

Unisal

José Correia França

**Educação e corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres
idasas**

**Americana
2010**

Unisal

José Correia França

**Educação e corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres
idasas**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação à Comissão Julgadora do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário Salesiano de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dra. Norma Silvia Trindade de Lima.

**Americana
2010**

Ficha catalográfica

França, José Correia

L851d Educação e corporeidade: o corpo como elemento da
autonomia em mulheres idosas

133 f.

Dissertação (Mestrado em Educação). UNISAL – SP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Norma Silva Trindade de Lima

Inclui bibliografia

1.Educação.2. Corporeidade. 3.Autonomia. 3.
Envelhecimento – Brasil. I. Título.

CDD – 371.2

Folha de aprovação

Autor: José Correia França

Título: Educação e corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres
idosas

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação à Comissão Julgadora do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário Salesiano de São Paulo, sob a orientação da Profª Dra. Norma Silvia Trindade de Lima.

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 26/05/2010, pela comissão julgadora:

Profª. Dra. Norma Silva Trindade de Lima - Centro Universitário Salesiano - UNISAL

Profª. Dra. Sueli Maria Passagno Caro - Centro Universitário Salesiano - UNISAL

Profª. Dra. Mônica Caldas Erhemberg - Academia de Ensino Superior - AES

Americana

2010

DEDICATÓRIA

Para a Glória de Deus.

A

Maria Cristina Martins França, minha adorável esposa, por compreender minha ausência durante a realização desse trabalho, por sua ajuda sempre presente nos momentos em que mais precisei. Pela sua paciência e atenção aos nossos filhos enquanto retirava-me do convívio familiar para escrever esta pesquisa, pelas suas intercessões ao Eterno Pai, pedindo a ele que me iluminasse nesta tão solitária e árdua missão. E por tudo mais, onde minha memória não me permite alcançar.

Aos

Meus queridos filinhos: Lucas Martins França, Mateus Martins França e Francisco Martins França, por compreenderem a minha ausência durante estes dois anos, momentos em que jamais poderei recuperar, mas que pelo seu amor por mim, se não compreenderam, aceitaram minha ausência nas tarefas de pai.

AGRADECIMENTOS

Ao

Altíssimo, Onipotente e Bom Senhor, pelo dom da vida e por ter concedido-me à graça de poder concluir mais este sonho em minha vida.

A

Prof^a Dra. Norma Silvia Trindade, por compreender as minhas limitações e deficiências, pela maestria nas orientações e, sobretudo, por aceitar o desafio de colocar-me mais próximo do caminho do conhecimento científico e da pesquisa.

Aos

Professores do Programa de Mestrado em Educação do Centro Universitário Salesiano, pela competência, dedicação e carinho demonstrado em nossos encontros.

A

Prof^a Ms. Marisa Antonia de Souza, pelo apoio e incentivo.

Aos

Professores Mestres Rafael Pombo Menezes, Cynara Cristina Domingues Alves Pereira, Regina Meira e Ana Rodrigues pelo apoio e incentivo.

Ao

Grupo de senhoras que participaram como sujeitos dessa pesquisa, meus mais sinceros agradecimentos.

A

Todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que fosse possível a realização desse trabalho.

EPIGRAFE

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca.
E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

RESUMO

As pesquisas científicas mais recentes e os dados sócio-demográficos, aponta-nos que a população de idosos vem crescendo em todo mundo e, em particular no Brasil, de forma bastante expressiva. Diante desse panorama, este trabalho tem como objetivo discutir a relação que existe entre educação, corporeidade e autonomia em um grupo de mulheres idosas. Para isso, foi necessário investigar o conceito de corporeidade e autonomia na perspectiva Freiriana. Buscamos na fenomenologia de Merleau-Ponty a concepção de corporeidade. Em Silene Okuma, buscamos compreender o envelhecimento enquanto fenômeno complexo da existência humana e que a educação configura-se como elemento indispensável na construção da autonomia dos sujeitos idosos. Implementamos um projeto de intervenção em um grupo de mulheres idosas, por meio de um programa de exercícios físicos, com intuito de relacionar educação e corporeidade a autonomia dessas pessoas. Participaram dessa pesquisa 30 voluntárias na faixa etária de 60 a 80 anos de idade, com nível escolar variando entre semi-analfabeto e primeiro e segundo ciclo do ensino fundamental. As voluntárias são frequentadoras do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) da Secretaria da Ação Social e Cidadania, da Prefeitura da Estância Turística de Salto, São Paulo. Os sujeitos foram divididos em duas turmas, sendo a primeira constituída de 18 senhoras com idade entre 60 a 69 anos e a segunda com 12 senhoras com idade de 70 a 80 anos. Foram realizadas duas avaliações (pré e pós intervenção) através de instrumentos de mensuração da Capacidade Funcional (CF), Flexibilidade Corporal, Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD) e Índice de Massa Corporal (IMC). Os dados foram organizados e tabulados com a utilização do programa Excel da Microsoft Office, versão 2000. Utilizamos o programa Statistics Package Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para os cálculos estatísticos. O valor de 0,05 foi considerado o limite máximo na caracterização do nível de significância dos resultados obtidos (P 0,05) nos testes estatísticos. Na primeira avaliação buscou-se identificar as necessidades funcionais dos sujeitos do projeto e, com bases nos dados obtidos pela avaliação, organizamos um programa de exercícios físicos compatíveis com as necessidades desses sujeitos. Na segunda avaliação, verificou-se que houve melhoras estatisticamente significativas em diversas variáveis avaliadas, o que nos permite afirmar que há uma relação muito próxima entre a prática de exercícios físicos e a melhora da autonomia geral dos sujeitos, por influenciar diretamente no nível de consciência corporal, percepção do estado de saúde, na realização das Atividades da Vida Diária e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Palavras Chave: Educação, Corporeidade, Autonomia, Envelhecimento.

ABSTRACT

The latest scientific research and socio-demographic data shows us that the elderly population is growing worldwide and particularly in Brazil, quite expressive. Against this background, this paper aims to discuss the relationship between education, embodiment and autonomy in a group of elderly women. For this it was necessary to investigate the concept of embodiment and autonomy in perspective Freire. We seek the phenomenology of Merleau-Ponty's conception of embodiment. In Silene Okuma, we understand aging as a complex phenomenon of human existence and that education appears as an indispensable element in the construction of the autonomy of the elderly. We implement an intervention project in a group of elderly women, through an exercise program, aiming to relate education and corporal autonomy of these people. Participated in this study 30 volunteers aged 60-80 years, with educational level ranging from semi-literate and first and second cycle of basic education. The volunteers are often of the Reference Center for Social Assistance (CRAS) of the Secretariat of Social Action and Citizenship, City Hall Resort Travel Salto, Sao Paulo. The subjects were divided into two classes, the first consisting of 18 women aged 60-69 years and the second with 12 women aged 70-80 years. Was evaluated twice (before and after intervention) by means of measurement of functional capacity (FC), body flexibility, systolic (SBP), diastolic blood pressure (DBP) and body mass index (BMI). The data were organized and plotted using the Excel program of Microsoft Office, version 2000. We used the program Statistics Package Social Sciences (SPSS) version 17.0 for statistical calculations. The value of 0.05 was considered the maximum to characterize the significance of the results (P 0.05) in statistical tests. The first evaluation aimed to identify the functional needs of the subjects of the project, with bases on the data obtained by the evaluation, we organized an exercise program consistent with the needs of these individuals. In the second evaluation found that there were statistically significant improvements in several variables, which allows us to affirm that there is a very close relationship between physical exercise and generally improves the autonomy of the subject, by directly influencing the level of body awareness perception of health status, in carrying out Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living.

Keywords: Education, Embodiment, Autonomy, Aging.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 - Apresentação das variáveis IMC e Altura do total da amostra

TABELA 2 - Auto-avaliação da capacidade funcional nos dois momentos de avaliação

TABELA 3 - Auto-avaliação da capacidade funcional, por grupos etários, segundo momentos de avaliação.

TABELA 4 - Pressão arterial (PAS e PAD) por grupos etários nos dois momentos de avaliação.

TABELA 5 - Nível de flexibilidade por grupos etários nos dois momentos de avaliação.

TABELA 6 - Classificação de IMC específica para os idosos é sugerida por Matsudo (2000).

GRÁFICO 1 - Classificação da capacidade funcional da amostra total (N=30), segundo momentos da Avaliação.

GRÁFICO 2 - Classificação da capacidade funcional, por grupo etário (< 70 anos, N= 18), segundo momentos de avaliação.

GRÁFICO 3 - Classificação da capacidade funcional, por grupo etário (\geq 70 anos, N= 12), segundo momentos de avaliação.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM - American College of Sports Medicine

AHA - American Heart Association

AIVD - Atividade Instrumental da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CF - Capacidade Funcional

CNID - Conselho Nacional do Idoso

CRAS - Centro de Referência e assistência Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

M(±DP) - Média e Mais ou Menos Desvio Padrão

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar

PNID - Política Nacional do Idoso

SPSS - Statistics Package Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC - Tradicional Medicina Chinesa

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| CAPÍTULO I..... | 16 |
| 1 ENVELHECIMENTO E VELHICE: UM DESAFIO PARA OS NOVOS TEMPOS..... | 16 |
| 1.1 Conceito de envelhecimento e da velhice..... | 22 |
| 1.2 O sujeito idoso e os meios de comunicação..... | 31 |
| 1.3 O Poder Público e a Política Nacional do Idoso..... | 33 |
| CAPÍTULO II..... | 39 |
| 2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A EDUCAÇÃO..... | 39 |
| 2.1 Educação: pressuposto para um envelhecimento saudável..... | 42 |
| 2.2 A educação e autonomia na pedagogia Freiriana..... | 45 |
| 2.3 Autonomia, exercício físico e envelhecimento..... | 50 |
| 2.4 Envelhecimento e qualidade de vida..... | 56 |
| CAPÍTULO III..... | 61 |
| 3 A FENOMENOLOGIA COMO MÉTODO DE COMPREENSÃO DE MUNDO..... | 61 |
| 3.1 A corporeidade na perspectiva da fenomenologia de Merleau-Ponty..... | 68 |
| CAPÍTULO IV..... | 80 |
| 4 METODOLOGIA DA PESQUISA..... | 80 |
| 4.1 A pesquisa de campo..... | 80 |
| 4.2 Critérios de Inclusão e de exclusão..... | 83 |
| 4.2.1 Critérios de Inclusão..... | 83 |
| 4.2.2 Critérios de Exclusão..... | 83 |
| 4.3 Os sujeitos e a coleta de dados..... | 83 |
| 4.4 Análise estatística..... | 86 |
| 5 RESULTADOS..... | 87 |
| 5.1 Discussão dos resultados..... | 90 |
| CONCLUSÃO..... | 105 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 118 |

| | |
|--|------------|
| ANEXOS..... | 127 |
| ANEXO A - Identificação Sociodemográfica..... | 128 |
| ANEXO B - Modelo de Ficha de Condições de Saúde..... | 129 |
| ANEXO C - Variáveis Antropométricas..... | 129 |
| ANEXO D - Teste de Flexibilidade..... | 132 |
| ANEXO E - Ficha de Auto-Avaliação da Capacidade Funcional..... | 133 |
| ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 135 |

INTRODUÇÃO

Há mais dez anos, temos vivenciado diversas experiências no ensino superior, no campo da Educação Física, sobretudo na Educação Física gerontológica. Diante disso, percebemos que seria necessário ampliar o nível de compreensão a respeito do fenômeno envelhecimento, dado a realidade em que o mundo e, particularmente o Brasil, está vivendo com relação ao aumento do número de sujeitos idosos em suas populações.

O aumento da população idosa em nosso país, nos estimula para a elaboração de estratégias, conhecimentos e metodologias educacionais, que nos ofereça uma fundamentação sólida para que possamos intervir, direta e indiretamente nesse seguimento social, no sentido de oferecer melhores condições de vida diante do processo de envelhecimento e da velhice.

Percebe-se que o envelhecimento vem ganhando espaço a cada ano que passa no campo científico em todo o mundo. Em nosso país, em particular, esse fato nos aponta para a necessidade de se desenvolver ações no sentido de desmistificar a problemática do envelhecimento e produzir conhecimento para otimizar a qualidade de vida e autonomia dos idosos, visto que os dados mostram-nos um acréscimo bastante significativo dessa população nos últimos vinte anos.

Dados do IBGE (2008) evidenciam que o Brasil, atualmente, tem uma população idosa de 20 milhões de pessoas, representando 10,5% da população total do país, e que ocupa o 16º lugar em população idosa do mundo, devendo, nos próximos 20 anos, chegar a mais de 33 milhões.

Diante desse cenário, acreditamos que se faz necessário compreender os processos que possam contribuir para um envelhecimento saudável e autônomo, pois nessa fase da vida acontece uma série de transformações de ordem anatomo-fisiológica, psicológica e social, que resulta em mudanças na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e, sobretudo, na qualidade de vida dos sujeitos (CARVALHO, 1999).

Desse modo, entendemos que se as pessoas idosas incorporarem em seu cotidiano a prática de exercícios físicos, aumentarão sua autonomia, conseqüentemente, haverá uma diminuição das conseqüências negativas do processo de envelhecimento. Sendo assim, esta pesquisa teve como tema central Educação e Corporeidade: o corpo como elemento da autonomia em mulheres idosas. Como objetivo geral, buscamos

discutir a relação entre educação, corporeidade e autonomia em um grupo de mulheres idosas.

Nos objetivos específicos, buscamos investigar o conceito de corporeidade e autonomia, compreender o conceito de envelhecimento e o papel da educação para os sujeitos idosos, identificar os níveis de capacidade funcional em um grupo de mulheres idosas e sua relação com a autonomia, intervir na capacidade funcional de mulheres idosa por meio de um programa de exercícios físicos e relacionar a capacidade funcional, educação e autonomia da pessoa idosa.

Para nortear nossa pesquisa, formulamos o seguinte problema: Em que medida uma intervenção por meio de exercícios físicos pode colaborar para o aumento da autonomia e da educação em mulheres idosas? Com intuito de responder aos objetivos da pesquisa, buscamos possíveis repostas para o problema a que nos propomos a investigar por meio de fontes bibliográficas diversas, como livros, revistas, artigos científicos, bases de dados e internet, em sites especializados no tema abordado e a pesquisa de campo.

Como referencial teórico apoiamos-nos na fenomenologia de Merleau-Ponty, para quem o corpo configura-se como forma primordial de estar no mundo, entendendo a corporeidade como algo que não se limita ao significado histórico-cultural, mas que a entende como uma representação do ser total, presente na experiência perceptiva e na construção da subjetividade.

Em Paulo Freire (1967) buscamos o referencial teórico para autonomia e educação. Para esse autor, a autonomia é a condição de um povo ou pessoa que tenha se libertado das opressões que restringem ou anulam a liberdade de determinação. A autonomia tem a ver com o que Freire (1967, p. 108) chama de "ser para si", pois, no contexto em que o autor em questão escreve, a autonomia está relacionada com a libertação, com a condição do sujeito determinar ele mesmo a lei à qual se submete. Portanto, buscamos compreender a autonomia em seu sentido lato e não apenas no sentido da autonomia funcional, das melhorias das capacidades físicas. Compreendemos que o desenvolvimento dessas capacidades são variáveis significativas para a manutenção da autonomia, entretanto não devem ser compreendidas como um fim em si mesmas.

E, finalmente, buscamos como referencial teórico para fundamentar essa pesquisa, no que diz respeito às questões relacionadas às atividades físicas e autonomia os estudos de Okuma (2009) para quem os benefícios advindos da prática de atividades

físicas são percebidas igualmente para o domínio das capacidades cognitivas e psicossociais, cujo os efeitos do processo de envelhecimento, dependerá de seus recursos internos e das normas e relações sociais às quais os sujeitos estão inseridos.

No capítulo I, buscamos compreender os conceitos de corporeidade e envelhecimento com objetivo de criar uma base conceitual do trabalho, buscando um entendimento das questões corporais em seu processo de envelhecimento.

No capítulo II, buscamos refletir a respeito da educação como pressuposto para um envelhecimento saudável, perpassando pelo conceito de autonomia de Paulo Freire, discutindo a questão do exercício físico como um dos elementos da autonomia e da qualidade de vida.

No capítulo, III fizemos a descrição dos procedimentos metodológicos da pesquisa de campo. Para iniciar a intervenção, convidamos a comunidade atendida pelo Centro de Referência e assistência Social (CRAS) do Jardim Saltense da cidade de Salto, no interior de São Paulo, onde escolhemos 30 mulheres com faixa etária de 60 a 80 anos de idade. Devido a grande diferença na idade dos sujeitos, foi necessário dividir o grupo em dois, formando um grupo de indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e outro com 70 a 80 anos. Trata-se de indivíduos, em sua maioria aposentados, com baixa renda e escolaridade.

No trabalho de campo, realizamos uma intervenção, por intermédio da prática da ginástica chinesa Liang Gong e palestras sobre diversos temas ligados aos exercícios físicos e envelhecimento, controle da pressão arterial e qualidade de vida. Nossa intervenção foi programada para um período de 10 meses.

No capítulo IV, apresentamos a metodologia empregada, os critérios de inclusão e exclusão, os sujeitos da pesquisa, a coleta de dados, a análise estatística e, finalmente, a discussão dos resultados.

CAPÍTULO I

1 ENVELHECIMENTO E VELHICE: UM DESAFIO PARA OS NOVOS TEMPOS

Percebe-se que o envelhecimento da população mundial vem ganhando espaço, a cada ano que passa, no campo científico em todo o mundo. Em nosso país, em particular, isso decorre da necessidade de desmistificar a problemática do envelhecimento e produzir conhecimento no sentido de otimizar a qualidade de vida dos idosos, visto que os dados apontam um acréscimo bastante significativo dessa população, nos últimos vinte anos.

Com aumento do envelhecimento populacional, surgem novos desafios no âmbito social e político, sobretudo quando se trata de uma sociedade que ainda não desenvolveu uma distribuição de renda justa, como no caso do Brasil. Presume-se que os maiores desafios do envelhecimento da população reside na elaboração de políticas públicas voltadas para melhorias na saúde, moradia, renda, educação, entre outros. Para Costa e Miranda (2008), o aumento do envelhecimento da população provoca mudanças no mercado, no consumo, nas aposentadorias, nas pensões e no conjunto de direitos sociais. Desse modo, a sociedade e o governo precisam olhar para esta realidade com seriedade e assumir o compromisso de desenvolver mecanismos de atendimento dessa população em suas necessidades como saúde, educação, segurança, moradia, lazer, esporte etc.

Segundo Camarano e Pasinato (2002)) as políticas de maior importância para a população idosa em crescimento estão aquelas capazes de promover ajustes na renda para compensar a perda da capacidade laborativa, saúde, cuidados de longa duração e a criação de um entorno favorável, que inclua aspectos como habitação, infraestrutura e acessibilidade. Entre os maiores desafios que o Brasil enfrenta diante do envelhecimento da população está a saúde, sobretudo a saúde preventiva. Segundo o IBGE (2008), os sujeitos idosos são os que mais consomem recursos do sistema de saúde e isso se dá devido às internações mais frequentes e maior tempo de permanência nos leitos dos hospitais por parte deles.

Para Alvarenga (2008), os piores indicadores de saúde dos idosos brasileiros referem-se às mulheres, associada a essa situação está a autonomia, mobilidade física e maior frequência aos serviços de saúde. Outro fator importante neste contexto é a questão do idoso e o mercado de trabalho. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra

Domiciliar (PNAD), em 2007, cerca de 42,6% dos homens idosos e 19,3% das mulheres eram ativos em suas atividades laborais.

Ao mesmo tempo em que este panorama traz certa autonomia aos indivíduos idosos, por aumentar sua renda e, por conseguinte, a autonomia, por outro lado, existe a preocupação com o tipo de trabalho realizado por essas pessoas, pois muito desses trabalhadores não se encontram tecnicamente preparados e qualificados para responder a um mercado exigente como o atual. Diante dessas dificuldades, os idosos muitas vezes são recebidos no mercado de trabalho informal, sem as garantias previstas na legislação trabalhista e recebendo um salário inferior ao valor do trabalho realizado.

Hoje, a perspectiva de vida do brasileiro é de 72,7 anos e deverá atingir 74 anos em 2020, perspectiva de vida atual dos países desenvolvidos. Um dado importante, nessa questão, é que as mulheres, em geral, vivem mais dos que os homens. Segundo Barreto *et al*, *apud* Alvarenga (2008), a diferença na expectativa de vida entre homens e mulheres, passou de 7,2 anos para 7,8 anos. Por conta dessa diferença, houve um incremento significativo no número de mulheres com relação aos homens idosos. Este fato coloca-nos diante de um paradoxo, pois as mulheres idosas conseguem viver mais do que os homens, apesar de demonstrarem piores condições de saúde, menos autonomia e mobilidade física, e mais consultas aos serviços de saúde.

Analisando a população brasileira numa estrutura piramidal, podemos perceber a expansão do topo e uma tendência de encolhimento da base. “Estamos nos tornando um país jovem de cabelos brancos” (VERDERE, 2004, p. 23).

Diante desse quadro, é pertinente fazermos o seguinte questionamento: a sociedade brasileira valoriza o idoso? Ou o compreende como um ser improdutivo?

O que parece é que, na medida em que vamos envelhecendo somos colocados à margem da vida social. Certamente, isso ocorre pelo fato de o idoso diminuir sua capacidade de produção e de consumo. Entendemos que se faz necessário mudar essa cultura, por meio de ações educativas, procurando resgatar os valores que, de algum modo, foram expurgados neste novo contexto social. Consideramos que o idoso deve redescobrir as possibilidades de sentir-se membro e construtor de uma sociedade que busca justiça social, igualdade e respeito aos direitos humanos.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2007, entre 1997 e 2007, a população brasileira cresceu 21,6%, enquanto o contingente de idosos subiu 47,8% e o de pessoas com mais de 80 anos apresentou uma variação ainda maior: 86,1%.

De acordo com Mayer (2000), a população idosa mundial vem crescendo em um ritmo extremamente acelerado. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos; já em 1998, quase cinco décadas depois, esse número chegou a 579 milhões de pessoas, num crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. As estimativas para 2050 são de que a população idosa mundial será de 1900 milhões de pessoas, número equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (ANDREWS *apud* MAYER 2000, p. 32). Este estudo aponta, ainda, que a partir 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo, aumentou 19 anos:

Desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos. Hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco para o mundo de modo geral, e de um para três para o mundo desenvolvido. Segundo as projeções, o número de centenários - de 100 anos de idade ou mais - aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145 000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050; e entre 1999 e 2050 o coeficiente entre a população ativa e inativa - isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade por cada pessoa de 65 ou mais diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas menos desenvolvidas (ANDREWS *apud* MAYER 2000, p. 32).

Percebe-se, com estes dados, que a população mundial de pessoas idosas vem crescendo mais acentuadamente nos países em desenvolvimento, apesar de estes números apresentarem-se proporcionalmente inferiores aos encontrados nos países desenvolvidos. Segundo Mayer (2000), quando comparado com os países da América Latina, o Brasil ocupa uma posição intermediária, correspondendo a 9,7% da população total de idosos dessa região. Já que nestes países há uma grande diversidade, com uma população idosa variando de 6,4% na Venezuela a 17,1% no Uruguai, 7,0% no Peru e na Argentina 13,2%.

Em razão desses dados, é pertinente inferir que a questão do envelhecimento, deve ser assumida com seriedade. Na medida em que este fenômeno vai se consolidando, na velocidade em que se apresenta, torna-se urgente a necessidade de buscar, por intermédio das lideranças políticas, educacionais e sociais, soluções para os problemas que surgem em decorrência desse processo. Para tanto, é preciso ampliar a reflexão sobre as questões relativas à inserção social dos idosos por meio da educação, lazer, esportes e saúde, entre outros. Nessa etapa da vida, encontramos parte dessa

população sem condições de manter os vínculos familiares e sociais com o respeito e a dignidade que merecem.

Outro dado interessante diz respeito ao número de famílias que dependem financeiramente dos idosos para sua manutenção e subsistência. De acordo com dados do IBGE, no ano 2000, cerca de 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros, observando-se um aumento em relação a 1991, quando os idosos responsáveis pela subsistência das famílias representavam 60,4%. Em 2007, houve uma pequena redução neste número; no entanto, em 53% dos domicílios com idosos, eles são responsáveis por mais da metade da renda familiar. (IBGE 2007).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2007 (PNAD) confirmou que o número de mulheres é superior ao de homens, tanto no total do país quanto nas áreas urbanas, enquanto nas áreas rurais há mais homens que mulheres. No total do país, havia, em 2007, 79 homens para cada 100 mulheres idosas de 60 anos ou mais. No grupo de 65 anos ou mais, eram 76 para cada 100, chegando a apenas 72 homens para cada 100 mulheres, na faixa de 70 anos ou mais. Nas áreas rurais, a razão de sexo era de 107 homens para cada 100 mulheres, enquanto nas áreas urbanas, era de 75 homens para cada 100 mulheres. A região Sul possui a maior diferença entre os sexos, 67 homens para cada 100 mulheres, seguida de perto pelo Sudeste, com 69 homens para cada 100 mulheres. Esses números resultam da migração rural/urbana feminina ser superior à masculina; as idosas dirigem-se com maior frequência às cidades para residir com filhos/netos ou parentes, e pelo fato de os homens terem maior presença em atividades tipicamente rurais.

De acordo com dados do IBGE (2008), poderiam ser considerados em situação de pobreza mais de 2,5 milhões de idosos, representando 12,2% no país, que viviam em domicílios cujo rendimento médio mensal domiciliar *per capita* era de até ½ salário mínimo. O percentual de idosos que morava em domicílios, nesta faixa de rendimento nas áreas rurais, chegava a 20,2% do total de idosos destes locais, enquanto nas áreas urbanas era de 11,1%. A região Nordeste, com 24,2%, alcançou a maior proporção de idosos em situação de pobreza, enquanto que a região Sul conta com 6,5%, a menor proporção. Em números absolutos, os maiores grupos de idosos de 60 anos ou mais em situação de pobreza moravam na Bahia, com 334 mil idosos. Minas Gerais, com 265 mil idosos, e São Paulo, com 248 mil idosos. O maior contraste nas demandas urbana e rural ocorria na região Sudeste, com 6,8% e 16,1%, respectivamente, e o menor, na Região Sul, com 6,3% e 7,1%. Em contrapartida, considerada a faixa de rendimento

mensal domiciliar de mais de 2 salários mínimos *per capita*, a proporção de idosos nas áreas urbanas era de 26,5% sendo três vezes superior à da área rural que era de 8,1%.

No modelo de sociedade atual, capitalista, quase toda atividade humana é valorizada fundamentalmente pela idéia de produtividade, inerente ao próprio capitalismo. De acordo com Veras (2002) a visão capitalista de mundo marginaliza os sujeitos, na medida em que eles vão envelhecendo e, portanto, diminuindo sua produtividade. Desse modo, quando o sujeito não tem mais a possibilidade de produção de riqueza, perde o seu valor simbólico.

Sendo assim, à medida em que o sujeito vai envelhecendo, sobretudo após a aposentadoria, sente que está perdendo seu “papel social”, pois o trabalho é uma das maneiras mais marcante e definidoras da posição social e de interação entre os indivíduos.

Segundo Goldman (2004) a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) vêm desenvolvendo um papel relevante na tentativa de sensibilizar o mundo sobre o impacto do envelhecimento, sobretudo nos países em desenvolvimento. O trabalho, dessas organizações, pretende estimular esses países a adotarem medidas que atendam as necessidades dos sujeitos idosos. Entre essas medidas, duas ocupam destaque especial: no campo da saúde, promover o envelhecimento saudável e, no campo social, desenvolver condições para um envelhecimento com direitos e dignidade.

De acordo com Salgado (2002), o desenvolvimento social colabora para o aumento da população de pessoas idosas, pois para esse autor viver mais está diretamente ligada ao nível do desenvolvimento das sociedades.

Para Gro Harlem Brundtland, ex-diretora-geral da ONU, o “envelhecimento populacional é a primeira e a mais importante história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico...” (ONU, 2002, p. 6)¹.

Diante do exposto, podemos afirmar que a situação do idoso no Brasil torna-se complexa, na medida em que seus descendentes tornam-se seus dependentes do ponto de vista financeiro. Ao envelhecer, o sujeito deveria usufruir de certa tranquilidade, de um tempo maior para o lazer, educação; enfim, poderíamos pensar que esse momento, tão especial da vida, pudesse se constituir em um período em que a pessoa estivesse

¹ “Population ageing is first and foremost a success story for public health policies as well as social and economic development. ...”

livre para usufruir de sua aposentadoria, viajar, cuidar-se, aproveitar o tempo livre etc., quando, na verdade, a grande maioria ainda carrega em seus ombros a responsabilidade de suprir sua família em sua subsistência, pois para esses sujeitos as idéias preconizadas por algumas organizações internacionais, conforme citadas acima, ainda não chegou, milhares de idosos em nosso país ainda são pessoas que o Poder Público e as políticas Públicas ainda não viram.

Esta realidade demonstra que, neste caso, há uma inversão dos papéis em grande parte das famílias brasileiras. No momento em que o idoso deveria ser amparado por seus descendentes, ele continua com a responsabilidade de manter a subsistência e a vida da família, que, em geral, não é mais apenas de seus filhos, mas podemos incluir neste contexto netos, genros e noras.

Apesar de os dados apontarem que está havendo diminuição no número de famílias que dependem financeiramente dos idosos, ainda estamos longe de alcançar uma realidade ideal para os idosos no país. O que parece é que, na medida em que vamos envelhecendo, somos colocados à margem da vida social. Certamente, isso ocorre por diminuir a capacidade de produção e de consumo. Entendemos que se faz necessário mudar essa cultura, por meio de ações educativas, procurando-se resgatar os valores que, de algum modo, foram expurgados neste novo contexto social.

Apesar de o poder público ter criado leis importantes nos últimos anos, no sentido de oferecer segurança e amparo à velhice, pouco tem sido feito para viabilizar o exercício dos direitos assegurados por estas leis. Segundo Faro (2005), a atuação do governo ainda não permitiu um efetivo cuidado no que diz respeito ao bem-estar dos sujeitos idosos no país e, por conta disso, as instituições privadas vêm desenvolvendo algumas iniciativas que, apesar da boa vontade, dedicam-se mais ao assistencialismo.

1.1 Conceito de envelhecimento e da velhice

Procurar entender o que seja o processo de envelhecimento e a velhice e atribuir-lhes um conceito não é uma tarefa simples, pois se trata de uma reflexão que, indubitavelmente, penetra a singularidade e, ao mesmo tempo, a subjetividade humana. Será que o sujeito envelhecido é aquele que carrega em seu corpo as marcas do tempo? A velhice deve ser analisada apenas pelo viés biológico ou pelos aspectos psicológicos, sociais e culturais? O que sabemos é que não há uma resposta única para estas indagações, pois tanto as questões biológicas como as psicológicas, sociais e culturais fazem parte do processo de envelhecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,) classifica o envelhecimento em quatro estágios. Considera a meia idade de 45 a 59 anos, o idoso de 60 a 74 anos, o ancião de 75 a 90 anos, e a velhice extrema de 90 anos em diante.

A classificação dos idosos em termos de cronologia não é igual em todos os países. Nos países ricos, os indivíduos são considerados idosos a partir dos 65 anos, enquanto que nos países pobres, ou em desenvolvimento, como no caso do Brasil, considera-se o indivíduo idoso a partir dos 60 anos (ROLIM, 2000).

É importante considerar que o envelhecimento deve ser entendido não só em seus aspectos fisiológicos e morfológicos, mas também nos aspectos sociais e psicológicos, o que torna o assunto bastante complexo e, por isso, de grande relevância no âmbito do debate acadêmico.

A concepção de envelhecimento na contemporaneidade tem relação direta com a promoção da longevidade e da saúde. De acordo com Araújo (2001), promove-se a longevidade na medida em que se consideram as potencialidades e características dos indivíduos. Isso nos permite afirmar que a construção de uma população de sujeitos idosos saudáveis e autônomos transcende a investimentos em programas de saúde, em políticas públicas etc. Convém ressaltar que, para isso, faz-se necessário que haja uma mudança na concepção que vem sendo construída na sociedade a respeito do sujeito idoso, para que, a partir de um novo olhar, de uma nova concepção, possamos enxergar suas potencialidades e habilidades, bem como suas características e, sobretudo, sua história de vida.

Segundo Meassi (2009), a Gerontologia entende a velhice a partir de dois eixos: a senescência, que é caracterizado, pelos fenômenos fisiológicos, e o

envelhecimento sadio. Senilidade é caracterizada pelo declínio físico e está sempre associado à desorganização mental. Isso pode incluir a perda da capacidade da pessoa para se concentrar, para recordar as informações e para avaliar adequadamente as situações da vida.

De modo geral “a natureza humana é dividida em três dimensões – biológica, psicossocial e espiritual “(MEASSI 2009, p.146). A dimensão biológica refere-se às necessidades físicas. A dimensão psicossocial refere-se às necessidades psicológicas de cada indivíduo e das interações sociais, a dimensão espiritual diz respeito a necessidades de desenvolver valores que dão sentido à vida.

Segundo autora citada, essas dimensões ocupam diferentes domínios ao longo da vida. Esses diferentes domínios ocorrem em três momentos da existência, a primeira acontece na infância, a segunda na adolescência e na maturidade e a terceira na velhice.

Desse modo, a velhice não deve ser caracterizada como um momento negativo da vida, pois é nesse período que o homem deve usufruir de toda sabedoria adquirida ao longo de sua existência. Afirma Meassi (2009) que a velhice é uma construção social e, portanto, o conceito e a forma que as sociedades lidam com o sujeito idoso, depende de como as sociedades compreendem essa fase da vida.

Para outros pesquisadores, o envelhecimento tem seu início desde o momento da concepção e seu término com a morte. Para Meirelles (2000, p.28), a velhice é definida como sendo:

[...] um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte.

É preciso ressaltar que há uma distinção entre os conceitos de envelhecimento e velhice. No caso da citação acima, embora o autor pretenda definir a velhice, entendemos que esta concepção está mais próxima da concepção de envelhecimento do que propriamente da velhice. Com referência a este assunto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a velhice configura-se em um momento da vida em que se dá ao longo do:

[...] prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas (ARAÚJO, 2001, p. 7).

Para Neri (2002), a velhice configura-se como a última fase do processo da vida, que é caracterizado por múltiplos fatores como diminuição e perdas das capacidades motoras, distanciamento social e especialização cognitiva. Já o termo envelhecimento é caracterizado de acordo com as manifestações genéticas (biológico), pois apresenta elementos rítmicos, efeito e duração que são individuais e que possuem origem genético-biológica, sócio-histórica e/ou psicológica. Em suma, a velhice caracteriza-se por ser um período em que ocorrem diminuição e perda das capacidades motoras, distanciamento social e especialização cognitiva, de modo mais severo e acelerado, enquanto que o envelhecimento é caracterizado por fenômenos que ocorrem ao longo da vida, de forma quase sempre lenta e pouco perceptível a curto prazo.

O que caracteriza o envelhecimento para Neri (*apud* ROLIM, 2005) são: aumento na probabilidade de morte, diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade e acúmulo de perdas evolutivas.

Segundo Silva *et al* (2007), o envelhecimento humano deve ser compreendido a partir de fatores multidimensionais. Entre esses fatores estão os aspectos biológicos e, em função disso, ocorrem as mudanças por que passa o organismo, tais como as adaptações fisiológicas, morfológicas e funcionais. De modo similar, Jeckel e Cunha (*apud* SILVA *et al* 2002) afirmam que se faz necessário incluir outros fatores que contribuem para essas mudanças no organismo, como: o ambiente, os radicais livres, as alterações imunológicas, a alimentação e as atividades.

Gatto (2002) afirma que a dimensão psicológica é entendida como fator de grande relevância no que se refere à velhice, pois, nesse momento, os indivíduos experimentam uma série de perdas como:

[...] o surgimento das doenças crônicas, a viuvez, morte dos amigos, a perda de papéis sociais, isolamento crescente, dificuldade financeira decorrente da aposentadoria, as quais irão de alguma forma afetar a sua auto-estima. (GATTO 2002, p.113).

Convém ressaltar que o sentimento de perda e o surgimento das doenças crônicas degenerativas não são fatos específicos da velhice. Entretanto, é nesse período da vida que esses sentimentos e essas doenças intensificam-se, tornando a velhice em um momento propício para o desenvolvimento da solidão e da depressão. Isso permite-

nos afirmar que o envolvimento dos idosos em atividades esportivas, de lazer, educação e saúde configuram-se como estratégias extremamente relevantes e necessárias no combate a essa problemática.

Partimos do pressuposto de que todo organismo vivo possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais com o passar do tempo. Estas mudanças, em geral, são causadas por fatores ambientais, psicológicos e sociais. Desse modo, o processo do envelhecimento depende de vários aspectos que ultrapassam as questões de tempo e espaço. Presume-se que cada indivíduo responde de forma diferente a ação do tempo em seu organismo, pois, segundo Levet-Gautrat (*apud* FARINATTI, 2002, p. 129) “...não existe uma entrada na velhice e sim entradas diferentes e sucessivas.”

Para Roffmann (2007), as mudanças decorrentes do avanço da idade são atribuídas a algumas variáveis como, imperfeição genética, fatores ambientais, surgimento de doenças e expressão de genes do envelhecimento ou gerontogenes. De acordo com a autora, o processo de envelhecimento não está associado diretamente a uma predisposição genética:

Embora seja uma fase previsível da vida, o processo de envelhecimento não é geneticamente programado, como se acreditava antigamente. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer. Há sim, genes variantes cuja expressão favorece a longevidade ou reduz a duração da vida. (ROFFMANN 2007, P. 03).

Entretanto, para Farinatti (2002), o processo de envelhecimento tem início no nascimento e término na morte, e é geneticamente programado. Para esse pesquisador, existem duas teorias que procuram compreender o processo de envelhecimento. As teorias de fundo biológico, que buscam compreender as variáveis que interferem no sistema orgânico durante o processo de envelhecimento, sejam elas genética, metabólicas, celulares ou moleculares. Tais teorias “entendem o envelhecimento como um processo contínuo controlado geneticamente” (FARINATTI 2002, p.129).

As teorias de natureza estocástica, por sua vez, atuam com a hipótese de que “os mecanismos do envelhecimento estão associados, sobretudo, ao acúmulo de agressões ambientais” (FARINATTI, 2002, p.134). Desse modo, presume-se que, se desenvolvermos estratégias no sentido de eliminar ou reduzir essas agressões, poderíamos diminuir suas consequências. Isso nos permite inferir que a prática de

exercícios físicos configuram-se como um importante aliado no combate ou diminuição das consequências advindas das agressões ambientais, psicológicas e emocionais.

Inúmeros estudos têm demonstrado que a prática de exercícios físicos é um elemento de grande relevância na prevenção e controle de algumas patologias, como problemas cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, osteoporose, entre outras (ARAÚJO, 1986; MCARDLE; KATCH & KATCH, 1998). Outro dado importante sobre este assunto, diz respeito à diminuição do tecido adiposo em função da prática de exercício físico e o aumento da massa muscular e da densidade óssea. Fox (1983) declara que a prática de uma vida ativa provoca melhoras na demanda do perfil lipídico-sanguíneo, que influencia também a função do sistema imunológico. Como consequência dessa influência, acontece uma redução significativa na quantidade de estresse.

Além desses benefícios, Mastsudo; Mastsudo (1992) e Brazão (1998) preconizam que os exercícios físicos promovem a redução ou suspensão de alguns medicamentos.

Outro estudo de grande relevância, abordando os processos do envelhecimento é aquele conhecido como “Paradigma Life-Span e Autoconceito” ou Paradigma de Desenvolvimento ao Longo da Vida. Segundo Rolim (2005) este paradigma compreende que há três elementos importantes que deverão ser considerados neste processo, quais sejam:

- a) genético-biológicos, caracterizados pela maturação, crescimento, envelhecimento;
- b) sócio-culturais, caracterizados pela geração, coorte, classe social, grupo profissional;
- c) psicológicos, que compreendem que o processo do envelhecimento não deve ter apenas a idade como a única variável, mas que este processo configura-se como uma realidade multifatorial.

Compreendemos que, na medida em que o sujeito toma consciência das mudanças decorrentes do processo do envelhecimento, suas consequências causarão menos problemas. Sobretudo com relação às questões que dizem respeito ao corpo, como as capacidades físicas: força, equilíbrio, flexibilidade e agilidade.

A diminuição dessas capacidades dá-se na medida em que se negligenciam os movimentos corporais e os cuidados com a saúde, pois a hipocinesia reduz essas

qualidades físicas, que são imprescindíveis para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia.

Chopra (1997) preconiza que o corpo envelhece com mais qualidade, saúde e autonomia se for bastante usado.² Isto nos leva a considerar que nosso corpo não foi feito para ficar sentado, parado, inerte. Toda nossa complexa anatomia, bem como os processos fisiológicos e até mesmo os mecanismos emocionais, foram estruturados para o movimento. É no movimento que a vida flui, expande-se, adapta-se, cria, recria e se renova. Neste sentido, a prática de exercício físico assume um papel extremamente relevante no processo de envelhecimento com autonomia e saúde, pois o homem torna-se mais consciente de si mesmo, na medida em que interage com seu corpo de modo consciente.

No que se refere ao envelhecimento, e a velhice com qualidade de vida e saúde, a dimensão espiritual parece assumir um papel de grande relevância. Esta, por sua vez, é entendida como sendo a capacidade que o indivíduo adquire em se relacionar consigo próprio, com as outras pessoas, com a natureza e com o mundo, e de conhecer os seus valores e crenças (GOLDSTEIN & SOMMERHALDER, 2002). Nesse contexto, faz-se necessário ressaltar que o termo espiritualidade transcende ao sentido de religião, já que espiritualidade é entendida aqui como algo intrínseco ao homem e que, portanto, configura-se como uma dimensão na qual não se escolhe ter ou não ter, mas, a medida em que vamos envelhecendo, vamos nos tornando mais sensíveis à tal realidade. Presume-se, no entanto, que religiosidade configura-se como algo que é extrínseco ao homem e que, portanto, torna-se uma dimensão de livre escolha, cabendo ao homem escolher ou não determinada religião.

Nesse contexto, Portal *et al* (2002, *apud* CARINE *et al* 2007) destacam que a dimensão espiritual é entendida de forma diferente pelas pessoas, por se tratar de uma dimensão pessoal. Isso demonstra que esta dimensão denota uma sensação de plenitude que emerge do amadurecimento de cada indivíduo ao longo da vida. Esse amadurecimento faz com que o indivíduo perceba que o meio exterior encontra-se ligado com o meio interior, levando-o a repensar seus valores e sua concepção de vida, de mundo e da sua própria existência.

² O termo “corpo bastante usado” deve ser analisado a partir dos princípios de segurança da prescrição de atividades físicas, que são preconizados pela fisiologia do esforço físico. Sabe-se que quando o sujeito é submetido a esforços físicos acima da zona de segurança, poderá sofrer consequências desagradáveis para saúde, causando diversos males e até mesmo podendo levar a morte pré-matura.

Segundo Pintos (1992) a dimensão espiritual é a predominante vivida por pessoas idosas ; é nesse momento da vida que as pessoas apresentam mais carências que precisarão ser satisfeitas por valores mais específicos. A solicitação dessa dimensão, nada mais é do que a conquista do mundo dos valores para a compreensão da verdade que inclui esses valores.

O predomínio da dimensão espiritual nessa idade pode ser confundida com a crença de que a velhice configura-se como uma fase da vida que está se deteriorando. A velhice deve ser um momento de plenitude do homem e não uma fase de declínio (PINTOS,1992). Não se pode partir do pressuposto de que o homem constitui-se somente pelas necessidades biológicas ou psicossociais, mas que ele é um todo complexo que se define em sua subjetividade.

Até pouco tempo, a dimensão espiritual não se incluía como fator importante no processo do envelhecimento, isso ocorreu certamente porque essa dimensão era confundida com religião e, por isso, gerava muita controvérsia e polêmica nesse debate.

No atual paradigma social, o envelhecimento é entendido quase sempre, como um fenômeno da vida que se configura como uma patologia social e universal, a qual, todo vivente está condenado a adquirir. Isso decorre, provavelmente, da ingenuidade (não por acaso) da sociedade em não compreender o processo do envelhecimento como algo natural, como um processo que está sujeito ao tempo e ao espaço, que não depende da nossa vontade, mas que se constitui em um imperativo categórico na existência humana. Veras (2007) ressalta que, constantemente, os idosos de nosso país, sofrem angústias e medos que emergem da falta de respeito, do preconceito e da desvalorização da pessoa idosa. Isso nos leva a afirmar que esses sentimentos surgem por vários motivos, estando entre eles, o pouco investimento dispensado a essa população, sobretudo investimentos no campo da previdência social, saúde e educação.

Para Costa e Fávero (2007), há um problema conceitual quando o assunto é envelhecimento, pois as pesquisas que tratam desse tema ainda são insuficientes e trazem quase sempre uma abordagem exclusivamente médica, ficando desse modo, em segundo plano a abordagem psicológica. Sendo assim, afirmam as autoras que “do ponto de vista das transformações e das representações sociais do envelhecimento não podemos dizer que haja contribuições” (COSTA & FÁVERO 2007, p. 3).

Outra questão importante nesse assunto é que as pesquisas voltadas para a formação de recursos humanos, que visam atender aos idosos independentes e autônomos ainda são raras, tanto na literatura nacional como na internacional.

Para que os sujeitos idosos possam viver de modo mais digno, faz-se necessário que a sociedade o entenda como sujeito possuidor de uma identidade única e particular, sem contudo separá-lo do seu contexto coletivo e social, considerando sua capacidade de reorganização interna. (FÁVERO 2007).

Assim procedendo, seria possível considerar, como propôs Fávero (2005): a identificação das representações sociais (as vozes institucionais, como sugeriu Bakhtin), assim como o paradigma pessoal de cada sujeito que partilha tais representações; a tomada de consciência, no sentido proposto por Piaget (1977), de tais representações sociais e das premissas que fundamentam o seu paradigma; as implicações deste paradigma para a prática pessoal e/ou profissional e as possibilidades de sua re-elaboração. (COSTA & FÁVERO 2007, p. 3).

A representação social do idoso dá-se por meio de uma pluralidade de inscrições socioculturais, que ocorre nos diversos contextos em que o mesmo está inserido, estando sempre sujeito as variações e interferências de estereótipos e de conceitos.

Segundo Blessmann (2004), no contexto sociocultural os fatores biológicos ou cronológicos não podem ser considerados referenciais para a compreensão da velhice. O referencial, mais seguro e acertado para uma compreensão salutar da velhice, está em seu significado, em sua simbologia, ou até mesmo em o que ela representa em diferentes épocas.

Para Beauvoir (1990, p. 15), “[...] o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer outra idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence”.

De acordo com Palma e Schons (2000), para compreender a realidade e o significado da velhice é necessário que seja considerado o lugar, a posição que sujeitos ocupam no meio em que vivem e, o tipo de representação que foi construída a respeito do idoso em diferentes tempos e em diferentes lugares.

Santos (1996) realizou um estudo em que procurou compreender as representações sociais da velhice e sua influência sobre a identidade do sujeito idoso. Participaram desse estudo sujeitos não idosos e sujeitos idosos da zona rural do nordeste

brasileiro. Neste estudo, ficou claro que os sujeitos não-idosos concebiam a velhice como um momento negativos da existência, pois o estudo demonstrou que esses sujeitos tinham medo da velhice, ao percebê-la como momento de perdas afetivas e sociais e de inutilidade para a sociedade, marcada pela aproximação da morte.

Entretanto, a pesquisa concluiu que os sujeitos idosos concebiam a velhice como um triunfo, que as transformações que ocorrem em seus corpos devem ser vividas sem revolta, pois essas transformações são frutos de sua história. Os sujeitos idosos declararam ainda que a aposentadoria é entendida como um prêmio dado aos anos de dedicação ao trabalho.

Outro aspecto importante para um envelhecimento saudável é a família. Desse modo, podemos considerar que o contexto familiar é um lugar privilegiado na compreensão e na construção da dignidade, bem como nos papéis vivenciado pelo idoso. Colaborando com essa premissa, Alcântara (2004) defende que o meio familiar torna-se o espaço mais importante de afeto e cuidado para os sujeitos idosos, pois é nesse ambiente que o idoso pode encontrar aconchego e dignidade.

Para Neri e Sommerhalder (2002), em todo mundo a família configura-se como a principal fonte de apoio e de cuidado aos sujeitos idosos. Quando alguns de seus membros proporcionam assistência a seus idosos, eles estão cumprindo normas socioculturais fundamentais à continuidade da sociedade.

Apesar de a família assumir um papel de grande relevância no cuidado de seus idosos, Both (2003) preconiza que as famílias contemporâneas, muitas vezes, não possuem o devido preparo para lidar com os sujeitos idosos, nem mesmo os próprios velhos sabem o que farão consigo mesmos.

Para Vieira (2003) ao longa da história as famílias vem modificando-se e tornando-se descontínua, não-linear e não-homogênea, tornando-se, desse modo, em padrões familiares distintos, cada um com sua própria história e suas próprias explicações. Esta situação faz com que muitas famílias tomem a iniciativa de institucionalizar o idoso.

“E é desse despreparo que surgem as dificuldades e as dúvidas sobre como lidar com o envelhecimento, o que acaba gerando concepções falsas e maldosas acerca dos velhos”. (BOTH, 2003, p. 14).

1.2 O sujeito idoso e os meios de comunicação

A sociedade contemporânea fundamenta-se no paradigma de sociedade de consumo, na qual os valores materiais, produtividade e a mão de obra são os seus principais objetivos, por conta disso, parece haver maior valorização dos indivíduos ativos em detrimento dos não - ativos.

Diante desse panorama, o sujeito idoso sente-se excluído da vida social e, esse sentimento o faz pensar que ele não existe mais para o mundo da produção e, muito menos, para transmissão de conhecimentos. Diante dessa realidade, esses sujeitos desenvolvem uma predisposição para o isolamento e ao isolar-se assume, cada vez mais, uma situação de envelhecimento social.

Muitas pesquisas indicam que as características negativas do envelhecimento eram não somente veiculadas, mas também enfatizadas nos programas e comerciais de televisão dos Estados Unidos da América.

No Brasil, estudo realizado por Vasconcelos (2002) indica que houve um grande preconceito por parte da mídia com relação aos idosos. A autora realizou um estudo analisando a população idosa, desde a década de 1960 até a virada do milênio. Esse estudo procurou identificar os mitos que a sociedade tem construído e perpetuado a respeito do idoso. Constatou-se que as propagandas que envolviam os idosos como atores, ou a eles dirigida, eram sempre de número muito pequeno em relação ao total, oscilando entre 0,24% e 4,83%, dependendo do período e do veículo analisado.

Nesse estudo, Vasconcelos destaca que uma pesquisa realizado por Northcott, nos Estados Unidos da América, na década de 1970, diagnosticou que a televisão constantemente faz uso negativo da velhice, e os poucos personagens idosos sempre faziam parte de papéis de menor importância e de menor visibilidade. Outro estudo relevante sobre este assunto foi realizado por Swayne e Greco (1987), por meio do qual foram apontados casos de duplo estereótipo negativo, ou seja, os sujeitos idosos que participavam de programas na televisão era uma pequena parcela dessa população.

Dail (1988) adverte que os idosos, muito mais do que qualquer outro grupo social, eram abordados na mídia de forma desagradável e negativa. Essas atitudes preconceituosas eram evidentes, sobretudo quando se tratava das suas habilidades físicas, saúde, sociabilidade, personalidade e capacidade de trabalho.

Um estudo abordando a simbologia dos anúncios publicitários confirmou a hipótese de que o Brasil, até a década de 1980, tratava o idoso com indiferença. Essa

realidade começou a mudar, oferecendo certa importância social, a partir do momento em que se concebeu o idoso no mercado de consumo. De acordo com Vasconcelos (2002), a partir dos anos de 1980 e 1990, percebe-se uma mudança significativa no comportamento da sociedade com relação ao idoso. Nesse momento, os idosos começaram a alcançar maiores espaços na participação social, segurança e auto-estima. Isso se deu, principalmente, por conta da aquisição de novos e revolucionários eletrodomésticos e eletroeletrônicos, automóveis e serviços bancários.

Torna-se evidente que a sociedade capitalista só valoriza o indivíduo se este se configura como “veículo” propulsor da máquina do consumo. Como prova disso, as instituições financeiras, como bancos e agências de financiamento privados tem investido maciçamente em programas de empréstimos e créditos especiais para a população idosa.

Na virada do milênio, os idosos sai de um status de não consumidor e transformaram-se em consumidores potenciais, pois foram conclamados a entrar na ciranda do mercado, adquirindo automóveis, aparelhos de telecomunicação, computadores, previdência privada, convênios médicos, turismo, entre outros.

Outro ponto importante a ressaltar é o fato de que, antes da década de 1990, havia poucas pesquisas no campo da educação física gerontológica. Hoje, temos uma produção bastante significativa nesta área do conhecimento, que aborda, sobretudo, os impactos do exercício físico no processo do envelhecimento.

Neste sentido, Barbosa (2000) atesta que a prática de exercícios físicos configura-se como elemento de grande importância na adaptação dessas pessoas, ao seu novo estado físico, psicológico e social, pois a falta de condições adaptativas afeta diretamente o processo de envelhecimento³.

Rolim (*apud* ARAUJO, 2001, p. 34) aponta que “o envelhecimento torna-se acelerado quando o indivíduo vive em um ambiente indesejado”. Diante disso, podemos afirmar que o contexto sociocultural apresenta-se como um aspecto de grande relevância para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável e seguro.

[...] os idosos brasileiros convivem com situações de preconceitos e estereótipos negativos acerca da velhice, o que tem contribuído de forma significativa para a exclusão social dos mais velhos. Isso gera

³ A questão dos efeitos dos exercícios físicos sobre o envelhecimento será abordado no capítulo II, no qual trataremos de modo mais específico sobre a educação do idoso e sua corporalidade.

uma sensação de mal-estar e o surgimento de um sentimento de rejeição (CARINE, ANDERLEI & MARILENE, 2005, p.120).

Para França (2004), as relações intergeracionais constituem-se em uma dinâmica de negociação que acontece no cotidiano, por meio de movimentos de distanciamento e aproximação.

Indubitavelmente, a qualidade dessas relações será tão saudável quanto forem as concepções acerca do idoso, o grau de envolvimento entre os indivíduos que compõem esta relação e, sobretudo, o grau de comprometimento entre os indivíduos que constroem essa relação.

É inegável que no momento atual os sujeitos idosos passaram a ter espaço na mídia, pois essa indústria da comunicação de massa, tem procurado apresentar uma imagem positiva dos sujeitos mais velhos. Isso se dá por meio de diversas fontes como propagandas e programas de televisão, revistas jornais, entre outros que fomentam a auto-expressão e a exploração da identidade, típica da juventude.

Com um discurso extremamente eficaz, a mídia oferece receitas anti-envelhecimento, quando se apropria do discurso da qualidade de vida, por meio da prática de exercícios físicos, lazer entre outros. Para Debert (2005), esse modo de lidar com o sujeito idoso configura-se em uma desconstrução da concepção cronológica do curso de vida.

Segundo Morin (1997), essa é uma tendência da cultura de massa, pois transforma a visão do sujeito velho e sábio em um velhinho aposentado, constituído do estereotipo de adulto jovem de trinta, quarenta, cinquenta, sessenta anos e, assim, até a morte.

1.3 O Poder Público e a Política Nacional do Idoso

Não podemos negar que o Poder Público tem se mobilizado no sentido de realizar alguns progressos na questão do cuidado aos idosos de nosso país. Como prova disso, nos últimos anos foram criadas algumas leis, como a lei número 10.741, de 1º de outubro de 2003, que cria o Estatuto do Idoso, a lei de número 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que cria a Política Nacional do Idoso (PNID) e o Conselho Nacional do Idoso (CNID).

Segundo Alvarenga (2008), a Política Nacional do Idoso defende que todas as ações de saúde voltadas para o idoso, terão de ser assumidas institucionalmente. A PNID defende que as instituições, que tem essa responsabilidade, deverão promover um envelhecimento saudável, criar mecanismos para que seja possível realizar a manutenção da capacidade funcional, ampliar assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, bem como, apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais e apoiar programas de pesquisa que abordem essa temática.

No que diz respeito ao atendimento às questões sociais, a Constituição Federal (1988) incorporou um novo conceito de Seguridade Social, que é composto pela previdência social, a saúde e assistência social, sendo a assistência social um direito do cidadão e dever do estado.

O Artigo 229 dessa lei chama à atenção para o respeito que se deve ter para com o idoso. Este artigo preconiza que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Em seguida, no Artigo 230, declara: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Segue o discurso da Carta Magna no parágrafo 1º, que preconiza que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Apesar dos avanços conquistados em relação aos cuidados dispensados aos idosos, não se pode, de forma alguma, negar que ainda é necessário investimento, no que diz respeito aos direitos dos idosos no país. Apesar de haver legislação específica que trata do assunto em pauta, não podemos deixar de analisar, de modo mais crítico, estas mesmas legislações. Uma lei em si não garante a efetivação dos direitos, além disso, faz-se necessária uma conscientização a respeito desses direitos e, sobretudo, vontade política para criar mecanismos de efetivação e implantação.

Parece claro afirmar que para uma lei se transformar em ações é necessário que se desenvolva uma nova mentalidade; nesse caso, uma nova concepção a respeito do idoso por toda a sociedade e, principalmente, pelo Poder Público.

O Estado tem se esquivado, cada vez mais, da sua responsabilidade frente às questões pertinentes aos idosos em nosso país. Basta analisarmos a situação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), as filas, a demora para garantir o atendimento, demora nos despachos de solicitações, nas execuções dos processos. A fase da

aposentadoria configura-se como um momento difícil, pois o idoso é afastado do ambiente profissional e passa a conviver mais no meio doméstico, o que pode gerar um sentimento de insatisfação e inutilidade, além de ter de se organizar com uma renda inferior a que tinha no período da vida produtiva.

Segundo Beltrami (2001), a Organização das Nações Unidas (ONU), na Declaração dos Princípios para Idosos, estabelecida na reunião geral em 3 de dezembro de 1982, preconiza que os governos devem atentar para os cinco princípios básicos correspondentes a esta classe social. São eles: Independência; Participação; Bem estar; Desenvolvimento e Dignidade.

Esses princípios são definitivamente elementos imprescindíveis para que a pessoa idosa tenha uma qualidade de vida melhor, na medida em que se percebem e se constroem num contexto social e político, estratégias que lhes possibilitem experimentar em seu cotidiano novas realidades e desafios.

O Poder Público sendo instância primeira na elaboração e execução dos princípios básicos, deve, portanto, elaborar políticas públicas que viabilizem esses princípios.

Neste sentido, o artigo 25 do Estatuto do Idoso preconiza que o Poder Público apoiará a criação de Universidades Abertas à “Terceira Idade”⁴. Porém, surge um problema estrutural com esta afirmação: se o Poder Público coloca-se simplesmente como apoio, quer dizer que ele não se compromete, efetivamente, com essa problemática, deixando a responsabilidade para a iniciativa privada.

Será que essas entidades⁵ reúnem condições suficientes para suprir uma demanda de 20 milhões de pessoas?

Será que os municípios de pequeno porte teriam condições estruturais para criar e desenvolver programas dessa natureza para esse universo populacional?

Presume-se que os grandes centros urbanos, as grandes metrópoles possuem condições financeiras e estratégicas para suprir essa demanda. Provavelmente, as comunidades do interior do país sejam excluídas desses direitos, não só pela questão financeira, mas, sobretudo, por uma questão de mentalidade das lideranças políticas locais, com relação às questões ligadas à gestão de programas dessa natureza. Portanto,

⁴ Optamos por não utilizar o termo Terceira Idade neste trabalho, pois, segundo a antropóloga Guita Grin Debert, seu uso não se refere especificamente à idade cronológica precisa, mas em uma forma de tratamento das pessoas de mais idade.

⁵ As chamadas Universidade da Terceira Idade.

essa situação associada à crise no sistema previdenciário poderá dificultar, mais ainda, a implementação de programas voltados para essa população.

Para o governo, os motivos pelos quais ele não investe, como deveria, nas políticas voltadas ao idoso estão associados à situação da Previdência Social que está com seu orçamento comprometido. Para Fígoli (2002), apesar de a Previdência Social estar passando por fortes transformações, sobretudo, no que diz respeito ao seu orçamento, isso ainda não chega a ser um problema. Tal situação não deve levar necessariamente a uma quebra do sistema previdenciário, como afirmam as análises do governo. Para o poder público, no entanto, os gastos nesse setor estão em seu limite, pois não há recursos suficientes para maiores investimentos.

Em 2002, tínhamos um *deficit* de 1% do Produto Interno Bruto (PIB) para Previdência Social (INSS). Para o primeiro semestre de 2009, os dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, apontam que a Previdência Social registrou um *deficit* de R\$ 3,38 bilhões, o que representa um crescimento de 12,5% em relação ao ano de 2008. Em junho do corrente ano, o governo registrou uma arrecadação líquida de R\$ 14,06 bilhões e teve um gasto com aposentadorias e pensões de R\$ 17,44 bilhões.

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) no ano de 2007, publicado na Agência BBC Brasil, mostra que o Brasil é o 14º país que mais gasta com Previdência, dos 113 países do mundo que informam esses dados à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Naquele ano, o Brasil gastou 11,7% do PIB com a Previdência Social, enquanto que, em 2002, o gasto foi de 1% do PIB. Em cinco, anos tivemos um acréscimo de quase 9% de aumento nos gastos da Previdência. Isso demonstra que esse aumento decorre, principalmente, do incremento da população idosa, que em 2002 era de 14,5 milhões de pessoas, enquanto que em 2007 esse número subiu para mais de 15 milhões (IBGE, 2007).

Para compreender a dimensão desses gastos, os economistas analisaram cinco variáveis, entre elas estando o nível de dependência demográfica, em que se compara a população com mais de 65 anos em relação à população em idade ativa. Os resultados apontam que, no Brasil, a proporção de idosos dependendo dos trabalhadores na ativa, ainda mostra-se relativamente baixa, quando comparada com os de outros países. Na Itália, por exemplo, essa proporção é três vezes maior que no Brasil.

Outro dado interessante, que a pesquisa mostra, é que a proporção dos contribuintes como força de trabalho (empregos formais) é de 56,4% do total, o que contribui para diminuir a eficiência do sistema.

Um dos fatores que mais prejudica a eficiência da Previdência é que, no Brasil, não há limites claros de idade mínima para a aposentadoria (CAETANO & MIRANDA, 2008). O governo brasileiro tem feito reformas nesse setor, porém, elas não se mostraram eficientes, sendo, ainda, possível aposentar-se apenas pelo tempo de contribuição.

Em função desses dados, cabe-nos fazer a seguinte indagação:

Se ocupamos o 14º lugar entre os países que mais gastam com a Previdência, dos 113 países do mundo, por que grande parte de nosso idosos ainda vive de forma tão precária? Ou ainda; se o número de idosos que dependem dos trabalhadores na ativa é relativamente baixa, eles não deveriam ser melhores atendidos, no que diz respeito a questões salariais, por exemplo?

Parece acertado concluir que investimentos na Política Nacional do Idoso, não diz respeito apenas a uma questão financeira. Isso demonstra que é necessário otimizar os recursos, fazer valer as leis já existentes e, acima de tudo, conceber os idosos como cidadãos plenos de direitos e deveres.

Percebe-se, no modelo de política neoliberal, uma clara atitude de exercício do poder do “Estado Mínimo”, deixando a responsabilidade de gerir, como no caso dos idosos, para a iniciativa privada. Desse modo, fica claro que o discurso democrático fundamenta-se na negação da responsabilidade do Estado, criando, portanto, uma “necessidade que só poderá ser suprida por meio da iniciativa privada”.

Borges (2002) destaca que o Estado brasileiro ainda não conseguiu garantir, efetivamente, o acesso da população desprivilegiada, como no caso da maioria dos idosos, aos serviços públicos que poderiam tornar mais digna a vida desses cidadãos. Tal realidade torna-se mais complicada, ainda, quando olhamos para o atual modelo político, o neoliberalismo, cujos princípios buscam a focalização, privatização e descentralização dos serviços públicos (DRAIBE, 1988). Isso gera uma postura baseada no assistencialismo, o que contribui para que o Estado funcione como uma agência reguladora dos serviços privados. Suas ações ficam no campo da assistência mínima, como no caso da saúde, educação, segurança e, principalmente a Previdência Social, que, a cada ano que passa, aumenta seus gastos, sem contudo reverter efetivamente este aumento para os segurados.

O sistema político atual apresenta-nos um modelo de democracia perfeita, um sistema de organização social extremamente justo. O capitalismo é apresentado como a melhor e a única forma de organização da sociedade. Em suma, vivemos em uma pseudodemocracia, na qual alguns direitos adquiridos ao longo da história, prescritos em nossa Carta Magna são negados.

Esta forma de atuação política gera uma série de problemas do ponto de vista social e político:

Os resultados deste enfoque, do ponto de vista social, são o crescimento da pobreza, da desigualdade social, do desemprego e da exclusão social, acompanhados de uma lógica economicista, autoritária e tecnocrática, que é impressa pelo poder executivo. No campo político, configura-se uma crise da democracia e, no campo cultural, um aprofundamento do individualismo, do consumismo e do pensamento único (DRAIBE, 1988, p. 52).

Não pretendemos, com esta reflexão, dar a impressão de que a nossa visão de mundo e de sociedade é pessimista. Acreditamos que é no embate entre a realidade em que vivemos e o ideal em que acreditamos que emergem as forças para a contestação ou, ao menos, não sermos coniventes com essa ideologia que procura expurgar de nossas vidas a consciência política⁶ da realidade e o sentido de pertença a uma sociedade que carece de justiça social e de uma política que, de fato, esteja a serviço do homem e do bem comum.

Desse modo, para que se possa compreender esses aspectos da nossa existência, faz-se necessário conceber a humanidade em seu processo contínuo de construção. Desse processo emergirá também a concepção que se tem acerca do idoso, que, a rigor, vai sendo construído no mundo e com o mundo. Esta construção ocorre por intermédio das relações entre os determinados grupos etários (classes sociais) que vão se tornando conscientes de sua existência, na medida em que vivem no espírito da verdade, da liberdade e da justiça, no decorrer dessas relações entre grupos.

Para Gonçalves (1994, p.119), “a verdade, a liberdade e a justiça, são modos de ser, a priori transcendentais” [...]. Partindo desse pressuposto, podemos inferir que a

⁶ A questão política, neste caso, deve ser entendida em um viés Aristotélico, como forma de organização da sociedade, cujas decisões são tomadas no coletivo. Não temos a intenção de discutir, ao menos neste momento, a política como relação e dominação do homem sobre o homem, conforme alguns autores como Paranhos (1986) e Norberto Bobbio (1986), entre outros.

busca por estas virtudes (verdade, liberdade e justiça) fundamenta nossas ações; enfim, dão sentido a nossa existência. A autora considera que:

Não há ação transformadora sem uma aproximação da verdade ontológica do real, pois o homem, para realizar uma ação, precisa conhecer a estrutura do ser sobre o qual age. Também não há práxis sem o ato criador, que em si é liberdade, pois o transformar significa uma abertura que transcende o ser do objeto e faz surgir o novo. Não há práxis sem a consciência do outro como não-Eu, que possui uma densidade ontológica, o que instaura a idéia de justiça. (GONÇALVES, 1994. p.121).

Assim sendo, a busca da verdade, por si só, já se configura como uma ação transformadora, pois, nesta busca, inexoravelmente, haverá uma ação sobre a estrutura da verdade a qual se busca. Nesta busca, há de se ter a liberdade como expressão da ação, pois, do contrário, nossa ação não faria surgir o novo. Portanto, essa ação não se traduziria em justiça.

O homem é concebido como uma unidade complexa, que vem ao longo da história sendo construído. À medida em que se dá essa construção, surgem as concepções que se tem de si mesmo, de sociedade, da cultura em que esse homem está inserido, da concepção de mundo, de educação e de corpo. A forma de o homem lidar com a sua realidade dependerá, inexoravelmente, do modo como essa realidade está sendo construída e, ao mesmo tempo, de como essa realidade está sendo compreendida.

Para Okuma, (2009, p. 26) “a realidade humana se exprime na sua dimensão de ser-no-mundo⁷, sendo esta a estrutura fundamental que sustenta o Ser”. Ser, para Heidegger (2006), é o modo como algo torna-se presente, manifesto, percebido, compreendido e conhecido para o ser humano, designado por ele de ser-aí ou ser-no-mundo, sendo que as características fundamentais que permitem ao ser-aí manifestar-se, desvelar-se são denominadas de ontológicas ou existencial.

⁷ O termo ser-no-mundo é a forma pela qual a fenomenologia explica o existir humano. Para Okuma (2009, p. 26) o termo ser-no-mundo “refere-se às várias maneiras como vivemos e podemos viver [...]. É algo concreto, que se realiza nas múltiplas e peculiares formas do comportamento humano e nas diferentes maneiras de nos relacionarmos com as coisas e com o outro”.

CAPÍTULO II

2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A EDUCAÇÃO

Quase sempre, quando se trata de educação, logo vem à mente a instituição escolar como local detentor e guardião dos saberes da humanidade. Mais estranho, ainda, é pensar em uma educação voltada para sujeitos idosos, como se estes fossem desprovidos da necessidade e da capacidade de aprender e de ensinar.

Para a construção do conhecimento, da compreensão do mundo e a busca da verdade, faz-se necessário considerar e compreender que a educação perpassa os limites da escola. Nossa concepção de educação é de que ela está presente nos mais diversos ambientes sociais, como no caso do campo desta pesquisa, que se dá em um Centro de Referência e Assistência Social (CRAS). De modo similar, Gonçalves (1994) considera que a concepção de educação está subordinada a evolução histórica de diferentes épocas, como também sua função não pode ser considerada fora desse contexto.

Nesse sentido, a educação é concebida como uma construção social e, sua concepção está sujeita e imbricada a dinâmica da sociedade. Portanto, a educação é um processo pelo qual a comunidade e/ou a sociedade, de modo geral, intervem no desenvolvimento dos sujeitos a fim de que ele possa construir coletivamente a sociedade na busca da aceitação dos seus objetivos.

Desse modo, devemos considerar o homem na sua totalidade, sem fragmentá-lo, compreendendo-o como um ser social cultural e político, cingido de subjetividade, consciente das possibilidades e limitações, capaz de compreender e refletir sobre a realidade do mundo que o cerca.

Para Freire (2006) não há um período e um lugar específico para a educação do homem, ela está presente na vida do sujeito permanentemente. Do mesmo modo não há sujeitos educados e não educados, estamos todos envolvidos num contínuo processo educativo.

Fleury e Marra (2005, p. 18) conceituam educação como sendo:

Um fenômeno multifacetado, que no seu acontecer, no seu dar-se, abre-nos a possibilidade de “sermos humanos”, ou seja, de nos identificarmos como seres humanos nos planos da subjetividade e da intersubjetividade em que a família é a matriz primeira.

Podemos inferir que a principal função da educação, seja para fazer com que o homem torne-se efetivamente consciente de sua humanidade, e esta humanidade se construa-se a partir da relação com o outro, com o mundo e consigo mesmo.

Nesse contexto, podemos conceber que o processo educativo perpassa toda vida do homem, não tendo, portanto, uma fase específica em sua existência, mas toda sua vida é permeada pelo imprescindível ato educativo. Dito de outro modo, a educação não existe para preparar o sujeito para a vida, ou para o trabalho, ela se confunde com a própria existência. Viver é antes de tudo um ato educativo e, portanto, não está subordinado a um único momento da vida, mas permeia toda a existência humana.

Para Libâneo (1994)⁸, o processo educativo configura-se como um fazer humano, que o possibilita a desenvolver suas capacidades físicas e espirituais, para que assim, ele possa participar e transformar o meio social em que vive.

Partindo desse pressuposto, torna-se possível pensarmos em uma educação para o idoso, até porque não há sujeito sem um ato educativo, assim como não há ato educativo sem o sujeito.

Para Oliveira *et al* (2008), a educação configura-se como um fator de extrema relevância para que o idoso possa viver e acompanhar as constantes evoluções da sociedade, adaptando e participando ativamente deste ritmo acelerado de mudanças. Isso demonstra que a educação exerce um papel fundamental em toda existência humana, devendo, portanto, estar inserida em todo o processo de sua vida.

Na sociedade atual, o nível de autonomia dos seus membros é proporcional ao nível de educação que estes possuem; desse modo, a educação apresenta-se como um dos aspectos mais relevantes na construção da autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas. A educação aqui entendida não tem a prerrogativa de inserir o idoso no mercado de trabalho, pois entendemos que estas pessoas já contribuíram de forma efetiva no mercado de trabalho brasileiro. O que se pretende é que a educação, em seu sentido lato, ofereça novas aprendizagens, novas descobertas, para que, assim, o idoso possa ser inserido no contexto das transformações sociais, possibilitando, desse modo, uma participação ativa e efetiva no conjunto da sociedade.

⁸ O referencial teórico dessa pesquisa não é o Materialismo Histórico Dialético. Esta citação foi utilizada, porque neste ponto, os autores parece convergir.

2.1 Educação: pressuposto para um envelhecimento saudável

Ao longo de sua história, o Brasil vem lutando para erradicar o analfabetismo, que ainda atinge uma parcela considerável da população. Segundo dados do IBGE, em 2008, tínhamos 14,1 milhões de analfabetos com 15 anos ou mais de idade. Segundo o mesmo instituto a proporção de idosos de 60 anos ou mais sem escolaridade ou com menos de 1 ano de estudo, em 2007, era de 32,2% no país. Desse total, 27,5% pertence às áreas urbanas e 55% são moradores de áreas rurais. Mais da metade, ou seja, 52,2% dos idosos do Nordeste pertenciam a essa faixa de escolaridade.

Um dado interessante é que esse estudo aponta uma grande disparidade entre a quantidade de idosos analfabetos nos estados brasileiros. Na região Norte, o percentual era de 45,9% dos idosos, no Centro-Oeste 36,9%, no Sudeste 22,8% e no Sul 21,5%. No Piauí, um dos estados mais pobres da federação, havia, em 2007, um percentual de 58,2% de idosos analfabetos. Já o Rio de Janeiro neste mesmo ano apresentava 15,9%, o menor percentual da federação. No Sul, as diferenças de percentuais de idosos com baixa escolaridade, nas áreas urbanas, era de 20,5%, e nas áreas rurais, de 25,5%. Nestas regiões, o analfabetismo é menor que nas demais regiões do país. Na zona urbana nordestina havia, em 2007, 40,6%, dos sujeitos idosos analfabetos e a zona rural, 70,0%.

Estes dados demonstram que o analfabetismo, assim como outros problemas sociais, está proporcionalmente associado à pobreza e à falta de investimento público, pois os dados citados indicam que o menor índice de sujeitos idosos analfabetos corresponde às regiões mais ricas, enquanto que nas regiões mais pobres este índice aumenta consideravelmente. Outro aspecto relevante, neste estudo, é que o índice de pobreza parece estar diretamente associado ao nível de escolaridade da população.

O acesso à educação é um fator de crescimento, de conhecimento, de interação, de novas descobertas e vivências, elementos essenciais à preservação e manutenção de uma vida mais produtiva e saudável.

Certamente, um dos papéis mais relevantes da educação seja o de desenvolver no ser humano a capacidade de intervir no mundo, por meio de conhecimentos que possibilitem as pessoas deixarem de ser objetos para se transformarem em sujeitos da sua história. Colaborando com essa premissa, Gadotti (1996, p.5) preconiza que “não mudamos a história sem conhecimentos, mas temos que educar o conhecimento para que possamos interferir no mercado como sujeitos, não como objeto”.

Partimos do pressuposto de que a educação para o idoso não deve estar focada especificamente na questão profissional, ao buscar a educação o sujeito idoso procura outros sentidos e objetivos. Busca-se não mais um diploma e, sim, procura-se estabelecer canais de comunicação com a sociedade e com o mundo. Nesse sentido, a educação configura-se, para o sujeito idoso, como um caminho de reintegração social, pois a perda de funções sociais, como o trabalho, deixa o idoso com um mínimo de alternativa de atuação social.

Na década de 1980, a Unesco realizou estudos a respeito das finalidades da educação para sujeitos idosos. Sinteticamente, foi considerado que a educação da pessoa idosa deve:

1. considerar menos o conteúdo e mais o despertar nela a capacidade de confiança em si mesma, de sua autonomia e o de destruir os estereótipos negativos que poderão estar influenciando na sua vida. Aumentando o senso de suas responsabilidades, a pessoa idosa poderá melhorar sua saúde física e mental, o que contribuirá para que ela se afirme cada vez mais no dia-a-dia e no seu comportamento social;
2. minimizar o isolamento, a solidão em que vivem muitos idosos, estimulando as relações com pessoas de sua geração e, também, com as de outras gerações;
3. proporcionar conhecimentos práticos, específicos sobre, por exemplo, a passagem da vida ativa para a de aposentado, além de conhecimentos teóricos relativos ao processo de envelhecimento; ainda, atividades físicas, socioculturais e artísticas que possam interessar aos idosos;
4. proporcionar a tomada de consciência das pessoas idosas da riqueza de sua vida pessoal e profissional e da importância da comunicação de sua experiência a outras gerações, desenvolvendo o equilíbrio e a compreensão mútua num mundo tão conflituoso e que muda rapidamente. (SCHONS 2000, p.162)

Presume-se, portanto, que estas variáveis apontadas pela UNESCO, são indispensáveis para a construção da autonomia do sujeito idoso. Para que a educação possa desenvolver a autonomia e a emancipação dos sujeitos na sociedade, o Estado e os agentes da educação terão de lançar um olhar crítico para sua função social, política e cultural e assumir o ato educativo como um fazer que emerge da condição de ser do homem.

Enfim, a educação deve configurar-se como um meio pelo qual o homem torna-se humano, fazendo-se parte da sociedade, do mundo e do universo. O homem não pode ocupar a posição de um mero espectador desse imenso universo; deve, sim,

colocar-se como um construtor que, ao construir o mundo, constrói-se com ele numa relação de troca.

Segundo Silva (2008), a educação é um anseio da grande maioria da população idosa no momento atual em nosso país. Pois esse seguimento da sociedade quer investir em seu desenvolvimento pessoal, aumentar o nível de conhecimento e o contato social, ocupar o tempo livre e, sobretudo, compreender as transformações sociais porque passa o mundo contemporâneo. Segundo a autora, nesse momento da vida é importante ampliar as relações sociais com pessoas da mesma idade, pois, desse modo, evita-se o isolamento e a exclusão social.

Para Pontarolo e Oliveria (2008) a educação é um meio de promoção de mudanças do panorama em que vivem os sujeitos idosos do país. Como construção social, a educação não deve ser privilégio apenas das gerações mais jovens, ao contrário, é um direito de todos, que tem importância fundamental no combate às barreiras sociais, na promoção de uma verdadeira cidadania.

A Educação não é um evento que acontece na existência humana com um tempo determinado para seu fim, ela é, sim, um fenômeno que está diretamente ligado à vida, portanto enquanto há vida há educação. Neste sentido Freire (2003, p. 73) afirma que:

Diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela tem. Daí que seja a educação um que fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade.

Oliveira, Oliveira e Scortegagna (2008) concordam com a idéia de que a educação constitui-se em um processo contínuo e permanente na vida do homem e que a aprendizagem dura a vida inteira. Para as autoras referendadas, essa maneira de compreender a educação como um fenômeno permanente, emerge não só da evolução histórica de como a sociedade vem abordando a educação, como também da necessidade de se desenvolver uma educação contínua que seja capaz de atender às situações de mudanças e o processo de desenvolvimento dos sujeitos idosos.

Parece que a educação voltada para os sujeitos idosos é uma realidade que privilegia os grandes centros urbanos, com a criação de cursos nas Universidades Abertas à Terceira Idade. No entanto, nas pequenas cidades do interior, onde não há

universidades, os sujeitos idosos ainda não desfrutam de um programa voltado para sua educação; quando muito, os programas dirigidos aos idosos, nestes locais, restringem-se às atividades de lazer, que têm sua importância, mas não são suficientes.

Desse modo, é preciso compreender que a educação figura não apenas como direito social básico, mas também como um meio pelo qual se pode conhecer e conquistar os direitos e deveres da cidadania e às necessidades do homem e da dignidade humana (OLIVEIRA, OLIVEIRA & SCORTEGAGNA, 2008).

Para esses autores, a educação voltada para os sujeitos idosos faz com que eles reflitam sobre suas vidas, promovam o desenvolvimento e ampliação de suas habilidades, elaborem novos objetivos e esquematizem novas estratégias para a vida. Isso faz com que o sujeito idoso aproveite melhor o tempo livre, evitando, desse modo, a ociosidade, o que pode ser um grande problema já que essa ociosidade poderá resultar em uma falta de perspectiva de vida e, em decorrência disso, poderão surgir complicações de saúde, próprias desse estado de vida.

2.2 A educação e autonomia na pedagogia Freiriana

Uma vez que buscamos compreender a educação como um direito social básico e uma forma de desenvolver a dignidade dos sujeitos idosos, faz-se necessário discutir o que se entende por autonomia e relacioná-la com a corporeidade e a educação. Pois partimos do pressuposto de que não pode existir sujeito autônomo sem que este tenha minimamente passado por um processo educativo.

As relações interpessoais, são de alguma forma, permeadas de autonomia e opressão, isso decorre do fato de que essas relações sempre emergem de inúmeras formas de poder (FLECK, 2004). Portanto, a autonomia como resultante das relações de poder surge na subjetividade e não como objeto corporificado naturalmente. Assim, opressão e autonomia devem ser consideradas como decorrência do momento em que cada pessoa encontra-se ao gerar a ação, em função de suas opções e circunstâncias.

Romão (2002, p. 6) afirma que “na relação opressor/oprimido, está à mediação da situação de opressão”, nesse sentido, “o oprimido, no seu impulso, no seu movimento transformador, pode tomar dois caminhos: ou ele busca ser alçado à posição dominante, chegando, eventualmente, a tentar derrotar e substituir o opressor, ou luta para mudar a situação de opressão”.

Essa é a utopia da ética freiriana que pretende conseguir fazer do oprimido um libertador, que liberte também o opressor de sua alienação de opressor, sem torná-lo oprimido. Essa utopia, segundo Freire (2000) pode ser alcançada por meio da educação como uma prática para a liberdade e a autonomia.

A autonomia deve ser entendida nesse contexto, como sendo uma postura ética que surge da capacidade do sujeito de ser livre:

A autonomia é entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Salientam que, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar; caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. Contudo, não há um ponto claro tanto eticamente como legalmente sobre em que momento ou quais situações que levem à perda da autonomia e, portanto, a tomada de decisão poderia ser assumida por outra pessoa (HOGSTEL & GAUL *apud* DIOGO, 1997, p. 59).

Segundo a autora, autonomia depende também do nível de liberdade de escolha, da capacidade de ação e autocontrole sobre a vida. Isso permite afirmar que, além da educação, a questão corporal apresenta-se como aspecto fundamental para manutenção da autonomia.

A liberdade é, portanto, um ato de responsabilidade permanente pelos compromissos que cada sujeito assume. Dessa liberdade emergirá um novo ser humano, “que só é viável na e pela superação da contradição opressores-oprimidos, que é a libertação de todos” (FREIRE 1978, p. 36).

De acordo com Fleck (2004), a palavra autonomia vem do grego, constituída pela palavra *autos*, que significa “o mesmo” e “por si mesmo”, e pela palavra *nómos*, que significa “compartilhar”, “instituição”, “lei”, “convenção” ou “uso”. Portanto, o significado da palavra autonomia é a capacidade em dar-se suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes ou “a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter”.

Do ponto de vista histórico, o conceito de autonomia “aparece na filosofia política grega, quando se autoriza às cidades-estado a criarem suas próprias leis, sem se submeterem às leis de outras cidades-estado, pois na Grécia antiga não havia a liberdade individual (FLECK, 2004, p. 38)”. Desse modo, o termo autonomia não se referia ao

sujeito, mas ao Estado. Percebe-se o uso da palavra autonomia referindo-se ao sujeito a partir do humanismo na Idade Moderna e que atinge seu apogeu no iluminismo do século XVII.

No racionalismo Kantiano a concepção de autonomia é aplicada ao indivíduo ao apresentar a pessoa como um ser racional e livre. O conceito de autonomia em Kant (1996) está fortemente ligado ao racionalismo ético, pois o sujeito moral é aquele que está livre para fazer suas escolhas, estas escolhas estão subordinadas à razão e, a razão por sua vez está subordinada à vontade pura, garantindo, assim, a personalidade moral (FLECK, 2004, p. 37).

Para Schramm (1998), a autonomia pode ser concebida como a “competência da vontade humana em dar-se a si mesma sua própria lei”.

Já em Martins (2002), a autonomia, sendo analisada por um viés acadêmico, quase sempre está vinculada à idéia de participação social, ou à idéia de ampliação da participação política, no que diz respeito à descentralização do poder ou de uma coletividade.

Segundo Fleck (2004) o conceito de autonomia pode, também, ser concebido como uma condição indispensável para o exercício da cidadania, a qual determina que, sem liberdade, não ocorre autodeterminação e, portanto, inviabiliza toda forma de responsabilidade pessoal.

Diversas áreas do conhecimento como filosofia, sociologia e a educação dedicaram-se a buscar uma compreensão do conceito de autonomia. Portanto, a questão da educação apresenta-se sempre como um meio indispensável para a conquista da autonomia, nesse sentido Paulo Freire foi um dos pioneiros no uso desta palavra em educação (FLECK, 2004).

Partindo da pedagogia Kantiana, já se observa a busca de uma educação que torne o sujeito autônomo, para isso, Kant (1996) preconizava que deveria haver um equilíbrio entre o uso da experiência vivida pelo sujeito e o uso da razão ou raciocínio puro.

Caso a educação considere apenas raciocínio puro não contribuirá para superação das condições de heteronomia, como também não se pode valorizar demasiadamente a experiência. Desse modo, se o educador valorizar a razão em detrimento da experiência ou vice-versa, o sujeito não deixará de viver alheio a realidade em que ele está inserido, tornando-se assim um sujeito tomado pela heteronomia e não pela autonomia.

Portando, a educação para pensamento Kantiano tem o papel de ensinar o homem a pensar por si mesmo. Esse pensar por si mesmo tem o sentido de procurar na própria pessoa, os caminhos da verdade, ou seja, a consciência de si mesmo apresenta-se como elemento inexorável na busca da verdade.

A autonomia apresenta-se então, como tema gerador de diversos debates e Paulo Freire, como um dos precursores dessa discussão na educação contemporânea, sofreu grande discriminação ao denunciar a urgência da necessidade de a educação incorporar o debate das relações dos humanos com todos os componentes integrantes de nossa sociedade e da vida no mundo.

Freire (1983) não expressa textualmente um conceito de autonomia, porém a partir de seu pensamento sócio-político-pedagógico, podemos inferir que autonomia é uma condição social, política e histórica de uma pessoa ou de um povo que tenha se libertado ou se emancipado das opressões que restringem ou anula a liberdade de determinação ou decisão.

Neste sentido, a autonomia está diretamente ligada ao que Freire (1983, p. 108) chama de “ser para si”. O papel da educação é justamente tornar o homem livre para si, isto é, autônomo em sua participação social e política. Desse modo, o sujeito por intermédio da educação passa da condição de heteronomia⁹ para a condição de autonomia.

Segundo Zatti (2007) quando o sujeito oprimido aceita as condições do opressor instala-se a heteronomia. Pois desse modo, o oprimido absorvendo os valores do opressor construirá uma visão de mundo a partir desses valores, passando a defender uma visão individualista de liberdade impedindo assim, de lutar pela sua própria liberdade.

Freire (1983) afirma que o estado de consciência do sujeito que vive em um meio marcado pela opressão, apresenta-se como um mundo mágico e mítico, isso leva o oprimido acreditar que essa situação se dá por vontade de Deus. Desse modo, essa visão mítica da realidade faz com que o sujeito sinta-se incapaz de transformar sua realidade, diante disso a mudança torna-se irrealizável e a situação de heteronomia se perpetua.

Para Freire, outra característica marcante no modo de vida dos sujeitos oprimidos é a "autodesvalia" (1983, p. 55). Essa situação acontece quando o oprimido

⁹ Para Freire (1983, p. 38) “heteronomia é a condição de um indivíduo ou grupo social que se encontra em situação de opressão, de alienação, situação em que não se é ser para outro”.

introduz em si a visão que o opressor possui dele. Os sujeitos marcados por esta cara característica colocam-se incapazes de se tornar “ser para si”.

Para que o sujeito possa se libertar da autodesvalia é preciso sair da visão mítica do mundo e se conscientizar das possíveis causas da opressão. Pois é da luta pela libertação que emerge a confiança em si mesma, criando, assim, mecanismos de superação da condição de heteronomia.

O modelo de vida da contemporaneidade tem valorizado, por meio da globalização, a massificação. Na pedagogia Freiriana, essa massificação faz com que os sujeitos neguem sua condição de ser histórico, social, político e cultural, e vivam de modo passivo, acomodados e/ou ajustados¹⁰, tornando-se incapazes de se integrar e decidir livremente sobre o rumo de suas vidas por não conhecerem a liberdade e, portanto, heterônomos.

Segundo Freire (1976), o elemento fundamental nas relações dos homens com todas as coisas do mundo é o diálogo. Para Brandão, (1991, p103) “o diálogo é o sentimento de amor tornado ação”. Portanto, o diálogo caracteriza-se como ferramenta de fundamental importância para que sujeito, enquanto ser social possa atuar na realidade em que vive e transformá-la.

Com base nessa premissa, é possível afirmar que o conhecimento da realidade torna-se elemento chave para que o sujeito possa desenvolver uma visão crítica do seu modo de vida e, desse modo, realizar a transformação necessária. Isto é, do conhecimento emergirá a consciência da realidade em que vive, pois, é “capacitando-se para inserir-se na realidade que se vai desvelando” (FREIRE 1993, p. 119).

A educação para o sujeito idoso apresenta-se como uma necessidade indispensável para a melhoria da vida desse segmento populacional. Pois, a educação é vista aqui não só como um meio de se adquirir o desenvolvimento intelectual, mas, sobretudo, o desenvolvimento físico, afetivo social e psicomotor, isto é, o desenvolvimento de todas as capacidades e habilidades que estão latentes no ser humano.

¹⁰ Na pedagogia Freiriana o termo acomodação ou ajustamento é a condição passiva que o sujeito assume frente à realidade. Isso acontece na medida em que o homem aceita essa realidade passivamente, mudando a si em vez de mudar a realidade opressora. É uma atitude própria de uma pessoa ou povo massificado, que, portanto, perpetua essa situação de heteronomia. Para mudar essa situação Freire (1977, p. 42) preconiza que o sujeito deve promover a integração que resulta da “criticidade”, que ao contrário da massificação, é a atitude ativa do homem que, como sujeito que transforma a realidade. Com essa atitude o sujeito supera a massificação e as outras formas de heteronomia, tornando-se autônomo.

Acreditamos que, por meio da educação, o sujeito idoso conhecerá melhor a realidade em que vive, tornando-se assim, capaz para fazer uma releitura da sociedade, refletir sobre ela, agir criticamente e tomar decisões tornando-se sujeito autônomo.

Por meio da educação permanente, podemos promover o desenvolvimento pessoal do sujeito, tornando-o mais autônomo e, portanto capaz de compreender sua realidade. Em nosso país, uma grande parte dos sujeitos idosos ainda não têm acesso à educação, por conta de suas condições econômicas e acessibilidade, pois muitos sujeitos, nessa fase da vida, encontram-se com sua capacidade funcional debilitada devido às doenças crônicas e psicossomáticas. (CUNHA 1980).

2.3 Autonomia, exercício físico e envelhecimento

Vimos anteriormente, que a autonomia está diretamente ligada ao que Freire (1983, p. 108) chama de “ser para si”, e que a educação tem a função de tornar o homem livre para si. Isto é, o sujeito deve ser autônomo em sua participação social e política. Sendo assim, a Educação Física deve ocupar o espaço que lhe cabe no contexto social, político e cultural, enquanto área do conhecimento humano contribuindo assim para a promoção da autonomia, da saúde e da qualidade de vida.

Desse modo, devemos estimular um estilo de vida ativo para todos e, principalmente, para os sujeitos idosos. Pois segundo ACSM, (1998), NAHAS *et al*, (2000) estilos de vida pouco ativos ou inativos (sedentários) são responsáveis pelos acometimentos de diversas patologias, sobretudo as doenças crônico-degenerativas, que tornam o ser humano incapaz para realizar as tarefas de seu cotidiano, tornando-se um fator complicador na manutenção da autonomia ou, até mesmo, levando o sujeito à morte prematura.

Entre essas patologias as que mais acometem os idosos são: a osteoporose, a obesidade, a hipertensão arterial, as dores na coluna, o acidente vascular encefálico (AVE), o colesterol LDL alto, entre outras. De acordo com Sávio *et al* (2008) o American College of Sports Medicine (ACSM) estas enfermidades são muito mais freqüentes entre os indivíduos pouco ativos quando comparados àqueles ativos em seu cotidiano. Outros estudos demonstram que fatores como idade, renda, nível de escolaridade, gênero e, até mesmo, etnia, são descritos em estudos como associados diretamente ao nível de atividade física.

Como prova disso, alguns estudos demonstram que o nível de atividade física aumenta conforme a elevação da renda e dos níveis de educação e diminui com o aumento da idade e varia também conforme grupos étnicos ou sexuais, sendo menor em mulheres, idosos, negros e latinos; ou seja, aqueles que historicamente parecem ter maior vulnerabilidade social (PALMA (2000); AZEVEDO *et al* (2007); YANCEY *et al* (2004); SÁVIO *et al* (2008); Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2009).

De acordo com as recomendações do ACSM e American Heart Association – AHA, todo idoso deve acumular pelo menos 30 minutos por dia de atividade aeróbica moderada, além de atividades que aumentem ou mantenham a força muscular e flexibilidade, pelo menos duas vezes por semana, e atividades de equilíbrio para aqueles indivíduos com problemas de mobilidade e risco de queda. O documento destaca ainda que idosos que não puderem acumular o mínimo de atividades descrito acima por problemas com doenças crônicas, devem ser mais ativos quanto possível, pois alguma atividade física é sempre melhor do que nada e toda prática traz benefícios para a saúde (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009).

No sentido de promover o incentivo a prática de atividades físicas vem sendo utilizada às teorias psicológicas de motivação e mudança de comportamento. Segundo Marcus e Forsyth (2003) o modelo de estágios de prontidão para a mudança de comportamento é hoje um dos quatro modelos teóricos mais enfatizados no Surgeon General's report on physical activity and health (U.S. Department of Health and Human Services - USDHHS, 1996) e tem sido utilizado em trabalhos individuais, em grupos ou com comunidades, pois auxilia na escolha das melhores estratégias para promover mudanças de comportamento em indivíduos com diferentes níveis de motivação para a mudança (MARCUS & FORSYTH, 2003).

Segundo os autores Prochaska *et al* (1994); Marcus e Simkin (1994); Prochaska *et al* (1992), no processo de mudança de comportamento, os indivíduos passam por cinco estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. O modelo de estágios de prontidão para a mudança de comportamento proporciona a estrutura para investigar mudanças de hábitos de atividade física, as barreiras para a mudança, os benefícios da mudança e técnicas e estratégias específicas para promovê-la (MARCUS E FORSYTH, 2003).

Nesta mesma linha Matsudo (2001) preconiza que as mudanças de atitude que os sujeitos vêm desenvolvendo nos últimos anos em relação à saúde, principalmente no que diz respeito ao estilo de vida são fundamentais na manutenção da saúde e da

autonomia funcional dos sujeitos idosos. Outros elementos importantes e decisivos na manutenção da vida com autonomia dizem respeito ao acesso aos sistemas de saúde e à escolaridade.

A exposição aos riscos ocupacionais e ambientais e as oportunidades de trabalho também influenciam o modo de vida de uma sociedade (LESSA, 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Um estudo recente no Brasil, mostrou que entre os idosos que utilizaram pelo menos uma vez na vida alguma unidade básica de saúde, apenas 38,9% recebem algum tipo de aconselhamento para a prática de atividades físicas, sendo que estes demonstravam um alto índice de sedentarismo (58%). As chances de recebimento de aconselhamento caíram ainda mais para idosos acima dos 80 anos (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Para Peterson (2007), uso de aconselhamento para a prática de atividades físicas nos serviços de atenção primária à saúde mostrou-se um método promissor para a promoção do estilo de vida ativo e redução das conseqüências devastadoras associadas ao comportamento sedentário.

Estudos realizados por Nascimento; Gobbi; Hirayama e Brazão (2008) reforçam a importância da prática de exercícios físicos na promoção da saúde e da qualidade de vida, pois segundo esses pesquisadores pessoas que cultivam uma vida ativa em geral vivem mais e melhor do que os sedentários, pois a atividade física é um elemento importante nas estratégias de tratamento e controle de doenças. Esses fatores tornam-se mais evidentes ainda, com o aumento da idade.

Entre os inúmeros benefícios da atividade física para os indivíduos idosos destacam-se a manutenção dos aspectos funcionais, que estão relacionadas com o desempenho das atividades da vida diária e com o grau de independência e autonomia do idoso (MIYASIKE *et al apud* NASCIMENTO, 2008).

Os autores referenciados defendem ainda que os benefícios advindo de exercícios físicos, não se limitam apenas às questões relacionadas à saúde física, pois diversos estudos comprovam benefícios para a saúde mental de idosos, inclusive melhoras substanciais em casos de depressão, para o bem-estar subjetivo e auto-realização do potencial emocional. “Há também melhoras significativas no nível de dependência intergeracional, na atenção concentrada, na memória de curto prazo e no desempenho dos processos executivos e nos estados de humor” (NASCIMENTO *et al* 2008, p.110).

Para Okuma (1998) a prática de exercício físico para os sujeitos idosos não é relevante apenas porque combate as doenças crônico-degenerativas, mas também se torna essencial para manter a qualidade das funções do aparelho locomotor, que é responsável pelo desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)¹¹ e conseqüentemente pelo nível independência e autonomia desses sujeitos.

Outro aspecto de grande relevância a respeito da prática de atividade física é que esta prática além de melhorar o bem estar funcional, diminui a morbidade e a mortalidade da população de meia idade e a população idosa. “As doenças coronarianas, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes não-insulino dependente e o câncer, entre outras, são doenças que diminuem pela ação da prática de atividades físicas” (OKUMA, 1998, p. 53).

Neste mesmo estudo Okuma (1998) declara que uma grande quantidade de sujeitos idosos são acometidos por dificuldades, ou até mesmo, tornam-se incapazes de realizar as atividades do cotidiano, como carregar peso ou caminhar alguns quarteirões.

Para Rosenber e Moore (1998) isso ocorre porque a partir dos 60 anos o ser humano sofre perdas muito significativa da massa muscular (sarcopenia), essa perda quando associada ao surgimento de doenças e o uso de medicamentos, produzem diversos efeitos colaterais que também colaboram para a redução da capacidade funcional. A diminuição da produção hormonal é outro fator complicador para perda de força muscular em sujeitos idosos, pois esse evento fisiológico promove acúmulo de gordura, favorecendo ainda mais a diminuição das atividades físicas desses sujeitos.

As mulheres sofrem mais perdas da força e massa muscular do que os homens, pois a menopausa, que geralmente ocorre partir dos 50 anos promove inúmeras mudanças fisiológicas, somáticas e psicológicas. Essas alterações ocorrem no sistema endócrino promovendo declínio da atividade ovariana, no sistema biológico promovendo diminuição da fertilidade, as alterações do ciclo menstrual (GREEN, STANFORTH, GAGNON J, *et al.* (2002).

Os problemas causados pela diminuição e ausência dos hormônios femininos, em função da menopausa são muitos, devido às mudanças nas funções no organismo.

¹¹ As Atividades da Vida Diária (AVD) são atividades de cuidados pessoais básicos, como vestir-se, tomar banho, levantar-se da cama, sentar-se em uma cadeira, utilizar o banheiro, comer e caminhar pequenas distâncias. As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são aquelas constituídas de tarefas mais complexas do cotidiano e estão ligadas a uma vida independente, como fazer compras, cozinhar, limpar a casa, lavar roupa, utilizar meio de transporte e usar o telefone. (OKUMA, 1998).

Nesse sentido Trevisan (2007) afirma que nesta fase, as mulheres têm mais predisposição a aquisição de doenças cardiovasculares, como a doença arterial coronariana devido à deficiência de estrógenos. Há também diminuição da demanda energética diária, do metabolismo de repouso, e maior incidência de cânceres.

Com o aumento da idade cronológica da mulher, a mudança mais significativa se dá nas dimensões corporais, pois estas mudanças diminui a massa magra, aumenta gordura e diminui a densidade mineral óssea. (SILVA, CM; GURJÃO, ALD; FERREIRA, 2006).

Outro problema que se agrava com o aumento da idade é a hipertensão arterial. Esta variável é considerada um dos principais motivos para o desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares, tornando-se um importante desafio para a saúde pública global (POLANCZYK, 2005; KRINSKI ET AL., 2006).

Segundo Monteiro e Filho (2004) cerca de 15 a 20% da população brasileira é portadora de hipertensão e, 60% desses casos acomete a população idosa. Segundo SBC (2002) a partir dos 60 anos, a pressão arterial torna-se mais elevada entre as mulheres, constituindo-se assim, em um dos principais contribuintes para a mortalidade nesta população, sobretudo pelas complicações inerentes ao sistema cardiovascular (AMADO & ARRUDA, 2004).

Estudos realizados por Polanczyk, (2005), Monteiro e Filho, (2004) e SBC, (2002) preconizam que hipertensão arterial está diretamente associada ao baixo nível de atividade física. Desse modo a prática de exercício físico regular e orientado apresenta-se como medida preventiva e de grande relevância no tratamento da hipertensão arterial (MORAES *et al*, 2005; KRINSKI *et al*, 2006). Por outro lado, à prescrição de exercícios físicos como tratamento da hipertensão deve ser feito com muita cautela, pois se faz necessário considerar o tipo, volume e a intensidade de exercício físico (NEGRÃO & RONDON, 2001).

Para Pereira, *et al* (2002) a autonomia está diretamente relacionada com a capacidade do sujeito poder executar, de modo satisfatório suas atividades do dia-a-dia, exercitando seus direitos e deveres de cidadão .

Ao envelhecer o sujeito sofre inevitavelmente diminuição do desempenho motor na realização das atividades de vida diária (AVD), afetando assim a qualidade de vida e autonomia. Grande parte dos sujeitos com mais de 60 anos apresentam algum tipo de dificuldade na realização das tarefas cotidianas.

Segundo Andreotti e Okuma (1999) percebe-se uma forte tendência à diminuição da atuação do indivíduo no meio em que vive em função da redução do desempenho motor. Diante do exposto, a prática de atividade física configura-se como um fator determinante na manutenção, promoção e recuperação das funções orgânicas e musculares dos sujeitos idosos. Entretanto é fundamental que a sistematização, estruturação e a organização dos programas de exercícios físicos respeitem as limitações mais freqüentes desses sujeitos (MCARDLE *et al.*, 1998).

Existem indícios consideráveis de que os exercícios físicos podem adiar ou reduzir a ocorrência de ataques cardíacos, angina, diabetes não depende de insulina, osteoporose e hipertensão. A prática de exercícios físicos também pode produzir uma sensação geral de bem estar, provocando uma melhoria no estado emocional do auto-conceito, da auto-estima e de bem estar, reduzindo a ansiedade, depressão, tensão e os efeitos do estresse (HAYFLICK, 1996).

Segundo Okuma (1999) a prática de exercícios físicos, aliado a alimentação adequada, hábitos de vida saudáveis e a hereditariedade são fatores determinantes para a manutenção da autonomia funcional e a qualidade de vida dos sujeitos idosos.

Para Berges (1998) e Shephard (1991) a partir dos 30 anos há um declínio linear natural das capacidades funcionais dos sujeitos. Para esses autores a prática de exercícios físicos adequada promove uma diminuição dos efeitos advindo do envelhecimento, sobretudo, no controle do peso corporal. Os autores referendados preconizam que mais da metade da perda das capacidades físicas dos idosos são acometidas em função do tédio, inatividade e da expectativa que esses sujeitos criam a respeito das enfermidades.

Um grande número de pesquisas científicas dão conta de que 50% da depleção das capacidades físicas atribuídas ao envelhecimento biológico, na verdade são causadas pela atrofia muscular decorrente do desuso, em função do sedentarismo que vem aumentando nos países industrializados (SPIRDUSO, 1989; PAFFENBARGER, *et al* 1995).

2.4 Envelhecimento e qualidade de vida

Outro aspecto que está diretamente ligado à autonomia e a saúde é a qualidade de vida. Atualmente a qualidade de vida tem sido cogitada em todos os meios da sociedade; no entanto, por se tratar de um conceito muito antigo, abrangente e subjetivo, diversos pesquisadores iniciaram atividades investigativas na tentativa de compreender a dimensão conceitual de qualidade de vida.

Apesar de muitos autores afirmarem que a busca pela qualidade de vida seja uma preocupação dos tempos contemporâneo, encontramos na história da humanidade, sobretudo no período Neolítico, uma busca incessante por esse aspecto da vida do homem. Moreira (2000) afirma que o domínio das técnicas para a produção do fogo representou um avanço importantíssimo para a qualidade de vida da espécie humana, pois com o domínio do fogo o homem passou a cozinhar os alimentos além de se proteger do frio e dos predadores.

Outro momento de grande relevância na busca da qualidade de vida ao longo de nossa história foi a invenção da roda acerca de 4000 a.C. Neste momento o homem substituiu os antigos trenós por carros de duas e quatro rodas. Este feito promoveu uma grande evolução na vida dos humanos, pois além de facilitar sua locomoção e o transporte de cargas melhorou representou um grande ganho na sua qualidade de vida (MOREIRA, 2000).

Segundo Bodstein (1997) na Grécia Antiga, o bem-estar estava fortemente associado ao nível de participação na vida pública, e não somente das descobertas naturais realizadas pelos filósofos. Outro aspecto relevante na conquista do bem-estar dos cidadãos gregos era o grau de liberdade e igualdade entre os que eram designados cidadãos, isto é, aqueles homens livre, que tinham o direito de participar da vida social e política, expressa nas cidades-estados.

Desse modo, “participar da vida pública adquiria nesse contexto um sentido preciso: uma realização, uma conquista e, portanto, uma ação que se projetava para além das necessidades biológicas do homem” (BODSTEIN, 1997, p. 186). Com base no exposto podemos concluir que para os gregos da polis a participação social, por parte dos homens livres configurou-se como condição de grande relevância na definição da qualidade de vida.

No mundo moderno o conceito de qualidade de vida sofre influências da ciência e da racionalização e assim, é inserida na dimensão política e social desse período histórico. Buarque (1993) preconiza que no final do século XVIII, com a Revolução Industrial e por todo o século XIX, viver na zona urbana significava ter qualidade de vida, pois neste ambiente os homens não precisavam realizar os trabalhos pesados, esses trabalhos eram realizados pelas máquinas que ajudavam os homens nas atividades de controle da natureza.

Como se pode notar a concepção de qualidade de vida historicamente sempre esteve associado ao nível de participação na vida social e política dos sujeitos. Entretanto, segundo Buarque (1993), a consolidação do capitalismo construiu a idéia de que o conceito de qualidade de vida está associado exclusivamente à aquisição de mercadorias e bens de consumo. O autor declara ainda que “o consumo de massa passou a ser símbolo da utopia, e padrão de medição de qualidade de vida” (BUARQUE 1993, p. 157).

Nesse sentido Elster (1992) também declara que o capitalismo promove a utopia de que a melhor forma de vida para os sujeitos está diretamente associada a capacidade que eles possuem de consumir. Desse modo, o consumo deve ser valorizado, pois só assim, os sujeitos serão plenamente felizes ou poderão gozar do pleno bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 1999).

Sendo assim, o conceito de qualidade de vida envolve três características principais: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

A subjetividade diz respeito à existência de condições externas às pessoas, que encontra-se presente no contexto social, como as condições de vida e trabalho que influenciam diretamente a concepção que se tem da qualidade de vida.

No que diz respeito à multidimensionalidade, o termo qualidade de vida inclui as dimensões física, psicológica e social, tendo como mecanismo de avaliação a percepção individual (subjetividade). A bipolaridade se refere ao fato de que o conceito de qualidade de vida contém dimensões tanto positivas quanto negativas. Essas dimensões podem se dar em variadas condições, como autonomia, dor, dependência e desempenho de papéis. (WHOQOL GROUP, 1995).

Segundo Seidl e Zannon (2004), o termo “qualidade de vida” era muito utilizado nas áreas sociais e, em seguida, a saúde se apropriou desse conceito. Outro aspecto relevante é que as políticas públicas da área de saúde passam a se interessar pela qualidade de vida e incorporam essa concepção em suas práticas.

Quando se fala em qualidade de vida para indivíduos idosos, podemos entendê-la como sendo um estado em que essas pessoas se sentem melhor, sendo capazes de responder adequadamente e com satisfação as atividades do cotidiano e de conseguir viver de forma independente (SPIRDURO & CRONIN (2001).

Os referidos autores concordam com Rowe e Kahn (1997), quando estes propõem que existem três aspectos considerados fundamentais para que haja um bom envelhecimento ou a manutenção de uma boa qualidade de vida. Esses aspectos são: ausência de doenças, engajamento com a vida e a competência física e mental.

Nesse sentido Spirduso (2005) afirma que a saúde física tem três elementos que estão diretamente ligados à qualidade de vida: condições do estado funcional, condições da saúde subjetiva e o nível da condição física. As condições do estado funcional se caracterizam pelo grau de dependência das pessoas em executar as atividades da vida diária (AVDs), atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), e as atividades como passatempos, recreação e contatos sociais.

A condição do estado de saúde subjetiva se caracteriza pela avaliação que cada sujeito faz de si mesmo e de sua própria saúde. Desse modo, o estado da saúde subjetiva apresenta variações muito diferentes entre as pessoas, essas variações emergem das experiências pessoais, de seus objetivos de vida e do modo como os sujeitos lidam com as decepções e fracassos. (MANTOVANI, 2007).

O nível de condição física é caracterizado pela incidência de problemas de saúde a que os sujeitos estão submetidos. Segundo Mantovani (2007) a grande maioria dos sujeitos idosos são acometidos de hipertensão, doença cardiovascular, artrite e osteoporose, sendo que apenas uma pequena porcentagem de idosos está livre desses males.

Portanto a qualidade de vida está diretamente relacionada à capacidade do sujeito em satisfazer suas necessidades, carências e desejos, fatores esses que só poderão ser avaliados subjetivamente. Para Shin e Johnson (1978) a qualidade de vida está diretamente ligada a aquisição dos recursos necessários à satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que auxiliem o sujeito no desenvolvimento pessoal, a auto-realização.

Desse modo, compreendemos que a qualidade de vida está diretamente relacionada com o estado de saúde dos sujeitos. Portanto, qualidade de vida e saúde estão de tal modo imbricados que um não existe sem o outro.

O conceito de saúde vem sofrendo mudanças importantes nos últimos anos, pois segundo Bonardi (2006) a concepção de saúde não é mais simplesmente a ausência de doenças. A saúde está diretamente ligada à preservação da capacidade funcional. Sendo assim, ao investir na melhoria da capacidade funcional, estaremos aumentando a autonomia do indivíduo, pois estas variáveis estão diretamente relacionadas à saúde e conseqüentemente com a qualidade de vida.

Estas concepções vêm nos mostrar a importância de se estudar e manter as competências de vida diária, o que se traduz na capacidade funcional dos idosos como mecanismos de melhora ou manutenção da qualidade de vida e da saúde.

Para Scliar (2007) a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como sendo o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças. O conceito de saúde, portanto, está sujeito as condições social, econômica, política e cultural das sociedades, desse modo, esse conceito emerge dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas.

No sentido de estimular a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos idosos a OMS (2002) desenvolveu o conceito de “envelhecimento ativo”, que se caracteriza pelo processo de aperfeiçoamento dos mecanismos que ofereçam oportunidades para a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Para que o processo de aperfeiçoamento se efetive, faz-se necessário investir no aumento da participação social, alimentação saudável, prática de atividades físicas e hábitos saudáveis.

Segundo Paschoal (2002) a concepção da qualidade dos sujeitos depende de uma representação social com parâmetros objetivos, como satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade e com parâmetros subjetivos, como realização pessoal, felicidade bem-estar, amor e prazer.

Para este autor além desses parâmetros, a qualidade de vida inclui ainda critérios de satisfação individual e bem-estar coletivo. Nesse contexto os fatores políticos e o desenvolvimento humano figuram como aspectos de grande relevância na melhoria da qualidade de vida.

Presume-se, portanto que a relação entre qualidade de vida, condições de vida e saúde apresentam-se efetivamente inseparáveis. Desse modo, as condições sociais como a pobreza, as más condições de vida, de trabalho, de nutrição e de educação configuram-se como situações geradoras de doenças e, por isso, carecem de ações políticas e reformas sociais efetivas e não simplesmente de cuidados paliativos de cura de doenças.

CAPÍTULO III

3 A FENOMENOLOGIA COMO MÉTODO DE COMPREENSÃO DE MUNDO

Ao nos aventurar em busca do conhecimento científico, devemos ter consciência de que essa tarefa oferece alguns desafios interessantes e, ao mesmo tempo, paradoxais. Muitas vezes, somos levados a pensar que, na contemporaneidade, o ato de pesquisar tornar-se tarefa fácil, isso se dá por conta de algumas características próprias deste nosso tempo, como: grande produção científica, facilidade na veiculação dessa produção, mecanismos e procedimentos de pesquisas extremamente evoluídos e, até certo ponto, acessíveis e, sobretudo, o crescimento que houve em nosso país na quantidade de Programas de Pós-graduação *Strictu Sensu*. O que se percebe, no entanto, é que, justamente por podermos contar com todo esse arsenal de informações, temos de trabalhar mais, desenvolver um espírito investigativo mais sensível e crítico e, principalmente, construir um projeto muito bem elaborado e fundamentado nos princípios do rigor da pesquisa científica e optar por um referencial teórico que ofereça ao pesquisador segurança e uma sólida fundamentação daquilo que ele pretende defender como verdade científica.

As dificuldades surgem à medida em que buscamos respostas para nossos questionamentos que estejam além do senso comum, a respeito de determinados problemas que atingem nossa sociedade, no caso desta pesquisa, a questão da educação, corporeidade e a autonomia de mulheres idosas.

A sociedade contemporânea coloca- nos diante de uma infinidade de desafios; temos de estar preparados para nos adaptar a situações adversas, mudar planos, derrubar barreiras que, muitas vezes, parecem intransponíveis, superar limites que, num primeiro momento, parece o fim da caminhada.

Nesse contexto também se situa a questão da corporeidade, pois não se pode pensar nessa questão desvinculando-o da nossa existência, dito de outro modo, ao falarmos de corporeidade nos referimos ao ser humano em sua complexidade, subjetividade e totalidade.

Depois de decidida a temática, a que nos propomos estudar, surge uma dúvida muito presente neste momento, a qual diz respeito à escolha de um método científico que nos permita trilhar, com segurança e legitimidade, um caminho que possa conduzir ao fenômeno que pretendemos compreender. Nesse sentido, a escolha do método

científico estará diretamente ligada, ao conceito que se tem de mundo, de homem e, sobretudo, da própria ciência.

Diante do exposto, percebe-se que na tentativa de relevar o que ainda está oculto em nossa consciência, a ciência apresenta-nos caminhos e abordagens científicas diferentes, que poderão conduzir a uma determinada verdade científica.

A busca da compreensão do ser humano e de sua relação com o conhecimento tem favorecido o desenvolvimento de diferentes paradigmas científicos. Nesse sentido, Pereira (2006) afirma que no final do século XIX, acirrou-se uma grande discussão em torno do progresso científico, no qual se questionava a legitimidade da aplicação do método positivista às ciências humanas.

Desse embate, emerge a idéia de se promover um encontro entre a filosofia e a ciência. Essa proposição foi defendida pelo filósofo alemão Husserl, para quem a reflexão filosófica deveria emergir das coisas e dos problemas e não das opiniões dos filósofos (PEREIRA, 2006).

Segundo Pereira (2006), ao defender essa tese Husserl propõe que a compreensão do conhecimento deve ser fruto da experiência humana. Com isso, ele defende o abandono à metafísica e defende a valorização do mundo vivido como fonte de onde emerge todas as ciências e saberes.

Surge, assim, a fenomenologia moderna, como paradigma científico que compreende o fenômeno como aquilo que se revela, “que se mostra a si mesmo, ou seja, os fenômenos constituem a totalidade do que está à luz do dia, ou se pode por à luz” (OKUMA, 2009, P. 24).

Diante do exposto, entendemos que, no cerne dessa questão, está a busca pela compreensão do ser humano e de suas relações com o mundo e consigo mesmo. Desse modo, a realidade humana dá-se numa dimensão de ser no mundo e com o mundo e que a experiência corporal configura-se como unidade entre o homem e seu mundo.

Para Okuma (2009, p.33) “o corpo é a totalidade daquilo que o homem percebe, sente e vive em relação ao significado que está junto dessas vivências”. Neste contexto, a fenomenologia apresenta-se como um caminho possível, na busca de compreensão de nossas indagações, por entender que o fenômeno refere-se àquilo que se mostra à consciência (PEREIRA, 2004).

A Fenomenologia vem sendo estudada por vários campos do conhecimento humano, como a Educação, Educação Física, Psicologia, entre outras. Dartigues (1973) afirma que, em certa medida, nenhuma ciência está totalmente fora da reflexão

fenomenológica, já que toda a ciência foi construída sobre os fundamentos que a precederam.

O termo fenomenologia tem origem na palavra grega *phoenómenon*, sendo este formado por fenômeno e logos. Para fenômeno atribui-se o significado daquilo que se revela e que se mostra a si mesmo como é. Logos “significa o modo determinado de deixar e fazer ver” (OKUMA, 2009).

Segundo Martins *et al* (1984), o sujeito assume seu lugar ao valorizar o mundo vivido, como origem de onde emergem todas as ciências, não permitindo que ele se torne objetivado por si mesmo, ou pelos outros, não permitindo, portanto, que o sujeito seja abordado como um simples aspecto dele, tornando-se alheio a si mesmo, mas que ele seja efetivamente o “ser-aí”.

De acordo com Husserl *apud* Aranha (1997) voltar ao mundo pré-científico ou às coisas mesmas significa ir ao encontro das origens do conhecimento, dito de outro modo, ir à gênese da compreensão do fenômeno como experiência vivida pelo sujeito.

Do ponto de vista da fenomenologia, o fenômeno refere-se àquilo que se mostra à consciência, isto é, o fenômeno é aquilo que se apresenta anteriormente às concepções e teorizações, existindo antes mesmo do ato reflexivo.

Dartigues (1992) preconiza que todo fenômeno é constituído de uma essência, a qual permanece não como realidade ou fato, mas como possibilidade para o sujeito. A interpretação do fenômeno surge da capacidade singular que cada sujeito possui de existir no mundo com suas perspectivas.

Partindo desse pressuposto, não podemos compreender a essência como sendo a “coisa” enquanto matéria. A essência, para a fenomenologia é “o ser da coisa, sem o qual o fenômeno deixaria de existir” (PEREIRA, 2006, p. 36).

A sociedade contemporânea construiu um conceito de corpo fundamentado nos princípios da ciência moderna, onde se concebe o homem ainda com uma visão fragmentada em corpo, alma e espírito e que está subordinado a técnica, a produção e ao mercado.

Para Merleau-Ponty (1997, p.19) “é preciso reencontrar o corpo operante e atual”, aquele que não é uma parte de algo, um feixe de funções, mas que se configura como um entrançado de visão e movimento, uma totalidade única “.

Desse modo, buscamos compreender a corporeidade a partir do enfoque fenomenológico por acreditarmos que este método construiu, ao longo de sua história,

uma visão de corpo numa totalidade única enquanto experiência humana, com suas infinitas possibilidades, abrindo-se a novas e inesgotáveis possibilidades.

De acordo com Okuma (2009, p.33), a fenomenologia compreende o corpo como “a totalidade daquilo que o homem percebe, sente, vive, em relação ao significado que está junto dessas vivências”. Desse modo, o corpo configura-se como a maneira única de estar no mundo e sentir toda a experiência existencial como sendo o modo de ser no mundo, num processo de comunhão com os outros (ser-com).

“O corpo é, portanto o conjunto de significados daquilo que já vivemos e que estamos vivendo, e que nos situa dentro desse conjunto, sendo nossa projeção significativa mais verdadeira” (OKUMA, 2009, p.33).

Segundo Pereira (2006) a fenomenologia, enquanto método de investigação científica, é composta de três momentos: descrição, redução e compreensão ou interpretação. Estes momentos não ocorrem, necessariamente nesta mesma sequência, mas estão, de algum modo, unidos àquilo que se mostra.

A descrição fenomenológica é momento em que o pesquisador aproxima-se do fenômeno na tentativa de revelar experiência, em um movimento atento e empático. Nesse sentido, o momento da descrição fenomenológica deve ser conservado do mesmo modo que ela se apresenta ao sujeito da pesquisa.

Esse procedimento deve acontecer dessa forma, por que a experiência consciente dispensa a teorização e formulação prévia por parte do pesquisador (MARTINS e MACHADO, *apud* PEREIRA, 2006). Sendo assim, esse momento da experiência deverá ser descrito de forma livre, espontânea dispensando reflexões teóricas.

A descrição fenomenológica acontece quando o pesquisador se coloca diante da coisa-mesma e volta-se atentamente para os processos comuns de pensamento e linguagem. Este é o momento em que o nebuloso vai se revelando, vai se mostrando tornando-se visível. Dito de outro modo, é o momento em que o pré-conceito vai se diluindo e o fenômeno torna-se visível e esclarecido (BICUDO,1994).

A redução fenomenológica consiste no momento em que o pesquisador busca desvelar a essência do fenômeno que está presente na descrição. Para Okuma (2009) a redução fenomenológica configura-se como o momento em que mergulhamos

no sujeito ou no objeto e deles extraímos o fenômeno com seus significados. É neste momento que o pesquisador percebe e compreende a essência¹².

Para Pereira (2006), a redução fenomenológica é o momento em que a consciência natural ou imediata é posta entre parênteses, pois é nesse ponto que o pesquisador liberta-se de preconceitos e teorias. As essências só serão percebidas mediante uma ação reflexiva.

Pereira (2006) afirma que Husserl defendia a ideia de que teria de haver a redução eidética, por meio da qual o fenômeno deveria ser posto em suspensão, pois assim seria possível o surgimento de ideias ou sentidos. Para uma compreensão mais elevada entre essência e consciência cria-se as reduções transcendentais, para que assim o pesquisador compreendesse a correlação entre esses fenômenos (essência e consciência).

Merleau-Ponty (1994) não segue essa mesma visão e afasta-se do idealismo transcendental, ao promover uma aproximação entre consciência e mundo. Na visão de homem e de mundo existencialista merleau-pontiana, não se pode reduzir o homem a uma consciência fechada em si mesma, pois na condição de ser-ao-mundo ele abre-se aos outros tornando um com os outros.

Desse modo:

O maior ensinamento da redução é a impossibilidade de uma redução completa”, tendo em vista o caráter perspectival dos fenômenos e a própria dimensão existencial do ser humano. Fala-se então de redução fenomenológica.(MERLEAU-PONTY *apud* PEREIRA, 2006, P. 38).

Para Okuma (2009), ao analisar o fenômeno da forma mais atenta possível, livre de proposições teóricas e preconceitos, pretende-se realizar uma redução que permita captar a vivência, revelando o ser que aí se esconde. Portanto, é por intermédio da redução que o pesquisador compreende os significados que emergem da vivência.

Pereira (2006) afirma que mesmo não fazendo parte diretamente do mundo-vida do pesquisador, esses significados apresentam-se como respostas as suas indagações.

¹² Para a fenomenologia a essência é o que permanece não como realidade ou fato, mas como possibilidade para o sujeito (DARTIGUES, 1992)

Na fenomenologia, não existe dualidade entre sujeito-objeto, pois ao analisar o mundo das significações partindo desse enfoque, busca-se compreender o subjetivo, o ser humano.

Outro momento fundamental para compreender o fenômeno, partindo da abordagem fenomenológica, é a compreensão ou interpretação. Este momento conclui os pressupostos indispensáveis para que se possa compreender o fenômeno.

Compreender é reapoderar-se da intenção total, não apenas aquilo que são para a representação “propriedades” da coisa percebida. (...) Mas a maneira única de existir que se exprime num comportamento único em relação ao outro, à natureza, ao tempo e à morte, uma certa maneira de pôr forma no mundo que o historiador deve ser capaz de retomar e de assumir (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 16).

O método fenomenológico não concebe a verdade como fato absoluto, mas parte-se do pressuposto de que o conhecimento é interpretativo. Desse modo, aceita-se que os fenômenos serão sempre revelados a partir de inúmeras possibilidades, o que permite a construção de novas infinitas indagações (PEREIRA, 2006).

O fenômeno se constitui, efetivamente, no acontecer da vida, na indagação e compreensão do mundo que parte da própria ação do sujeito em seu contexto de vida. Sendo assim, a fenomenologia é um método de investigação que nos permite compreender o fenômeno.

Com a proposta de compreender o conhecimento como fenômeno que emerge da experiência humana, Husserl *apud* Heidegger, 1995) preconiza que devemos esquecer as especulações metafísicas e buscar o contato com as “próprias coisas”, ou seja, a experiência vivida.

Segundo Cobra (2001), Husserl entendia que os filósofos estavam complicando a teoria do conhecimento, na medida em que eles não valorizavam com objetividade o fenômeno da consciência do modo como o fenômeno é vivido pelo homem.

Certamente, um dos aspectos que muda radicalmente a compreensão da teoria do conhecimento em Husserl é, que para este filósofo, o que importa é o que se passa na experiência da consciência, ou seja, as experiências em que o homem enquanto ser (ser-ai) está submetido em seu cotidiano (OKUMA, 2009).

A fenomenologia é um método de pensamento que possibilita chegar ao fenômeno. Estuda as estruturas da existência humana. [...] vai à

realidade vivida e a descreve como vivência cotidiana imediata, não percebida. Propõe caminhos para a compreensão do Ser, buscando respeitar a complexidade do real e encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno (AUGRAS *apud* OKUMA, 1998, p. 24).

Desse modo, para compreender o envelhecimento enquanto fenômeno complexo da existência humana faz-se necessário desenvolver a percepção para que sejamos capazes de nos conduzir ao interior da subjetividade humana e, assim, compreender a própria existência (OKUMA, 2009).

Segundo a autora citada acima, para que aconteça o desenvolvimento da percepção, deve haver intencionalidade, e esta, por suas vez, é direcionada pela consciência. A intencionalidade é entendida aqui como o ato de dar sentido, unindo assim a consciência ao objeto, sujeito e mundo. È por meio dessa intencionalidade que o homem abre-se para o mundo dando-lhe significado (OKUMA, 2009).

Para Okuma (2009, p25) “em nosso cotidiano não refletimos sobre o que nos rodeia, sobre nossas vivências, acreditando que tudo existe por si mesma, independentemente de nossa presença”. Isso ocorre porque tudo parece ser incontestável. Com isso, os eventos de nossa vida passam sem percepção, tornando-se sem sentido, o que nos faz, muitas vezes agir mecanicamente.

O mundo contemporâneo tem desenvolvidos mecanismos que favorecem essa postura diante da vida. Desse modo, vivemos cotidianamente envolvidos em uma visão míúpe sobre aquilo que o mundo transmite e, portanto, muito longe do que é o próprio Ser. Diante do exposto, Heidegger *apud* Okuma (2009) declara que para compreender nossas experiências é preciso entender as estruturas que constituem a existência humana em sua unidade original, indissolúvel, ou seja, é preciso compreender o ser humano como ser-no-mundo.

Partindo desse pressuposto, torna-se possível compreender e perceber melhor o significado do envelhecimento enquanto fenômeno da existência. Nesse sentido, a fenomenologia configura-se como um método importantíssimo na compreensão do homem e do mundo, por se tratar de uma forma de lidar com o conhecimento da maneira como ele se revela e se mostra em sua totalidade.

3.1 A corporeidade na perspectiva da fenomenologia de Merleau-Ponty

O envelhecimento apresenta-se como um fenômeno desafiador para nosso tempo, sobretudo quando estamos analisando os fatores decorrentes desse processo do ponto de vista das questões corporais. O corpo é quem apresenta os primeiros indícios de que a idade avança, pois é nele que as marcas do tempo são impressas, tornando-se visíveis e até palpáveis.

Podemos até pintar o cabelo, submeter-nos a cirurgias plásticas, banhar nosso corpo dos mais variados tipos de produtos de beleza. No entanto, os sinais de que o tempo está agindo, aparecerá independentemente de qualquer estratégia que se possa imaginar. Esta realidade vem confirmar o que o educador e psicólogo francês Pierre Weil (2001, p. 111) dizia: “o corpo fala”. O corpo tem uma forma de linguagem da qual não se pode extrair qualquer espécie de inverdade.

Neste sentido, Merleau-Ponty possibilitou para a Educação Física uma concepção de corpo integrada a totalidade, refutando o conceito dualista entre corpo e alma, que a rigor desde sempre esteve presente na ciência moderna, sobretudo a partir de Descartes.

Para Merleau-Ponty (1999, p.79) "a corporeidade que se torna palavra", é a expressão da linguagem, não há como desassociar o movimento gestual do seu significado, do mesmo modo que é impossível separar a existência humana do seu contexto histórico, social e cultural .

Para Okuma (2009, p.33) a fenomenologia concebe o corpo como “a totalidade daquilo que o homem percebe, sente, vive em relação ao significado que está junto dessas vivências”. No corpo soma-se o que já vivemos e o que estamos vivendo.

Nesse sentido, as experiências a que somos submetidos nos oferece uma nova forma de corpo, na medida em que somos tomados por essas experiências ao longo de nossa vida. Assim, cada experiência altera a forma do corpo, dando-lhe novos significados que se constrói ao longo dos anos e que se apresentam na própria pessoa (KELEMAN, *apud* OKUMA, 2009).

Ao analisar as pessoas, por este viés, permite-nos compreendê-las e concebê-las em perfeita união com o mundo. Desse modo, podemos entender o tipo de relação que os sujeitos mantêm com seu corpo, pois suas formas corporais permite perceber como os sujeitos lidam e entendem a própria vida.

Para Okuma (2009, p.33) não se pode dizer que as pessoas possuem um “corpo bonito ou feio, gordo ou magro, hábil ou inábil, capaz ou incapaz, ativo ou passivo, doente ou saudável, que precisa ser curado, tratado ou melhorado”. Do ponto de vista da análise fenomenológica, o sujeito é o próprio corpo, dito de outro modo, o corpo não se configura como uma parte do sujeito bonita, mas ele é o sujeito, o Ser-ai e o Ser-no-mundo.

Percebe-se que o conceito de Ser-no-mundo como uma totalidade em Merleau-Ponty supera a visão fragmentada de homem, herdada historicamente da filosofia grega, reafirmada em Descartes e refinada no cientificismo do século XVIII.

Desse modo, Merleau-Ponty (1999) faz a união do psíquico e o fisiológico, do corporal e a alma, do imaterial e o material. Neste sentido, o Eu plasma-se no mundo tendo o corpo como modo particular e único do ser no mundo.

“O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

No modelo de sociedade contemporânea, o corpo é concebido como mercadoria e, por isso, pode-se moldá-lo de acordo com a demanda de mercado. Nesta lógica, as práticas corporais surgem, quase sempre, para otimizar este mercado, criando-se um valor simbólico e uma visão de corpo e de homem alienada e, por isso desumanizada.

A valorização do homem depende, inexoravelmente, da concepção que se tem de si mesmo, de sociedade, da cultura em que esse homem está inserido e da concepção de mundo construído ao longo da história. Dessas concepções, emergem também, a visão de corpo e corporeidade inserida na dimensão de totalidade da existência humana.

Evolutivamente, o homem saiu da pré-história com um corpo utilitário, que lhe permitiu, nesse período, desenvolver inúmeras habilidades físicas, pois sua subsistência dependia delas habilidades para buscar seu alimento, por meio da pesca, da caça, dos frutos no alto das árvores. Dessas habilidades, também, dependia sua defesa contra os agressores que surgiam de outras tribos, animais ferozes e as mudanças climáticas.

Na antiguidade, principalmente no período helênico, quando se tinha como ideal a busca pela beleza humana, as práticas corporais assumiam destaque de grande relevância. Segundo Carmo (2005, p. 31), “Platão valorizava a prática da ginástica e do

exercício físico como uma das formas de educação”. O corpo, para Platão configura-se como elemento imprescindível, por meio do qual as coisas e a vida se revelam. Platão considerava o mundo sensível (*physis*) uma cópia imperfeita do mundo inteligível (*logos*); neste caso, o corpo oferece a possibilidade de se contemplar a existência humana, já que este (ser humano), na sua essência, não se poderia ver, por habitar o mundo da essência ou das ideias.

A prática da ginástica, das artes e da música, na ótica platônica, teria a função de tornar o homem bom, belo e justo, pois, segundo esta ótica, só aqueles que desenvolvessem essas virtudes poderiam alcançar a virtude das virtudes – a Ética.¹³ Era papel da educação propiciar ao corpo e a alma toda perfeição e a beleza que o homem poderia alcançar (ESCOLA, 2002). Já para Aristóteles, o corpo apresenta-se como templo sagrado, portanto a saúde deve ser a maior virtude do homem (WERNECK, 1995). Neste caso, o corpo passa a ser concebido como algo extremamente relevante para uma vida longa e sem enfermidades.

Percebe-se que, tanto na visão de Platão como na de Aristóteles, há uma dicotomia entre o corpo e a alma, no entanto, devemos considerar o contexto em que estas visões estão sendo construídas e estruturadas. É nesse período que as práticas de exercícios físicos, ginásticas e danças ganham uma estrutura pedagógica e filosófica importante. Tais práticas foram introduzidas na educação, com objetivo de se construir uma nova ordem cultural para o mundo e um novo ser para a existência (CARMO, 2005).

O Império Romano, com sua política de dominação dos povos, apropriava-se das práticas corporais com fins bélicos, não havendo a preocupação com a saúde, tampouco com a educação, como no caso da Grécia. Conforme observa Campos (2006), os Romanos sofreram muitas influências no campo dos exercícios físicos, quando invadiram a Grécia, o que fez com que os invasores mudassem o foco e passassem a praticar os exercícios físicos não só como preparo para a guerra, mas também para o lazer, educação e saúde.

Para Gonçalves (1994), o modo de vida do homem na Idade Média necessariamente fundamentava-se na ação corporal. As suas ações corporais foram construídas sob três características importantes: noção de tempo, de personalidade e de economia. Essas características estavam ligadas diretamente ao funcionamento do

¹³ Matéria publicada na Revista “Nova Escola” edição especial vol. 2 Grandes Pensadores, em agosto de 2002 página 14

corpo, por meio do qual sabia-se a hora de se alimentar, descansar etc. Sabia-se o momento do trabalho, do lazer e do prazer. Isso demonstra que temos, nesse momento, o corpo sendo marcado pelo tempo e por uma submissão desse corpo a algo mais elevado, ao espírito. Isso se dava por conta de que a visão de mundo, nesse período, era baseada no teocentrismo, isto é, o homem era concebido como um servo e, como tal, não deveria se preocupar com a matéria, mas sobretudo com o espírito, com o transcendente, com Deus.

No Renascimento, surge a ideia de homem como construtor de si mesmo, e nasce um novo momento, quando as questões relativas ao corpo farão parte das reflexões acadêmicas e dos intelectuais da época.

Descartes(2002) percebe que o fato de existir está inexoravelmente ligado à substância corporal, formando uma unidade e "u-corpo". Desse modo, afirmava que:

A natureza [...] ensina [...] que não estou apenas alojado em meu corpo, como um piloto em seu navio, porém, mais que isso, a ele estou ligado muito estreitamente e de tal modo confundido e amalgamado, que me componho como um único todo com ele" (DESCARTES, 2002, p. 46).

Descartes reconhece a existência do corpo, mas considerou-o, essencialmente, sob o ponto de vista de máquina, capaz de captar do exterior o material de trabalho da *res cogitans*.

O pensamento moderno traz uma nova configuração de sociedade, de homem, de vida. Inicia-se nesse novo tempo, um adestramento do corpo, que mais tarde vai se configurar como um disciplinamento do indivíduo por intermédio de seu corpo (SOARES, 2007).

Nesse período, não se vive mais em uma sociedade antropocêntrica ou teocêntrica, mas é o momento da racionalidade científica. O homem vai se construir a partir da sua capacidade de interferir na natureza, inclusive na natureza humana, na qual tudo deve ser mensurado e padronizado de acordo com a ordem científica; portanto, essa natureza (vegetal e humana) é transformada e dominada não mais pelo conhecimento filosófico, mas científico. Trata-se do cientificismo que se fundamenta a partir do século XVIII, tendo o seu apogeu no século XIX (MORAIS, 2008).

Partindo da ótica dessa nova era, o mundo será construído a partir das lentes desse novo modelo de conhecimento. Portanto, desse modelo de se conhecer e construir um novo mundo emergirá um novo homem, uma nova sociedade, uma realidade que

tem como fundamento e elemento direcionador a ciência moderna. Esse modelo de ciência vai, a partir de então, desenvolver uma nova concepção de corpo e corporeidade, na qual não há mais espaço para a espontaneidade. Os gestos estavam sob a régua da ciência e da técnica. Segundo Soares (1998), o século XVIII construiu um novo olhar a respeito do corpo, permitindo, desse modo, que se estruturassem os movimentos corporais em direção ao novo homem, que deveria estar pronto para servir ao recém nascido modelo capitalista. Esse novo modelo de sociedade (o capitalismo) fez com que as relações com o corpo e a corporalidade criassem um sentimento de despersonalização do homem.

Enraizadas nas condições sociais, políticas e econômicas da moderna sociedade industrial capitalista, as relações com a corporeidade refletem o sentimento de inadequação, perplexidade e despersonalização do homem contemporâneo e traz em si o irracionalismo, presente em todas as instâncias da vida humana. [...] à medida que as atividades do homem procuram desligá-lo da participação corporal, ele vai perdendo sua ligação viva e afetiva com a natureza e o mundo social. (GONÇALVES, 1994, p.27, 28).

Como herança desse paradigma de sociedade, a concepção de homem continuou sendo fundamentada numa abordagem dualista, fragmentada em cabeça (razão) e corpo. Portanto, o homem moderno e contemporâneo constitui-se a partir de uma concepção que privilegia a racionalidade em detrimento da sensibilidade, emoções, sentimentos. Enfim, o corpo configura-se como uma espécie de escravo que está a serviço do todo poderoso, a cabeça/razão. Neste caso, a educação dos indivíduos nessa sociedade vai privilegiar em seus conteúdos um acervo de conhecimentos racionalizados e, como resultado dessa racionalização, temos uma concepção de homem desligado da sua realidade subjetividade/corporalidade.

Como resultado desse quadro histórico, temos uma valorização exacerbada da capacidade de trabalho e produção dos indivíduos na sociedade contemporânea.

Percebe-se que, em todos os períodos históricos, as concepções de homem foram construídas com base em uma concepção dualista entre corpo e alma/mente. Segundo Nóbrega (2005), a ciência médica contribuiu de modo significativo nesse processo, pois, por intermédio dessa ciência, a racionalização chega ao corpo. Rousseau, em sua obra *Emílio*, escrita no ano de 1762, preconiza que a educação deve partir do conhecimento do corpo. Para Rousseau, o corpo configura-se como um elemento pelo

qual o conhecimento penetra na mente do homem e, para isso, este corpo deve estar preparado para exercer sua mais nobre função.

É preciso que o corpo tenha vigor para obedecer à alma; um bom servidor deve ser robusto... Quanto mais fraco é o corpo, mais ele comanda; quanto mais forte ele é, mais obedece” (ROUSSEAU *apud* NÓBREGA, p. 602).

Neste sentido, apesar de haver uma valorização dos aspectos corporais no processo educativo, a concepção de corpo e corporalidade no final do século XVIII e início do século XIX ainda era relativa a ele como instrumento e máquina que estão a serviço da racionalidade. O que é mais desumano nesse modo de conceber o corpo é que se valoriza exageradamente a seleção natural, emergindo daí uma espécie de eugenia ou assepsia social. Segundo Soares (2007), nesse modo de conceber o corpo, os mais aptos geneticamente se encarregariam em purificar a espécie humana; claro que estes mais aptos eram os indivíduos brancos e fortes representados pela burguesia.

Para Breton (*apud* GONÇALVES & AZEVEDO, 2008), na sociedade contemporânea, o corpo é considerado um fenômeno social, biológico e cultural, tornado-se assim o elemento de ligação do homem com o mundo. É por meio do corpo que o homem contemporâneo fundamenta sua existência individual e coletiva. Afirmam os autores supracitados, que a visão de corpo construída pelo modelo capitalista é alienado. O corpo é entendido com um viés “obscuro, turbulento, ambíguo e confuso, em razão do discurso da modernidade” (GONÇALVES & AZEVEDO, 2008, p. 119). Sendo assim, o corpo torna-se possuidor de uma capacidade plástica capaz de se adaptar a qualquer situação, de acordo com a demanda do mercado.

Para Nóbrega (2006), Merleau-Ponty é um dos mais importantes pensadores contemporâneos para compreender os estudos do corpo e sua relação com a ciência, com a arte e com a educação física. Ele declara que:

É a realidade do corpo que nos permite sentir e, portanto, perceber o mundo, os objetos, as pessoas. É a realidade do corpo que nos permite imaginar, sonhar, desejar, pensar, narrar, conhecer, escolher. (NÓBREGA, 2006, p. 2).

O corpo é assim concebido como meio pelo qual o homem apresenta-se materializado no mundo e com o mundo, configurando-se como realidade e instância somática do ser humano. Uma realidade objetiva que possui forma definida. A corporalidade, por sua vez, apresenta-se na subjetividade e na imaterialidade do homem.

Toda inteligência e pensamento, toda intenção e vontade humana apresenta-se encarnada na ação corporal, que traz em si as ressonâncias da corporalidade. Não se passa do mundo abstrato ao concreto senão pela ação corporal; desse modo, podemos afirmar que as ações corporais estão diretamente ligadas aos modelos e conceitos de corpo e corporalidade. Esses modelos são construídos, historicamente, no seio da sociedade, pois, segundo Maus (*apud* RODRIGUES, 1997, p. 15), “as técnicas corporais¹⁴ resultam das relações entre o homem e a sociedade”, já que, inserido em determinada organização social, o corpo seria utilizado por meio de um conjunto de técnicas definidas socialmente. Sendo assim, não se pode conceber o homem no mundo concreto, materializado, fora de seu corpo e da corporalidade. Corroborando com este pensamento, Morais (2008, p.15) afirma que:

[...] o homem é um ser no mundo, não só para localizar o ser humano, mas para enfatizar que seu surgimento e sua estruturação evolutiva se deram dentro dos parâmetros da constituição físico-energética do seu mundo. Fora dos recursos do seu mundo, o ser humano não pode existir.

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que estar no mundo, ou a mundanidade do homem, dá-se por meio de seu corpo e de sua corporalidade. O homem é inegavelmente um ser no mundo materializado no corpóreo e esta condição configura-se indubitavelmente no modo de existir no mundo e com o mundo. Portanto, existência humana, corpo, corporeidade e mundo, constituem-se em um particular modo de existir, onde o homem coloca-se como um ser no mundo, mediante sua presença corporificada - somática. Esta presença, cingida de subjetividade, constrói-se no tecido social mundanizado.

Essa condição de “mundanidade do ser humano caracteriza o homem em um ser com o mundo, dando um sentido de comunhão e de trocas” (MORAIS, 2008, p.16). No processo de construção dessas trocas, encontra-se a aprendizagem de modelos e de

¹⁴ Técnica corporal é um termo utilizada pela Antropologia Social para identificar a maneira pela qual o homem utiliza seu corpo, considerando seu contexto histórico e cultura. Para Mauss *apud* (RODRIGUES, 2000,p.72), a existência de diferentes culturas não apenas explica, mas justifica a diversidade de técnicas do corpo.

idiosincrasias que são próprias do ser do homem na sociedade, no mundo. Nesse modo de ser, encontramos, entre outras coisas, diferentes formas de relação e compreensão a respeito do corpo, isto é, encontram-se várias formas de expressão, de técnicas corporais, que, na ótica maussiana, dá-se pela diversidade de culturas. Essas expressões são corporificadas pelos signos criados e valorados em determinado contexto social e em determinadas culturas.

Cabe-nos, neste momento, examinar e considerar as concepções de corpo e corporeidade, bem como suas relações com o processo de envelhecimento, sem, contudo, criarmos uma idéia dicotômica acerca desse assunto.

Para Medina; Letelier e Ilabaca (2006), corpo e corporeidade não são exatamente a mesma coisa, embora ambos estejam imbricados em uma só existência, em uma só pessoa. Corpo define-se como uma realidade objetiva, material e, portanto, possuidor de uma realidade definida, maleável e sujeita a alterações visíveis à ação do tempo. O corpo é assim concebido como meio em que o homem apresenta-se materializado no mundo e com o mundo, configurando-se como realidade e instância somática do ser humano. Uma realidade objetiva que possui forma definida. A corporeidade, por sua vez, configura-se na subjetividade, na imaterialidade do homem.

Percebe-se aqui uma concepção de corpo dicotômica, pois as autoras citadas preconizam que a diferença entre corpo e corporeidade explica-se por suas características. Segundo Medina, Letelier e Ilabaca (2006), o corpo sofre desgastes de acordo com seus avanços evolutivos e o ciclo de vida, portanto possui um caráter instrumental, “serve” para o deslocamento etc. Desse modo, ao nos referirmos ao corpo, estamos lidando com uma realidade objetiva, no mundo das coisas e objetos. Quando se fala em corporeidade, refere-se à realidade subjetiva, vivenciada pela experiência, que habita a intencionalidade da vida psíquica. A corporeidade configura-se na história vital interna de cada um e não está sujeita ao espaço do corpo.

Diante do exposto podemos compreender que tanto no aspecto corporal, ou objetividade, quanto no aspecto da corporeidade ou subjetividade humana, reside o mistério da nossa existência. Estas realidades se fundem na concretude de nosso existir enquanto ser biopsicossocial.

Do ponto de vista biológico, nosso corpo é formado por um conjunto de 60 trilhões de células especializadas e prontas para responder a qualquer necessidade que possa ocorrer, por exemplo: a produção de inúmeras substâncias que servem para manutenção da vida. Entre estas substâncias podemos citar a produção de insulina e

glucagom, suor, cortisol, serotonina, acetilcolina, noradrenalina, norepinefrina, endorfina etc. Cada célula mede, em média, um centésimo de milímetro e, no entanto, possui um centro diretor que comanda todas as atividades, e estas atividades estão gravadas em fitas de ácido desoxirribonucleico – DNA (AQUINO, 2004).

Segundo Crick (*apud* AQUINO, 2004, p. 35), “se as fitas de DNA de um só homem fossem unidas linearmente, poderiam circunscrever todo o sistema solar”. No cérebro existem mais de 10 bilhões de neurônios, cada um ligando-se aos outros com uma infinidade de conexões, possibilitando todas as nossas atividades. Se fizéssemos um cordão de neurônios de uma só pessoa, poderíamos circunscrever todo o globo terrestre. O mais interessante é que, apesar da sua grandiosidade, o DNA de toda a população da Terra, poderia ser empacotada na cabeça de um alfinete.

“Para armazenar todas as informações contidas em uma fita de DNA de apenas uma célula, seriam necessários mil grandes volumes de mil páginas cada um” (LOEWI E SINKEVITZ *apud* AQUINO, 2004, p. 37).

Estes dados colocam-nos diante de um grande desafio, quando buscamos compreender o homem a partir de seu corpo e corporeidade, visto que tanto um como o outro são faces de uma só coisa, de um só ente. Torna-se mais complexo ainda quando procuramos compreender como se dá o processo de envelhecimento e da velhice.

Diante de tão fascinante mistério, cabe-nos perguntar:

Será possível interferirmos no processo de envelhecimento no sentido de retardá-lo?

Quais as estratégias mais acertadas para amenizar os efeitos do tempo nestas estruturas? Como combater ou ao menos amenizar as patologias características do processo de envelhecimento e da velhice?

É preciso partir do pressuposto de que todo organismo vivo possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais com o passar do tempo. Estas mudanças, em geral, são causadas por fatores ambientais, psicológicos e sociais. Desse modo, o processo do envelhecimento depende de vários aspectos que ultrapassam as questões de tempo e espaço. Presume-se que cada indivíduo responde de forma diferente a ação do tempo em seu organismo, pois, segundo Levet-Gautrat (*apud* FARINATTI, 2002, p. 129) “...não existe uma entrada na velhice e, sim, entradas diferentes e sucessivas.”

Para Roffmann (2007), as mudanças decorrentes do avanço da idade são atribuídas a algumas variáveis como, imperfeição genética, fatores ambientais, surgimento de doenças e expressão de genes do envelhecimento ou gerontogenes. De acordo com a autora, o processo de envelhecimento não está associado diretamente a uma predisposição genética:

Embora seja uma fase previsível da vida, o processo de envelhecimento não é geneticamente programado, como se acreditava antigamente. Não existem genes que determinam como e quando envelhecer. Há sim, genes variantes cuja expressão favorece a longevidade ou reduz a duração da vida. (ROFFMANN 2007, P. 03).

Entretanto, para Farinatti (2002), o processo de envelhecimento tem início no nascimento e término na morte, e é geneticamente programado. Para esse pesquisador, existem duas teorias que procuram compreender o processo de envelhecimento. As teorias de fundo biológico, que buscam compreender as variáveis que interferem no sistema orgânico durante o processo de envelhecimento, sejam elas genética, metabólicas, celulares ou moleculares. Tais teorias “entendem o envelhecimento como um processo contínuo controlado geneticamente” (FARINATT 2002, p.129).

As teorias de natureza estocástica, por sua vez, atuam com a hipótese de que “os mecanismos do envelhecimento estão associados, sobretudo, ao acúmulo de agressões ambientais” (FARINATT, 2002, p.134). Desse modo, presume-se que, se desenvolvermos estratégias no sentido de eliminar ou reduzir essas agressões, poderíamos diminuir suas consequências. Isso nos permite afirmar que a prática de exercícios físicos configuram-se como um importante aliado no combate ou diminuição das consequências advindas das agressões ambientais, psicológicas e emocionais.

Inúmeros estudos têm demonstrado que a prática de exercícios físicos é um elemento de grande relevância na prevenção e controle de algumas patologias, como problemas cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, osteoporose, entre outras (ARAÚJO, 1986; MCARDLE; KATCH & KATCH, 1998). Outro dado importante sobre este assunto, diz respeito à diminuição do tecido adiposo em função da prática de exercício físico e o aumento da massa muscular e da densidade óssea. Fox (1983) declara que a prática de uma vida ativa provoca melhoras na demanda do perfil lipídico-sanguíneo, que influencia também a função do sistema imunológico. Como consequência dessa influência, acontece uma redução significativa na quantidade de estresse. Além desses benefícios, Mastudo; Mastudo (1992) e Brazão (1998)

preconizam que os exercícios físicos promovem a redução ou suspensão de alguns medicamentos.

Outro estudo de grande relevância abordando os processos do envelhecimento é aquele conhecido como “Paradigma Life-Span e Autoconceito” ou Paradigma de Desenvolvimento ao Longo da Vida. Segundo Rolim (2005) este paradigma compreende que há três elementos importantes que deverão ser considerados neste processo, quais sejam:

- a) genético-biológicos, caracterizados pela maturação, crescimento, envelhecimento;
- b) sócio-culturais, caracterizados pela geração, coorte, classe social, grupo profissional;
- c) psicológicos, que compreendem que o processo do envelhecimento não deve ter apenas a idade como a única variável, mas que este processo configura-se como uma realidade multifatorial.

Compreendemos que, na medida em que o sujeito toma consciência das mudanças decorrentes do processo do envelhecimento, suas consequências causarão menos problemas. Sobretudo com relação às questões que dizem respeito ao corpo, como as capacidades físicas: força, equilíbrio, flexibilidade e agilidade. A diminuição dessas capacidades dá-se na medida em que se negligenciam os movimentos corporais e os cuidados com a saúde, pois a hipocinesia reduz essas qualidades físicas, que são imprescindíveis para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia.

Chopra (1997) preconiza que o corpo envelhece com mais qualidade, saúde e autonomia se for bastante usado. Isto nos leva a considerar que nosso corpo não foi feito para ficar sentado, parado, inerte. Toda nossa complexa anatomia, bem como os processos fisiológicos e até mesmo os mecanismos emocionais, foram estruturados para o movimento. É no movimento que a vida flui, expande-se, adapta-se, cria, recria e renova-se. Neste sentido, a prática de exercício físico assume um papel extremamente relevante no processo de envelhecimento com autonomia e saúde, pois o homem torna-se mais consciente de si mesmo, na medida em que interage com seu corpo de modo consciente.

Para Merleau-Ponty, o sentido dos gestos (movimento) não é um fenômeno que está posto, mas compreendido. A comunicação ou a compreensão dos gestos adquire-se pela interação entre aquele que pretende expressar algo e seu interlocutor. Afirma o autor que:

É por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo as 'coisas'. Assim 'compreendido', o sentido do gesto não está atrás dele, ele se confunde com a estrutura do mundo que o gesto desenha e que por minha conta eu retomo, ele se expõe no próprio gesto - assim como, na experiência perceptiva. (PONTY, 1994, p.253).

Na medida em que procuramos compreender os gestos ou linguagem corporal, damos-nos conta de que não há nada pronto na existência humana, mas tudo está em um permanente processo de construção, desconstrução e reconstrução. Em suma, a dinâmica da vida conduz-nos, inevitavelmente, ao processo de envelhecimento, sendo o corpo elemento indicativo, em primeira instância, de que o envelhecer configura-se como uma delicada e belíssima relação entre existência, tempo e espaço. Nessa relação, habita a corporalidade. Para Kant (1996), sem a mediação entre espaço e tempo, nenhuma percepção é possível.

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para desenvolver o presente trabalho, a metodologia adotada teve como base pesquisas bibliográficas em diversas fontes, como livros, revistas, bases de dados, internet, em sites especializados no tema abordado e o desenvolvimento de uma pesquisa de campo.

Os dados obtidos na pesquisa bibliográfica ofereceram-nos importantes fundamentações teóricas para a intervenção, como parte da pesquisa. A metodologia utilizada justifica-se, sobretudo pela necessidade de discutir a relação entre educação, corporeidade e autonomia em um grupo de mulheres idosas. Considerando-se que, neste caso, o pesquisador apresenta-se envolvido no processo, já que foi o mesmo quem implementou as intervenções no campo da pesquisa.

4.1 A pesquisa de campo

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório, em que as intervenções educativas foram programadas para um período de dez meses. Desse modo, buscamos uma amostra pertinente e em consonância com os objetivos do estudo.

A intervenção na comunidade foi realizada no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) da Secretaria da Ação Social e Cidadania, da Prefeitura da Estância Turística de Salto, São Paulo. Trata-se de uma unidade pública estatal, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada ao atendimento socioassistencial de famílias. Nesse local, são oferecidos serviços de proteção social básica de assistência social para famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, tais como: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência ou por ações socioassistenciais, encaminhamentos para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária.

A escolha do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como local de realização dessa pesquisa deu-se a partir de uma palestra em que o autor desse trabalho ministrou para a população idosa assistida por essa entidade, a convite da

Secretaria da Ação Social e Cidadania. Devido ao interesse despertado nos ouvintes dessa palestra, a respeito da importância da prática de atividades físicas para um envelhecimento saudável e melhoras na qualidade de vida, a secretária nos solicitou que elaborássemos um projeto de intervenção naquela comunidade. Neste momento o projeto de pesquisa para o mestrado já estava em seus ajustes finais, pois, a princípio, iríamos aplicá-lo no Grupo da Melhor Idade da cidade de Itu, São Paulo; no entanto, optamos por realizar esta pesquisa com os idosos assistidos pela Secretaria da Ação Social e Cidadania, da Prefeitura da Estância Turística de Salto, por entender que teríamos melhores condições na execução dos trabalhos.

Após decidirmos realizar a pesquisa com esta população, apresentamos o projeto à Secretaria, e realizamos algumas reuniões com o objetivo de elaborar o planejamento de intervenção. Escolhemos os instrumentos de avaliação que seriam utilizados ao longo do trabalho, seus objetivos e a metodologia de ação.

Após aprovação do projeto por parte da Secretaria da Ação Social e Cidadania, iniciamos os trabalhos no mês de março, do ano de 2009. Demos início aos trabalhos realizando uma triagem, devido ao número de interessados que ultrapassava as trinta idosas estipulada no projeto. Após a triagem, foi realizada a primeira avaliação sociodemográfica e somático-funcional com o objetivo de conhecer e identificar as necessidades funcionais das participantes do projeto.

Com bases nos dados obtidos pela avaliação, organizamos um programa de exercícios físicos compatíveis com o nível das capacidades funcionais das participantes, pois trata-se de um grupo heterogêneo no que diz respeito ao estado de saúde, por isso, foram necessários muita cautela e bom senso na elaboração do programa, já que existiam no grupo pessoas com diversos problemas de saúde, como diabetes *melitos*, osteoporose, hipertensão arterial, artrite, artrose, obesidade, arritmia cardíaca, labirintite, bursite, escoliose, hiperlordoses lombar e cervical, entre outros.

Diante de tal quadro, não poderíamos utilizar exercícios que provocassem grandes impactos nas estruturas articulares, e nem exercícios para os quais os participantes tivessem de assumir posturas deitadas, ou em quatro apoios, como ginástica localizada. Sendo assim, elaboramos um programa com base na ginástica chinesa Lian gong e alguns exercícios da Yoga.

A ginástica chinesa Lian Gong foi desenvolvida na China, pelo Dr. Zhuang Yuen Ming, médico ortopedista da Tradicional Medicina Chinesa (TMC), na década de 60. Ele notou que, a partir dos anos 60, o número de casos de dores musculares e

articulares em seus pacientes havia aumentado. Isso aconteceu em decorrência da situação econômica da China, que deixava de ser uma sociedade agrícola, para ser uma sociedade industrial. Esse processo trouxe novas complicações ergonômicas e outras agressões ao corpo humano.

Por isso, baseado no Tui Na¹⁵, milenar, e na tradição da cultura corporal chinesa, o Dr. Zhuang sintetizou, em um primeiro momento, um conjunto de 18 exercícios que atuassem no corpo humano, da coluna cervical aos dedos dos pés. Posteriormente, foram elaboradas mais duas sequências de 18 movimentos cada, ampliando assim as possibilidades terapêuticas desta prática, com exercícios para as articulações e tendões e para o fortalecimento do coração e pulmão.

No Brasil, já existem experiências de sucesso com a prática do Liang Gong. Na cidade paulista de Suzano, uma lei municipal regulamentou o Liang Gong como terapia complementar aos tratamentos oferecidos para casos de diabetes, hipertensão e reumatismo. Isso se deve aos bons resultados obtidos com o programa de Liang Gong, implantado na cidade há seis anos e com mais de 15 mil pessoas, que a praticam pelo menos uma vez por semana.

Segundo Fidalgo (2001), em pesquisa realizada com 2.100 praticantes, quase metade deles apresentou melhoras no humor e no sono. Além disso, um terço dos pesquisados, diminuiu a procura por assistência médica e 23% reduziram o uso de medicações.

Durante o desenvolvimento do programa de intervenção, em dez meses que este autor atuou com o grupo de idosos que fizeram parte dessa pesquisa, foi constatado, por meio de seus depoimentos e das avaliações, que os exercícios físicos trouxeram a eles muitos benefícios para a saúde em geral. Esse fato é bastante perceptível, sobretudo quando comparamos o nível de domínio corporal e dos movimentos do início do programa até o momento da avaliação. Os participantes apresentaram-se com maior autonomia, liberdade de movimento, ritmo e força muscular. Tudo isso se traduziu em melhoras significativas no estado emocional, no grau de independência e autonomia, o que colabora para uma vida mais feliz e segura.

¹⁵ Tui Na é uma forma de massagem chinesa frequentemente utilizada junto com outras técnicas terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa, como a acupuntura, moxabustão e fitoterapia chinesa.

4.2 Critérios de Inclusão e de Exclusão

4.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a) Para participar da pesquisa os sujeitos deveriam ser assistidos pelo CRAS do jardim Saltense com baixa renda financeira;
- b) Que concordassem em assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- c) Que não estivessem participando de nenhum programa de atividade física;
- d) Tivessem de 60 a 80 anos de idade.

4.2.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- a) os que apresentaram quadros clínicos incompatíveis com o programa oferecido, como incapacidade física ou mental e/ou doença pré-estabelecidas;
- b) os que não apresentaram adesão de no mínimo 70% nas aulas ministradas;
- c) os que não cumpriram as demais exigências dos critérios de inclusão.

4.3 Os sujeitos e a coleta de dados

Esta pesquisa foi realizada com 30 mulheres na faixa etária de 60 a 80 anos de idade. Os sujeitos foram divididos em duas turmas. A primeira turma foi constituída de 18 senhoras com idade entre 60 a 69 anos e o segundo com 12 senhoras com idade de 70 a 80 anos. Trata-se de indivíduos, em sua maioria aposentadas, com baixa renda e escolaridade.

Para que pudéssemos oferecer as vivências práticas de exercícios físicos com segurança, respeitando os limites e as necessidades dos participantes do programa,

realizamos uma avaliação somática e funcional¹⁶. Essa avaliação nos indicou o nível de desempenho das atividades funcionais em suas múltiplas perspectivas. Segundo Okuma (2004), é importante que, antes de iniciarmos um programa de exercícios físicos, além da avaliação médica, seja feita uma boa avaliação física, para que possamos conhecer a capacidade funcional, bem como as necessidades dos que irão fazer parte do programa.

Para Mazo *et al* (2001), é necessário que se conheça a capacidades funcional dos idosos antes do início do programa de exercícios físicos, pois o processo de envelhecimento, quase sempre, está associado ao surgimento de multipatologias crônicas, gerando várias deficiências. Neste caso, os exercícios físicos bem orientados constituem-se em medidas de grande relevância, no sentido de amenizar ou até retardar os efeitos do envelhecimento. Segundo Wilmore e Costil (2001), no processo de envelhecimento ocorre uma deteriorização natural das funções fisiológicas; no entanto, esta deteriorização é acelerada na medida em que o indivíduo idoso torna-se sedentário.

Vale ressaltar que a elaboração de programas de exercícios físicos e suas prescrições, não devem ser realizadas, sem que se conheça previamente as reais necessidades dos sujeitos envolvidos. Neste sentido, a avaliação é constituída de testes precisos e adequados para conhecer e analisar corretamente os resultados e empregá-los de maneira segura, visando melhoras das atividades funcionais e motoras.

Partindo desse pressuposto, elaboramos uma avaliação com os seguintes objetivos:

1. conhecer os indicadores sociodemográficos das senhoras envolvidas no programa;
2. avaliar o nível de independência funcional das senhoras envolvidas no programa;
3. detectar deficiências do ponto de vista funcional e motor;
4. acompanhar o progresso das senhoras envolvidas no programa;
5. estabelecer ajustes no programa durante sua execução;
6. mensurar os benefícios alcançados durante a execução do programa;
7. conhecer indiretamente o histórico de saúde das senhoras envolvidas no programa;

¹⁶ Avaliação funcional é o processo que nos permite mensurar as condições em que uma pessoa está do ponto de vista da funcionalidade cognitiva, afetivo-social e psicomotor, bem como, sua integridade física e o desempenho de tarefas da vida diária.

8. elaborar um programa de intervenção, por meio de exercícios físicos, palestras, aconselhamentos e dinâmicas, que efetivamente ofereça condições de superar as dificuldades apresentadas.

Para isso, dividimos o processo de avaliação nas seguintes variáveis:

1 - **Identificação pessoal:** nome e data de nascimento.

2 - **Indicadores sociodemográficos:** gênero, faixa etária, estado conjugal, e alfabetização. Modelo no anexo A

3 - **Histórico de saúde:** consumo de medicamentos, dores generalizadas, tonturas, e fraqueza muscular e variação da pressão arterial. Modelo de questionário no anexo B.

4 - **Variáveis Antropométricas:** peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), que foi mensurado pela classificação abordada na literatura dos autores da OMS (1997) e Matsudo (2000). Segundo estes autores, para se obter estes dados, se faz a seguinte equação: peso em quilogramas dividido pela altura, em metros, elevada ao quadrado, representado pela formula: $IMC = P/A^2$.

Modelo de protocolo de avaliação no anexo C.

5 - **Flexibilidade:** segundo Farinatti e Monteiro (1992), a flexibilidade pode ser definida como a capacidade de movimentar as diferentes partes do corpo por meio de uma grande amplitude de movimentos. Essa capacidade física é um importante componente na execução de tarefas específicas na realização das AVD. Protocolo de avaliação no anexo D.

6 - **Auto-avaliação da capacidade funcional:** este teste mede o desempenho de idosos ao realizar as atividades do cotidiano ou atividades da vida diária (AVD). No caso desta pesquisa, buscamos saber o nível de independência ou dependência nas atividades do cotidiano, utilizando o modelo de ficha de MASTUDO (2004, p. 84).

Para o teste de capacidade funcional foi utilizada a seguinte classificação:

- AVANÇADO: realiza 12 itens sem dificuldade

- MODERADO: realiza 7-11 itens sem dificuldade

- BAIXO: realiza 6 itens sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDs: carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões, fazer tarefas domésticas. Modelo de protocolo da avaliação no anexo E.

7 - **Termo de consentimento livre e esclarecido:** modelo de termo de consentimento no anexo F.

4.4 Análise Estatística

Os dados foram organizados e tabulados com a utilização do programa Excel da Microsoft Office, versão 2000. Foi utilizado o programa Statistics Package Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para os cálculos estatísticos.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para todas as variáveis quantitativas com o objetivo de testar a normalidade de suas distribuições e assim optar pela utilização de testes paramétricos ou não paramétricos para cada variável descrita a seguir.

Das variáveis idade, Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD) e Índice de Massa Corpórea (IMC), foram extraídos média e desvio padrão da amostra total segundo os grupos etários (< 70 anos e ≥ 70 anos).

Para a análise das respostas do teste de Capacidade Funcional, na amostra total e por grupos etários, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Os valores foram comparados segundo os momentos de coleta.

Para a análise da Pressão Arterial (PAS e PAD) e do nível de flexibilidade, na amostra total e por grupos etários, foi utilizado o teste paramétrico T de Student. Os valores foram comparados segundo os momentos de coleta.

O valor de 0,05 foi considerado o limite máximo na caracterização do nível de significância dos resultados obtidos em todos os testes estatísticos acima descritos.

5 Resultados

Tabela 1 – Apresentação das variáveis IMC e Altura do total da amostra (N=30) e da separação em turma A (18) e turma B (12) na pré-intervenção.

| | Total (N=30) | < 70 anos (N=18) | ≥ 70 anos (N=12) |
|--------------------------------------|---------------|------------------|------------------|
| IMC (kg/m²) M(±DP) | 26,39 (±2,99) | 25,97 (±2,28) | 27,03 (±3,85) |
| Altura (cm) M(±DP) | 1,54 (± 2,85) | 1,60 (± 0.1) | 1,6 0(± 0,0) |

M(±DP) = Média (±Desvio-Padrão), IMC= Índice de Massa Corpórea e altura (CM).

Na tabela 2, encontram-se descritas a média e desvio padrão da capacidade funcional (CF) do grupo total pré e pós intervenção. Percebe-se que houve melhoras significativas na CF, pois das 12 questões avaliadas apenas 4 não obtiveram melhoras estatisticamente significativas.

Tabela 2 – Auto-avaliação da capacidade funcional nos dois momentos de avaliação

| Questões da CF | Total (N=30) | | p* |
|--------------------|--------------|--------------|-------|
| | Pré | Pós | |
| CF1 M(±DP) | 2,00 (±0,00) | 2,00 (±0,00) | NS |
| CF2 M(±DP) | 2,00 (±0,00) | 2,00 (±0,00) | NS |
| CF3 M(±DP) | 1,87 (±0,34) | 2,00 (±0,00) | 0,046 |
| CF4 M(±DP) | 1,83 (±0,37) | 2,00 (±0,00) | 0,025 |
| CF5 M(±DP) | 1,70 (±0,46) | 1,97 (±0,18) | 0,005 |
| CF6 M(±DP) | 1,77 (±0,56) | 1,80 (±0,48) | NS |
| CF7 M(±DP) | 1,97 (±0,18) | 2,00 (±0,00) | NS |
| CF8 M(±DP) | 1,67 (±0,47) | 1,97 (±0,18) | 0,003 |
| CF9 M(±DP) | 1,23 (±0,62) | 1,63 (±0,49) | 0,007 |
| CF10 M(±DP) | 0,77 (±0,81) | 1,47 (±0,68) | 0,001 |
| CF11 M(±DP) | 0,90 (±0,71) | 1,50 (±0,50) | 0,002 |

CF12 M(\pm DP) 0,70 (\pm 0,75) 1,23 (\pm 0,72) 0,002
M(\pm DP) = Média (\pm Desvio-Padrão); CF1–12= Capacidade Funcional, questões de 1 a 12; * Estatística gerada pelo teste de Wilcoxon ($p \leq 0,05$); NS = diferença não significativa.

Na tabela 3, encontram-se descritas a média e desvio padrão das capacidades funcionais (CF) pré e pós intervenção nas duas turmas (A e B). Percebe-se que das 12 questões avaliadas 6 questões apresentam, para o grupo A, melhoras estatisticamente significativas e, para o grupo B apenas 2 questões apresentam melhoras estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Auto-avaliação da capacidade funcional, por grupos etários, segundo momentos de avaliação.

| | < 70 anos (N=18) | | p* | ≥ 70 anos (N=12) | | p* |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | Pré | Pós | | Pré | Pós | |
| CF1 M(\pm DP) | 2,00 (\pm 0,00) | 2,00 (\pm 0,00) | NS | 2,00 (\pm 0,00) | 2,00 (\pm 0,00) | NS |
| CF2 M(\pm DP) | 2,00 (\pm 0,00) | 2,00 (\pm 0,00) | NS | 2,00 (\pm 0,00) | 2,00 (\pm 0,00) | NS |
| CF3 M(\pm DP) | 1,83 (\pm 0,38) | 2,00 (\pm 0,00) | NS | 1,92 (\pm 0,28) | 2,00 (\pm 0,00) | NS |
| CF4 M(\pm DP) | 1,83 (\pm 0,38) | 2,00 (\pm 0,00) | NS | 1,83 (\pm 0,38) | 2,00 (\pm 0,00) | NS |
| CF5 M(\pm DP) | 1,72 (\pm 0,46) | 2,00 (\pm 0,00) | 0,025 | 1,67 (\pm 0,49) | 1,92 (\pm 0,28) | NS |
| CF6 M(\pm DP) | 1,83 (\pm 0,51) | 1,83 (\pm 0,51) | NS | 1,67 (\pm 0,65) | 1,75 (\pm 0,42) | NS |
| CF7 M(\pm DP) | 2,00 (\pm 0,00) | 2,00 (\pm 0,00) | NS | 1,92 (\pm 0,28) | 2,00 (\pm 0,00) | NS |
| CF8 M(\pm DP) | 1,67 (\pm 0,48) | 1,94 (\pm 0,23) | 0,025 | 1,67 (\pm 0,49) | 2,00 (\pm 0,00) | 0,046 |
| CF9 M(\pm DP) | 1,33 (\pm 0,48) | 1,72 (\pm 0,46) | 0,008 | 1,08 (\pm 0,79) | 1,50 (\pm 0,52) | NS |
| CF10 M(\pm DP) | 0,72 (\pm 0,75) | 1,56 (\pm 0,61) | 0,006 | 0,83 (\pm 0,93) | 1,33 (\pm 0,77) | NS |

| | | | | | | |
|-------------|---------|---------|-------|---------|---------|-------|
| CF11 | 0,94 | 1,67 | 0,006 | 0,83 | 1,25 | NS |
| M(±DP) | (±0,92) | (±0,48) | | (±0,71) | (±0,45) | |
| CF12 | 0,72 | 1,17 | 0,046 | 0,67 | 1,33 | 0,011 |
| M(±DP) | (±0,75) | (±0,78) | | (±0,77) | (±0,65) | |

M(±DP) = Média (±Desvio-Padrão); CF1–12= Capacidade Funcional, questões de 1 a 12; * Estatística gerada pelo teste de Wilcoxon ($p \leq 0,05$); NS= diferença não significante.

Na tabela 4, encontram-se descritos e comparados valores de média e desvio padrão da Pressão Arterial Sistólica de Diastólica nas duas turmas (A e B). Comparando os valores médios somente na pós avaliação, observou-se que as variáveis avaliadas apresentaram melhoras estatisticamente significativas nas duas turmas A e B.

Tabela 4 – Pressão arterial (PAS e PAD) por grupos etários nos dois momentos de avaliação.

| | Total (N=30) | | < 70 anos (N=18) | | ≥ 70 anos (N=12) | |
|------------|--------------|----------|------------------|---------|------------------|----------|
| | Pré | Pós | Pré | Pós | Pré | Pós |
| PAS | 128,66 | 123,16* | 127,77 | 122,77 | 130,00 | 123,75 |
| M(±DP) | (±15,02) | (±10,21) | (±13,95) | (±8,26) | (±17,05) | (±12,99) |
| PAD | 83,74 | 80,00* | 82,77 | 80,83 | 85,19 | 78,75* |
| M(±DP) | (±9,34) | (±7,76) | (±8,94) | (±7,32) | (±10,12) | (±8,56) |

M(±DP) = Média (±Desvio-Padrão); PAS = Pressão Arterial Sistólica, PAD = Pressão Arterial Diastólica; * Estatística gerada pelo teste T de Student ($p \leq 0,05$); ** Estatística gerada pelo teste T de Student ($p \leq 0,01$).

Na tabela 5, encontram-se descritos e comparados valores de média e desvio padrão da Flexibilidade nas turmas A e B. Comparando os valores médios somente na pós avaliação, observou-se que as variáveis avaliadas apresentaram aumento estatisticamente significativo nos dois grupos.

Tabela 5 – Nível de flexibilidade por grupos etários nos dois momentos de avaliação.

| Variável | Total (N=30) | | < 70 anos (N=18) | | ≥ 70 anos (N=12) | |
|----------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | Pré | Pós | Pré | Pós | Pré | Pós |
| M(±DP) | 21,60 (±5,30) | 27,80** (±3,84) | 21,84 (±4,90) | 28,56** (±3,89) | 21,25 (±6,05) | 26,66** (±3,63) |

M(±DP) = Média (±Desvio-Padrão); Estatística gerada pelo teste T de Student ($p \leq 0,05$);
 ** Estatística gerada pelo teste T de Student ($p \leq 0,01$).

5.1 Discussão dos resultados

Diversos estudos científicos vêm comprovando que a prática de 30 minutos de exercícios físicos por dia, três vezes por semana, são suficiente para manutenção das capacidades funcionais dos sujeitos idosos. Esta prática pode promover uma melhora na autonomia para realizar as AVD's influenciando positivamente na qualidade de vida (ACSM, 1998; MALMERG *et al.*, 2005; PATE *et al.*, 1995; VUORI, 2001).

Mesmo com as evidências científicas, que comprovam os benefícios do exercício físico para essa população, os sujeitos idosos apresentam-se ainda como a parcela da população que menos pratica exercícios físicos. Na medida em que a idade avança, há uma gradativa redução da prática de exercícios físicos (MAZO *et al.*, 2005).

Estudos epidemiológicos têm comprovado que em diferentes regiões do mundo há incidências cada vez maiores do sedentarismo. Estudos realizados no continente Europeu nos dão conta de que 32% dessa população são sedentários e 25% apresentam-se abaixo das recomendações mínimas diárias (MALMERG *et al.*, 2005; VUORI, 2001).

Outro estudo realizado, com essa mesma preocupação nos EUA apontam que 38,3% da população desse país não praticam atividade física regular (MONTEIRO *et al.*, 2003).

Segundo dados do Vigitel (BRASIL, 2007), 50,3% das mulheres e 65,4% dos homens acima dos 65 anos residentes nas capitais brasileiras são sedentários. De acordo com Wallace e Lahti (2005), para que o sujeito torne-se ativo e seja beneficiado com a prática de exercício físico, deverá acumular 150 minutos de exercícios físicos por semana.

A redução da atividade física por parte dos sujeitos idosos, configura-se como fator causador de doenças crônicas que aceleram o processo de envelhecimento. Entretanto, algumas pesquisas preconizam que essas doenças não são os maiores causadores do um envelhecimento acelerado. Para KURODA e ISRAELL (1988) a

redução nas solicitações das funções fisiológicas, a falta de exercícios físicos e a má adaptação do organismo, são fatores que contribuem muito mais para o processo do envelhecimento do que as doenças crônicas.

Desse modo, a prática de exercícios físicos apresenta-se como fator preponderante na manutenção da saúde e em um envelhecer saudável. Para que o sujeito idoso possa desenvolver as atividades da vida diária com segurança e autonomia é necessário que estes sujeitos incorporem em suas vidas a prática de exercício físico, pois essa prática promove aumento da resistência orgânica, da força muscular a manutenção de um estado de vida saudável. (KUMANO & SILVEIRA, 2002), (BRAGA, 2001), GOUVEIA & PAULA, 2004).

Diversos estudos apontam que, durante o processo de envelhecimento, há uma tendência de queda no nível de atividade física dos sujeitos na medida em que a idade avança. Essa realidade poderá tornar-se um fator complicador de vida, já que o sedentarismo está entre uma das maiores causas de morte durante o processo de envelhecimento.

Como fator causador da diminuição da prática de atividades física, por parte dos sujeitos idosos, estão a falta de conhecimento, falta de equipamentos, espaços específicos para estas práticas e o desenvolvimento de políticas públicas que possam estimular essa população para o cultivo de um estilo de vida saudável.

Os resultados dessa pesquisa vêm confirmar a importância de se estimular um estilo de vida ativo para os sujeitos idosos. Nesse sentido, apresentamos e discutimos os resultados dessa pesquisa por meio das avaliações das variáveis: IMC, PAS, PAD, CF e Flexibilidade corporal.

De acordo com a tabela 1, os resultados da avaliação pré-intervenção a média do IMC do total dos sujeitos avaliados (N= 30) é de 26,39 Kg e o desvio padrão de $\pm 2,99$ Kg. A média do IMC dos sujeitos da faixa etária de 60 a 69 anos (N=18) ficou em 25,97 Kg e o desvio padrão ficou em $\pm 2,28$ Kg. Estas mesmas variáveis para turma da faixa etária de 70 a 80 anos (N= 12) ficou com a média 27,03 Kg e o desvio padrão $\pm 3,85$ Kg.

Segundo Almeida *et al* (2005), nos últimos anos, as pesquisas científicas têm nos oferecido várias metodologias de avaliação da quantidade de tecido adiposo a partir de dados antropométricos. Entre essas metodologias, o índice de massa corporal (IMC) ou Índice de Quetelet, é considerado um dos mais úteis pela World Health Organization (WHO, 1998).

De acordo Nahas (2006), o IMC é uma das maneiras mais fáceis, simples e segura para determinar se a massa corporal (peso) de um indivíduo está dentro dos padrões recomendáveis para a saúde.

Segundo Cervi; Franceschini e Priore (2009), o IMC tem demonstrado uma alta correlação com o peso corporal. Desse modo, o IMC configura-se como uma forma de mensuração do estado nutricional confiável. Este método de mensuração indica os estoques de energia corporal e é relativamente independente da estatura. Portanto, ao desenvolver um projeto de intervenção com indivíduos idosos por meio de exercício físico é extremamente importante que se conheça seu estado nutricional, pois a obesidade é atualmente um dos principais e grandes problemas de saúde pública no mundo e, de modo particular, no Brasil.

Segundo Matsudo *et al* (2000), em função do processo de envelhecimento, ocorre nos sujeitos uma diminuição da massa muscular, da densidade mineral óssea e aumento da gordura corporal. Essas mudanças estão diretamente associadas a fatores como a genética, hábitos alimentares e estilo de vida de cada sujeito, no entanto, essas alterações apresentam-se de forma muito diferente em cada sujeito.

Embora o IMC não seja um método capaz de separar a composição corporal em massa magra e massa gorda, como fazem outros métodos, ele apresenta-se como um método de mensuração do estado nutricional extremamente importante na identificação da gordura corporal e da morbidade (CERVI *et al*, 2005).

As mudanças que ocorrem nos sujeitos em função do processo de envelhecimento, alteram os valores do IMC para os sujeitos idosos, devido às alterações que ocorrem no peso e na estatura, (MATSUDO, MATSUDO e BARROS NETO, 2000).

Tabela 6 - apresenta a classificação de IMC específica para os idosos é sugerida por Matsudo (2000).

Tabela 6 – Variáveis segundo grupos etários.

| | Total (N=30) | < 70 anos (N=18) | ≥ 70 anos (N=12) |
|--|---------------|------------------|------------------|
| Idade (anos) M(±DP) | 67,17 (±6,21) | 63,00 (±2,97) | 73,42 (±4,14) |
| IMC (kg/m ²) M(±DP) | 26,39 (±2,99) | 25,97 (±2,28) | 27,03 (±3,85) |

Com base nesses dados, a média do IMC do total da amostra dessa pesquisa classifica-se como normal, pois está dentro do padrão dessa classificação (26,39). O mesmo ocorre quando estas variáveis são analisadas por faixa etária, nas quais os sujeitos de 60 a 69 anos apresentaram uma média do IMC de 25,97 Kg e o desvio padrão de $\pm 2,28$ Kg. Os sujeitos da faixa etária de 70 a 80 anos apresentaram uma média mais elevada, com um IMC de 27,03 Kg e um desvio padrão de $\pm 3,85$, o que caracteriza essa turma como moderadamente obesa.

Percebe-se que o IMC da amostra dessa pesquisa segue a tendência da população das mulheres idosas brasileiras que, segundo Marques *et al* (2005), o IMC mantém-se na média de 25 Kg/m². Numa pesquisa realizada por Lima, Munaretti e Felipe (2009) com um grupo de 138 mulheres idosas, a média encontrada para o IMC foi de 27,93. Os sujeitos dessa pesquisa enquadram-se na classificação moderadamente obeso (MATSUDO 2000).

Outra pesquisa realizada por Cordeiro (2006) com 60 homens e 120 mulheres na faixa etária de 60 a 81 anos, também encontrou valores para o IMC de 27,4 nas mulheres. Segundo Matsudo (2000) sujeitos que apresentam índices do IMC neste patamar enquadram-se na classificação moderadamente obesa.

Para avaliar o nível da capacidade funcional (CF) dos participantes da pesquisa, utilizamos o protocolo sugerido por Matsudo (2005) que consta de 12 questões distribuídas em três colunas, sendo que a primeira coluna deve ser preenchida quando o avaliado consegue realizar todas as atividades, a segunda coluna deve ser preenchida quando o avaliado realiza todas as atividades com alguma dificuldade ou com ajuda e a terceira coluna deve ser preenchida quando o avaliado não consegue realizar as atividades.

Para a classificação do nível de realização das atividades da avaliação foi utilizado a seguinte legenda:

Dois (2) faço;

Um (1) faço com alguma dificuldade ou ajuda;

Zero (0) não posso fazer.

As questões do protocolo de avaliação da capacidade funcional são as seguintes:

1ª Tomar conta das suas necessidades pessoais como se vestir sozinha;

2ª Tomar banho, usar a banheira;

3ª Caminhar fora de casa (1-2 quarteirões);

- 4ª Fazer atividades domésticas leves como cozinhar, tirar o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro na casa;
- 5ª Subir e descer escadas ou marchar;
- 6ª Fazer compras no supermercado ou no shopping;
- 7ª Levantar e carregar 5 kg (como por exemplo um pacote de arroz);
- 8ª Caminhar 6-7 quarteirões;
- 9ª Caminhar 12-14 quarteirões;
- 10ª Levantar e carregar 13 kg de peso (como uma mala media a grande);
- 11ª Fazer atividades domésticas pesadas como aspirar, esfregar pisos, passar o rastelo;
- 12ª Fazer atividades vigorosas como andar grandes distâncias, cavoucar o jardim, mover objetos pesados, atividades de dança aeróbica ou ginástica vigorosa.

De acordo com a tabela 3, podemos verificar que tanto na avaliação pré-intervenção (Pré-teste) quanto no final da intervenção (Pós-teste) todas as participantes da pesquisa realizam as CF1 e CF2 sem dificuldade. Na CF 3 no pré-teste, tivemos uma média 1,83 e um desvio padrão de $\pm 0,38$ para o grupo A (mulheres da faixa etária de 60 a 69 anos), no pós-teste este grupo apresentou uma média de 2,00 e desvio padrão de $\pm 0,00$. Para o grupo B (faixa etária dos 70 aos 80 anos) tivemos uma média de 1,92 e um desvio padrão de $\pm 0,28$ para o pré-teste, enquanto que no pós-teste a média ficou em 2,00 com desvio padrão de 0,00 o que significa que a melhora nesta CF não foi estatisticamente significativa.

A CF 4 apresentou no pré-teste média 1,83 e desvio padrão de $\pm 0,38$ para a turma A, para a turma B tivemos uma média de 1,83 e um desvio padrão de $\pm 0,38$ para o pré-teste. No pós-teste, a média ficou em 2,00 tanto para a turma A, quanto para a turma B.

Na CF 5, temos no pré-teste uma média de 1,72 e um desvio padrão de $\pm 0,46$ para a turma A, no pós-teste este grupo apresentou uma evolução estatisticamente significativa, ficando com uma média 2,00 e um P de 0,025. A turma B apresentou no pré-teste uma média de 1,67 e um desvio padrão de $\pm 0,49$, no pós-teste apresentou a média de 1,92 e desvio padrão de $\pm 0,28$.

Na CF 6, temos os seguintes dados: a turma A apresentou no pré-teste uma média de 1,83 e desvio padrão de $\pm 0,51$ mantendo-se os mesmos valores para o pós-teste. Na turma B houve uma importante evolução, pois no pré-teste tínhamos uma média

de 1,67 e um desvio padrão de $\pm 0,65$ e no pós-teste temos uma média de 1,75 e um desvio padrão $\pm 0,42$.

Na CF 7 não houve alterações para a turma A, pois tanto no pré-teste quanto no pós-teste as mulheres realizam todas as atividades ($2,00 \pm 0,00$ e $2,00 (\pm 0,00)$). Para a turma B, houve evolução, no pré-teste tínhamos uma média de 1,92 e desvio padrão de $\pm 0,28$ e, no pós-teste, evoluiu para uma média 2,00 e desvio padrão 0,00, ou seja todas as atividades passaram a ser realizadas sem dificuldades.

A CF 8 apresenta um crescimento estatisticamente significativo para os dois grupos, pois no pré-teste tínhamos uma média de 1,67 e desvio padrão de $\pm 0,48$ para o grupo A e, no pós-teste, este grupo apresentou uma média de 1,94, e um desvio padrão de $\pm 0,23$ com um P de 0,025. Para o grupo B, a média do pré-teste foi de 1,67 e desvio padrão de $\pm 0,49$; no pós-teste, a média foi de 2,00 com desvio padrão de $\pm 0,00$ e $P=0,046$, isto é, todas as mulheres passaram a realizar todas as atividades das as CF do teste.

Para a CF 9, do grupo A, os resultados finais foram estatisticamente significativos. No pré-teste este, grupo apresentou uma média de 1,33, e desvio padrão de $\pm 0,48$, enquanto que no pós-teste houve um aumento da média para 1,72, e o desvio padrão regrediu para $\pm 0,46$, apresentando um P de 0,008. No grupo B houve melhoras, mas não foi estatisticamente significativo. No pré-teste, o grupo apresentou uma média de 1,08 e um desvio padrão de $\pm 0,79$; no pós-teste, o grupo apresentou média de 1,50 e desvio padrão de $\pm 0,52$.

Na CF 10, houve melhoras estatisticamente significativas para o grupo A, e, no pré-teste, este grupo apresentou média 0,72 e desvio padrão de $\pm 0,75$, no pós-teste, a média ficou em 1,56 e desvio padrão $\pm 0,61$ com um P em 0,006. Para o grupo B, a média no pré-teste era de 0,83 e o desvio padrão de $\pm 0,93$, no pós-teste, a média ficou em $1,33 \pm 0,77$.

Para a CF 11, a média do grupo A obteve evolução estatisticamente significativa, apresentando no pré-teste uma média de 0,94 e desvio padrão de $\pm 0,92$; no pós-teste, a média evoluiu para 1,67 e o desvio padrão diminuiu para $\pm 0,48$) com um P de 0,006. O grupo B apresentou uma média no pré-teste de 0,83 e desvio padrão de $\pm 0,71$ e, no pós-teste, a média ficou em 1,25 e o desvio padrão regrediu para $\pm 0,45$.

A CF 12 apresentou crescimento estatisticamente significativo para os dois grupos. No grupo A tínhamos no pré-teste uma média de 0,72 e um desvio padrão de $\pm 0,75$, no pós-teste a média foi de 1,17 e o desvio padrão de $\pm 0,78$ com um P de 0,046.

O grupo B apresentou, no pré-teste, uma média de 0,67 e um desvio padrão de $\pm 0,77$, no pós-teste a média subiu para 1,33 e o desvio padrão desceu para $\pm 0,65$ com um P de 0,011.

Diante dos resultados da amostra, percebe-se que grande parte das mulheres apresentou melhoras na execução da CF avaliada. Desse modo, podemos inferir que a intervenção promoveu melhoras significativas para a realização das AVD em função da mudança do estilo de vida adotado durante a intervenção.

O declínio da capacidade funcional representa para o sujeito idoso a incapacidade de realizar os cuidados básicos da vida diária, diante de um quadro dessa natureza, o nível de exigência para a família e para quem vive essa experiência torna-se complexa.

Assim, o resultado de pesquisa realizada por Ramos (1993) no município de São Paulo, apontou que mais da metade da população de seu estudo (53%) apresentou necessidade de ajuda parcial ou total na execução, de pelo menos, uma das atividades da vida diária. Além disso, 29% dos sujeitos que participaram do estudo necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, enquanto que 17% não conseguiam realizar quatro ou mais atividades da vida diária.

Segundo estudos realizados por Andreotti & Okuma (1999), cerca de 25% dos sujeitos idosos em todo mundo, necessitam de ajuda para realização das atividades da vida diária. Esse quadro torna-se complexo na medida em que a capacidade de adaptação social dos sujeitos dá-se em função do grau de autonomia para a realização das atividades da vida diária (AVDS), pois dessas capacidades depende o desempenho das tarefas de cuidado pessoal, entre outras (KUWANO & SILVEIRA, 2002).

Segundo Bonardi (2006), 84% da população na idade de 65 anos ou mais, de algumas regiões dos Estados Unidos, apresentam comprometimento na realização de algumas das atividades da vida diária ou instrumental de vida diária. Outras pesquisas realizadas com essa mesma problemática apontam que, a incapacidade funcional avaliada para os sujeitos com idade de 70 a 82 anos foi de 16%.

Alguns estudos declaram que, quando comparados os gêneros e o nível de dependência na realização das atividades da vida diária ou instrumental da vida diária, não há diferenças significativas na distribuição dessas dependências. Portanto, tanto o gênero feminino, quanto o masculino, apresentam proporções semelhantes dessas necessidades. (BAMBUÍ, 2003).

Em outro estudo realizado com a população de sujeitos idosos no Brasil, por Parahyba & Simões (2006), comprova que o gênero feminino sofre mais incapacidade funcional do que o gênero masculino. Em 2003, no Brasil, 17,6% dos homens idosos apresentavam dificuldade para caminhar 100 metros, enquanto que para as mulheres idosas essa taxa chegou a 26,6%.

O fato de as mulheres apresentarem mais incapacidades funcionais, quando comparadas aos homens, não significa que elas desenvolvam essas incapacidades com maior frequência, o que ocorre é que, as mulheres sobrevivem mais tempo do que os homens com as suas limitações e, além disso, parece haver maior cuidado quanto aos problemas de saúde, por parte das mulheres, com relação aos homens, pois elas procuram mais os serviços de saúde (GURALNIK *et al*, 1993).

Outro dado relevante da pesquisa de Parahyba e Simões (2006) é que, de acordo com as regiões do país, os índices das incapacidades funcionais aumentam ou diminuem em diferentes regiões. Os Estados da região sul e sudeste apresentam menores taxas de prevalência dessas incapacidades, enquanto que nas regiões Norte e Nordeste apresentam índices maiores de idosos com incapacidades funcionais.

Em estudo realizado por Matsudo *et al* (2001) comprova que as atividades domésticas são as mais prejudicadas quando os sujeitos idosos apresentam dificuldades na realização das atividades da vida diária. Segundo Hamil e Knutzen (1999), a redução ou perda da flexibilidade e da força muscular, que ocorre em função do processo de envelhecimento, podem ser as responsáveis pela diminuição da capacidade funcional.

Outra questão importante neste assunto é que, quando o sujeito apresenta duas ou mais doenças crônicas, ou possui alterações das capacidades cognitivas, terá comprometimento da capacidade funcional para a realização das AVD (BONARDI, 2006).

Um fator de grande relevância, que deve ser considerado no estabelecimento das incapacidades físicas, são as condições socioeconômicas dos sujeitos idosos. No Brasil, de acordo com estudos de Parahyba e Melzer (2004), as diferenças entre renda e educação apresenta-se como fator determinante na compreensão dos riscos no acometimento das incapacidades funcionais entre os sujeitos idosos. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa apontam que há uma variação importante no estabelecimento dessas incapacidades, em função da situação socioeconômica.

Diversos estudos têm comprovado que o sedentarismo configura-se como um importante fator de risco para a saúde dos sujeitos idosos, sobretudo as doenças crônico-

degenerativas e, como consequência dessas doenças, há uma redução das capacidades funcionais desses sujeitos (KALACHE & COOMBES, 1995, PATE *et al* 1995).

Diante disso, incentivar o sujeito idoso a prática da atividade física torna-se uma estratégia importante para melhora na densidade mineral óssea, o que evitará a perda de massa óssea e massa muscular e, por conseguinte, haverá um ganho substancial na força muscular, otimização da flexibilidade articular, principalmente em indivíduos acima de 50 anos (KOHRT *et al* 1992, COGGAN *et al* 1992).

A força muscular é uma das capacidades físicas mais importantes na manutenção da autonomia e qualidade de vida do idoso e é uma das variáveis mais atingidas durante o processo do envelhecimento. A redução da quantidade de massa muscular e, por conseguinte, da força muscular é a principal causa da incapacidade funcional do sujeito idoso (MATSUDO, S.M , 2.000).

A partir dos 60 anos de idade, o sujeito começa a perder força muscular de forma mais acelerada, principalmente as mulheres, porém, essa perda não se dá igualmente em todo o corpo, para Matsudo (2001) os membros inferiores são os que mais sofrem perda da força muscular.

Marin *et al*, (2003) realizou estudo por meio do qual objetivou avaliar a força muscular de mulheres acima de 50 anos, e observou que 50% da redução de força muscular se deu nos membros inferiores.

A explicação para a ocorrência desse fenômeno é que em função do envelhecimento, os sujeitos passam a realizar grande parte das AVD sentados, diante disso, ocorre a síndrome do desuso, isto é, com a diminuição das atividades que envolvem esses grupos musculares, ocorre a hipotonicidade desses músculos e conseqüentemente a diminuição da força muscular (MATSUSO, 2002).

De acordo com os resultados apresentados nas tabelas 2 e 3 de nosso estudo, percebe-se resultados semelhantes ao preconizado por Matsudo (2002), quanto ao ganho de força muscular e, conseqüentemente, sua influência na realização das AVD.

Ao compararmos os resultados da avaliação, nos momentos pré e pós intervenção, percebe-se que a evolução dessa variável (CF) ao longo da intervenção, mostrou-se bastante significativa, conforme apresentado nas tabelas 2 e 3 e nos gráficos a seguir.

De acordo com Riklie Jones *apud* Matsudo (2004) a classificação do nível da capacidade funcional se dá do seguinte modo:

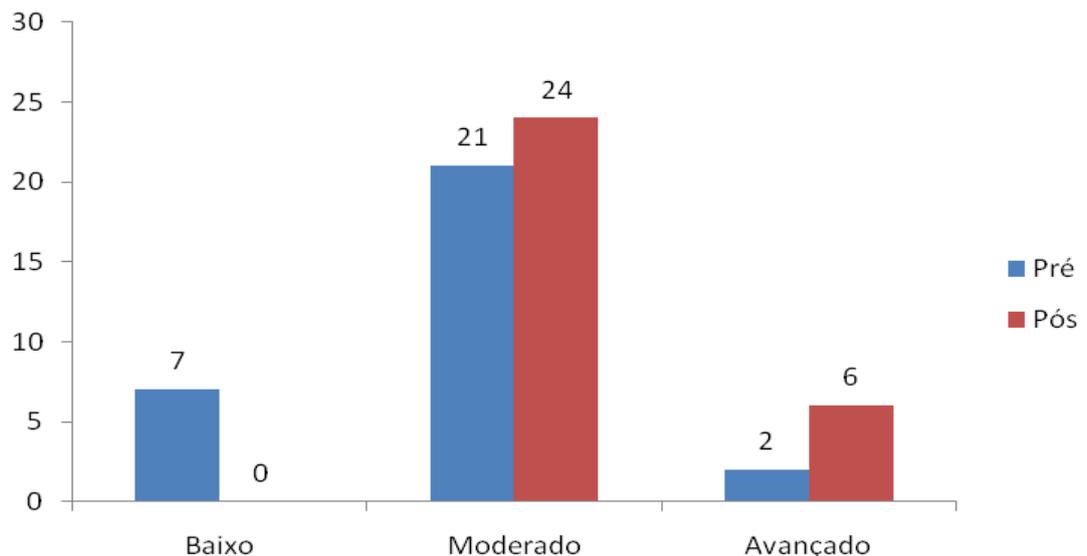
Avançado: quando o sujeito consegue realizar os 12 itens do protocolo sem dificuldades (Anexo E).

Moderado: quando o sujeito consegue realizar de 7 a 11 itens sem dificuldade (Anexo E).

Baixo: quando o sujeito consegue realiza 6 itens sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDS, como carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões e realizar as tarefas domésticas (Anexo E).

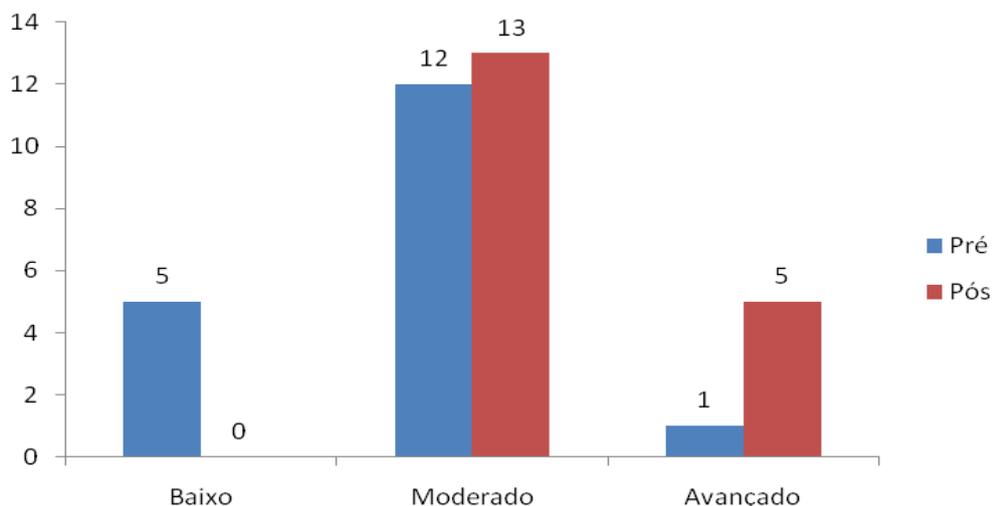
Com base nesta classificação apresentamos a seguir os resultados das avaliações pré e pós-intervenção.

Gráfico 1 – Classificação da capacidade funcional da amostra total (N=30), segundo momentos da Avaliação.



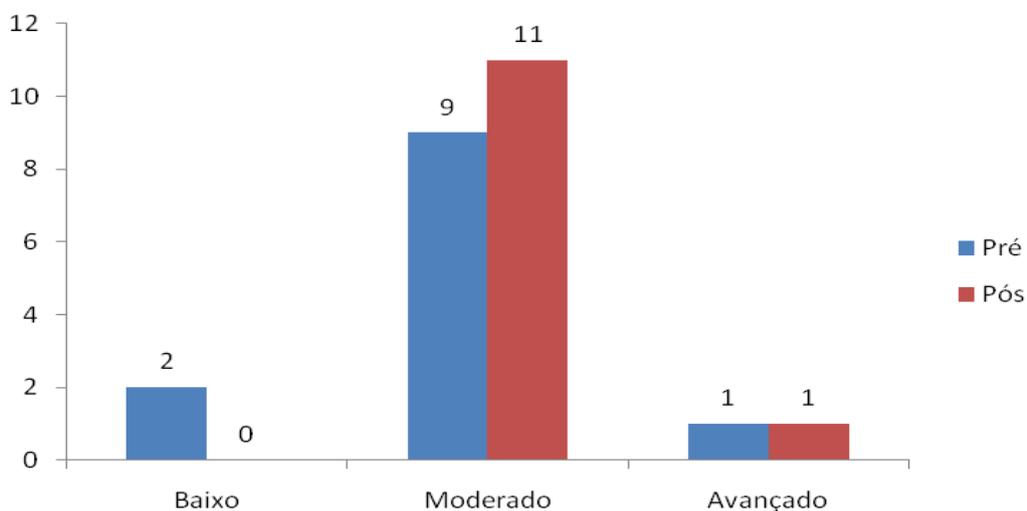
De acordo com o gráfico 1 a evolução da CF após a intervenção foi significativa, pois no início da intervenção o grupo apresentava 7 senhoras com CF baixa, 21 com CF moderada e 2 com CF avançadas. Na pós intervenção, a amostra apresentou 24 senhoras com CF moderada e 6 senhoras com CF avançada.

Gráfico 2 – Classificação da capacidade funcional, por grupo etário (< 70 anos, N= 18), segundo momentos de avaliação.



Podemos observar que a evolução da CF da turma A também foi significativa, pois no início da intervenção a turma apresentou 5 senhoras com a CF baixa, 12 com a CF moderada e 1 com a CF avançada. Na pós intervenção, a amostra apresentou 13 senhoras com a CF moderada e 5 senhoras com a CF avançada.

Gráfico 3 - Classificação da capacidade funcional, por grupo etário (≥ 70 anos, N= 12), segundo momentos de avaliação.



Podemos observar no gráfico 3 que a evolução da CF também foi significativa, pois no início da intervenção o grupo apresentou 2 senhoras com CF baixa, 9 com CF moderada e 1 com CF avançada. Na pós intervenção, o grupo apresentou 11 com CF moderada e 1 com CF avançadas.

Diante desses dados, é possível afirmar que a prática regular de exercícios físicos configura-se como importante variável na manutenção da CF e, esta por sua vez, constitui-se em elemento indispensável para manutenção do estilo de vida saudável e autônomo. Para Scazufca (2004), ao sofrer redução das capacidades físicas (força, flexibilidade equilíbrio etc) o sujeito idoso terá as AVDs, comprometidas e, em função desse quadro, poderá aumentar o uso de serviços de saúde a mortalidade.

Diversos estudos tem sido realizado procurando compreender os impactos da prática de exercícios físicos sobre a melhoria da saúde geral dos sujeitos idosos. Dentre os resultado desses estudos o que mais se destaca, segundo Virtuoso Junior *et al* (2001), é a melhora das capacidades funcionais dos indivíduos.

Com essa mesma preocupação Baum (2000) e Vasconcelos (2004) preconizam que a prática de exercícios físicos influencia positivamente na CF de pessoas, o que contribui para a autonomia e a qualidade de vida dos sujeitos idosos.

Outro estudo realizado por Assis & Rabelo (2006) procurou identificar os benefícios da prática da hidroginástica, por mais de sei meses, sobre a CF e sua influência nas AVD em 15 mulheres com idade de 61 a 80 anos. No final da pesquisa, 84% das mulheres idosas estavam na classificação muito boa e 16% estavam na classificação boa.

Os resultados finais, aqui apresentados, vêm comprovar que a nossa intervenção promoveu adaptações fisiológicos relevantes na CF das senhoras que fizeram parte desse estudo. A melhoria da CF permite-nos afirmar que houve um incremento importante na aquisição de força dos sujeitos do estudo.

Em estudo realizado por Fielding *et al* (2002) com 30 mulheres na idade de 73 que objetivava avaliar o ganho de força dos membros inferiores, com um treinamento resistido e duração de 16 semanas, praticando 3 vezes por semana. No final desse período, os pesquisadores verificaram que houve um incremento de 35% de força de membros inferiores nestas senhoras.

Outro estudo realizado por Miszko *et al* (2003) tinha por objetivo mensurar o ganho de força em indivíduos acima de 70 anos, que praticavam exercícios resistidos com intensidade moderada. No final de 16 semanas, percebeu-se um incremento de 13%

da força muscular. Nesse mesmo estudo, os autores sugeriram que a prática de exercício físico configura-se como estratégia fundamental para a otimização da CF.

Na tabela 5 estão descritos os resultados da avaliação pré e pós intervenção da PAS e PAD de todas as senhoras que fizeram parte da pesquisa (N=30) e, em seguida, apresentamos os resultados dos grupos A (N=18) e B (N=12).

Na pré-intervenção a amostra apresentou uma média da PAS de 128,66 mmHg e um desvio padrão de $\pm 15,02$. Enquanto que a PAD apresentou um média de 83,74 mmHg e um desvio padrão de $\pm 9,34$. Na pós-intervenção; a PAS apresentou uma pequena redução, ficando na casa dos 123,16 mmHg com um desvio padrão de $\pm 10,21$, enquanto que a PAD apresentou uma redução, ficando com 80,00 mmHg e um desvio padrão de $\pm 7,76$. Estes resultados permite-nos afirmar que houve melhoras significativas nesta variável.

A média da PAS do grupo A, na pré-intervenção, foi de 127,77 mmHg, com um desvio padrão de $\pm 13,95$, na pós intervenção o grupo apresentou redução, ficando com uma média de 122,77 mmHg e um desvio padrão de $\pm 8,26$. A PAD que esta com uma média de 82,77, mmHg na pré-intervenção, sofreu uma pequena redução na pós-intervenção ficando na casa dos 80,83 mmHg, com o desvio padrão, também, apresentando redução, ficando em $\pm 7,32$.

O grupo B também apresentou um comportamento adaptativo importante da PA durante a intervenção. Na pré-intervenção este grupo apresentou uma média da PAS de 130,00 mmHg e um desvio padrão de $\pm 17,05$. Na pós-intervenção a PAS reduziu para 123,75 mmHg e o desvio padrão para $\pm 12,99$, enquanto que a PAD reduziu para 78,75 mmHg e o desvio padrão para $\pm 8,56$.

Na tabela 5, estão descritos os resultados da avaliação pré e pós intervenção da flexibilidade de todas as senhoras que fizeram parte da pesquisa (N=30) e, em seguida, apresentamos os resultados dos grupos A (N=18) e B (N=12).

Na pré-intervenção o nível da flexibilidade do total da amostra apresentou uma média de 21,60 cm e um desvio padrão de $\pm 5,30$. Na pós-intervenção o nível da flexibilidade evoluiu para uma média de 27,80 cm com um desvio padrão de $\pm 3,84$, o que permite-nos afirmar que houve melhoras significativas nesta variável.

Na separação dos grupos, temos os seguintes resultados: as senhoras do grupo A apresentaram, no início da intervenção, uma flexibilidade média de 21,84 cm com um desvio padrão de $\pm 4,90$ cm. No final da intervenção, a média da flexibilidade evoluiu para 28,56 cm e o desvio padrão diminuiu para $\pm 3,89$. Já o grupo B apresentou, no

início da intervenção, uma média da flexibilidade de 21,25 cm e um desvio padrão de $\pm 6,05$. No final da intervenção a média da flexibilidade desse grupo evoluiu para 26,66 cm e o desvio padrão diminuiu para $\pm 3,63$.

Diante dos dados apresentados, podemos inferir que, com relação aos ganhos do nível de flexibilidade, as melhoras nesta capacidade física mostraram-se estatisticamente significativas.

A flexibilidade é uma das capacidades físicas mais importantes na manutenção da saúde e na preservação da qualidade de vida, por se constituir como uma capacidade motora fundamental na realização dos movimentos do cotidiano (ARAÚJO, 1999).

Com o processo de envelhecimento, a flexibilidade vai progressivamente diminuindo, colaborando para o aparecimento de diversos distúrbios funcionais. Segundo Dantas *et al.* (2002), a perda dessa qualidade física, ao longo da vida, dá-se mais pela diminuição da elasticidade muscular do que da mobilidade articular, o que prejudica consideravelmente a autonomia funcional do idoso.

De acordo com Matsudo (2004), as alterações funcionais que ocorrem no processo de envelhecimento provocam mudanças nas funções musculares, diminuindo, a força, a resistência e a flexibilidade. Essas alterações são potencializadas pelo sedentarismo, doenças ou lesões. Observa-se a perda da flexibilidade pela dificuldade que os indivíduos apresentam ao subir escadas, levantar-se da cadeira ou da cama etc.

Existem vários testes de mensuração da flexibilidade. Em nosso caso, utilizamos o teste de flexibilidade do Banco de Wells. Este banco consiste em uma caixa de madeira medindo 30,5 cm x 30,5 cm x 30,5 cm, sendo que na parte superior se localiza uma escala com um prolongamento de 26,0 cm e o 23 cm da escala, que coincidirá com o ponto onde o avaliado toca a planta dos pés. O avaliado se sentará com os joelhos estendidos, tocando os pés descalços na caixa sob a escala. Em seguida posicionará as mãos uma sobre a outra, com os braços estendidos, sobre a escala, e executará uma flexão do tronco à frente, no qual se registra o ponto máximo em centímetros atingido pelas mãos.

Seu objetivo é mensurar a amplitude do alongamento da parte posterior do tronco e membros inferiores. De acordo com os autores citados acima e os resultados dessa pesquisa, podemos inferir que a prática de exercícios de flexibilidade são determinantes para a manutenção da CF dos sujeitos idosos.

De acordo com Freitas *et al.* (2002) & Verderi (2004) a mobilidade articular e o deslocamento de forma livre e desimpedido constituem-se em condições

imprescindíveis para que os sujeitos idosos possam realizar com, independência e segurança as AVDs.

A manutenção da flexibilidade é considerada por diversos pesquisadores um elemento importante na segurança dos sujeitos idosos, o que poderá evitar acidentes comuns nesta fase da vida, como as quedas. Desse modo, a defasagem no nível da flexibilidade dificultará a realização de certas AVD, como calçar os sapatos, vestir as meias, lavar as costas, entre outras, portanto, esse quadro poderá causar desconforto e incapacidade na vida do sujeito idoso (FREITAS *et al*, 2002).

CONCLUSÃO

Historicamente, a educação vem sendo construída em função das necessidades que as sociedades apresentam, desse modo, ela está subordinada aos interesses dessas sociedades. Em função desses interesses, criam-se paradigmas, alteram-se projetos, desenvolvem-se ideologias e mudam-se conceitos. Sendo assim, a educação contemporânea deixa de ser uma atividade humana voltada exclusivamente para crianças, jovens e adultos e assume a responsabilidade de fazer parte de toda a vida dos sujeitos e, o que é mais relevante ainda neste contexto histórico é que a educação transcende os muros escolares e apresenta-se nos mais diversos lugares da sociedade. Dito de outro modo, a sociedade contemporânea está tomada pelo fenômeno educativo no sentido mais lato do termo.

O fato de a sociedade contemporânea apresentar-se tomada pelo fenômeno educativo, não quer dizer que todos os sujeitos dessa sociedade estejam usufruindo dessa educação como deveriam estar. Ainda vemos certa resistência, por parte da sociedade e do próprio Estado, quando se trata da educação para os sujeitos idosos ou a educação gerontológica.

Apesar de ainda haver certa resistência no campo político e social, quando se trata da educação para os sujeitos idosos, não se pode negar que, nos últimos anos, esse assunto está sendo cogitado em diversos setores da sociedade organizada, o que indubitavelmente provoca mudanças relevantes neste sentido, pois a criação do Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso (PNID), o Conselho Nacional do Idoso (CNID) e o incentivo a criação das Universidades Abertas, destinadas ao desenvolvimento de programas de educação, esporte e lazer para essa população, configuram-se como prova de que está surgindo um novo pensamento nesse cenário.

Diante desse contexto, essa pesquisa buscou compreender a educação do sujeito idoso, a partir de uma incursão em sua corporeidade, concebendo esses aspectos da vida (educação e corporeidade) como sendo elementos indissociáveis na construção da autonomia.

Apesar de, em diversos momentos da pesquisa, ter sido necessário fazer algumas abordagens a respeito da autonomia funcional, partimos do pressuposto de que o conceito de autonomia, enquanto condição inalienável do sujeito perpassa a questão funcional e fundamenta-se na ideia de que o sujeito constrói a sua autonomia na medida em que amplia sua participação social, cultura e política, cabendo a educação a função

de tornar os sujeitos conscientes dos mecanismos necessários para a construção de um estilo de vida autônomo, torna-se desse modo ser para si.

Para que pudéssemos responder o problema, que esta pesquisa apresenta, foi necessário compreender, de modo mais profundo, alguns aspectos que envolvem a educação do sujeito idoso e correlacioná-la com sua corporeidade e a construção da autonomia. Diante disso, percebemos que a sociedade mundial e, especificamente a brasileira, encontra-se diante de um enorme desafio quando o debate gira em torno do envelhecimento populacional.

No momento em que estávamos escrevendo o projeto para iniciarmos a intervenção, nos demos conta de que, tínhamos uma amostra bastante heterogênea com relação a idade, estado de saúde e as condições das capacidades funcionais, sendo assim, foi necessário dividir nossa amostra em turmas A e B. A turma A foi constituída por sujeitos com idade de 60 a 69 anos e a turma B constituída por sujeitos com idade de 70 a 80 anos. Essa divisão foi necessária por se tratar de uma intervenção por meio de exercícios físicos e, portanto, precisávamos considerar que os sujeitos da primeira turma apresentavam necessidades fisiológicas, capacidades funcionais e limitações motoras diferentes do segundo grupo.

A princípio, pensávamos em fazer essa divisão seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica o envelhecimento da seguinte forma: meia idade de 45 a 59 anos, idoso de 60 a 74 anos, ancião de 75 a 90 anos, e a velhice extrema de 90 anos em diante. Entretanto, optamos por dividir as turmas com uma diferença de idade de dez anos, em função da natureza do trabalho e do próprio tema, isto é, o tema da pesquisa trata mais especificamente do envelhecimento e não da velhice, embora entendamos que estes fenômenos são indissociáveis por fazerem parte da dinâmica da vida.

Outro momento importante, que mereceu certa maturidade de nossa parte, foi o momento da escolha da modalidade de exercícios físicos que deveríamos utilizar na intervenção, pois ao fazer esta escolha, teríamos que considerar algumas variáveis importantes, tais como, as condições funcionais e a saúde em geral. Diante desse quadro, o programa não poderia conter exercícios que provocassem grandes impactos nas articulações ou movimentos rápidos, os sujeitos não poderiam realizar movimentos que tivessem que mudar rapidamente de direção ou realizar amplas flexões dos ombros, quadris e joelhos, pois diversos sujeitos apresentavam limitações articulares importantes que não lhes permitiam realizar tais movimentos com segurança. E, finalmente, os

exercícios teriam de ser de fácil execução e sem implementos de materiais que necessitassem de ser comprados, mas que se mostrassem eficientes no sentido de aumentar o nível da consciência corporal e autonomia dos sujeitos para que eles pudessem gerir sua própria rotina de práticas de exercícios físicos diários ao longo da vida.

Diante do exposto, optamos por escolher como modalidade de exercícios físicos, a ginástica chinesa Lian Gong, pois esta modalidade de ginástica tem sido indicada para diversos grupos de pessoas portadores de patologias e agravos decorrentes do processo de envelhecimento.

O Lian Gong é uma modalidade de ginástica terapêutica da Medicina Tradicional Chinesa. Tem como proposta o fortalecimento de diversas estruturas corporais como, músculo, tendões e ossos, com intuito de torná-los saudáveis. Criada pelo ortopedista chinês Zhuan Yuen Ming é composto de 54 exercícios dividido em 3 partes de fácil aprendizado e execução.

Superado esse momento da pesquisa, iniciamos, efetivamente, a busca por um referencial teórico que nos permitisse compreender a realidade dos sujeitos que fizeram parte da intervenção. Para isso, tínhamos que optar por um referencial que fosse capaz de nos conduzir a uma contextualização daquela realidade e, sobretudo, que oferecesse clareza e nos aproximasse da compreensão do Ser idoso.

Diante do exposto, optamos pela fenomenologia de Merleau-Ponty e Silene Okuma, como um caminho possível na tentativa de compreender o Ser enquanto totalidade numa existência corporificada. Unindo-se a esse caminho, buscou-se, em Paulo Freire, uma compreensão da educação, enquanto pressuposto para a construção de uma ação educativa libertadora, a partir da busca do entendimento da realidade vivida pelos sujeitos da pesquisa.

Na busca da compreensão do sujeito idoso, a partir de sua corporeidade e no contexto da vida cotidiana, descobre-se tesouros, encantamentos, sonhos, frustrações e alegrias, que emergem das experiências vividas na dimensão tempo-espço como elemento definidor do Ser. Sua corporeidade traz as marcas dessa dimensão (tempo-espço) nos movimentos lentos, pesados, aparentemente limitados e, às vezes, causadores de dores e desconfortos.

Esse quadro fazia com que esses sujeitos pensassem que já não havia mais o que fazer, pois para eles, essa situação está dada como uma realidade natural e, que, em função da idade, não havia nenhuma possibilidade de mudanças.

Diante desse panorama, em 04 de março de 2009, iniciamos a intervenção com uma palestra, cujo tema versava sobre questões ligadas à prática de exercícios físicos e o processo de envelhecimento. Nossa preocupação naquele momento, não era apenas a prática de exercícios físicos com fim em si mesmo, mas, sim, apropriar-se dessa prática, para que aqueles sujeitos valorizassem seu estado de vida, suas experiências e, com base nessas experiências, mudassem o foco de suas vidas, sua visão de mundo e, sobretudo de si mesmo, que não enxergassem apenas as limitações causadas pelo estado de vida atual, mas percebessem que este momento da vida poderia ser de descobertas e construção de uma nova visão de mundo e de si mesmo.

Diante do exposto, nosso desafio era apropriar-se da prática dos exercícios físicos no sentido de “desconstruir” um modo de vida heterônimo e dependente, que aqueles sujeitos apresentavam. A partir dessa “desconstrução”, tínhamos que construir uma nova forma de encarar a vida compreendendo o processo de envelhecimento como um momento de possibilidades e não o que ali se apresentava.

Para isso, o conhecimento da realidade torna-se elemento chave para que o sujeito possa desenvolver uma visão crítica do seu modo de vida e, desse modo, realizar a transformação necessária. A cada encontro percebia-se que estava ocorrendo, ainda que de forma lenta, mudanças de atitudes por parte dos sujeitos.

Percebíamos que essa transformação acontecia quando, no final de cada encontro, fazíamos o momento do diálogo, onde cada sujeito era convidado a se colocar, socializando com os demais fatos da vida, das vivências ali experimentadas e seus reflexos em seu cotidiano.

Nossa intervenção, no campo dessa pesquisa mostrou-se como uma possibilidade de “desconstrução” de um estilo de vida pouco ou quase nada saudável e autônoma, pois nos primeiros três meses, já foi possível perceber nos sujeitos melhoras em diversos aspectos das AVD e AIVD.

Em 09 de dezembro de 2009, finalizamos a intervenção, apresentando aos sujeitos, uma síntese dos resultados, comparando os resultados da avaliação pré-intervenção com os resultados da avaliação pós intervenção. Neste momento, os sujeitos confirmaram que descobriram novas possibilidades de realização e resgataram sua autonomia, assumindo, desse modo, uma nova forma de se descobrirem e de conviverem com sua corporeidade.

Passaram a conceber o envelhecimento, não como um processo patológico, mas como um momento de transformação, que acontece na medida em que se toma

consciência desse processo da vida como um momento de descobertas, novas construções e perspectivas de vida.

As principais mudanças que esta pesquisa promoveu nos sujeitos foram:

- Melhoras na percepção da qualidade de vida;
- Melhoras da CF expressas nas AVD e AIVD;
- Maior participação no contexto social onde vivem;
- Aumento do rol de amigos e afetividade entre os sujeitos do grupo;
- Importante redução das queixas de dores e desconforto ao realizar as AVD e AIVD;
- Valorização do processo de envelhecimento como sendo um momento de descobertas e construção de novos desejos e sonhos;
- Compreensão de que a autonomia não é algo dado pelos órgãos públicos, mas é uma construção coletiva e social;
- Compreensão de que a corporeidade configura-se como a totalidade do ser que emerge da percepção, sentimentos e as experiências vividas ao longo da existência.

Entendimento de que a educação se dá num processo contínuo da vida, não tendo, portanto, um período específico para seu acontecimento.

Assim, espera-se que esta pesquisa sirva de suprimento para futuros estudos que abordam essa temática. Compreendemos, ainda, que este estudo aplica-se aos interessados em discutir a questão da educação e corporeidade e seus impactos no processo de envelhecimento e autonomia dos sujeitos.

Os resultados evidenciados, no presente estudo, permite-nos concluir que, a prática de exercícios físicos, como forma de educação dos sujeitos idosos, configura-se como uma ferramenta de grande relevância na construção da autonomia, pois a partir da intervenção na corporeidade podemos compreender o modo como os sujeitos lidam com suas próprias vidas.

Conclui-se, ainda, que esta pesquisa alcançou os objetivos propostos não apenas no campo acadêmico, no que se refere à sistematização metodológica da pesquisa científica, mas também no campo da intervenção realizada nos sujeitos que fizeram parte da pesquisa em função de seus resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, L. M. B. Comunidade e sociedade: conceito e utopia. *Revista Raízes*, Ano XVIII, Campina Grande, n. 20, p. 50-53, nov. 1999.

ALCÂNTARA A.O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. 2003. 171 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

ALVARENGA, M. R. M. *Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica*. 2008. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand – Exercise and physical activity for older adults. *Medicine Science Sports and Exercise*. v. 30, n. 6. p. 1345 1998. 1998. Disponível em: <http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section>. Acesso em 12 de janeiro de 2009.

AQUINO, F. *Ciência e fé em harmonia*. Lorena SP: Cléofas, 2004.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. *Filosofando: introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986. p.132-138.

ARAÚJO, K. B. G. *O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física*. 2001. 162 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

ARAÚJO, C. G. S. *Fisiologia do exercício*. In: ARAÚJO, W.B. (org) *Ergometria e cardiologia desportiva*. Rio de Janeiro: Medsi, 1986.

BALESTRA, C. M. *Aspectos da imagem corporal de idosos, praticantes e não praticantes de atividades físicas*. 2002. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

BARBOSA, R. M. *Educação Física gerontológica*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

BAUM, G. *Aquaeróbica: manual de treinamento*. São Paulo: Manole, 2000.

BEAUVOIR, S. *A Velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BELTRAMI, D. M.; LOPES, M. I. S. Os novos velhos aposentados do novo século: educação social e memória corporal. *Revista da Educação Física da Universidade Estadual de Maringá*, v. 12, n. 1, p. 41-46, jan. 2001.

BLESSMANN, E.J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*. V.6, p.2139, Porto Alegre, 2004.

BERGER, B. G. The role of physical activity in the life quality o older adults. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H. (org.). *Physical activity and aging*. American Academy of Physical Education Meeting. Champaign: *Human Kinetics Publishers*, p. 41-58, 2007.

BOBBIO, N. “*Política*” In: N. BOBBIO e G. PASQUINO, *Dicionário da Política*, Brasília-DF: UNB. 1986.

BODSTEIN, R. C. A. Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, p. 185-204, 1997.

BONARDI, G. *Fatores associados à incapacidade funcional numa amostra de idosos de Porto Alegre*. 2006. 109 F. Tese (Doutorado em gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

BOTH, A. et al. *Envelhecimento Humano: múltiplos olhares*. Passo Fundo: UPF, 2003.

BRAGA, F. *Hidrogenástica na Terceira Idade*. Centro Universitário do triangulo - UNITRI. Uberlândia, 2001.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2007.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*.

BRAZÃO, M. Atividade física & saúde. *Jornal de Medicina do Exercício da SMDRJ*, Rio de Janeiro, p. 6-9, jan./mar. 1998.

BUARQUE, C. Qualidade de vida: a modernização da utopia. *Revista Lua Nova*, v. 31, p. 157-165, 1993.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M.; POLONI, R. L. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. *Rev. Brás. de Medic. do Esp*, Niterói, v. 15, n. 2, pg. 93- 97, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-86922009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de outubro de 2009.

CAETANO, M. A.; MIRANDA, R. Comparativo internacional para a previdência social. *Texto para Discussão*. IE/UNICAMP, Campinas, n. 140, fev. 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITÃO, J. M. *Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros?* In: Camarano A. A. (org). *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 77-105.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: *como ficam as mulheres?* Rio de Janeiro: Ipea, 2002. Disponível em www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/viewFile/5285/4324. Acesso em 21 de março de 2009.

CARINE A. S.; ANDERLEI F. F.; MARILENE R. P. Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do envelhecimento humano. *Estudo interdisciplinar do envelhecimento*, Porto Alegre, v. 12, p. 111-126, 2007. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/>. Acesso em 3 de junho de 2009.

CARLA C.; RIBEIRO, U. *Metodologia científica: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004.

CARMO J. W. *Dimensões filosóficas da educação física*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARVALHO, J. Aspectos metodológicos no trabalho com idosos: *Atas do seminário qualidade de vida no idoso: O papel da atividade física* (pp 95-104); Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr.*, v.18, n.6, p. 765-775, 2005. ISSN 1415-5273. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n6/a07v18n6>. Acesso em 23 de agosto de 2009.

CHOPRA, D. *Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento*. 7. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

COBRA, R. Q. Edmund Husserl. Filosofia Contemporânea. *Cobra Pages*. Disponível em www.cobra.pages.nom.br, Internet, 2001. Acesso em 22 de junho de 2009.

COSTA, F. G.; FÁVERO, M. H. A transformação das representações sociais do envelhecimento através do grupo focal e da tomada de consciência: uma proposta de intervenção. V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representação Social. Brasília, DF. 2007.

COSTA, E. R; MIRANDA, G. G. Proteção previdenciária, gênero e renda na idade avançada. *Revista Sociedade e Cultura*, v.11, n.2, p. 245-250, dez. 2008. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/viewFile/5285/4324>. Acesso em 13 de maio de 2009.

CRAIG, B.; BROWN, R.; EVERHEART, J. Effects of progressive resistance training on growth hormone and testosterone levels in young and elderly subjects. *Mech. Ageing Dev.*, v.49, p.159-169, 1989.

CRISPIM, C. M. C; GOBBI, N. S; HIRAYAMA, M. S.; BRAZÃO, M. C. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. *Revista da Educação Física/UEM Maringá*, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1º. trim. 2008.

DAIL, P. W. Prime-time television portrayals of older adults in the context of family life. *The Gerontologist*, v. 28, p. 700-706, 1988. Disponível em www.comciencia.br/reportagens/.../env09.htm . Acesso em 25.06.2009.

DAMASCENO, V. O.; LIMA, J. R. P.; VIANNA, J. M.; VIANNA, V. R. A; NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev. Bras. Méd. Esporte*. v. 11, n.3, mai/jun. 2005.

DANTAS, E. H. M.; PEREIRA, S. A. M.; ARAGÃO, J. C. B.; OTA, A. H. Perda da flexibilidade no idoso. *Fitness e Performance Journal*, v. 1, n. 3, p. 12-20, 2002.

Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/fitness-performance-journal-2002-n1-v1>. Acesso em 13 de setembro de 2009.

DARTIGUES, A.. *O que é Fenomenologia*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp São Paulo, 2004.

DELANEY, M. F. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis during early postmenopause. *Am J Obst Gynecol*, v.194, p.12-23, 2006.

DESCARTES, R. *Discurso do método*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

DIOGO, M J. D. E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, jan. 1997.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. *Revista da USP*, n.17, p.10-13, 1993.

DUARTE, L. R. S. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, p. 35-47, 1999.

ELSTER, J. Auto-realização no trabalho e na política: a concepção marxista da boa vida. *Revista Lua Nova*, v.25, p. 61-101, 1992.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Rio de Janeiro. V. 8. 4. p. 129 - 234. 2002.

FARO. A. C. M. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4>. Acesso em 11 de outubro de 2009.

FELIPE, M. R; MUNARETTI, A. M.; LIMA, E. C. Atividade física, perfil antropométrico e padrão de consumo alimentar de idosas pertencentes aos clubes de melhor idade do Município de balneário Camboriú, Santa Catarina. *Revista da Unifebe*, n. 7, 2009.

FERNANDES, M. G. M.; SANTOS, S. R. *Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo*. Disponível em <http://www.achegas.net/numero/34/idoso> 34. Acesso em 23 de junho de 2009.

FIDALGO, J. Qualidade de vida no trabalho. *Manual do lian gong*. 2001. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos humanos/manua llian gong 01.pdf>. Acesso em 03 de março de 2008.

FLECK, C. M. *Autonomia na educação segundo Paulo Freire*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Regional de Blumenau – FURB, 2004.

FOX, E. L.; MATHEWS, D. K. Bases fisiológicas da educação física e dos desportos. 3a. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.

FRANÇA, M. C. C. C. A Memória Intrageracional e a Memória Compartilhada sobre as Experiências Transmitidas entre Avós e Netos em Teutônia (RS). *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 53-81, 2004. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/>. Acesso em 19 de julho de 2009.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GADOTTI, M. *Educação de Jovens e Adultos*. Teoria, prática e proposta. 8. ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2006.

GARCÍA, I.G.; MERINO, M. M.; BARRERA, J. S. *Organizacion Mundial de la Salud. Promoción de la salud*. Glosario. Genebra: OMS; 1998. Disponível em http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Acesso em 14 de dezembro de 2009.

GATTO, I. B. *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*. In: NETTO, Matheus Papaléo. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p.109-113.

GOHN, M. G. Educação não-formal e o educador social. *Revista de Ciências da Educação - UNISAL – Americana SP - Ano X - nº 19 - 2º Semestre de 2008.*

GOLDMAN, S. N. *As dimensões sócio-políticas do envelhecimento.* In Tempo de Envelhecer: *Percursos e dimensões psicossociais.* Lígia Py et.al.(org.) Rio de Janeiro Nau Editora,2004.

GOLDSTEIN, L. L. L; SOMMERHALDER, C. *Religiosidade, Espiritualidade e Significado Existencial na Vida Adulta e Velhice.* In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 950-956.

GOMES, P. T. Educação Sócio-comunitária: delimitações e perspectivas. *Congresso. Internacional de Pedagogia Social,* mar. 2009. Disponível em www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid. Acesso em 22 de agosto de 2009.

GONÇALVES, M. S. *Sentir, pensar e agir: corporeidade e educação.* Campinas: Papirus, 2002. p. 196.

GORLA, J. I. *Educação Física Especial: testes.* Rolândia: Midiograf., 1997.

GOUVEIA, I.; PAULA, M. *Hidroginástica na Terceira Idade: uma alternativa para a melhoria da auto-estima e do relacionamento interpessoal na cidade de Canalópolis_MG.* Centro Universitário do triângulo- UNITRI. Uberlândia, 2004.

GREEN, J. S.; STANFORTH, P. R.; GAGNON, J.; *et al.* Menopause, estrogen, and training effects on exercise hemodynamics: the Heritage study. *Med Sci Sports Exerc,* v. 34, n. 1, p. 74-82, 2002.

GROPPO, L. A. Desigualdade, exclusão e educação: algumas considerações inspiradas pela questão da inclusão. *Revista Ambiente Educação,* São Paulo, v.1, n. 2, p. 79-90, ago./dez. 2008. Disponível em http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_educacao.

GURALNIK, J.M.; LACROIX, A.Z.; ABBOTT, R. D.; BERKMAN, L. F.; SATTERFIELD, S.; EVANS, D. A.; *et al.* Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol,* v. 137, n. 8, p. 845-857, 1993.

HAYFLICK, L. Como e Porque Envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
HOFFMAN, M.E., Bases Biológicas do envelhecimento. Revista idoso e saúde. Disponível em www.tecway.com.br/techway/revista_idoso/saude/saude.du.htm. Acesso em 14 de agosto de 2008.

IBGE, 2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese dos Indicadores Sociais 2008. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia>. Acesso 12 de junho de 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências da População Brasileira*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia>. Acesso em 15 de janeiro de 2009.

KALACHE, A. *Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. In: Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século”, 1996, Brasília. Anais. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, p.16-34. 1996.

KALACHE, A.; COOMBES, Y. Population aging and care of the elderly. In Latin America and the Caribbean. *Rev Clin Gerontol* , v. 5, p. 347-55, 1995.

KAMPER, A. M.; STOTT, D. J.; HYLAND, M., et al. Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age and Ageing*, v. 34, p. 450-455, 2005.

KOVRT, W. M.; OBERT, K. A, HOLLOSZY, J. O. Exercise training improves fat distribution patterns in 60 to 70-year-old men and women. *J. Gerontol*, v. 47, p. 99-105, 1992.

KRINSKI, K. et al. Efeito do exercício aeróbio e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 28, n. 1, p. 71-75, 2006.

KURODA, Y.; ISRAELL, S. *Sport and physical activities in older people*. In: Dirix A, et al. (eds). The olympic book of sports medicine. 1a. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988. p. 331-355.

KUWANO, V.; SILVEIRA, A. A influência da atividade física sistematizada na auto-percepção do idoso em relação às atividades da vida diária. *Revista da Educação Física/UEM*, Maringá- PR, v.13, n. 2. p. 35- 39, 2ºsem. 2002.

LESSA, I. *Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas*. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia Saúde*. 5a. ed. Rio de Janeiro : Medsi, 1999. 600 pg.

LIMA, M.A.V.P. *Corporeidade e envelhecimento: as diversas faces do corpo quando envelhece*. Connection Line- Revista Eletrônica do UNIVAG. V.5 n.2, 2005. Disponível em:http://www.univag.com.br/adm_univag/Modulos/ConnectionLine/.pdf Acesso em 10 novembro de 2009.

LIMA, M.P. *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso*. São Paulo, LTR, 2001. 152 p.

Mais Velhos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 26 setembro de 1999.

MANTOVANI, E. P. *Saúde física, indicadores antropométricos, desempenho físico e bem-estar subjetivo em idosos atendidos no ambulatório de geriatria do HC/UNICAMP*. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

MARCUS BH, FORSYTH LH. *Motivating people to be physically active*. Champaign: Human Kinetics; 2003.

MARIN, R. V; MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G. Acréscimo de 1 kg aos exercícios praticados por mulheres maiores de 50 anos: Impacto na aptidão física e capacidade funcional. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, São Caetano do Sul, v. 11, n. 1, p. 53-58, 2003.

MARQUESA, A. P; ARRUDA, I. K. G; LEAL, M, C. C. SANTO; A. C. G. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007. Disponível em http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809. Acesso em 22 de junho de 2009.

MASSSET, K. V. S. B.; SAFONS, M. P. Excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal. *Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde Santos*, v. 1, n. 1, set./out. 2008. Disponível em www.boletimef.org/.../Boletim-Brasileiro-de-Educacao-Fisica-v.8-n.71-nov-dez-2008.pdf. Acesso em 22 de setembro de 2009.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, São Caetano do Sul, v. 5, n. 4, p. 19-30, 1992.

_____. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde durante o Processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.5, n.2, p.60-76, 2000.

_____. Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. *Revista Min. Educação Física*. Viçosa, v. 10, n. 1, p 193-207, 2002.

MATSUDO, S. M. M. *Avaliação do idoso: física e funcional*. 2a. ed. Londrina: Midiograf, 2004.

MATSUDO, S. MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*. v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000. Disponível em: http://www.ucb.br/mestradoef/RBCM/8/8%20%204/completo/c_8_43.pdf. Acesso em: 22/03/2009.

MAZO, G, Z. et al. *Atividade Física e o Idoso*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

_____. *Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição Demográfica*. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.102.

MAYER, M. M. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2009.

McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e performance humana*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MEASSI, C. G. Os meios de comunicação e a formação do conceito de velho. Anais do I Simpósio de Comunicação e Tecnologias Interativas. Bauru. p. 210 – 227. 2008.
MEIRELLES, M. A. E. *Atividade física na terceira idade*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Sprint. 2000.

MEDINA, M. M. A.; LETELIER, O. C.; ILABACA, P. A. Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Revista electrónica*. v. 12 n. 2 p. 165-168. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X20010.4067/S1726-569X2006000200004. 2006. Acesso em 25 de janeiro de 2009.

MERCATI, M. *Tui Na: massagem para estimular o corpo e a mente*. São Paulo: Manole, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. *O Olho e o Espírito*. 2ª ed. Tradução de Luís Manuel Bernardo. Lisboa: Vega, 1997.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, M. F.; FILHO, D. C. S. Exercícios físicos e o controle da pressão arterial. *Rev. Bras. Med. Esporte*, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

MORAES, R. S. et al. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 431-440, 2005.

MORAIS, R.; NORONHA, M. O.; GROppo, L. A. (Org.). *Sociedade e Educação: estudos sociológicos e interdisciplinares*. Campinas: Alínea, 2008. p. 275.

_____. Uma visão de educação sócio-comunitária. *Revista Educadores Sociais uma outra Educação possível*. Disponível em <http://www.educadoressociais.com.br>. Acessos 3m 23 de novembro de 2009.

MOREIRA, M. M. S. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) - Centro de estudos da saúde do trabalhador e ecologia humana. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

MORIN, E. *Cultura de Massas no Século XX – volume 1: neurose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G. & FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar, base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. V.5, n.2 p. 48-59. 2000.

NASCIMENTO, C. M. C.; GOBBI, S. HIRAYAMA, M. S.; BRAZÃO, M. C. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. *Revista da Educação Física/UEM*. Maringá, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. trim. 2008.

NEGRÃO, C. E.; RONDON, M. U. P. B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. *Rev. Bras. Hipertens.*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 89-95, 2001.

NERI, A. L. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latino Americana de Psicología*, v. 43, n. 1-2, p. 55-74, 2002.

_____. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, A. L., SOMMERHALDER, C. *As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador*. In: NERI, A. L. (org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002. p. 09-63. Coleção Velhice e sociedade.

NOBREGA, T. P. Qual o lugar do corpo na educação? *Notas sobre conhecimento, processos cognitivos e currículo Educ. Soc.*, Campinas, v. 26, n. 91, p. 599-615, maio/ago. 2005. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 22 janeiro de 2009.

NORTHCOTT, H. Too young, too old - Aging in the world of television. *The Gerontologist*, v. 15, p. 184-186, 1975. Disponível em www.comciencia.br/reportagens/env09.htm . Acesso em 25.06.2009.

OKUMA, S. S. *Porque e como avaliar o idosos*. In: MATSUDO (org.). *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf, 2004. p. 19 -22.

_____. *O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa*. 5a ed. Campinas: Papirus, 2009.

OLIVEIRA, C. G. *Paidéia: A Educação como ideal de civilização*. Dissertação de Mestrado; Programa de Pós-Graduação em Educação – UFSCAR Ano de defesa: 1998. Disponível em <http://www.ufscar.br/~ppge/fund/resumos/fundamentos/1998mest-fund> . Acesso em 01 de fevereiro de 2008.

OLIVEIRA, R. C; OLIVEIRA, F. S da; SCORTEGAGNA, P. A. O tempo precioso da Terceira Idade: políticas públicas, cidadania e educação. *Revista de ciências da educação*. Ano X - N.º 19 - 2.º Semestre/2008 – 288 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde brasileira* (DF) Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 21 de novembro de 2009.

PAFFENBARGER, R. S. Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Rev. Medical Science Sports Medicine*. V. 26 p. 857-865, 1994.

PALMA, L. T. S.; SCHONS, C. R. (Org.). *Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social*. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

PARAHYBA, M. I, MELZER, D. Income inequalities and disability in older Brazilians. Abstracts of the European Congress of Epidemiology; 2004 Sept 8-11; Porto, Portugal. *J Epidemiol Community Health* , v. 58, p. A44, 2004.

PARAHYBA, M. I; SIMOES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciências em Saúde coletiva*, v.11, n.4, p. 967-974, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em 01 de novembro de 2009.

PEREIRA, B.C.V. *Exercícios espirituais: Pierre Hadot, Michel Foucault e a filosofia como modo de vida*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2006.

PEREIRA, G. R. de M.; CATANI, A. M. Espaço social e espaço simbólico: introdução a uma topologia social. Florianópolis, *Perspectiva*, V. 20, especial. p. 107-120, 2002.

PIERRE, W. ; ROLAND, T. *O Corpo Fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal*. São Paulo: Vozes, 2001.

PINTOS, Cláudio César Garcia. *O Entardecer da Existência: ajuda para o idoso viver feliz*. São Paulo: Ed. Santuário, 1992.

POLANCZYK, C. A. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: Os Próximos 50 Anos! *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 71, n. 3, p. 199-201, 2005.

PONTAROLO, R. S.; OLIVEIRA, R. DE C. S. Terceira idade: uma breve discussão. Publicatio UEPG: *Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes*, Vol. 16, No 1. 2008. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas>. Acesso em 23 de janeiro de 2009.

PORTAL, L. L. F. *Espiritualidade: um potencial a ser desenvolvido*. In: TERRA, Newton Luiz; DORNELLES, Beatriz (Org.). *Envelhecimento Bem- Sucedido*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 13-22. Programa Geron PUCRS.

PROCHASKA JO, NORCROSS JC, DICLEMENTE, CC. In: search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 47:1102-14. 1992. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/440097>. Acesso em 01 de março de 2009.

ROLIM, F. S. *Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de Envelhecimento*. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

ROSA, T. E. C, BENÍCIO, M. H. A, LATORRE, R. D. O, et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pub.*, v.31, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSENBERG, M. W.; MOORE, E. G. *Distribuição demográfica da população de idosos e deficientes*. In: PICKELLES, B. (org.). *Fisioterapia na Terceira Idade*. São Paulo: Santos, 1998.

ROWE, J. W. e KAHN, R. L. Successful aging. *The Gerontologist*. Vol. 37, No. 4.1997. Disponível em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2006000100005&lng. Acesso em 14 de janeiro de 2009.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. In: *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*. UFRGS. V.4. Porto Alegre: Núcleos de Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento da PROREXT/UFRGS, 2002.

SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 53-61, 2005.

SANTOS, D. B.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 163- 168 2005.

SANTOS, M. F. S. **A velhice na zona rural**. Representação social e identidade. In: C. Nascimento-Schulze (Org.). *Novas construções para a teorização e pesquisa em representação social. Coletâneas ANPEPP*, v.1 n.10, p. 56-83. 1996.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. 2002. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Diretrizes/ha4.htm>> Acesso em: 23 de nov. 2008.

SCAZUFCA, M. *Saúde mental*. Cap.12 In: LITVOC, J; BRITO, F.C. *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. p.177-188.

SCHONS, C. R.; PALMA, L.T. S (Org.) *Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre Gerontologia Social*. Rio Grande do Sul: UPF, 2000. 180 p.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2 , n. 20, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SHEPHARD, R. Exercício e envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 5, n. 4, p.49-56, 2003.

SHIN D. C.; JOHNSON, D. M. Avowed happiness as a overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*. n. 5. p. 475-492, 1978. Disponível em www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf . Acesso em 03 de dezembro de 2009.

SILVA, C. A; FOSSATT, A. F.; PORTELLA. Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do envelhecimento Humano. *Estud. interdiscip. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 12, p. 111-126, 2007. Disponível em www.seer.ufrgs.br/index.../RevEnvelhecer/. Acesso em 02 de janeiro de 2009.

SILVA, C. M.; GURJÃO, A. L. D; FERREIRA, L; *et al*. Efeito do treinamento com pesos, prescrito por zona alvo de repetições máximas, na força muscular e composição corporal em idosas. *Rev. Brás. Cineantropometria: Desempenho Humano*, v. 4, p. 39-45, 2006.

SILVIA, F. P. *Crença em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar a Universidade da Terceira Idade*. 1999. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

SIQUEIRA FV, NAHAS MV, FACCHINI LA, SILVEIRA DS, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, HALLAL PC. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.25, n.1) p. 203-13. 2009.

SOARES, C. L. *Educação Física: raízes européias e Brasil*. 4a ed. Campinas, SP: Autores associados, 2007.

SPIRDUSO, W. *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: *Human Kinetics*, 1995.

SPIRDUSO, W.; CRONIN, D. L. Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. p. S598-S608, 2001.

SWAYNE, L. E. & GRECO, A. J.). The portrayal of older Americans in television commercials. *Journal of Advertising*, v.16. p. 47-54. 1987.

TREVISAN, M. C.; BURINI, R. C. Metabolismo de repouso de mulheres pós-menopausadas submetidas a programa de treinamento com pesos (hipertrofia). *Rev Bras Med Esporte*, v. 13, n. 2, p. 133-137, 2007.

TRITSCHLER, K. *Medida e Avaliação em Educação Física e Esportes*. Barueri: Manole, 2003.

VALE, R. G. S. Avaliação da autonomia funcional do idoso. *Fitness e Performance*, v.4, n. 1, p. 4, 2005.

VASCONCELOS, C. A. *Efeitos da atividade física orientada na auto-avaliação da capacidade funcional de mulheres idosas*. 2004. 40f. Monografia Envelhecimento-Faculdade Educação Física, Centro Universitário do Leste de Minas.

VASCONCELOS, S. M. *O Velho na Publicidade*. 2002. 132 j. Dissertação (Mestrado em publicidade) – Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2002.

VERAS, R. P. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.3, p. 548-554, mai./ jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 21 de março de 2009.

_____. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 12 dezembro de 2007.

VERDERI, E. *O corpo não tem idade: educação física gerontológica*. Jundiaí: Fontora, 2004.

VIEIRA, E. B. *Instituições geriátricas. Avanço ou retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ZANETTI, V. *Educação para autonomia em Immanuel Kant e Paulo Freire*. 100 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ZATTI, V. *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. Disponível em <http://www.pucrs.br/edipucrs/autonomia.html>. Acesso em 10 de fevereiro de 2009.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. SHIN, D. C.; JOHNSON, D. M. - Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, v. 5, p. 475-92, 1978, In: Bowling, A. *Measuring health - A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press, 1997, p. 6.

WALLACE, K. A.; LAHTI, E. Motivation in Later Life: a psychosocial perspective. *Topics. Geriatric Rehabilitation*, Gaithersburg, v. 21, n. 2, p. 95-106, 2005.

WERNECK, C. *Muito prazer, eu existo*. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1995.

ANEXOS**ANEXO A****IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME _____

GÉNERO:

MASCULINO () FEMININO ()

IDADE: _____anos. DATA DE NASCIMENTO __ / __ / ____

ESTADO CONJUGAL:

Casado () Viúvo () Divorciado/desquitado/separado () Solteiro ()

É ALFABETIZADO? Sim () Não ()

ESCOLARIDADE: FREQUENTOU ESCOLA?

Sim ()

Não ()

É APOSENTADO OU PENSIONISTA? Sim () Não ()

ANEXO B**MODELO DE FICHA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE****NOME:** _____ **IDADE:** _____ **SEXO:** _____

Qual a Unidade Básica de Saúde que você frequenta?

Pessoa para contato em caso de emergência?

Nome: _____ Telefone: _____

1. Está tomando algum medicamento?

 Não Sim. Qual?

2. Seu médico sabe que está iniciando um programa de exercício físico?

 Não Sim

3. Qual o tipo de exercício físico que mais lhe agrada?

Responda sim ou não para as próximas perguntas

4. Você tem algum problema no coração?

 Não Sim. Qual? _____

5. Hipertensão Arterial?

 Não Sim

6. Alguma doença crônica?

 Não Sim. Qual?

7. Dificuldades em fazer exercício físico?

 Não Sim

8. Orientação do seu médico para não praticar exercícios físico

 Não Sim

9. Fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses?

 Não Sim. Qual? _____

9. Algum problema respiratório?

 Não Sim

10. Sente alguma dor nos músculos, articulações ou costas?

Não Sim. Onde? _____

11. Tem hérnia de disco ou algum processo degenerativa na coluna?

Não Sim.Exemplifique: _____

12. Diabetes?

Não Sim

13. Fuma?

Não Sim

14. O colesterol está alterado?

Não Sim

15. Tem osteoporose?

Não Sim

Outras observações:

Adaptado de Mitchell *apud* Verderi (2004, p. 31 e 32). O corpo não tem Idade

ANEXO C

VARIÁVES ANTROPOMÉTRICAS

PESO _____ Kg

ESTATURA _____ cm

IMC _____ Peso/altura^2 (P/A²)

CLASSIFICAÇÃO DO IMC _____ Média e Desvio Padrão da Amostra

Protocolo de classificação do IMC para sujeitos idosos independente de gênero de acordo com as recomendações de Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000).

| Classificação | homens | mulheres |
|----------------------|---------------|-----------------|
| Normal | 24-27 | 23-26 |
| Moderadamente obeso | 28-31 | 27-32 |
| Severamente obeso | >31 | >32 |

Protocolo de classificação geral do IMC para sujeitos jovens e adultos independente de gênero de acordo com as recomendações da (OMS, 2004)

| Classificação | IMC (kg/m²) |
|----------------------|-------------------------------|
| Abaixo do normal | <18,5 |
| Normal | 18,5-24,9 |
| Sobrepeso | ≥ 25 |
| Pre-obeso | 25-29,9 |
| Obeso classe I | 30-34,9 |
| Obeso classe II | 35-39,9 |
| Obeso classe III | ≥ 40 |

ANEXO D

TESTE DE FLEXIBILIDADE



Segundo Farinatti e Monteiro (1992) a flexibilidade pode ser definida como a capacidade de movimentar as diferentes partes do corpo através de uma grande amplitude de movimentos. Essa capacidade física é um importante componente na execução de tarefas específicas na realização das atividades da vida diária, tendo como instrumento de aferição, no caso dessa pesquisa, o Banco de Wells.

| | |
|-----------|----------------------|
| Excelente | 22 cm ou mais |
| Bom | Entre 19 e 21 cm |
| Médio | Entre 14 – 18 cm |
| Regular | Entre 12 – 13 cm |
| Franco | Entre 11 cm ou menos |

Classificação do nível de flexibilidade para a escala proposta por Gorla (1997, p. 57)

ANEXO E

FICHA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: ____/____/____

Por favor, indique sua habilidade para fazer cada uma das atividades que estão na lista abaixo. Sua resposta deve indicar se você PODE fazer estas atividades e não se você faz estas atividades atualmente. Faça um X na coluna de acordo com o numero escolhido.

- 1 - FAÇO**
2 - FAÇO COM ALGUMA DIFICULDADE OU COM AJUDA
3 - NÃO POSSO FAZER

| ATIVIDADES | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|
| 1. Tomar conta das suas necessidades pessoais como vestir-se sozinha | | | |
| 2. Tomar banho, usar a banheira | | | |
| 3. Caminhar fora de casa (1-2 quarteirões) | | | |
| 4. Fazer atividades domesticas leves como cozinhar, tirar o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro na casa | | | |
| 5. Subir e descer escadas ou marchar | | | |
| 6. Fazer compras no supermercado ou no shopping | | | |
| 7. Levantar e carregar 5 kg (como por exemplo um pacote de arroz) | | | |
| 8. Caminhar 6-7 quarteirões | | | |
| 9. Caminhar 12-14 quarteirões | | | |
| 10. Levantar e carregar 13 kg de peso (como uma mala media a grande) | | | |
| 11. Fazer atividades domésticas pesadas como aspirar, esfregar pisos, passar o rastelo | | | |
| 12. Fazer atividades vigorosas como andar grandes distancia, cavoucar o jardim, mover objetos pesados, atividades de dança aeróbica ou ginástica vigorosa. | | | |

Elaborado por Matsudo (2004)

Classificação do nível funcional para a escala proposta por Riklie Jones *apud* Matsudo (2004, p. 87):

AVANÇADO: realiza 12 itens sem dificuldade

MODERADO: realiza 7-11 itens sem dificuldade

BAIXO: realiza 6 itens sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDS:
carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões, fazer tarefas domésticas.

ANEXO F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu.....
 concordo em participar da pesquisa intitulada Educação e Corporalidade: o corpo como elemento de autonomia em idosos, que tem como principal objetivo compreender as dificuldades que os idosos enfrentam no cotidiano, devido às limitações decorrentes do processo de envelhecimento e, implementar intervenções educativas, no âmbito biopsicosocial, utilizando os conhecimentos da Educação Física para otimizar a qualidade de vida e autonomia dos participantes. Sua participação consistirá em comparecer aos encontros do programa de exercícios físico, além de responder os seguintes questionário: 1º identificação sócio-demográficas; 2º condição de saúde; 3º imagem corporal e 4º capacidade funcional e realizar avaliação física que consistirá em: medir peso corporal, estatura, flexibilidade, capacidade funcional, força de membros inferiores, pressão arterial e flexibilidade. Os dados coletados pelos questionários, assim como pela avaliação física, ficarão sob a minha guarda confidencial que após análise divulgarei os resultados, resguardando os nomes dos avaliados, em futura publicação como artigo em revistas científicas.

Vale ressaltar que como pesquisador conheço as disposições contidas no item IV da resolução CNS 196/96 e resoluções complementares que tratam dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Coloco-me a disposição para informações ou dúvidas que possam ocorrer em qualquer fase da pesquisa, seja no próprio CRAS onde estaremos juntos em nossos encontros, pelo telefone e endereço: (11) 9760-5110 ou (11) 4025-47723823 15 64. Rua Guilherme de Almeida, número 405. Condomínio Campos de Santo Antonio, CEP:13305.451. Itu. S. P.

Local e data

Assinatura do participante