

SABRINA ALVES FERREIRA

Depressão e Atividade Física na 3ª Idade: Uma Revisão da Literatura

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Campinas/SP
2002**

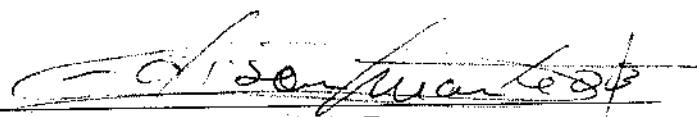
SABRINA ALVES FERREIRA



Depressão e Atividade Física na 3ª Idade: Uma Revisão da Literatura

Monografia apresentada como
requisito parcial para a obtenção
do título de bacharel em
Educação Física, modalidade
Treinamento em Esportes à
Faculdade de Educação Física da
Universidade Estadual de
Campinas, sob orientação do
Professor Doutor Edison Duarte.

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Campinas/SP
2002**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edson Duarte', is written over a horizontal line.

Professor Doutor Edson Duarte
Orientador

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida que é bela.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo na busca de novos conhecimentos, pelo amor e carinho para comigo.

Agradeço ao meu orientador e, mais que isso, um grande amigo, Edison Duarte, pela paciência e dedicação dispensadas durante todos esses anos na FEF.

Agradeço aos professores Vera Aparecida Madruga Forti e José Antonio S. Barbosa pela atenção e apoio na realização deste trabalho. Agradeço ao meu “co-orientador” e “irmão”, Diego Ferrer, por todo “trabalho” que proporcionei; por toda tensão, angústia e sofrimento compartilhados. Muito Obrigada mesmo!

Agradeço aos amigos: Helena, Camila, Robertinha, Eva e Maíu, Tatan, Renata, Rodrigo, Luciana, Fernanda, Fernandos, Covil, Hugo, Julia, Marianna, Márcio, Ana Clara, Léa, Bia, Kátia, Natalie, Nina, André, Tati, Rafa, Carol, Danilo, e todos os outros.

SUMÁRIO

Resumo	1
Introdução	2
Metodologia	3
1. A Terceira idade	5
1.1.O envelhecimento e a velhice	5
1.2.Processo do regime demográfico	10
1.3.Expectativa e atitudes do envelhecimento	12
1.4.Idade X Saúde	14
1.5.Aspectos Biopsicossociais do envelhecimento	15
1.5.1. Senescência e Senilidade	15
1.5.2. Principais alterações e teorias biológicas do envelhecimento	17
1.5.3. Psicologia do envelhecimento	21
1.5.4. Sociologia do envelhecimento	27
2. Atividade física, saúde e terceira idade	29
2.1. Aspectos da atividade física no contexto da terceira idade	33
2.2 A avaliação física e funcional do idoso	36
3. Depressão	43
3.1.Conceito de depressão	43
3.2.Exercício e saúde mental	44
4. Depressão na terceira idade	50
4.1.Epidemiologia da depressão no idoso	50
4.2.As formas clínicas clássicas da depressão nos idosos	51
Considerações Finais	54
Referências Bibliográficas	56

RESUMO

No presente estudo realizamos uma revisão de literatura sobre atividade física, depressão e terceira idade. Estes temas foram pesquisados em obras de referências nas áreas, e procuramos enfocar aspectos que são importantes para o conhecimento do profissional em educação física. Nossa pesquisa é de caráter qualitativo e tem como técnica a documentação indireta. Organizamos o trabalho por temas na seguinte sequência: terceira idade; atividade física e saúde; depressão; depressão na terceira idade e atividade física na terceira idade. Temos a preocupação de alertar os profissionais de educação física e da saúde para uma reflexão esclarecida sobre os três centrais, com o intuito de proporcionar uma atuação mais segura, eficiente e humana, que tenha como instrumento de trabalho o respeito, a tolerância e a cooperação, para que possamos compreender e auxiliar nas limitações, dificuldades e insatisfações das pessoas na terceira idade. Tais relações são de importância para a estruturação e planejamento de programas de atividade física para a população considerada nesse estudo.

Palavras-chaves: **Depressão, Atividade Física, Terceira Idade.**

INTRODUÇÃO

A população mundial vem aumentando a cada dia que passa e o maior aumento populacional se dá nos países que estão em desenvolvimento. Isto ocorre devido a falta de políticas governamentais adequadas de controle de natalidade; ao planejamento populacional; ao analfabetismo e a falta de instrução da população, entre outros. Outros fatores como os avanços das ciências médicas, saneamento básico, pesquisas na área da saúde, que contribuem para o aumento da expectativa de vida. Isto posto, observamos o aumento da população idosa.

A ONU, em 1982, buscou dados para a realização de uma “Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento”, ocorrida em Viena. Esta assembléia declarou o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento, fenômeno universal dos tempos atuais. Ficando estabelecido que a Terceira Idade tem início a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos e nos demais a partir de 60 anos, devido ao envelhecimento mais precoce de suas populações. Dessa forma, haveria maiores possibilidades de acesso a políticas de assistência gerontológica a uma faixa populacional mais ampla (CORRÊA, 1996).

Pensando nisso, o Brasil, que se enquadra perfeitamente nestas condições, em que a terceira idade é a faixa etária mais emergente, surge a preocupação para a questão das pessoas idosas que sofrem enorme segregação social e dificuldades de adaptarem aos novos tempos.

De acordo com Corrêa (1996), o Brasil, no contexto mundial, apresentou um processo de crescimento populacional mais notável até o censo de 1970, depois houve um decréscimo dessas taxas, com menos nascimentos e acentuada redução da mortalidade infantil. O país, conhecido como o “País de Jovens” começa a apresentar taxas progressivamente maiores de envelhecimento populacional.

Dessa maneira, a partir das experiências e conteúdos adquiridos na Faculdade de Educação Física da Unicamp, esta área da educação física despertou-nos a curiosidade de conhecer a relação entre a atividade física e a depressão em pessoas da terceira idade.

A presente monografia tem como **objetivo fazer revisar a literatura sobre a depressão e a atividade física na terceira idade, correlacionando esses temas, com intenção de que estudos futuros venham a ser realizados por nós.**

Para atingir nosso objetivo, esta pesquisa teórica fundamenta-se na busca de esclarecimentos de alguns conceitos e conteúdos sobre os temas, de acordo com certos autores da área. Primeiramente, é importante conceituarmos a velhice e o envelhecimento, para que seja posteriormente caracterizado o público em questão e assim, definirmos o que é a depressão, quais

são os tipos de depressão na terceira idade. Em seguida será apresentada uma abordagem sobre atividade física, visando identificar os benefícios que atividade física pode possibilitar para um envelhecimento de forma saudável.

No primeiro capítulo, buscamos a definição de envelhecimento e velhice, senescência e senilidade. Outros aspectos são abordados, como por exemplo, os biopsicossociais e os processos do regime demográfico. Em seguida, no segundo capítulo, contextualizamos a atividade física num panorama de saúde na terceira idade considerando a avaliação deste física e funcionalmente. No próximo capítulo, *Depressão*, abordamos o conceito de depressão e a influência do exercício físico na saúde mental. No quarto capítulo, enfatizamos a questão da depressão na terceira idade nas suas peculiaridades, ou seja, a epidemiologia e as formas clínicas de depressão. Por fim, tecemos as nossas considerações finais.

METODOLOGIA

Para que possamos caracterizar a metodologia utilizada é necessário primeiramente identificarmos a técnica de pesquisa na qual esta monografia está inserida. De acordo com Lakatos & Marconi (1995, p.174), *“Técnica é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática. Toda ciência utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos”*.

Para tanto, a técnica que buscamos é a *documentação indireta*, que implica no levantamento de dados de variadas fontes. Toda pesquisa, quaisquer que sejam os métodos ou técnicas empregadas, necessita deste material-fonte geral como forma de conhecimentos que servem de *back-ground* ao campo de interesse, e também para evitar possíveis duplicações e/ou esforços desnecessários. O levantamento de dados pode ainda sugerir problemas, hipóteses e orientar para outras fontes de coleta (LAKATOS & MARCONI, 1995).

Nesta fase da pesquisa, o intuito é recolher informações prévias sobre o campo de interesse. O levantamento de dados, início de qualquer pesquisa científica, pode ser feito de duas maneiras: a pesquisa documental, em que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, o que se denomina de fontes primárias, podendo ser feitas no momento em que o fenômeno ocorre, ou depois; e a pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias, a qual utilizamos.

Segundo Lakatos & Marconi (1995, p.183) a *pesquisa bibliográfica*, ou de fontes secundárias

“abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas”.

Para Manzo (APUD LAKATOS & MARCONI, 1995, p. 183), a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientes e tem por objetivo permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações.

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica não é uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, podendo chegar a conclusões inovadoras. Possibilita relacionar determinados temas investigando as consequências e a especificidade do assunto em questão.

Da mesma forma que as fontes de documentos variam, as bibliográficas também, fornecendo ao pesquisador diversos dados e exigindo manipulação e procedimentos diferentes. Esta pesquisa é realizada a partir de publicações – livros, teses, monografias, publicações avulsas, pesquisas etc. E compreende quatro fases distintas: identificação, localização, compilação e fichamento (LAKATOS & MARCONI, 1995).

Desta forma, optamos neste trabalho pela pesquisa qualitativa do tipo bibliográfica, utilizando-se da técnica de documentação indireta. Esta metodologia, do nosso ponto de vista, é a mais adequada para cumprirmos o objetivo do trabalho.

1 - A TERCEIRA IDADE

1.1 - O envelhecimento e a velhice

Para que possamos compreender esta fase da vida é preciso primeiramente conceituarmos a *velhice e o envelhecimento*. A velhice é uma etapa da vida do ser humano que pode ser analisada sob o ponto de vista orgânico, com suas alterações anatômicas, fisiológicas, psíquicas e pela ótica moral e social. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS - (APUD ARAÚJO, 2001, p. 6) a velhice é *"...o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas"*.

Para FERREIRA (APUD ARAÚJO, 2001, p. 6) o envelhecimento é:

"... um processo biológico básico que, em cada indivíduo, evolui continuamente da concepção até a morte, sendo, portanto, um exemplo de obsolescência planificada, que assegura a morte do indivíduo para permitir a sobrevivência da espécie. Logo, devemos entender ser a vida finita, ficando clara sua condição ecológico-evolutiva, no sentido de garantir a perpetuação das espécies".

Se o envelhecimento não pode ser confundido com uma doença, ele traz transformações de tal monta no organismo que poderão prejudicar seu bom rendimento e fazer com que, muitas vezes, ele não se distancie dos processos patológicos (CORREA, 1996).

A esse respeito, dizem Zimberg & Kaufman, citados por Vargas (APUD CORRÊA, 1996, p.43):

"Com freqüência se diz que o envelhecimento é, virtualmente, sinônimo de deterioração física, e entre as opiniões que consideram a velhice como um processo que conduz à morte, se encontra a tese de que a gente morre por causa de enfermidades. Aqueles que sustentam essa teoria assinalam que, com o passar dos anos, reduz-se a capacidade de restabelecer a homeostase e que, pouco a pouco, se deterioram as funções orgânicas fundamentais".

Shuller Perez (APUD ARAÚJO, 2001) diz que o processo de envelhecimento é lento, progressivo e inevitável. É caracterizado pela diminuição da atividade fisiológica e da adaptação ao meio externo, acumulando processos patológicos com o passar dos anos.

Para Matsudo (APUD ARAÚJO, 2001) o envelhecimento é a continuidade de processos que acontecem nos seres vivos e, com o passar dos tempos, leva à perda da adaptabilidade, à alteração funcional e, eventualmente, a morte.

Para Strehler “o envelhecimento é um fenômeno universal, intrínseco, progressivo e deletério”. Para Lansing, gerontólogo americano, “o envelhecimento é um processo progressivo de mudança desfavorável, geralmente ligado a passagem do tempo, tornando-se aparente depois da maturidade e desembocando invariavelmente na morte (APUD CORRÊA, 1996, p. 44).

Já para Neri (1993) o conceito de envelhecimento não é tão simples assim. A autora conceitua a questão do desenvolvimento a partir da “*perspectiva teórica de curso de vida*”. Os conceitos originados da biologia e da física apóiam a visão de que o envelhecimento humano é uma desorganização crescente do sistema, determinada por elementos biológicos, genéticos, psicológicos e socioculturais. Significando que os acontecimentos de origem biológica determinam o limite final para a longevidade da espécie e seu ‘ritmo’ de maturação. Sendo assim, a determinação do envelhecimento ocorre por meio da interação dos aspectos genético-biológicos do homem com outras espécies, interagido aos elementos da natureza e aos do mundo construído pelo ser humano.

Além disso, a autora inclui a noção de “*tempo intrínseco*”, considerando a perspectiva de curso de vida. Essa interação provoca modificações que podem ser determinadas por ação de acontecimentos positivos, quando o organismo tende a evoluir para outras formas de equilíbrio, como para a “*desordem*”.

Esse ‘*tempo intrínseco*’ origina-se dos processos físicos, biológicos, psicológicos e sociais, como propriedades emergentes de sua dinâmica. Portanto, a idade cronológica não determina basicamente o desenvolvimento e o envelhecimento, e sim, o tempo intrínseco.

Busse (APUD CORRÊA, 1996, p.44) diz:

“Na consideração dos fenômenos do envelhecimento, deve-se incluir uma evolução das necessidades da pessoa idosa em adaptar-se, tanto física como psicologicamente, a uma deterioração geral do funcionamento físico que pode abranger todo o organismo ou uma enfermidade específica de um órgão”.

Já Pfeiffer, considera o envelhecimento como uma época de profundas modificações psicossociais, e denominou este período da vida como “uma estação das perdas”. Kane confirma:

“envelhecer é um tempo de perdas: perda do papel social (geralmente através da aposentadoria), perda do dinheiro, perda de amigos e parentes (através da morte e mobilidade). E pode ser também uma época de temor: medo pela segurança pessoal, pela insegurança financeira, de dependência e da morte” (APUD CORRÊA, 1996, p.44).

Papaléo Netto (APUD ARAÚJO, 2001) comenta também que não basta conceituar o envelhecimento apenas pela ótica biológica, é preciso considerar os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos que também participam desse processo, que geralmente é muito pessoal. Cada pessoa envelhece em diferentes níveis e graus de involuções, no sentido de que funções e capacidades declinam mais rapidamente que outras.

O autor, Papaléo Netto caracteriza o envelhecimento em seis aspectos:

- *Biológico*: o processo de envelhecimento começa tão precocemente quanto a puberdade, sendo contínuo durante toda a vida.
- *Social*: as características da pessoa idosa variam conforme o quadro cultural, o transcorrer das gerações e, principalmente, as condições de vida e trabalho, sendo que as desigualdades dessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer.
- *Intelectual*: aqui, a velhice caracteriza-se pelos lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, orientação e concentração.
- *Econômico*: a velhice é determinada a partir do momento em que a pessoa abandona o mercado de trabalho, deixando de ser economicamente ativa.
- *Funcional*: o indivíduo é considerado um idoso quando já necessita de outras pessoas para o atendimento de suas necessidades básicas ou de tarefas habituais.
- *Cronológica*: nesse aspecto, a caracterização é dependente de muitas variáveis, como desenvolvimento sócio-econômico de cada sociedade, sinais irreversíveis de envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade nas diferentes idades cronológicas.

Em Magalhães (APUD ARAÚJO, 2001) encontra-se uma classificação semelhante, porém, com algumas diferenças significativas. Segundo ele, o ser humano percorre o ciclo inevitável da vida, interrompido ou não, que vai do nascimento até a morte, desde a etapa de concepção, desenvolvimento intra-uterino, nascimento, infância, adolescência, maturidade, velhice e morte.

O autor coloca o ciclo ternário da vida como os períodos de formação, de produção e de inatividade, correspondente ao modelo social constituído após o advento da aposentadoria. De

qualquer forma, o autor, atribui significados, valor e função social aos diversos momentos e etapas da existência.

No aspecto cronológico há uma diferença, que vai além de Papaléo, quando coloca a influência da diversificação dos calendários e a idade cronológica anotada de maneira distinta, de acordo com a sociedade considerada. A idade social varia, numa mesma sociedade, segundo a perspectiva de quem avalia a idade, como em função do movimento histórico considerado. Biologicamente, é preciso que as áreas econômicas, sociais e culturais, indispensáveis para garantir uma boa qualidade de vida, acompanhem a evolução das áreas farmacêuticas, médicas e sanitárias, pois a tendência é a melhoria e o aumento do percurso de vida.

Ainda na análise de Magalhães, a expectativa de vida, cronologicamente, aumenta nas camadas mais elevadas e nas regiões mais desenvolvidas do país, numa convivência desigual com a camada de indivíduos das regiões menos favorecidas do país. Socialmente, é construído no país um modelo social de rejuvenescimento dos indivíduos a partir dos 50 anos nas elites urbanas, mas em contrapartida, um modelo de morte social, causada pelo isolamento, nas camadas menos favorecidas. Está-se forjando um modelo de marginalidade, socialmente antecipada, para a maioria dos trabalhadores assalariados de baixa renda e desprovidos de patrimônio e renda.

Contrapondo-se a essas opiniões pessimistas acerca do envelhecimento, Beauvoir (APUD CORRÊA, 1996, p. 44) diz que “sábios , filósofos, escritores situam geralmente o apogeu do indivíduo no meio de sua vida. E alguns deles consideram a própria velhice como a época privilegiada da existência, trazendo experiência, sabedoria e paz”.

Para Alonso-Fernández, citado por Vargas (APUD CORRÊA, 1996, p.44) alega que:

“as dificuldades psicológicas se acumulam na velhice das pessoas insatisfeitas, inadaptadas ou neuróticas. Uma vida adequadamente vivida constitui, pelo contrário, um magnífico escudo contra os riscos psicológicos que a velhice comporta. A continuidade das conexões própria da vida não se rompe na senectude”.

Corrêa (1996, p. 46), acredita num processo de envelhecimento integrado em que os fatores biológicos somam-se aos ambientais e aos psicológicos. Sendo esta uma visão biopsicossocial do envelhecimento. E aponta a teoria integracionista dos processos de mudanças no desenvolvimento e no envelhecimento, formulada por Dannefer e Perlmutter em 1990; são descritos três processos:

1. *Ontogenia Física:* é o processo de regulação biológica que responde pelas mudanças regulares, idade-relacionadas, descrevendo o desenvolvimento individual. É um processo altamente programado que se inicia antes do nascimento; dirige a maturação do cérebro, o crescimento físico e alguns acontecimentos guiados pelos hormônios como a puberdade. Pode também ser responsável por algumas das mudanças associadas com o envelhecimento. Embora seja primariamente biológico tanto os acontecimentos físicos como sociais afetam seu curso. Má nutrição restringe o crescimento programado; estimulação visual e social inadequada pode prejudicar a maturação do cérebro; falta de exercícios pode desencadear uma deterioração física associada com o envelhecimento. A ontogenia física é um processo relativamente fechado ou programado e tem seu impacto maior no início e no fim da vida.
2. *Habituação Ambiental:* é o processo de gravação da experiência e de desenvolver mais ou menos respostas automáticas. A habituação é a forma mais simples de aprendizado e pode ser encontrada em cada nível biológico, da célula à mente. Refere-se a um aprendizado em resposta a um estímulo, após contato contínuo ou repetido, e com o tempo já não o percebemos. Existe antes do nascimento e, é produzida pela interação do organismo e o meio; pode ser ativa ou passiva. Ativa porque nós impomos uma estrutura conceptual aprendida nos estímulos que recebemos do meio. Passiva porque é altamente reativa. Tem seu maior impacto na infância, quando estamos aprendendo a categorizar o mundo e desenvolvendo formas de lidar com o mesmo. A habituação não é programada, mas sim altamente organizada pelo mundo social, portanto trata-se de um processo aberto.
3. *Generatividade cognitiva:* consiste na consciência cognitiva do self e do mundo. Envolve a consciência e o processo intencional da experiência, o que significa que é autogerada. É o último processo a afetar o desenvolvimento. Emerge somente após a criança ser capaz de pensar sobre o passado e o futuro e desenvolver propósitos e intenções. Cresce paralelamente aos dois outros processos, dependendo do neocórtex desenvolvido pela ontogenia física e pelo conhecimento estável do meio construído através da habituação. Também depende dos estímulos sociais porque o self se desenvolve numa integração com o mundo social. Através do tempo de vida, a generatividade interage continuamente com a habituação, confirmando, modificando e reorganizando a estrutura desenvolvida pela habituação. É o processo mais aberto e o último a ser programado, sendo a base da inteligência humana, permitindo algum controle sobre a construção do nosso self, nossa situação e nosso mundo social.

O processo de ontogenia trabalha de forma similar em muitos ambientes humanos e as mudanças que ele produz são previsíveis. Mas as mudanças obtidas com a habituação e a generatividade cognitiva dependem primariamente da natureza de nosso meio, sobre nossas circunstâncias sociais, culturais e econômicas.

1.2 - Processo do regime demográfico

O fenômeno de envelhecimento populacional no mundo é um processo constante. Os países desenvolvidos apresentam taxas de envelhecimento cada vez mais elevadas, entretanto, o maior aumento populacional se dá, atualmente, nos países em desenvolvimento, visto que nos países desenvolvidos, devido a políticas rigorosas de controle da natalidade iniciadas na década de 1950, o crescimento populacional é quase nulo (CORRÊA, 1996).

Segundo dados da Assembléia Mundial do Envelhecimento, da ONU, em 1982, de acordo com Salgado (APUD CORRÊA, 1996), nas nações desenvolvidas é esperado, no período de 1970/2000, um crescimento populacional de 21%, e a fração geriátrica crescerá 54%; já nos países em desenvolvimento o crescimento será de 88% para a população global e de 123% para a fração geriátrica.

De acordo com Papaléo Netto (APUD ARAÚJO, 2001), no Brasil, somente a partir da década de 70 a taxa de crescimento passou a decrescer. Já não se pode mais raciocinar em termos de *país de jovens*. E afirma: *“A sociedade brasileira tem de se dar conta de que está envelhecendo e as pirâmides etárias se modificando”*. A base da pirâmide tem-se estreitado e um maior número de pessoas atinge o ápice. Papaléo Netto diz que a tendência é uma transformação ainda maior, assumindo a forma de um *“barril”*, um *“cone”*, assim como aconteceu nos países que já sofreram o processo de envelhecimento populacional.

Para Néri (1993) a proporção de idosos na população vem aumentando a partir da década de 50, quando apenas 4% dos brasileiros tinham mais de 60 anos. Já em 1970, a proporção subiu para 5,1%, em 1980 para 6,1% e em 1990 elevou-se para 7,2%. A autora prevê que, para 2005, os indivíduos de mais de 60 anos serão cerca de 15% da população brasileira.

Corrêa (1996) acrescenta que até o ano de 2025 teremos a 6ª maior população idosa do mundo, saltando da 16ª posição para a 6ª posição. Isso significa que até o ano de 2025 o número de

idosos no Brasil será de 15 vezes maior do que o atual, chegando a 32 milhões a população brasileira com 60 anos ou mais.

Nota-se, portanto, que a expectativa de vida tem aumentado em função dos grandes avanços no conhecimento científico, agricultura, indústria, medicina, organização social, etc. Segundo Neri (1993), realmente observa-se uma alteração na expectativa de vida do brasileiro, quando em 1950 esperava-se que apenas 35% dos recém-nascidos chegassem aos 60 anos, e em 1987 essa expectativa média atingiu os 65 anos para 70% dos recém-nascidos. Em 2005, a expectativa média de vida do brasileiro é de 72 anos. Neri lamenta que esse processo rápido de envelhecimento esteja acontecendo num período de profunda desordem econômica, fato que acentua as carências educacionais, de saúde, alimentação e moradia de uma grande maioria de brasileiros, principalmente nas regiões mais pobres.

Na verdade, o envelhecimento populacional se deve a vários fatores demográficos como: redução das taxas de fecundidade das mulheres, redução das taxas de mortalidade infantil, migração da população rural para a urbana, melhoria das condições sanitárias da população, progresso da medicina que acarreta avanços na prevenção e tratamento das doenças (CORRÊA, 1996).

Para Magalhães (APUD ARAÚJO, 2001), mesmo considerando as oscilações dos índices de mortalidade, a taxa de natalidade se manterá em declínio, devendo reduzir-se de forma acelerada, ao lado da redução dos índices de fecundidade. Somando as duas tendências, prolongamento de vida, queda de natalidade e fecundidade, certamente alcançaremos a situação prevista pela ONU, em que no final dos próximos 40 anos, seremos o país mais envelhecido do continente latino-americano, considerando-se o volume de população com mais de 60 anos de idade.

Enquanto observamos esse inchaço numérico populacional, constatamos uma nítida queda no padrão de vida dos cidadãos. A rapidez com que esse fenômeno vem ocorrendo nos leva a indagar se o Brasil conseguirá não só se adaptar, mas também efetuar mudanças que favoreçam as condições básicas de um envelhecimento saudável (CORRÊA, 1996).

Segundo Magalhães (APUD ARAÚJO, 2001), a fronteira de envelhecimento cronologicamente tende a se expandir, apesar da possibilidade de enfrentarmos problemas de uma velhice subdesenvolvida em função das dificuldades nutricionais, sanitárias, educacionais e habitacionais, provocadas pelos desequilíbrios sociais e regionais do desenvolvimento.

1.3 - Expectativa e atitudes do envelhecimento

Quanto melhor for o nível sócio-econômico de um país, melhor, e por mais tempo vivem os seus habitantes. Portanto, a qualidade de vida nos países desenvolvidos tem melhorado cada vez mais, seguido de um aumento significativo em suas taxas de envelhecimento. Isso porque há uma melhor assistência pré-natal e pediátrica, melhor orientação na prevenção de doenças até a fase adulta, por terem uma boa renda *per capita* favorecendo uma vida mais digna, padrões alimentares adequados, melhores condições habitacionais e sanitárias. Essas populações atingem a velhice com mais facilidade (CORRÊA, 1996).

No Brasil, o número de idosos (acima de 80 anos), segundo Corrêa (1996), tem aumentado significativamente como nos países desenvolvidos. De acordo com o autor, os idosos de 2025 já nasceram, daí a necessidade de se considerarem as condições econômicas, culturais e políticas das gerações que irão envelhecer. É necessário pensar num desenvolvimento de política mais atual para o idoso, a fim de evitarmos a tragédia social desses idosos. Alguns parágrafos de nossa Constituição de 1988 e a Lei n. 8.842, de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, surge como esperança para uma política social mais humanizadora.

Salgado (APUD CORRÊA, 1996, p. 19) diz:

“O envelhecimento útil e feliz não pode ser apenas um mito. Cabe à sociedade a responsabilidade de redefinir, sócio e culturalmente, o significado da velhice, possibilitando a restauração da dignidade para esse grupo etário. Cabe a cada idoso o compromisso de lutar, pois se a sociedade inventou a velhice devem os idosos reinventar a sociedade”.

O envelhecimento biológico inevitavelmente é acompanhado do envelhecimento sociológico e psicológico e, em sociedades como a nossa, adquire-se uma consciência aguda da idade, determinando também as atitudes e as expectativas (BARNARD APUD ARAÚJO, 2001).

Kastenbaum (APUD ARAÚJO, 2001) assinala que se a própria sociedade não espera que os idosos possam manter-se no dia-a-dia, tomar decisões responsáveis, dar continuidade ao aprendizado, à criatividade e a inovação, como esses idosos podem esperar isso de si mesmos?

Sendo assim Kastenbaum continua:

“Um homem de 80 anos acreditou durante muitas décadas que um indivíduo de sua idade não é capaz de gozar a vida e assim transforma-se em vítima de suas próprias expectativas. Somente poucos indivíduos são capazes de superar o clima criado por tais atitudes”.

A aposentadoria é uma barreira importante para a continuidade das expectativas de quem chega à Terceira Idade, principalmente para os que se sentem capacitados e em plena atividade. O aposentado julga ser fácil encontrar outra atividade, pela sua prática, conhecimento, entretanto, a realidade é outra. Pensando nisso, o idoso deve dedicar-se a um serviço voluntário, encontrar um hobby, descobrir uma atividade artesanal que o ocupe, evitando assim, tornar-se inativo para fugir do “complexo de inutilidade” e do desgaste psicossomático da ociosidade (CAVALCANTI, APUD ARAÚJO, 2001).

Para Cavalcanti (APUD ARAÚJO, 2001), o idoso deve modificar a imagem que a sociedade e ele fazem de si mesmo: *“...fisticamente desgastado, doente, incapaz, inútil, implicante, negligente consigo mesmo, desatualizado...”*. Se o adulto aprende que a velhice é uma fase normal da vida e, em vista disso, precisa ser bem aceita, estará evitando uma série de complicações e até mesmo as doenças deixarão de existir.

Goldstein (APUD ARAÚJO, 2001) sugere que *“...a idéia de que cada um de nós sente a necessidade de controlar os eventos e as situações que afetam nosso bem-estar, nossos objetivos e nossos ideais, parece ser intuitiva ao ser humano”*. Segundo a autora, isso acontece pela tendência que temos de agir e sentir-se como um indivíduo capaz de influenciar várias situações da vida, por meio do exercício de habilidades, ou mediante o conhecimento, a imaginação, o desejo ou a escolha. Dessa maneira, a perda de controle é como se os acontecimentos fossem determinados por forças externas e, por isso, não há nada que se possa fazer para influenciá-los.

Para Goldstein (APUD ARAÚJO, 2001):

“Estudos na área da psicologia mostram que o senso de controle é essencial para o bem estar subjetivo dos indivíduos de todas as idades. A perda de controle está associada a problemas de auto-estima, à redução do bem-estar e à depressão. Essa relação pode se tornar ainda mais exacerbada na velhice...”

As ocorrências que caracterizam a vida dos idosos em função das perdas físicas, tanto interferem nas suas atitudes e expectativas, e, associadas a situações de vida indesejadas e a

experiências desagradáveis podem transformar o envelhecimento em uma experiência difícil para muitos idosos. Entretanto, pesquisas recentes demonstraram que o indivíduo idoso tem lidado com os processos do envelhecimento de forma mais eficiente do que se pensava. Mesmo conscientes de suas perdas, os idosos têm conseguido lidar com isso de modo a evitar a depressão e manter a auto-estima elevada. Mesmo com a crescente deterioração da vitalidade física, e uma gradual limitação de recursos em muitas áreas, têm conseguido preservar um senso de eficácia de controle sobre o seu desenvolvimento (GOLDSTEIN, APUD ARAÚJO, 2001).

1.4 - Idade X Saúde

A idade pouco pode dizer a respeito da saúde, aparência, aptidão ou capacidade de desempenho, mas, o envelhecimento é inevitável, mesmo em índices diferentes para diferentes pessoas, pois depende da hereditariedade e de decisões pessoais de como envelhecer. De acordo com Sharkey (1998), a expectativa de vida tem aumentado em função de declínios em mortalidade infantil e doenças infecciosas, porém a duração de vida atingível, livre de acidentes ou doenças graves, não tem mudado de forma significativa nos últimos 200 anos. As curvas de sobrevivência indicam uma duração de vida teoricamente atingível de aproximadamente 85 anos, com desvio padrão de 4 anos, sendo que 68% da população tem potencial para viver entre 81 e 89 anos, e 95% das mortes por causas naturais cairiam para entre 77 e 93 anos (dois desvios padrões).

O período de vigor adulto tem-se estendido devido ao adiamento de doenças crônicas, assim a vida permanece física, emocional e intelectualmente vigorosa, principalmente por pessoas que optam em viver de forma ativa e saudável. As teorias do envelhecimento incluem ingestão calórica e nutrientes específicos, ou seja, pesquisadores perceberam que a restrição calórica pode estender drasticamente o tempo de sobrevivência, estando relacionado com a gordura corporal; e que os radicais livres (moléculas reativas com um ou mais elétrons não pareados) demonstram ser tóxicos aos tecidos vulneráveis. O esforço pesado crônico pode produzir um excesso de radicais livres, entretanto, a atividade moderada intensifica a proteção antioxidante e o sistema imunológico. Acredita-se que as vitaminas C, E e o betacaroteno possam proteger contra esses subprodutos potencialmente tóxicos do metabolismo oxidativo (SHARKEY, 1998).

Nenhuma teoria pode explicar o declínio que ocorre com a idade, mas muitos dos fatores relacionados com a idade são aspectos mutáveis, que apontam para a importância dos hábitos

diários como forma de melhorar a duração de vida, a expectativa de vida. Os seguintes determinantes, segundo Sharkey (1998), associam saúde e longevidade:

- Sono adequado (7 a 8h por noite)
- Um bom café da manhã
- Refeições regulares
- Controle de peso
- Não fumar cigarros
- Consumo moderado de álcool
- Exercício regular

O volume cardíaco, tolerância a glicose, osteoporose, função pulmonar, pressão arterial, colesterol, rigidez da parede arterial, resistência, força, tempo de reação, inteligência, memória e envelhecimento da pele são indicadores de envelhecimento que a partir de decisões e comportamentos pessoais através de aspectos mutáveis como exercício, dieta, controle de peso, não fumar, treinamento, prática e evitar o sol, podem acrescentar anos em sua vida de acordo com sua adaptação ao seu estilo de vida atual. Em resumo, saúde física e mental, longevidade e o ritmo de envelhecimento estão associados com seus hábitos diários de saúde e seu estilo de vida (SHARKEY, 1998).

1.5 Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento

1. 5. 1 Senescência e Senilidade

Nos seres humanos, as diferenças de envelhecimento são em parte geneticamente determinadas, mas são substancialmente influenciadas por nutrição, estilo de vida e ambiente. A partir daí, devemos distinguir o **envelhecimento normal**, ou **senescência**, do **envelhecimento patológico**, ou **senilidade**, através das ciências biomédicas, da psicologia e da sociologia.

As pessoas envelhecem diferentemente umas das outras, sendo que, para algumas o envelhecimento é um longo processo de volta para si e de enriquecimento interior, de aquisição de sabedoria, de tolerância, discernimento e de percepção do belo nas pequenas coisas da vida. Já para outras, o envelhecimento é uma longa fase de torturas e sofrimentos, de angústias e de medo da

morte próxima, de perdas importantes e irrecuperáveis, de dores e doenças, de solidão e isolamento do mundo, de alienação e de menosprezo por parte da sociedade (CORRÊA, 1996).

Difícilmente podemos antever em qual das duas formas de envelhecimento uma determinada pessoa vai se enquadrar. Para a maioria das pessoas, o envelhecimento deve ser saudável, para que possam viver independentemente, gozando de razoável saúde física e mental, em contato com seus familiares e com a sociedade. Essa forma de vida está vinculada ao modo de vida pregressa do indivíduo. Obviamente que devido a problemas sócio-econômicos, como exemplo a pesadíssima desigualdade social, fica claro que o envelhecimento saudável muitas vezes acaba sendo anseio da população jovem, entretanto são restritas as oportunidades para tal (CORRÊA, 1996).

Segundo o autor, quanto mais dinâmica e ativa a pessoa foi em seu passado, quanto mais criativo, generoso, participante nas atividades de sua comunidade e com investimentos emocionais em diversas áreas (trabalho, família, sociedade, lazer, viagens, etc.), há mais chances de ter um envelhecimento saudável, preservando assim as funções cognitivas. Por outro lado, se a pessoa não teve a oportunidade de vivenciar tantas coisas boas, se superinvestiu em seu trabalho, ou outra área que seja, quando vem a perdê-los, o que é comum no processo de envelhecer, o impacto dessas perdas é determinante junto a problemas comuns à velhice, como as doenças degenerativas, a depressão, a ansiedade, o isolamento físico e sensorial do meio ambiente, a institucionalização, a aposentadoria com suas perdas sócio-econômicas. Dá-se então, um quadro desolador que merece atenção por parte da família, dos vizinhos, dos amigos, da comunidade e das autoridades.

Busse (APUD CORRÊA, 1996, p.40) acredita que o envelhecimento biológico não está restrito somente aos últimos anos de vida, já que ocorre algum declínio logo após a concepção. O termo designa alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta, resultando em um declínio na eficiência do funcionamento, terminando na morte. O autor divide o envelhecimento em dois tipos: primário (ou senescência): *“fenômeno universal, intrínseco ao organismo, e os fatores decrementais são determinados por influências inerentes ou hereditárias. A taxa de envelhecimento varia amplamente entre os indivíduos”*, e secundário (ou senilidade) que *“é caracterizado pelo aparecimento de defeitos e incapacidades que são causados por fatores hostis no ambiente, incluindo traumatismo e doença adquirida”*. E continua: *“Defeitos inerentes que tornam o organismo vulnerável podem não aparecer a menos que ou até que o organismo seja exposto a eventos hostis precipitantes”*.

Muitas alterações da idade são relativamente benignas e permitem o funcionamento de uma pessoa; que ela satisfaça suas necessidades pessoais e mantenha um lugar na sociedade. As alterações da idade são tidas como um declínio na eficiência ou desempenho e, no seu extremo, são classificadas como doença. O envelhecimento primário seria a primeira causa e o envelhecimento

secundário seria provocado pelos processos patológicos que decorrem do envelhecimento (CORRÊA, 1996).

Para Bianchi (APUD CORRÊA, 1996), autor de orientação psicanalítica, não é a velhice que nos conduz fatalmente aos graves comprometimentos trazidos à auto-estima do indivíduo pelas perdas sucessivas: posição social e econômica, beleza estética, força física, solidão, viuvez, morte e abandono de parentes, etc. O grupo de envelhecimento normal pode ser dividido em dois importantes grupos: *Envelhecimento bem sucedido ou com sucesso*, que é composto por pessoas que demonstram perdas mínimas associadas à idade em uma determinada função fisiológica; este representa uma porção pequena, mas crescente da população em processo de envelhecimento; e *Envelhecimento usual*, composto por pessoas que apresentam prejuízos significativos comparado com o das pessoas mais jovens, mas não são qualificados como doentes. As pessoas com o maior “efeito da idade” têm risco aumentado para o surgimento de uma doença ou incapacidade específicas, entretanto, podem ser capazes de melhorar suas funções e reduzir potencialmente seus riscos de resultados adversos.

Segundo Corrêa (1996 p. 41):

“Os caminhos de alteração fisiológica ou psicológica que os indivíduos tomam com o avanço da idade são influenciados pelo processo de envelhecimento intrínseco e por uma variedade de fatores extrínsecos (influências genéticas e ambientais, hábitos pessoais, dieta, fatores psicossociais e doenças)”.

1. 5. 2 Principais alterações e teorias biológicas do envelhecimento

De acordo com Corrêa (1996, p.41):

Alterações na aparência e nas capacidades das pessoas com o envelhecimento:

1. A pele freqüentemente torna-se enrugada, seca e seborréica e aparece ceratose actínica;
2. O cabelo torna-se grisalho e mais fino; a calvície acentua-se;
3. Os dentes deterioram-se e são perdidos;
4. A altura e o peso tendem a diminuir;
5. A cavidade torácica e abdominal aumentam;

6. As orelhas alongam-se e o nariz alarga-se;
7. As células adiposas invadem a musculatura e a força muscular diminui;
8. A postura e a altura são afetadas por alterações músculo-esquelética;
9. A densidade óssea diminui, influenciada por sexo e raça;
10. Há alteração na absorção, distribuição, destruição, excreção e na cinética de ligação de drogas;
11. Há perda de células insubstituíveis, principalmente no cérebro, coração e músculos;
12. A musculatura estriada diminui aproximadamente pela metade aos 80 anos;
13. Há declínio de neurotransmissores como dopamina, noradrenalina, serotonina, tirosina hidroxilase e acetilcolina; aumento da monoaminoxidase (MAO).

Segundo Corrêa (1996, p. 42):

Alterações Fisiológicas relacionadas à idade:

Sistemas Endócrinos:

1. Metabolismo de Carboidrato (declínio progressivo na tolerância a carboidratos);
2. Função paratireoideana (forma suave de hiperparatireoidismo sem desenvolver osteoporose);
3. Função tireoideana (normal);
4. Sistema reprodutor masculino (modesto declínio de testosterona);
5. Sistema reprodutor feminino (menopausa, perda de óvulos e seus folículos, redução nos níveis de estrógeno).

Envelhecimento do coração:

Nota-se a possibilidade maior da presença de doença arterial coronariana.

Sistema renal:

Observa-se perda progressiva da massa renal, alterações escleróticas variáveis nas paredes dos vasos maiores, redução do fluxo plasmático, declínio da taxa de filtração glomerular.

Sistema pulmonar:

Observa-se tendência da parede pulmonar em expandir-se e enrijecer-se, diminuição na capacidade vital: quantidade de ar expirada após uma inspiração máxima.

Sistema gastrointestinal:

Observa-se redução modesta do peristaltismo esofageano, redução da capacidade secretória do ácido estomacal - “atrofia gástrica”, esvaziamento gástrico diminuído, propensão aumentada para crescimento bacteriano no estômago e intestino delgado, redução na capacidade de absorção de cálcio e vitaminas.

Vargas (APUD CORRÊA, 1996, p. 42) apresenta uma relação das consequências no organismo provocadas pelo envelhecimento biológico, de acordo com GEIST, gerontólogo norte-americano:

Consequências no organismo do envelhecimento biológico (GEIST):

1. Aumento do tecido conjuntivo no organismo;
2. Perda gradual das propriedades elásticas do tecido conjuntivo;
3. Desaparecimento de elementos celulares do sistema nervoso;
4. Redução da quantidade de células de funcionamento normal;
5. Aumento da quantidade de gordura;
6. Diminuição da quantidade de oxigênio;
7. Diminuição da quantidade de sangue que o coração bombeia em estado de repouso;
8. Menor expulsão do ar dos pulmões do que quando o organismo é mais jovem;
9. Diminuição da força muscular;
10. A excreção de hormônios, em particular a das glândulas sexuais e supra-renais, é menor que o normal.

Vargas ainda aponta as características mais marcantes do envelhecimento em função da perda linear da capacidade de realizar um determinado trabalho:

1. Diminuição progressiva e irreversível da energia livre disponível no organismo;
2. Perdas celulares;
3. Enfermidades degenerativas próprias da velhice, como consequência geral;
4. Diminuição gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Segundo Busse (APUD CORRÊA, 1996, p. 45):

Teorias Biológicas do Envelhecimento

1. *Teoria da Exaustão*: O corpo contém uma quantidade fixa de energia que é gradualmente dissipada, desenrolada como uma corda de relógio.
2. *Teoria da Acumulação*: O material deletério que se acumula dentro das células acaba por matá-las com o correr do tempo (ex.: lipofucina ou corpos de hirano). Desenvolve-se tardiamente na vida.
3. *Teoria da programação biológica*:: As células são geneticamente programadas para viver por um período específico de tempo, morrendo inevitavelmente após o término desse tempo.
4. *Teoria do Erro*: Com a senescência, alterações ocorrem na estrutura da molécula do DNA (ácido desoxirribonucléico). Quando os erros são transmitidos para o RNA (ácido ribonucléico) mensageiro há um grande desenvolvimento de enzimas de defesas que levam, finalmente, à morte da célula e do organismo.
5. *Teoria da Eversão (ligação cruzada)*: Há uma mudança nas ligações que unem as cadeias de polipeptídeos do colágeno, assim tornando-o menos permeável e elástico e, portanto, menos capaz de manter a vida normal.
6. *Teoria Imunológica*: Com o tempo, há uma redução nos mecanismos protetores do sistema imune, que podem se tornar autoagressivos, levando à destruição dos tecidos corporais.
7. *Teoria do "relógio do envelhecimento"*: Diz-se que este "relógio" reside no hipotálamo. O hipotálamo é fundamentalmente para uma variedade de funções endócrinas e cerebrais e a perda de células neste local tem um papel particularmente importante no declínio dos mecanismos homeostáticos com a idade.
8. *Teoria dos radicais livres*: Os radicais livres podem causar dano ao DNA. A ligação cruzada do colágeno e o acúmulo de pigmentos da idade são causados por radicais livres (moléculas com elétrons ímpares que existem normalmente no corpo, bem como produzidos por radiação ionizante, ozônio e toxinas químicas).

1. 5. 3 Psicologia do Envelhecimento

De acordo com Birren e Cunningham (APUD CORRÊA, 1996, p. 47),

“A psicologia do envelhecimento ocupa-se das diferenças no comportamento, alterações no comportamento com a idade e padrões de comportamento exibidos por pessoas de diferentes idades em diferentes períodos de tempo”.

Para Vargas (APUD CORRÊA, 1996), a psicologia evolutiva ou psicologia do desenvolvimento tem o objetivo de estudar as mudanças físicas, morais, intelectuais e emocionais no organismo e a personalidade humana como função da idade. Em busca do conhecimento, procura o entendimento e o controle dos processos básicos do comportamento humano nos vários estágios da vida.

O desenvolvimento psicológico da personalidade dá-se segundo alguns autores em etapas bem definidas. Schaie (APUD CORRÊA, 1996) apresentou sua teoria gradativa do desenvolvimento cognitivo adulto em 4 estágios possíveis:

1. aquisitivo (infância, adolescência)
2. realizador (adulto jovem)
3. responsável e executivo (meia idade)
4. reintegrativo (velhice).

Para este autor, durante o período de vida há uma transição de “o que devo saber”, passando por: “como devo usar o que sei”, para “por que sei”.

O envelhecimento apresenta algumas características psicológicas básicas universais, conforme descrição feita por Alonso-Fernández, citado por Vargas (APUD CORRÊA, 1996, p. 48):

1. Deterioração intelectual imanente ao avanço da idade comprometendo mais as faculdades de execução que as verbais.
2. Declínio da atitude de *fluência* que condiciona a adaptação a novas situações e a formação de novas relações associativas e conceituais. Preservação ou aumento da atitude de

cristalização que compreende a utilização da experiência, hábitos e ampliação de associações em torno de um núcleo conceitual preexistente (Cattell).

3. Conservação das capacidades para enfrentar os trabalhos que requerem paciência e precisão e queda do rendimento nos trabalhos que exigem força e rapidez.
4. Transformação da personalidade que se estende aos sentimentos, aos interesses, aos valores, etc., e se rege por esta norma: enquanto o mundo interior adquire maior interesse e valor, o mundo exterior deixa de ser interessante e valioso. *Criação de um novo mundo interior (Lopez-Ibor).*

Merval Rosa, citado por Vargas (APUD CORRÊA, 1996, p. 49), diz que:

“a preservação da identidade psicológica do indivíduo é de fundamental importância pois é ela que ajuda o homem a adaptar-se às demandas do mundo externo e a enfrentar com serenidade a perda progressiva da capacidade física e todas as outras limitações impostas pelo processo de envelhecimento”.

As alterações psicológicas que ocorrem com o envelhecimento podem ser classificadas em dois grupos: os traços de personalidade que seguem para a acentuação e os traços para a atenuação, ambos podendo ser positivos ou negativos. No geral, a involução reduz a capacidade de assimilação e análise, mas favorece a síntese.

Segundo Cattell (APUD CORRÊA, 1996, p. 49);

“Dois domínios da experiência influenciam o jovem e a pessoa idosa: “fluido”, caracterizado pela capacidade de conceber novos modos de relacionamentos e adquirir novos conhecimentos, próprio dos jovens, e “estável” ou “cristalino”, que é a capacidade de aplicar com sucesso os conhecimentos e hábitos adquiridos, largamente predominante nos idosos”.

Para Cattell, o pensamento criativo e a faculdade de aprendizagem diminuem; as motivações tornam-se mais monótonas, desaparecendo a faculdade de se concentrar por muito tempo sobre um tema. A emotividade e a afetividade se enfraquecem, o que pode traduzir-se frequentemente por apatia e egocentrismo. Na presença de situações novas o idoso reage de forma rígida e estereotipada.

Existem inúmeras teorias relacionadas à involução durante o processo de envelhecimento. Todas têm seus aspectos positivos e estariam mais próximas da realidade se fossem integradas em um todo globalizante e não vistas como aspectos particulares. Estas teorias contribuem para uma melhor compreensão do psiquismo da pessoa durante sua fase de envelhecimento (CORRÊA, 1996, p. 53).

Teorias relacionadas à involução durante o processo de envelhecimento:

- **Erikson:** *Integridade do ego versus desespero:*

Relaciona-se à aceitação da própria vida como algo de valor. O desespero está relacionado com a insatisfação da própria vida e crença de que é muito tarde para mudar. O medo da morte é maior entre aqueles que se sentem insatisfeitos com os rumos de sua vida.

- **R.C Peck:** *Diferenciação do ego versus preocupação com seu papel produtivo:*

As pessoas idosas, quando deixam uma ocupação ou profissão que ocuparam a maior parte de suas vidas por várias décadas, devem procurar encontrar novas atividades que lhes permitam expressar-se e continuar a produzir. Novos interesses são necessários para preencher o vazio deixado pela aposentadoria, fazendo com que o indivíduo sinta-se útil e valorizado pela sociedade.

A transcendência do corpo versus a preocupação com o corpo: as pessoas idosas estão freqüentemente enfrentando desconfortos físicos maiores ou menores, como parte de seu processo de envelhecimento. A grande tarefa da velhice é fixar-se nos aspectos positivos da vida e nas capacidades preservadas e não nas perdas sofridas. Aproveitar a vida mantendo-se tão ativo quanto for possível, a despeito das mudanças físicas, é uma forma mais saudável de encarar o envelhecimento do que ficar preso a problemas físicos, limitando excessivamente suas atividades e sua vida social.

A transcendência do ego versus preocupação: esse ajuste final envolve o reconhecimento de que a vida é finita. Não se prender à morte e sim envolver-se com a vida, sua vida e a vida daqueles que continuarão a viver.

- **Duvell:** *Padrões do desenvolvimento para os adultos idosos:*

Desenvolver uma crença que permita ao indivíduo encarar o envelhecimento e a morte com uma sensação de paz.

Manutenção de seus valores e crenças e não se desapontar com a vida.

Manutenção de suas capacidades cognitivas.

Manutenção de um bom relacionamento com o cônjuge.

Manutenção dos relacionamentos com adultos e crianças.

Desenvolver relacionamentos com os netos e com os novos membros da família.

Manter-se ativo socialmente.

Ajustar-se à redução de seus proventos após aposentadoria.

Ajustar-se à redução de suas capacidades físicas.

Ajustar-se à perda do parceiro e encontrar uma fonte alternativa de afeto.

Aceitar ajuda de outros, quando necessário, de uma forma positiva.

- ***Hurlock/havighurst:***

Ajustar-se à perda da força física e ao novo estado de saúde.

Ajustar-se à aposentadoria e à redução dos proventos.

Ajustar-se à morte do companheiro.

Estabelecimento de um modo de vida fisicamente satisfatório.

Adotar e adaptar os papéis sociais de um modo flexível.

Traços Psicológicos Positivos e Ascendentes

1. A percepção perde a rapidez e a agudeza, porém ganha em exatidão, por estar menos exposta às influências das emoções;
2. Diminui a memória mecânica, instalando-se um sistema mnêmico mais completo que facilita o agrupamento de dados e a comparação dos mesmos. O idoso procura evitar o não-essencial;
3. Aumenta a habilidade para compensar qualquer mudança desfavorável em sua atividade profissional;
4. Ocorre boa ordenação automática e inconsciente de suas atividades, permitindo uma utilização adequada das capacidades existentes;
5. Maior capacidade de aprendizagem em situações práticas;

6. Capacidade de compensação e estratégias mais aguçadas;
7. Maior habilidade e/ou capacidade de enfrentar trabalhos que requeiram paciência e precisão;
8. Sagacidade no manejo de experiências acumuladas e ampliação das relações já existentes;
9. Aumento de objetividade, ponderação. Equilíbrio e fidelidade;
10. Expansão da espiritualidade;
11. Aumento da fase sexual *plateau*.

Traços Psicológicos Negativos e Descendentes

1. Atitude hostil ante o novo;
2. Lentidão de todos os rendimentos e fadiga;
3. Diminuição da vontade, das aspirações e da atenção;
4. Enfraquecimento e diminuição da consciência;
5. Apego ao conservadorismo;
6. Deterioração da memória;
7. Diminuição global do rendimento intelectual;
8. Anomalias do caráter: desconfiança, irritabilidade, avareza e indocilidade;
9. Estreitamento da afetividade;
10. Retardamento da fase sexual de ereção.

Alterações na Personalidade do Idoso

1. Redução da capacidade de controle dos afetos;
2. Irritabilidade;
3. Depressão;
4. Desconfiança;
5. Susceptibilidade;
6. Autoritarismo;
7. Rigidez;
8. Apego ao passado, tendência a idealizá-lo;
9. Misoneísmo (aversão ao novo);
10. Propensão ao isolamento;
11. Misanthropia;
12. Preocupação excessiva com a propriedade e a segurança;
13. Dificuldade de adaptação a situações novas;
14. Conflito habitual com as gerações jovens;
15. Consciência de dificuldades aumentadas de aquisição de conhecimentos;
16. Redução dos interesses;

17. Tendência a ocupar-se perseverativamente dos mesmos temas;

18. Recusa em aceitar o envelhecimento e em reduzir seu estilo de vida a suas possibilidades.

1. 5. 4 - Sociologia do Envelhecimento

De acordo com Corrêa (1996, p. 54), existem várias teorias para explicar a influência sociológica sobre o envelhecimento:

1. Teoria da separação:

O envelhecimento produz três tipos inevitáveis de separação:

Física – decorrente do declínio da energia física

Psicológica – desvio da preocupação de um interesse bastante difuso em muitas pessoas para aquelas que estão diretamente relacionadas ao indivíduo

Social – pela redução da interação social do idoso relacionada à família, amigos, atividades, etc.

(CUMMING e HENRY)

2. Teoria da atividade:

Os idosos tendem a comportar-se em um padrão que foi estabelecido antes da velhice, umas se separam outras se mantêm ativas. Alguns idosos abandonarão um tipo de atividade para substituí-la por outra mais adequada à sua condição de saúde e ambiente. (BUSSE)

3. Teoria da estratificação etária:

Esta teoria considera que a sociedade é composta de diferentes grupos etários com diferentes papéis e diferentes expectativas. Cada grupo etário deve movimentar-se através do tempo, enquanto responde a mudanças no ambiente. (BUSSE)

4. Teoria do grupo minoritário:

Esta teoria confere ao idoso a categoria de integrar um grupo minoritário e, por isso, ser discriminado tanto quanto o são outras minorias existentes.

5. Teoria dos eventos e stress de vida:

Esta teoria relaciona-se com a distribuição etária e influências econômicas. Em sociedades estáticas, o *status* do idoso é alto com tendência a diminuir frente à aceleração de mudanças sociais

(OGBURN e NIMKOFF); O *status* do idoso está inversamente relacionado à proporção do número de idosos na população; Os idosos são mais respeitados em sociedades agrícolas do que em sociedades urbanas; o *status* é inversamente proporcional à taxa de mudança social (teoria da modernização de COWGILL e HOLMES); O *status* do idoso nas sociedades em processo de modernização atravessa diferentes fases: na fase de desenvolvimento que caminha para a modernização, há um aumento do controle familiar de recursos, na fase de aceleração da modernização, o *status* do idoso se anula.

6. Teoria da homogeneidade e heterogeneidade:

Considera como questão central a hipótese de que os indivíduos se tornam mais parecidos uns com os outros ou mais diferentes entre si quando envelhecem. Há a possibilidade de que aqueles que sobrevivem até uma idade avançada (85 anos ou mais) tenham características identificáveis que são muito semelhantes, embora, em contraste, eles possam ter sido bastante diferentes das outras pessoas no mesmo grupo etário 10 a 15 anos mais cedo.

7. Teoria da diferença sócio-cultural:

A condição sócio cultural do indivíduo, independente da faixa etária, é sobremaneira um marcador de limites entre os indivíduos. É a diferença sócio-cultural que permite o status ou o reconhecimento dentro de um mesmo grupo e/ou em grupos diferentes. O idoso de baixo nível sócio-cultural é muito mais marginalizado do que o seu oposto.

8. Teoria das diferenças sexuais:

Sob enfoque cultural ou econômico, a mulher idosa é “dependente da dependência”.

9. Teoria do conflito de gerações:

- participação política e poder político;
- produção social da marginalidade e da dependência.

As teorias biológicas, psicológicas e sociais devem ser integradas e não constar como aspectos isolados no processo de envelhecimento. É assim com tudo o que se refere ao homem e não seria diferente com seu próprio envelhecimento (CORRÊA, 1996).

2 - ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E TERCEIRA IDADE

As pesquisas científicas provam que a atividade física regular diminui o risco de muitas doenças, fortalece a maioria dos sistemas e melhora a saúde psíquica (NIEMAN, 1999). Sendo assim, há a necessidade de explicarmos alguns conceitos importantes para uma adequada compreensão dos benefícios que a atividade física regular pode proporcionar a todas as pessoas, de todas as idades.

Segundo Nieman (1999, p. 4),

“A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. A aptidão física é uma condição na qual o indivíduo possui energia e vitalidade suficientes para realizar as tarefas diárias e participar de atividades recreativas sem fadiga”.

Visto que a saúde é um dos objetivos da promoção da atividade física, a definição indubitavelmente convincente de saúde é a da Organização Mundial da Saúde – OMS – (APUD NIEMAN, 1999, p. 4). A definição surgiu na constituição da OMS por volta de 1940: *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”*. A ausência total de saúde é a morte, mas anteriormente, para a maioria das pessoas, antes da morte surgem algumas possíveis doenças como doença coronariana, derrame, osteoporose, hipertensão, diabetes, obesidade, entre outras. Neste sentido a saúde e a aptidão física são qualidades positivas e relacionadas com a prevenção da maioria das doenças.

A saúde é o resultado de hábitos saudáveis, hereditariedade, ambiente e doenças prévias. Já o desempenho no trabalho ou no esporte está relacionado à idade fisiológica. A idade fisiológica (biológica ou funcional) é um composto de saúde, capacidade fisiológica e medidas de desempenho, e no caso, a melhor medida isolada de idade fisiológica, provavelmente é o escore de capacidade aeróbia, que pode informar sobre a saúde e capacidade dos sistemas respiratório, circulatório e muscular; além disso, um tanto considerado de evidências mostra uma relação inversa entre capacidade aeróbia e uma quantidade de fatores de risco. Outros indicadores de idade fisiológica incluem histórico familiar, hábitos de saúde, medidas como pressão arterial, colesterol, força, tempo de reação, visão, audição e outras variáveis. Dessa forma, uma pessoa de 60 anos pode ter saúde e capacidades de desempenho da pessoa média de 30 anos destreinada ou sedentária; isto pode ser fator determinante de discriminação de idade na contratação para um emprego e, portanto, este fato

remete considerável relevância no sentido de mudar a atenção da sociedade sobre o envelhecimento e suas conseqüências (SHARKEY, 1998).

A aptidão física pode ser entendida como a capacidade de vigor e energia utilizada para realizar trabalho físico e exercícios, ou subjetivamente determinada pela quantidade de energia que uma pessoa possui para realizar coisas agradáveis na vida e experimentar todas as aventuras naturais possíveis, por exemplo, escalar montanhas, esqui na neve; as pessoas fisicamente treinadas ou condicionadas possuem interesse para maximizar o prazer dos recursos naturais disponíveis para elas. A aptidão física relacionada com a saúde pode então ser tipificada como a capacidade de realizar atividades diárias com vigor aliado a um menor risco de doença crônica (NIEMAN, 1999).

Os componentes mensuráveis da aptidão física estão incluídos em dois grupos, um relacionado à saúde, como, resistência cardio-respiratória, aptidão músculo-esquelética (força, resistência muscular e flexibilidade) e uma composição corpórea ideal, e outro grupo relacionado com a habilidade esportiva, que tem a ver com a agilidade, equilíbrio, coordenação, potência e tempo de reação, características essas que apresentam pouca relação com a saúde e a prevenção de doenças. Cada um desses componentes relacionados à saúde tem suas características e exercícios específicos para desenvolver cada uma dessas capacidades. Para um bom desenvolvimento de todos os componentes ou aptidões, é imprescindível uma boa elaboração de exercícios físicos, os quais propiciam tanto a musculatura superior e inferior do corpo como um bom trabalho cardiopulmonar (ex. remo, natação, etc.), enquanto as articulações são mantidas flexíveis e a gordura corporal é mantida num nível saudável, seria a “aptidão total” (NIEMAN, 1999).

É imprescindível explicarmos, mesmo que resumidamente, a partir do que Nieman retrata, os componentes da aptidão física relacionados à saúde:

- **Aptidão cardio-respiratória ou aptidão aeróbia:** capacidade de continuar ou persistir em tarefas extenuantes como correr, pedalar ou nadar, envolvendo grandes grupos musculares por períodos de tempo prolongados.
- **Composição corporal:** a composição corporal é a proporção de gordura em relação ao peso corporal magro (músculos, ossos e água), e frequentemente é expressa em porcentagem de gordura corporal. As porcentagens de gordura de um corpo saudável são inferiores a 15 por cento para os homens e a 23 por cento para as mulheres.
- **Aptidão músculo-esquelética:**

- **Flexibilidade:** capacidade das articulações de se mover por uma grande amplitude de movimento. A amplitude da movimentação é específica para cada articulação do corpo, e o movimento de cada articulação é influenciado pelos músculos, ligamentos e tendões.
- **Força muscular:** força máxima num só esforço que pode ser exercida contra uma resistência.
- **Resistência muscular:** capacidade dos músculos de suprir uma força submáxima repetidamente.

Dessa maneira, as evidências científicas enfatizam que a prática de exercícios aeróbios regulares auxilia na redução de risco de doença coronariana, derrame, vários tipos de câncer, diabetes, pressão alta, obesidade, osteoporose, depressão e ansiedade. Embora são alegados muitos benefícios para a saúde pelo desenvolvimento da flexibilidade, poucos são comprovados, mas clinicamente demonstram benefícios para a prevenção de lesões, tratamento da lombalgia, melhoria da postura, da auto-imagem, diminuição da tensão e do estresse. Já os benefícios do desenvolvimento da força e resistência musculares incluem o aumento da densidade óssea (diminuindo o risco de osteoporose), do volume muscular, da força do tecido conjuntivo e da auto-estima. Além disso, juntamente com o não-consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, a manutenção do peso corporal em níveis ideais é um dos principais objetivos para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças.

E de acordo com Davis & Starck (APUD SHARKEY, 1998):

“Estudos de longa duração (longitudinais) demonstraram que a capacidade aeróbia declina no índice de 8 a 10% por década. Contudo, quando indivíduos moderadamente ativos são estudados, o índice de declínio é de 4 a 5% e, quando indivíduos treinados são pesquisados, o índice de declínio é de 2% ou menos. Quando o peso corporal e ganhos de gordura são evitados, o índice de declínio em aptidão é minimizado. O Dr. Paul Davis demonstrou que uma porção significativa do declínio em aptidão e desempenho associado à idade pode ser causada pelo aumento de gordura corporal”. (p. 345)

As capacidades estão relacionadas com a idade e com a atividade física. Conforme a pessoa envelhece é natural que ocorram algumas perdas dessas capacidades, entretanto, estão muito mais relacionadas com diminuição da atividade do que com a própria idade.

De acordo com Nieman (1999, p. 8),

“Indivíduos que praticam atividade física regular para desenvolver a resistência cardíaco-respiratória, a aptidão músculo-esquelética e níveis ideais de gordura corporal melhoram seus níveis energéticos básicos e se colocam no grupo de menor risco de apresentar doença cardíaca, câncer, diabetes, osteoporose e outras doenças crônicas”.

O American College of Sports Medicine – ACMS – (APUD NIEMAN, 1999, p. 8) definiu a aptidão física relacionada com a saúde como:

“um estado caracterizado por uma capacidade de realizar atividades diárias com vigor e uma demonstração de traços e capacidades que estão associados com um menor risco de desenvolvimento prematuro de doenças hipocinéticas (i.e., aquelas associadas com a inatividade física)”.

A qualidade de vida depende da capacidade de seguir uma variedade de atividades, e alguns fatores interferem negativamente na realização de certas atividades, como, por exemplo, o excesso de gordura corporal, que pode induzir a uma deterioração fisiológica irreversível. E a capacidade de exercício é restringida pelo excesso de gordura, o que provoca um declínio de aptidão; círculo vicioso. Logo, a redução da gordura corporal permite e promove uma vida mais ativa e suaviza o declínio de aptidão e desempenho, como anteriormente recaia-se no aumento de idade (SHARKEY, 1998).

Não seria novidade nenhuma dizer que indivíduos treinados realizam tarefas comuns do cotidiano (por exemplo, carregar compras, subir escadas) com menor fadiga, acumulando uma energia para os exercícios nos momentos de lazer ou em emergências inesperadas.

De acordo com ACMS (APUD NIEMAN, 1999, p. 14):

“se as pessoas que levam uma vida sedentária adotassem um estilo de vida mais ativo, haveria um enorme benefício para a saúde pública e para o bem-estar”.

individual. Um estilo de vida ativo não requer um programa vigoroso e padronizado de exercícios. Ao contrário, pequenas alterações que aumentam a atividade física diária permitirão que os indivíduos reduzam seus riscos de doenças crônicas e poderão contribuir para uma melhoria da qualidade de vida”.

Segundo Sharkey (1998), o termo qualidade de vida é algo que inclui “grau de excelência”, é necessariamente uma resposta subjetiva e pessoal, não uma absoluta; e é facilmente distinguida de quantidade. A definição de sucesso pode ter muito a ver com o modo como as pessoas vêem qualidade de vida; essas definições diferem de indivíduo para indivíduo e podem mudar conforme se envelhece, conforme os valores mudam em cada estágio de vida. E nesse caso, a atividade física deve ser espontânea e agradável, as pessoas devem melhorar a qualidade de suas experiências de exercício, assim, a atividade diária torna-se satisfatória, podendo intensificar-se e afetar outras fases da vida.

A interrupção da prática regular de exercícios, o destreinamento, provoca alterações rápidas e importantes na aptidão cardiovascular e, numa menor extensão, na força e no volume musculares. É possível perceber isso facilmente quando um membro fraturado é imobilizado com gesso, os músculos perdem rapidamente seu volume e força, chama-se atrofia muscular. Mas, uma vez atingido o nível desejado de aptidão física, é necessário um menor esforço para mantê-la (NIEMAN, 1999).

Sharkey (1998, p. 31), fala que:

“A aptidão física é um produto da hereditariedade e treinamento. Com uma boa hereditariedade, um indivíduo sedentário poderia ter um nível mais alto de aptidão do que um outro ativo. A boa notícia é que ir do sedentarismo para a vida ativa confere uma queda razoável no risco de saúde e na mortalidade por todas as causas. Quando um indivíduo já ativo melhora sua aptidão, o decréscimo no risco é mais tênue, mais ainda importante, especialmente para alguém com riscos já herdados”.

2.1 – Aspectos da atividade física no contexto da terceira idade

O processo de envelhecimento varia bastante entre as pessoas e é influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos. Os especialistas em envelhecimento acreditam que o ser

humano em geral poderia viver até 115 a 120 anos se o estilo de vida e seu perfil genético fossem ideais. Cerca de seis em cada dez americanos desejam viver até os 100 anos, de acordo com um estudo realizado pela Alliance for Aging Research, e os maiores medos no que diz respeito ao envelhecimento incluem viver num asilo (64% das pessoas investigadas) e ser acometido pelo mal de Alzheimer, 56% (NIEMAN, 1999).

É evidente que com o envelhecimento há uma redução das capacidades ou aptidões físicas, entretanto uma proporção significativa da deterioração atribuída à idade pode ser explicada pela tendência das pessoas a se exercitarem menos à medida que envelhecem. E de acordo com muitos gerontologistas, um ingrediente fundamental para um envelhecimento saudável é a atividade física regular. De todos os grupos etários, as pessoas idosas são as mais beneficiadas pela atividade, pois o risco de muitas doenças e problemas de saúde comuns da velhice (p. ex., doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, fraturas ósseas e diabetes) diminui com a atividade física regular.

Embora haja uma redução natural do VO_2 máx. de 8 a 10 por cento por década após os 25 anos de idade e a força muscular deteriora cerca de 5 a 10 por cento aproximadamente depois dos 45 anos de idade, em qualquer idade, as pessoas não perdem sua capacidade de se adaptar à prática de exercícios de resistência. E de acordo com estudos recentes, pessoas idosas que se exercitam com pesos, respondem bem ao treinamento e recuperam uma boa parte de sua força perdida, o que as capacita para um bom desempenho de suas atividades diárias. Essa perda de força muscular parece ser a principal razão da diminuição da força entre as pessoas idosas, e essa fraqueza muscular pode comprometer as atividades corriqueiras, acarretando a dependência de outras pessoas, além disso, a fraqueza das pernas pode aumentar o risco de lesões decorrentes de queda. E de maneira geral, os estudos sugerem que a taxa de declínio na força e massa muscular, crescente com a idade, pode ser diminuída pelo treinamento de resistência (NIEMAN, 1999).

Sharkey (1998), confirma que a força declina muito lentamente com a idade até a quinta década, e a partir daí o índice de declínio aumenta. Entretanto, aqueles que usam de alguma maneira sua força regularmente, retêm a força por mais tempo, como exemplo os mecânicos de automóveis. Mesmo homens e mulheres muito idosos (média de 87 anos) podem reverter a fraqueza e a fragilidade muscular com o treinamento de resistência. E assim, melhorar o desempenho de atividades da vida diária, incluindo velocidade no andar, potência ao subir escadas e atividade física espontânea, aumentando então a massa muscular.

Durante o último século, melhorias drásticas na expectativa de vida ocorreram em muitos países no mundo inteiro. O problema fundamental, segundo os cientistas que estudam o envelhecimento, é o da qualidade de vida. O National Center for Health Statistics estimou que 15

por cento da vida média do americano, ou cerca de 12 anos, são consumidos num estado “não-saudável”, ou seja, comprometido por incapacidades, lesões e/ou doenças. Aproximadamente 85 por cento das pessoas idosas apresentam uma ou mais doenças ou problema de saúde. Entre 4 e 11 por cento das pessoas com idade superior a 65 anos apresentaram alguma forma de demência senil, especialmente o mal de Alzheimer (NIEMAN, 1999).

Muito da deterioração atribuída ao envelhecimento é atualmente relacionada com a inatividade física. E muitas das alterações que ocorrem com o envelhecimento são similares às que ocorrem durante o repouso prolongado no leito e na ausência de gravidade. Entre elas estão incluídas uma diminuição nas funções cardíaca e pulmonar, aumento da gordura corporal, diminuição da massa e da força muscular e perda da densidade mineral óssea.

Estudos demonstram que a gordura corporal quase dobra entre os 20 e 65 anos de idade e durante a meia-idade, a gordura corporal extra é concentrada em torno do abdome e do tronco, o que é especialmente prejudicial para a saúde a longo prazo. Normalmente, esse aumento da gordura corporal ocorre na mesma época em que as massas muscular e óssea diminuem. Isso acaba gerando uma queda da taxa metabólica de repouso e uma predisposição a maiores ganhos de gordura corporal. As pessoas idosas perdem uma parte de sua capacidade de “queimar” o excesso de calorias ingeridas pela alimentação excessiva. Para compensar, elas devem evitar comer demasiadamente e devem se exercitar diariamente (NIEMAN, 1999).

O problema é que muitas pessoas da meia-idade e idosas não são motivadas para realizar exercícios com pesos (para a melhoria da força muscular) e nem o treinamento aeróbico, em que os efeitos do envelhecimento sobre o sistema cardio-respiratório centram a atenção sobre a aptidão aeróbia máxima ou VO_2 máx. Essa capacidade do corpo de captar oxigênio transportá-lo e utilizá-lo para queimar combustível é considerada por muitos como a melhor medida para representar as alterações que ocorrem no organismo com o envelhecimento (NIEMAN, 1999).

Mesmo entre os atletas que se exercitam vigorosamente durante toda a vida, o VO_2 máx ainda diminui numa taxa similar à dos indivíduos sedentários, apesar de ocorrer num nível absoluto maior. Em qualquer idade, as pessoas podem possuir um VO_2 máx muito maior se elas se exercitarem vigorosamente e se mantiverem magras. Os atletas seniores com idade entre 65 e 75 anos podem possuir um VO_2 máx de adultos jovens sedentários e são capazes de desempenhos em níveis que se acreditava inatingíveis (NIEMAN, 1999).

Em geral, os mesmo programas básicos de exercícios para adultos jovens podem ser aplicados para os idosos, mas com um maior cuidado e uma progressão mais lenta. Existem algumas preocupações sobre as taxas de lesões induzidas pelo exercício entre as pessoas idosas. Enquanto a caminhada parece ser segura e eficaz para esse grupo, a corrida e a dança aeróbica

podem acarretar taxas excepcionalmente elevadas de lesões articulares, sendo preferível praticar atividades como a caminhada natação ou bicicleta ergométrica (NIEMAN, 1999).

2.2 - Avaliação física e funcional do idoso

Evidentemente, é fundamental e recomendável para os idosos que façam um exame médico completo, com teste ergométrico na esteira, antes do início de um programa de exercícios. As pessoas idosas frequentemente apresentam condições clínicas especiais que devem ser avaliadas por um médico (NIEMAN, 1999).

Para que se possa analisar os efeitos do envelhecimento na aptidão física e na capacidade funcional e posteriormente iniciar um programa de atividade física, é importante a aplicação de testes disponíveis para avaliar a aptidão física e a capacidade funcional de indivíduos acima de 60 anos de idade, tendo estes como objetivos básicos:

1. Diagnosticar o perfil de aptidão física, capacidade funcional, psico-social, de ingestão alimentar e nível de atividade física;
2. Determinar as variáveis que devem ser priorizadas na elaboração de programas de intervenção (atividade física, exercício ou treinamento);
3. Verificar a evolução da aptidão física e capacidade funcional com o envelhecimento em indivíduos de diferentes níveis funcionais e com diferentes níveis de atividade física;
4. Detectar a efetividade de programas de intervenção nos diferentes aspectos da aptidão física e capacidade funcional;
5. Determinar os efeitos de programas de intervenção nas variáveis psico-sociais e no perfil de consumo alimentar;
6. Estabelecer a associação dos aspectos antropométricos, neuromotores e metabólicos da aptidão física com a capacidade funcional e/ou com os aspectos psico-sociais e nutricionais (MATSUDO, 2000, p. 10).

Apesar do significado das vantagens e usos possíveis da avaliação da aptidão física e capacidade funcional do idoso, a falta desta não deve se converter em uma barreira para a promoção da atividade física nessa faixa etária. Por tanto, as recomendações de acumular pelo menos 30 minutos

de atividade física por dia, se possível em todos os dias da semana, de intensidade moderada e de forma contínua ou acumulada, devem ser adotadas e inseridas na população pelos profissionais envolvidos com a terceira idade objetivando uma promoção do estilo de vida ativo.

Quando aplicado algum teste de aptidão física em que o esforço máximo é exigido, recomenda-se que o avaliado tenha se submetido a exame médico (de preferência feito por médico especializado em Medicina do Esporte ou com conhecimento na área), que ateste suas condições de saúde como compatíveis com as atividades a que será submetido. Para deixar o exame médico ainda mais eficiente, a aplicação da anamnese de saúde poderá ser de grande utilidade (MATSUDO APUD MATSUDO, 2000).

Segundo os autores acima mesmo com aqueles idosos considerados aptos, devemos observar durante a realização do teste a presença de sinais ou sintomas que indicariam a necessidade de interrupção do teste e a imediata assistência médica:

a) Sintomas de intolerância ao esforço

- desmaio eminente
- angina
- fadiga não tolerável ou incomum
- dor intolerável
-

b) Sinais de intolerância ao esforço:

- confusão mental
- cianose ou palidez
- náusea ou vômito
- dispnéia
- queda da pressão arterial máxima com aumento do esforço
- não aumento da pressão arterial máxima com o aumento do esforço

De acordo com as orientações de RIKLI e JONES (APUD MATSUDO, 2000), é fundamental advertir o avaliado desta faixa etária para fazer os testes o melhor que ele puder, mas nunca levando a ultrapassar suas capacidades, respeitando o limite que ele considere seguro. É recomendável também que antes dos testes os indivíduos realizem de 8 a 10 exercícios de aquecimento e alongamento.

Para que um programa de atividade física integre fundamentos científicos e ações pedagógicas que levem à prática da atividade física permanente e à conquista dos objetivos dos idosos, é necessário que todos, dada a grande variabilidade entre os idosos, antes de serem submetidos à qualquer avaliação, passem por uma pré-avaliação, que permita levantar informações sobre as necessidades de cada um, realizada através de auto-relato sobre os antecedentes médicos e entrevista. A pré-avaliação diminui riscos durante os testes e o programa, possibilita ao profissional indicar o tipo de atividade mais adequada, as atividades contra-indicadas, os cuidados especiais que cada idoso requer e como lidar com as diferenças individuais (MATSUDO APUD MATSUDO, 2000).

Não se pode definir um único modelo que categorize a grande variabilidade de idosos, isso também pela complexidade que é o processo de envelhecimento, assim, têm se utilizado critérios que combinam status funcional com nível de saúde que correspondem à aplicações práticas do dia-a-dia. Para isso têm usado como referências Atividades da Vida Diária (AVD) para determinar se um idoso é capaz de viver independentemente e essas medidas de AVD possibilitam saber o que o idoso realmente é capaz de fazer.

PHILLIPS e HASKELI (APUD MATSUDO, 2000) fazem referência à AVD, como as atividades de cuidados pessoais básicos, vestir-se, banhar-se, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, utilizar o banheiro, comer e caminhar uma pequena distância; e às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que são tarefas mais complexas do cotidiano e incluem, necessariamente aspectos de uma vida independente, como fazer compras, cozinhar, limpar a casa, lavar roupas, utilizar meios de transporte e usar o telefone.

Segundo a American Geriatrics Society (COTTON APUD MATSUDO, 2000) as atividades da vida diária são classificadas como Básicas (ABVD), incluindo as atividades de autocuidado; as Intermediárias (AIVD) englobam as ABVD e tarefas essenciais para a manutenção da independência e avançadas (AAVD), estas se referem às funções necessárias para se viver sozinho, sendo específico para cada indivíduo, incluindo a manutenção das funções ocupacionais, recreacionais e prestação de serviços comunitários.

SPIRDUSO (APUD MATSUDO, 2000) propõe uma hierarquia das funções físicas, com base nessa classificação definindo os seguintes níveis:

- **Nível I: Fisicamente incapaz** - não realiza nenhuma AVD e tem total dependência dos outros. **Fisicamente dependente** - realiza algumas ABVD (caminha pouco, banha-se, veste-se, alimenta-se, transfere-se de um lugar para outro; necessita de cuidados de terceiros).

- **Nível II: Fisicamente frágil** - faz tarefas domésticas leves: prepara comida; faz compras leves; pode realizar algumas AIVD e todas as ABVD; pode fazer atividades domésticas.
- **Nível III: Fisicamente independente** - é capaz de realizar todas as AIVD; realiza trabalhos físicos leves; é capaz de cuidar da casa e ter “hobbies” e atividades que demandem baixo gasto de energia (caminhadas, jardinagem, dança social, viagens, dirigir automóveis); está sujeito a passar para o nível II se houver alguma intercorrência na saúde, pois tem baixas reservas físicas; nesta categoria estão incluídos idosos que vão desde os que mantêm um estilo de vida que demanda muito pouco da condição física, até aqueles muito ativos, mas sedentários.
- **Nível IV: Fisicamente apto/ ativo** - realiza trabalho físico moderado, esportes de resistência e jogos; capaz de fazer todas as AAVD e a maioria dos hobbies; tem aparência física mais jovem que seus pares da mesma faixa etária.
- **Nível V: Atletas** - realiza atividades competitivas, podendo competir em nível internacional e praticar esportes de alto risco

De acordo com COTTON (APUD MATSUDO, 2000), as necessidades específicas de cada nível funcional determinarão os tipos de testes a serem usados para cada idoso de acordo com suas necessidades:

- *Idosos fisicamente dependentes*: necessitam melhorar as funções que permitem realizar as atividades de autocuidado, tais atividades requerem força muscular (tronco, braços, pernas, quadril, mãos e dedos), flexibilidade (ombros, quadril, joelhos, punho e tornozelo/pés) e destreza (mãos).
- *Idosos fisicamente frágeis*: necessitam melhorar as funções que permitem realizar as ABVD e as AIVD, estas últimas requerem força muscular e flexibilidade para melhorar o padrão da marcha, estabilizar ombros e melhorar a postura, que influenciarão no equilíbrio.
- *Idosos fisicamente independentes*: necessitam melhorar e manter as funções físicas que lhes dá independência e previne doenças, incapacidades ou lesões que possam levar ao nível

de fragilidade; isto requer força e resistência muscular, flexibilidade, endurance cardiovascular, equilíbrio, tempo de reação e de movimento, a agilidade e a coordenação.

- *Idosos atletas*: necessitam de treinamento que mantenha o nível de aptidão física e condições de performance máximas específicas das atividades competitivas ou recreativas

A partir dessas considerações, SPIRSUDO (1995) determina que os testes que devem ser incluídos em uma bateria de avaliação de indivíduos maiores de 60 anos de idade, corresponde à sua categoria:

Categorias	Tipos de testes
Fisicamente dependentes	Testes de ABVD.
Fisicamente frágeis	Testes de ABVD e AIVD.
Fisicamente independentes	Testes de aptidão física: VO2 máx; força; flexibilidade; tempo de reação e de movimento; agilidade; equilíbrio. Testes de AAVD.
Fisicamente ativos/ aptos	Testes de aptidão física: VO2 máx; força; flexibilidade; tempo de reação e de movimento; agilidade; equilíbrio.
Atletas	Testes de aptidão física: VO2 máx; força; flexibilidade; tempo de reação e de movimento; agilidade; equilíbrio, específicos da modalidade.

(Matsudo, 2000, p. 22).

Alguns testes avaliam a capacidade funcional do idoso, ou seja, testes que medem o desempenho de idosos para realizar as atividades do cotidiano ou Atividades da Vida Diária (AVD). Essa avaliação é indicada para os três primeiros níveis funcionais de SPIRDUSO (1995), pois os idosos classificados nos níveis IV e V não apresentam disfunções físicas, suas AVD não estão afetadas, e assim podem realizar testes de aptidão física e motora, os mesmos utilizados por adultos mais jovens. Se as pessoas ainda não perderam seu desempenho na realização de AVD, os efeitos do treinamento físico não as modificará. Por essa razão é que a avaliação de AVD para idosos de nível IV e V não parece ser mais útil (OKUMA e ANDREOTTI APUD MATSUDO, 2000).

A seguir, os testes motores que mensuram a capacidade funcional, mediante a bateria de testes de Atividades da Vida Diária, segundo os autores acima citados, para idosos fisicamente independentes, são:

1. Caminhar / correr 800 metros
2. Sentar e levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa
3. Subir degraus
4. Subir escadas
5. Levantar-se do solo
6. Habilidades manuais (atividades de coordenação motora fina do cotidiano)
7. Calçar meias

A avaliação de componentes antropométricos, metabólicos e neuromusculares da aptidão física é fundamental na determinação dos efeitos do envelhecimento no desempenho físico e na avaliação dos efeitos dos programas de atividade física, exercício e treinamento. Essa avaliação está indicada de preferência nos níveis funcionais III, IV e V:

1. Variáveis antropométricas: peso, estatura total, comprimento tronco-encefálico, índice de massa corporal, adiposidade corporal, circunferência de braço e perna, circunferência de cintura e quadril, relação cintura /quadril.
2. Variáveis metabólicas: teste de caminhada de 6 minutos, teste de marcha estacionária de 2 minutos.
3. Variáveis neuromotoras: força muscular dos membros superiores (força de apreensão manual e flexão de cotovelo), força muscular dos membros inferiores (teste de impulsão vertical sem o auxílio dos braços e teste de levantar da cadeira em 30 segundos), teste de 1 repetição máxima (1-RM), variações do teste de 1-RM (2-RM e 20-RM), flexibilidade (teste de sentar e alcançar no chão e flexibilidade do ombro, agilidade (corrida com manuseio), equilíbrio (30 segundos num pé só), mobilidade geral (velocidade normal de andar, velocidade máxima de andar e velocidade de levantar da cadeira).

De acordo com Matsudo (2000), sabe-se que ao praticarem algum tipo de atividade física, os idosos, assim como os de outras faixas etárias, experimentam alterações positivas nos estados de

ânimo, na auto-estima, na auto-eficiência, obtendo recursos pessoais para enfrentar as situações estressantes e desafiadoras do cotidiano, fatores imprescindíveis para a manutenção de uma boa qualidade de vida .

A determinação do bem-estar subjetivo parece ser resultante de uma avaliação multi-dimensional de como o indivíduo julga a sua satisfação pela vida, representada pela preponderância de afetos positivos sobre os negativos, isso mediante a auto-relatos. As avaliações desse tipo são importantes para que se tenha claro em que estado afetivo se percebem os idosos ao iniciarem e ao participarem de programas de atividade física, e ainda, com o tempo, avaliar se as atividades realizadas proporcionaram alterações nessas percepções: escala de avaliação de experiências subjetivas na atividade física, capacidade física percebida – confiança na auto-apresentação – e auto-eficácia física, escala de autopercepção de bem-estar, auto-avaliação da imagem corporal e escala de depressão (MIRANDA APUD MATSUDO, 2000).

3 - DEPRESSÃO

3.1 Conceito de Depressão

A partir de Corrêa (1996, p. 82);

“a depressão pode ser definida como um processo que se caracteriza por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução da energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamento de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade. A capacidade de crítica do estado mórbido pode ou não estar preservada. A gravidade e frequência dos sintomas variam muito de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo, com alucinações, idéias deliróides e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica”.

Alonso-Fernández (APUD CORRÊA, 1996, p. 82) estabelece como critérios para o diagnóstico da depressão a sintomatologia básica distribuída em quatro sistemas:

1) Humor Depressivo:

- a) Desvalorização ou subestimação própria em forma de idéias de incapacidade, inferioridade ou indignidade;
- b) Incapacidade para experimentar prazer e alegria;
- c) Diminuição do apego à vida;

2) Anergia:

- a) Apatia, enfado, indiferença;
- b) Diminuição da atividade habitual no trabalho ou nas distrações;
- c) Fadiga geral, esgotamento ou cansaço precoce;

3) Descomunicação:

- a) Retraimento social;
- b) Afligir-se facilmente;
- c) Abandono das leituras e da televisão;

4) Ritmopatia:

- a) Dificuldade para conciliar o sono;
- b) Perda de apetite ou peso;
- c) Sensação de que o tempo passa muito lento e os dias tornam-se muito longos.

3.2 Exercício e Saúde Mental

A psiconeuroimunologia (PNI) estuda ligações entre o cérebro, o sistema nervoso, e o sistema imunológico, a partir de como os pensamentos, as emoções e os traços da personalidade interagem com o sistema imunológico e se tornam evidentes na doença ou na saúde. Pensamentos ou emoções podem intensificar ou impedir o funcionamento do sistema imunológico, e quando exposto a estresse prolongado, o sistema tende a falhar, permitindo a proliferação de microorganismos invasores. A PNI sugere que, alterando a percepção da suposta ameaça, através da

reprogramação do pensamento e da maneira de ver a vida, é possível reduzir a exposição ao estresse. Outra forma de poupar o sistema imunológico é através da atividade física regular. Intensidade, duração ou frequência excessiva de treinamento pode ocasionar sobrecarga, um estado que é caracterizado por fadiga, desempenho insuficiente e mau funcionamento do sistema imunológico. Assim, atividade, relaxamento, práticas mentais e outras estratégias de convivência ajudam as pessoas a lidarem de forma mais racional com problemas difíceis, liberando o sistema imunológico para funcionar em seu benefício (SHARKEY, 1998).

Pessoas saudáveis são livres de doenças, ansiedade e depressão; sua condição física, estado nutricional e aparência emocional as capacitam para realizar tarefas diárias com vigor, e atenção, sem fadiga excessiva e com ampla energia para desfrutar atividades de lazer e enfrentar emergências imprevistas. A Sociedade Internacional de Psicologia do Esporte (Tenebaum & Singer, 1992) acredita que os benefícios da atividade regular incluem estado reduzido de ansiedade, nível diminuído de depressão leve a moderada, reduções em neurose e ansiedade, um acessório ao tratamento profissional de depressão severa, redução dos índices de estresse e efeitos emocionais benéficos para todas as idades e ambos os sexos (SHARKEY, 1998).

A doença psicossomática é uma enfermidade física causada ou agravada pelo estado da mente, o termo somatopsíquico, sugere o efeito do corpo (soma) sobre a mente. O uso do corpo, especificamente com a atividade física moderada regular, tem um efeito benéfico sobre a mente e na saúde mental. Em estudos de intervenção, a atividade tem sido associada com níveis reduzidos de ansiedade e depressão (SHARKEY, 1998).

A depressão pode ser caracterizada por tristeza, auto-estima baixa, pessimismo, desesperança e desespero, sendo que seus sintomas podem variar desde fadiga, irritabilidade, falta de direção e retraimento, até pensamentos de suicídio. A depressão leve pode ser resolvida sem tratamento e a depressão moderada pode desaparecer em 6 meses; casos graves, em que existe um risco real de suicídio, são tratados com drogas. A maioria dos estudos sobre atividade tem sido conduzida em casos leves a moderados de depressão, e concluiu que a atividade física diminuiu significativamente a depressão em todos os grupos de idade e níveis de aptidão; reduções maiores foram associadas com mais sessões e programas de exercícios mais longos (SHARKEY, 1998).

Segundo Sharkey (1998), a atividade física regular pode ser considerada uma estratégia de convivência eficaz, uma distração em meio ao estresse da vida cotidiana, uma forma de ocupar a mente, permitindo a substituição de maus hábitos por bons hábitos, fixações negativas por fixações positivas; dá uma sensação de controle sobre nossa própria vida e o meio em que vivemos; e assim, as pessoas podem ser classificadas em “internas”, que acreditam que podem controlar resultados em suas vidas, e “externas”, que acreditam que suas vidas são controladas pelo acaso ou por outros.

Controladores internos são mais suscetíveis de adotar comportamentos saudáveis do que as pessoas externas.

O comportamento de convivência é influenciado pela percepção de aquisição (que influencia o desempenho) de um domínio sobre uma determinada área, habilidade ou esporte, e portanto, uma experiência bem-sucedida (a experiência altera a percepção) pode reforçar um comportamento de convivência, assegurando sua continuação. Essa auto-eficácia intensificada, definida como um senso de capacidade de uma pessoa em organizar e executar ações necessárias para alcançar resultados determinados, pode generalizar para outras áreas de desempenho; e assim, pode-se dizer que a atividade física regular proporciona uma sensação de controle e domínio sobre uma dimensão da vida, podendo intensificar o controle e o domínio sobre outras dimensões (SHARKEY, 1998).

Está claro que a atividade e aptidão físicas têm o potencial para melhorar casos leves a moderados de ansiedade e depressão, e de acordo com Sharkey (1998), isso porque a atividade tem um efeito benéfico na auto-estima e no autoconceito. O autoconceito é determinado por cinco componentes: eu pessoal, eu social, eu familiar, eu moral/ético e eu físico (imagem corporal); é possível através da atividade física mudanças no eu pessoal, físico e social. À medida que a atividade e aptidão física alteram a imagem corporal, essa confiança renovada no corpo pode ser um passo importante em direção a relações pessoais melhores; as pessoas perdem peso, melhora a força, a resistência e sua aparência, sentindo-se muito melhor em relação a si mesmo e ao seu corpo, o que proporciona a sensação de controle da sua própria vida.

Muitos investigadores estudaram pessoas fisicamente ativas e inativas, comparando mensurações de bem-estar psicológico, ansiedade, depressão e humor. Foi demonstrado que aqueles que tinham um comprometimento profundo com a atividade física relatavam se sentir mais relaxados, menos cansados e mais disciplinados, e ainda relatavam uma sensação de ter uma melhor aparência, uma maior autoconfiança, uma maior produtividade no trabalho e, em geral, de se sentirem melhores consigo mesmos (NIEMAN, 1999).

Segundo Sharkey (1998, p. 344), *“a atividade aeróbica regular, suplementada com exercícios de resistência, retém ou restabelece a mobilidade e a capacidade para uma vida livre e independente”*. O mesmo autor ainda diz que:

“os indivíduos ativos encaram cada momento como um momento para ser vivido. Evitam pessoas que os depreciam; quando se sentem melancólicos ou deprimidos, fazem algo. Correm riscos, envolvem-se com a vida e desfrutam dela; não desperdiçam o presente com mau humor, preocupações ou pensamentos imobilizantes sobre o futuro. Depressão, preocupação, culpa e raiva podem levar

(ou serem causadas por) mudanças súbitas na química do cérebro e nos níveis de hormônio. A atividade física pode ter um efeito direto no humor e na química do comportamento; pode também distrair a atenção e dar prazer e uma sensação de auto-satisfação que minimiza ou elimina o comportamento de auto-frustração”

O Dr. Tom Stephens dirigiu a avaliação de quatro estudos nacionais realizados nos Estados Unidos e no Canadá. As pessoas que estavam no nível “muito exercício” obtiveram pontuações maiores no bem-estar psicológico em comparação com outros grupos que estavam em níveis baixos de exercícios. O Dr. Stephens conclui: *“a conclusão incontestável desses quatro estudos nacionais é que a atividade física está associada positivamente com a boa saúde mental, o humor especialmente positivo, o bem-estar geral e menos ansiedade e depressão”*. Foi observado que essa relação é mais forte para o grupo mais velho (acima de 40 anos de idade) do que para os mais jovens, e mais para as mulheres do que para os homens (NIEMAN, 1999, p. 251).

Num estudo de amostragem com mulheres idosas, as pontuações de bem-estar psicológico revelaram ser significativamente melhores entre as mulheres treinadas fisicamente do que as sedentárias (idade média de 73 anos). No entanto, o problema com esses estudos é que as pessoas fisicamente ativas são muito diferentes das inativas em relação a outros fatores de estilo de vida e demográficos incluindo dieta, peso corporal, hábitos do sono, educação, salários e fatores genéticos. Esses outros fatores dificultam a mensuração do papel independente da atividade física sobre a boa saúde mental. De qualquer forma, as evidências crescentes levam à confirmação dos relatos de uma saúde mental superior das pessoas fisicamente ativas, especialmente quando os estudos realizados são de longo prazo (NIEMAN, 1999).

Em 1988, o Campbell's Survey on Well-Being, realizado no Canadá, revelou que as pessoas fisicamente ativas relatavam menos depressão e níveis positivos mais elevados de bem-estar do que as inativas. Outros estudos demonstraram que quando as pessoas fisicamente ativas são questionadas quanto ao porquê de elas se exercitarem, a resposta mais comum foi *“para me sentir melhor mental e fisicamente”*. Um estudo da revista *Runner's World* revelou que embora a maioria das pessoas comece a correr para *“melhorar a aptidão física”*, a maioria continua a correr para *“melhorar a aptidão mental”* e para *“aliviar o estresse”* (NIEMAN, 1999).

Quando os indivíduos são submetidos a situações estressantes, eles apresentam um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, dos hormônios do estresse e da atividade do sistema nervoso. Os pesquisadores denominam essas alterações de reatividade cardiovascular ao estresse mental. Pesquisadores da Duke University demonstraram que em alguns indivíduos suscetíveis, a reatividade cardiovascular pode desencadear um ataque cardíaco. Acredita-se que a redução da

reatividade ao estresse mental seja importante na administração dos eventos cotidianos do trabalho e da vida. O exercício parece ser útil porque à medida que o indivíduo se adapta ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos hormônios do estresse que ocorrem durante o exercício, o corpo é fortalecido e treinado a reagir mais calmamente quando as mesmas respostas são desencadeadas por um estresse mental (NIEMAN, 1999).

A atividade e o treinamento podem influenciar o metabolismo e uma quantidade de hormônios (por exemplo a insulina), fornecendo um *biofeedback* que gera alterações na frequência cardíaca, pressão arterial, eleva a temperatura do corpo e induz o relaxamento e a fadiga leve, fatores relacionados ao efeito tranquilizante do exercício. O treinamento também influencia favoravelmente os hormônios e neurotransmissores associados à depressão (SHARKEY, 1998).

De acordo com estudos realizados pela National Institute of Mental Health, o exercício está associado com a diminuição da depressão, e logo após uma sessão de exercícios, ou em resposta ao exercício regular a longo prazo, pode ser medida uma redução da depressão, sendo que as melhorias mais importantes são observadas em indivíduos gravemente deprimidos que se exercitam durante vários meses (NIEMAN, 1999).

O Dr. John Griest, da University of Wisconsin, comparou os efeitos de um programa de corrida contra a psicoterapia em indivíduos deprimidos e observou que a corrida era, no mínimo, tão eficaz quanto a psicoterapia no alívio da depressão moderada (NIEMAN, 1999).

A melhora da saúde psíquica através do exercício é um tema que está em debate atualmente e existem várias teorias passíveis de defesa, dentre as quais Nieman (1999, p.260) agrupou da seguinte forma:

- **Autocontrole:** à medida que as pessoas começam e mantêm um programa regular de exercícios (considerado pela maioria como o mais difícil), pode ocorrer um aumento de controle e autoconfiança.
- **Interação social:** o exercício usualmente é realizado com outras pessoas, levando às amizades, ao divertimento e à atenção pessoal. Alguns pesquisadores acreditam que isso contribui para os efeitos do exercício sobre a melhoria do humor.
- **Interrupção/distração:** o argumento é de que a interrupção da rotina diária normal e estressante pode resultar numa melhoria do humor de algumas pessoas que praticam exercícios.

- **Melhoria da aptidão cerebral:** existem algumas crenças de que o exercício aeróbio pode aumentar o fluxo sanguíneo e o transporte de oxigênio para o cérebro, induzindo a uma melhoria no humor. Os resultados com animais sugerem que as alterações estruturais cerebrais permanentes, incluindo vasos sanguíneos e terminações nervosas extras, podem ser resultantes do exercício regular. Foi observado que ocorrem alterações positivas nas ondas da atividade cerebral pela prática de exercícios ou de ganhos na aptidão física. Mais pesquisas são necessárias antes que a influência dos exercícios sobre o cérebro seja completamente compreendida.
- **Neurotransmissores cerebrais:** os distúrbios nas secreções cerebrais de três substâncias químicas ou neurotransmissores – serotonina, dopamina e norepinefrina – foram implicados na depressão e em outros distúrbios psicológicos. O exercício pode ter um papel no tratamento e na prevenção da depressão pela normalização das concentrações cerebrais dessas substâncias químicas.
- **Opiáceos corporais:** os opiáceos foram utilizados durante séculos para o alívio da dor e para a indução à euforia. Em 1975, os pesquisadores tiveram sucesso no isolamento de substâncias químicas do organismo que apresentavam qualidades “similares às da morfina”. Durante o exercício vigoroso, a hipófise aumenta a produção de um opiáceo denominado de beta-endorfina, acarretando um aumento de sua concentração sérica. A maioria dos pesquisadores observou que a beta-endorfina não aumenta, a menos que o exercício seja muito intenso ou com duração superior a uma hora. Embora seja amplamente aceito que as endorfinas são responsáveis pela euforia induzida pelo exercício, os pesquisadores discordam sobre o fato do exercício aumentar ou não a concentração de beta-endorfina no cérebro.

4 - DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

4.1 Epidemiologia da Depressão no Idoso

A depressão é, provavelmente, o distúrbio psiquiátrico mais freqüente no mundo atual, se não considerarmos a insônia e a ansiedade como quadro nosológico individualizado, mas sim como um sintoma entre outros. Para alguns autores, a depressão no idoso é muito mais freqüente do que em todas as outras épocas da vida (CORRÊA, 1996).

Os distúrbios depressivos são a forma mais incidente de distúrbios do humor nos idosos. O termo genérico de distúrbios do humor foi adotado pela 10^a revisão da Organização Mundial de Saúde, em 1993. E segundo Alexopoulos (APUD CORRÊA, 1996), 12% dos pacientes idosos que vivem em instituições são portadores de depressão maior e, grande parte dos idosos faz uso de medicações dos mais variados tipos, podendo portanto, a depressão estar vinculada ao seu uso. De 15 a 20% dos portadores da doença de Alzheimer pode apresentar distúrbio depressivo maior e mais de 50% deles têm algum tipo de sintoma depressivo. Nas formas leves e moderadas de demências de todas as etiologias ocorre um elevado número de sintomas depressivos; na doença de Parkinson, 50% de pessoas são deprimidas.

Podemos concluir que a prevalência da depressão é muito mais alta entre os idosos institucionalizados ou que demandam serviços especializados do que nos que vivem na comunidade (CORRÊA, 1996).

A depressão no idoso tem as mesmas características básicas da depressão do adulto. Entretanto, com algumas características que nenhuma outra época traz, devido as particularidades da idade, a situação existencial do indivíduo, sua perspectiva de vida agora não muito longa e suas peculiaridades gerontológicas e geriátricas (CORRÊA, 1996).

Alonso-Fernández, citado por Corrêa (1996), relaciona as depressões do idoso principalmente com as depressões situacionais, em que o conjunto de situações depressógenas é configurado da seguinte forma: as situações de perda pessoal que abalam o estado de ânimo; as situações de sobrecarga emocional e estresse que consomem o caudal de energias e impulsos; as situações de isolamento ou inatividade que interrompem a comunicação e as situações de ruptura ou crises que rompem o ritmo habitual de vida. O autor acrescenta ainda a depressão dos aposentados, que foi associada à depressão existencial pela quebra do projeto existencial e pela perda dos valores.

Para Vargas (APUD CORRÊA, 1996) as causas de depressão no idoso se relacionam 'as causas atuais de nossa crise humana: a competitividade, as inflações escandalosas, as especulações vergonhosas, a mercantilização do homem, ou seja, todas as virtudes e desonras da sociedade moderna que fazem com que o idoso seja impotente por si mesmo para evitar as dificuldades atuais.

O fato é que existem peculiaridades no idoso que devem ser apontadas na caracterização das depressões. Isso porque há uma tendência muito comum em atribuir os sintomas depressivos ao próprio envelhecimento e não a uma patologia. As repercussões funcionais da aposentadoria, a perda do *status* social e financeiro, o fato de não ser mais o chefe da família que não mais depende dele, a decadência física, a perda de parentes e amigos, o isolamento, podem designar queixas na esfera somática, mascarando um quadro depressivo. Os pacientes idosos também costumam negar seus estados depressivos e apresentam queixas físicas devido a um forte preconceito quanto as doenças mentais (CORRÊA, 1996).

4.2 As formas Clínicas Clássicas da Depressão nos Idosos

Segundo Corrêa (1996, p. 97):

Melancolia da involução:

Caracterizada como uma depressão ansiosa com transtornos hipocondríacos, sentimentos de indignidade, ausência de inibição ideomotora, o contato afetivo é adequado mas com certo grau de hostilidade, de recusa de ajuda que pode ir até o negativismo. Há uma tendência interpretativa com idéias de perseguição e alucinações, induzindo um delírio autêntico.

A duração do surto é mais longa que no adulto, podendo chegar à cronicidade. Incide principalmente nas mulheres de 50 e 60 anos e os pacientes teriam personalidade rígida, inibida, de tipo obsessivo ou esquizóide.

Melancolias autênticas:

Trata-se de recaídas de crises anteriores, predominando os transtornos cognitivos, comprometendo a atenção, a percepção, a memória, o pensamento e a inteligência. Há um falseamento da informação no momento de sua chegada ao Sistema Nervoso Central (SNC).

Estas perturbações são mais frequentes nos idosos, podendo ser associadas com frequência a distúrbios cardiovasculares, redução da eficiência cognitiva e psicomotora.

Depressões neuróticas:

Segundo Balier (APUD CORRÊA, 1996) estas são a forma de depressão mais frequente encontradas nos idosos, cerca de 25 a 33%.

É importante que os familiares procurem tratamento adequado em tempo, pois os sintomas são mais corriqueiros, demonstrando parecer capricho da pessoa que envelhece. A pessoa sente constantemente um penoso sentimento de isolamento, solidão, uma sensação de “vazio interior”; levando a perda da auto-estima, constatação de vergonha e impotência, com ansiedade intensa a respeito do futuro. Pode haver a coexistência de doenças físicas e incapacidade para enfrentá-las; queixas somáticas variadas e a personalidade pré-mórbida são quase sempre presentes.

Depressões por esgotamento:

São encontradas facilmente naquelas pessoas que se dedicam meses ou anos cuidando de um doente muito próximo à pessoa, notadamente o cônjuge. E a cura ou falecimento deste desencadeia o surto depressivo.

Depressões mascaradas:

Neste tipo de depressão podem ser observados transtornos do caráter com agressividade e condutas alcoólicas; presença de insônia, tristeza, perda do interesse pelas coisas. Tem como sintomatologia clínica: astenia, algias localizadas (cefaléias, disúria, etc.), somatizações da ansiedade (dispnéia, palpitações, abaulamento abdominal, suores, constipação, diarreia). O diagnóstico do quadro pode ser confirmado pela melhora com o uso de antidepressivos.

Depressão e afecções somáticas:

Um fator marcante e desencadeante desse quadro seria o envelhecimento em si, com suas transformações exteriores e internas. A doença de Parkinson está frequentemente acompanhada de depressão, de 40 a 60%, cuja origem pode estar tanto nos mesmos motivos neuroquímicos da doença como também por consequência de suas alterações motoras; em fases iniciais, na doença de

Alzheimer a depressão pode atingir cerca de 20 a 30% dos pacientes; outras doenças orgânicas podem ser a causa desse quadro (p. ex.: AVC), bem como outras patologias somáticas. Outras causas podem associar: medicamentos indutores de depressão, mecanismos bioquímico, personalidade pré-mórbida.

Depressão e demência:

Todas as formas de demência: degenerativas, vasculares, mistas, secundárias, podem desencadear a depressão, visto que a incidência das demências na população é significativa, 5% aos 65 anos e 20% aos 80 anos, os índices de depressão também são significativos.

Uma distímia pode mascarar a evolução demencial e, somente será possível diagnosticar com a evolução do quadro. Uma pseudodemência depressiva não é infreqüente e a instituição de uma terapêutica antidepressiva pode evitar uma evolução para uma verdadeira demência. Os quadros psicóticos podem se associar, podendo acarretar num delírio crônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho desenvolveu uma pesquisa bibliográfica sobre os três temas: *atividade física, depressão e terceira idade*.

Visto que o envelhecimento populacional é um fenômeno universal, e que o Brasil está inserido neste contexto, é necessário que seja resguardada uma atenção especial a esse “grupo” que todos pertencerão um dia.

Como consequência, este estudo tem a preocupação de alertar os profissionais de educação física e da saúde para uma reflexão esclarecida sobre os três temas centrais, com o intuito de proporcionar uma atuação mais segura, eficiente e humana, que tenha como instrumento de trabalho o respeito, a tolerância e a cooperação, para que possamos compreender e auxiliar nas limitações, dificuldades e insatisfações das pessoas da terceira idade.

A velhice pode ser encarada com uma fase do envelhecimento. O envelhecimento pode ser considerado como um processo pré-determinado biologicamente, entretanto é preciso considerar as influências psicológicas, sociais e ambientais no decorrer da vida de cada indivíduo.

Outro fator preocupante e muito freqüente hoje em dia, é a questão da Depressão, uma das patologias que mais demanda serviço psicogeriátrico, com maior incidência em idoso asilados ou abandonados pelas famílias. A depressão, resumidamente, é um fenômeno caracterizado por um rebaixamento do humor, denominando a tristeza; apresenta-se em graus variados: de uma sensação prolongada de tristeza e vazio até um profundo sofrimento moral, e em seu grau máximo, indica idéias suicidas, que remetem a insatisfação, a dor, a angustia e a tristeza em possíveis desfechos fatais. Este fenômeno pode ocorrer em qualquer faixa etária.

Entretanto, a partir da pesquisa, concluímos que a atividade física é um ótimo instrumento de trabalho no tratamento da depressão. E tem o mesmo significado da terapia na melhora deste distúrbio do humor.

Sendo assim, a percepção desta patologia pelos profissionais da Educação Física é muito importante na aplicação do planejamento de atividades propostas para o idoso depressivo. De acordo com as características dessa população, há cuidados a serem tomados e, ainda, deve-se pensar nas características de personalidade de cada idoso. Portanto, as atividades em grupo podem ser relevantes no tratamento depressivo, mas a opção deve sempre partir do paciente. As atividades, tanto em grupo quanto individual, devem sempre proporcionar satisfação, por isso, atividades ao ar livre, como caminhadas, passeios de bicicleta, natação, enfim, qualquer atividade física, deve ser

explorada da maneira mais agradável possível. A frequência, a intensidade e o volume das atividades são compatíveis aos níveis de aptidão de cada idoso.

É importante que o profissional da Educação Física saiba distinguir o envelhecimento habitual, ou senescência, do envelhecimento patológico, ou senilidade, através das respostas das Ciências Biomédicas, da Psicologia e da Sociologia, visto imprescindível para uma atuação que visa ajudar na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, que envelhecem diferentemente uma das outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Karinne B. G. **A importância do resgate da memória no trabalho com os idosos.**

Campinas: Unicamp, 2001. (tese, mestrado em Educação Física)

CORRÊA, Antônio C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer.** Belo Horizonte:

Health, 1996.

LAKATOS, Eva M & MARCONI, Marina A. **Fundamentos de metodologia científica.** São

Paulo: Atlas, 1995.

MATSUDO, Sandra M.M. **Avaliação do idoso: física e funcional.** Londrina: Ed. Midiograf, 2000.

NERI, Anita L. (Org.) **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993.

NIEMAN, David C. **Exercício e Saúde.** São Paulo: Manole, 1999.

SHARKEY, Brian J. **Condicionamento físico e saúde.** Porto Alegre: Artmed, 1998.