ou capacidade funcional limitada na população idosa, nos dias atuais.

Nesse sentido, algumas pesquisas destacam o declínio da capacidade funcional, que pode estar associado a uma série de fatores multidimensionais, que interagem e determinam essa capacidade em idosos, sendo que a identificação precoce desses fatores pode auxiliar na prevenção da dependência funcional neste grupo. Portanto, devem ser acompanhados para uma melhor qualidade de vida no sentido de se tornarem isentos de um alto custo de dependência. Observou-se, portanto, que a capacidade funcional se refere à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio.

Nesse contexto, conclui-se que o envelhecimento é um dos fenômenos que mais se evidencia nas sociedades atuais. Verificou-se que a conjugação do decréscimo progressivo das taxas de natalidade com o aumento gradual da esperança média de vida, tem-se traduzido no envelhecimento populacional. Desta forma, entender o processo de envelhecimento é importante não apenas para entender a etiologia associada aos processos degenerativos que lhe estão associados, mas fundamentalmente para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida, de uma forma autônoma e qualitativamente positiva.

No entanto, este processo depende, não apenas na condição genética mas, sobretudo dos hábitos que se tem, ao longo da vida. Daí a importância da Dança Sênior dança, como exercício físico, uma vez que esta, estimula a respiração e intensifica a circulação sanguínea, favorecendo então a oxigenação e irrigação celular, benefícios desse tipo de atividade física. Trata-se de um recurso que viabiliza a o envelhecimento ativo, interferindo favoravelmente no desencadeamento, progressão ou sequelas de doenças comuns a estes indivíduos em questão.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, CGS. **Correlação entre diferentes métodos lineares adimensionais de avaliação da mobilidade articular.** Ver. Bras. Ciên. e Mov. 2000;8(2):25-32.

ASSOCIAÇÃO DE DANÇA SÊNIOR. **História da Dança Sênior.** 2005. O que é dança sênior? Disponível em: <[www.portal-bethesda.org.br/danca\\_senior.htm](http://www.portal-bethesda.org.br/danca_senior.htm)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BARBOZA, N. M. et al. **Efetividade da fisioterapia associada à dança em idosos saudáveis: ensaio clínico aleatório.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 87-98, 2014.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** Tradução: Maria Franco Monteiro – 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei 10.741, 2003.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional do Idoso.** Lei 8.842, 1994 BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica NOB/Suas). Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Brasil, O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Para os Idosos. Brasília 2012.

\_\_\_\_\_. **Brasil por sexo e idade 1980-2050.** Revisão 2008. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. N. 24. Rio de Janeiro: IBGE, 2008

\_\_\_\_\_. **Tipificação dos Serviços Sócio assistenciais.** Brasília 2009.

CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986.

CARVALHO, P. C. D. et al. **Avaliação da qualidade de vida antes e após a terapia com dança sênior em pacientes hemiparéticos pós-AVE.** ConScientiae Saúde, v. 11, n. 4, p. 573-579, 2012.

CASSIANO, J. G. et al. **Dança sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos.** Rev. Bras. de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 204-212, mai/ago 2009.

COSTA, Valeria, C I. **Fisiologia do Adulto e Idoso.** Fisiologia do adulto saudável, Fisiologia do envelhecimento: o declínio dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, reprodutor, digestório, endócrino e nervoso. Ribeirão Preto 2008.

FARIA, JC, Machala CC, Dias RC, Dias JMD. **Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos.** Acta Fisiatr 2003.

FARIAS, R.C.P.; SILVA, R.S.A; OLIVEIRA, K.D. **Significados da participação em um núcleo de convivência de idosos.** In: VI Workshop de Análise Ergonômica do

Trabalho. III Encontro Mineiro de estudos em Ergonomia. VIII Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica. Minas Gerais, 2014.

FREITAS, E. V. D.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Primeiros resultados definitivos do censo 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/pt/noticias-censo>>. Acesso em: 03/01/2018.

\_\_\_\_\_. **Primeiros resultados definitivos do censo 2008**. Disponível em: <<http://censo2008.ibge.gov.br/pt/noticias-censo>>. Acesso em: 05/01/2018.

JACOB FILHO, W. **Promoção da saúde do idoso**. São Paulo: Lemos; 1.998.

MAZZONI, S. O que é a dança sênior? **Revista Sênior** – Danças Circulares, 2007.

METZNER A. C; ET AL. Revista Fafibe *On-Line* — ano V – n.5 — nov. 2012 — ISSN 1808-6993 [unifafibe.com.br/revistafafibeonline](http://unifafibe.com.br/revistafafibeonline) — Centro Universitário UNIFAFIBE — Bebedouro-SP. Acesso em: 03/01/2018.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein, v. 6, p. (Supl 1) S4-S6, 2008.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina, Editora Mediograf, 4ª edição, 2006.

NELSON, M.E.; REJESKI, W. J.; BLAIR, S.N.; DUNCAN, P.W.; JUDGE, J.O.; et al. **Physical activity and public health in older adults**: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercice*. 2007.

NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NETTO, F.L.M. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso**. Revista Pensar a prática, v.7, n.1, 2002.

OLIVEIRA, L. C. D.; PIVOTO, E. A.; VIANNA, P. C. P. **Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36**. *Acta Fisiatras*. v. 16, n. 3, p. 101-104, 2013.

\_\_\_\_\_. **Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36**. *Acta Fisiatr*. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde, Brasília. OPAS, 2005.

\_\_\_\_\_. (OMS). **O papel da atividade física no Envelhecimento saudável.** Florianópolis, 2006.

PAIVA, A. C. D. S. et al. **Dança e envelhecimento:** uma parceria em movimento. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 15, n. 1, 2010.

RAMOS, L. R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano:** Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19(3), p. 793-798, mai – jun 2003.

RIBEIRO, J. A. B.; CAVALLI, A. S.; CAVALLI, M. O.; POGORZELSKI, L. V.; PRESTES, M. R.; RICARDO, L. I. C. **Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 34, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2010.

SARTORI, Madrison Nunes, 2012, et al, EF Deportes.com. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 17, nº 169, junho de 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd169/a-flexibilidade-e-o-idoso.html>> Acesso em: 04/01/2018

SIMAO, Robert; *et al* 2003. **Treinamento de Força Para Idosos.** Disponível em: [www.sanny.com.br](http://www.sanny.com.br). Acesso em 04 de jan 2018.

SOUSA, Caroline P; **Uma proposta de dança na melhor idade.** Revista Pensar a Prática; 2002; Disponível em: <38 <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/80/2676> > Acesso em: 05/01/2018.

SPIRDUSO, WW. **Physical dimensions of aging.** Champaign, IL: Human Kinetics; 1995.

WITTER, C. et al. **Envelhecimento e dança:** análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde. Rev. Bras, Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 191-199, 2013.