

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

Cláudia Galvani

**Longevidade e Psicomotricidade:
Ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida**

**SÃO PAULO
2014**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

Cláudia Galvani

**Longevidade e Psicomotricidade:
Ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação da Professora Doutora Nádya Dumara Ruiz Silveira.

**SÃO PAULO
2014**

BANCA EXAMINADORA

EPIGRAFE

Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...
O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.
Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,
Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!

Olavo Bilac (2003)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que me ofereceram todas as oportunidades e sabedoria para eu SER a pessoa que sou, os maiores incentivadores dos meus sonhos,

meus pais:

José Ugo e Luci

AGRADECIMENTOS

A minha professora e querida orientadora, prof. Dra. Nadia Dumara Ruiz Silveira, que com seriedade, dedicação, paciência e disponibilidade me incentivou e apoiou durante todo o processo de construção dessa pesquisa.

Aos professores do Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia PUCSP, prof. Dra, Flaminia Manzano Moreira Lodovici, prof. Dra. Beltrina Côrte, prof. Dra. Maria Helena Villas Boas Concone, prof. Dra Suzana Carielo da Fonseca e prof. Dra. Elisabeth Mercadante pelo estímulo a reflexão constante sobre o discurso gerontológico em uma perspectiva social.

Aos colegas da Gerontologia que juntos compartilhamos conhecimentos, experiências, angústias, ansiedades e muitas alegrias.

As pessoas maravilhosas do NCI Calebe que participaram dessa investigação, com vigor, dedicação e muita disponibilidade, sem eles essa pesquisa não aconteceria.

A gestão e direção do NCI Calebe que abriu as portas da Instituição e abraçou a proposta dessa pesquisa.

A minha família por me apoiarem e compreenderem os momentos da minha ausência.

RESUMO

GALVANI, Cláudia, **Longevidade e Psicomotricidade: ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2014.

O estudo do envelhecimento e da velhice torna-se imprescindível ao admitirmos a realidade da longevidade e o aumento da população idosa. Neste panorama ressalta-se a necessidade do reconhecimento da importância do corpo, suas histórias e características socioculturais. A Psicomotricidade em sua interface com a Gerontologia coloca-se como área de competência geradora de novos conhecimentos sobre o idoso numa condição de vida saudável. Justifica-se, portanto, a presente pesquisa cujo objetivo é investigar as concepções de pessoas idosas sobre Velhice, Longevidade, Corpo e diferentes dimensões de Qualidade de Vida tendo em vista contribuir na estruturação de políticas educativas com embasamento na Psicomotricidade. Essa investigação tem como base de apoio um referencial teórico específico da área da Gerontologia Social, abrangendo conceitos relativos ao envelhecimento, velhice, cidadania, qualidade de vida e psicomotricidade. O estudo de caráter exploratório e de abordagem quantitativa e qualitativa inclui pesquisa de campo desenvolvida por meio da realização de entrevistas com 15 (quinze) idosos frequentadores do Núcleo de Convivência para Idosos – Calebe, participantes das “Oficinas Psicomotoras”. A coleta de dados se deu com a utilização do questionário *WHOQOL-bref* e realização de entrevista semi estruturada com base em roteiro e aplicação dos procedimentos requeridos pelas exigências éticas. Como instrumentos de coleta e análise de dados foi utilizado, sob o ponto de vista quantitativo, o Teste T de *Student*. Os resultados demonstraram a singularidade e a subjetividade da concepção da qualidade de vida e o impacto positivo das “oficinas psicomotoras” no cotidiano dos participantes, assim como norteadora de novas políticas públicas numa visão intersetorial, abrangendo a área da educação, da saúde e social.

Palavras – chave: Envelhecimento . Psicomotricidade. Gerontologia. Qualidade de Vida

ABSTRACT

GALVANI, Claudia, Longevity and Psychomotor: having or being a body that ages with quality of life. Dissertation in Social Gerontology. Program of Postgraduate Studies in Social Gerontology. Pontifical Catholic University of São Paulo. 2014.

The study of aging and old age is essential to admit the reality of longevity and the increase in the elderly population. In this view emphasize the need to recognize the importance of the body, their histories and sociocultural characteristics. The Psychomotor in its interface with the Gerontology arises as generating area of competence of new knowledge about the elderly in a healthy condition of life. It is justifiable, therefore, this study conducted to investigate the views of older people on Aging, Longevity, body and different dimensions of Quality of Life in order to contribute in the structuring of educational policies with basement in the Psychomotor. This research is based on supporting a specific theoretical framework of the area of Social Gerontology, covering concepts related to aging, old age, citizenship, quality of life and psychomotor. The exploratory study and quantitative and qualitative approach includes field research conducted through interviews with 15 (fifteen) elderly goers Living Center for the Elderly - Calebe, participants of "psychomotor Workshops". Data collection occurred with the use of the *WHOQOL-bref* questionnaire and conducting with semi-structured interview based on a script and application of the procedures required by the ethical requirements. As collection and data analysis tools were used, from a quantitative point of view, the Student's T test. The results demonstrated the uniqueness and the subjectivity of the concept of quality of life and the positive impact of "psychomotor workshops" in daily life of the participants, as well as guiding new public policies in an intersectoral vision, covering the area of education, health and social.

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

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percepção sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde	80
Tabela 2 – condições de vida nas duas semana anteriores ao questionário	81
Tabela 3 – Domínio Físico: respostas da 1ª aplicação	82
Tabela 4 – Domínio Físico: respostas da 2ª aplicação	83
Tabela 5 – Domínio Psicológico: respostas da 1ª aplicação	84
Tabela 6 – Domínio Psicológico: respostas da 2ª aplicação	85
Tabela 7 – Domínio Meio ambiente: respostas da 1ª aplicação	87
Tabela 8 – Domínio Meio ambiente: respostas da 2ª aplicação	88
Tabela 9 – Domínio Relações Sociais: respostas da 1ª aplicação	88
Tabela 10 – Domínio Relações Sociais: respostas da 2ª aplicação	89
Tabela 11 – Média da aplicação inicial dos quatro domínios	90
Tabela 12 – Média da aplicação final dos quatro domínios	90
Tabela 13 – Média geral do questionário sobre a capacidade de fazer as atividades do cotidiano	91
Tabela 14 – Média geral do questionário sobre o sentimento sobre vários aspectos da vida cotidiana	91
Tabela 15 – Média geral do questionário sobre a experiência referente aos aspectos negativos da vida	92

LISTA DE SIGLAS

a.C.: Antes de Cristo

NCI: Núcleo de Convivência do Idoso

OMS: Organização Mundial da Saúde

PMSP: Prefeitura Municipal de São Paulo

QV: Qualidade de Vida

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA	
2.1. Gerontologia Crítica: reflexões sobre envelhecer e longeviver	20
2.1.2. Envelhecimento Ativo	31
2.2. Multidimensionalidade da Qualidade de vida	37
2.3. Psicomotricidade: visão biopsicossocial do corpo	46
2.3.1. Dimensionalidade da memória: memória corporal	58
CAPÍTULO 3 - PESQUISA DE CAMPO	
3.1. Procedimentos metodológicos e éticos	65
3.2. Análise dos Dados e Resultados	74
3.2.1. Perfil sócio-demográfico	76
3.2.2. Análise quantitativa - qualitativa e discussão	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
BIBLIOGRAFIA	96
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Pensar sobre a velhice exige reflexões críticas que contemplem a complexidade do fenômeno, de modo a superar concepções reducionistas predominantes como aponta Mercadante (2005, p. 24):

“... temos, na literatura da área médica, o entendimento da velhice como fenômeno biológico que é apontado como gerador de declínio irreversível, tanto físico quanto mental do indivíduo, como consequência da passagem do tempo”.

Sob essa perspectiva, o corpo é visto unicamente como biológico, uma abordagem fragmentada e simplificada da velhice, nesta abordagem, o biológico é apenas uma faceta do nosso corpo, que é constituído, influenciado e marcado pela diversidade humana, pelas situações pessoais, sociais, culturais e educacionais. O corpo que envelhece carrega uma história e variadas experiências que foram enraizadas e muitas vezes transformadas no decorrer da vida.

Envelhecer faz parte da própria evolução e do ciclo da vida, mas, se é tão natural envelhecer, por que se torna um desconforto falar em velhice? Por que somos tão preconceituosos com pessoas idosas?

Para Concone (2007, p. 21), “... ‘velho’ ou a ‘terceira idade’ é o outro, é aquele outro ‘fora do lugar’, que ocupa ‘os nossos espaços’, que incomoda”. A autora reflete com propriedade e clareza sobre essa questão, afinal colocamos um véu sobre a temática do envelhecimento, como se, ao falar sobre velhice, falamos sobre o “outro”, e não de nós mesmos, pois somente “os outros” envelhecem, como se conosco essa fase da vida inexistisse; contudo muitas vezes a ideia do envelhecimento está associada à morte, por essa lógica é que se torna tão difícil pensar na velhice.

Concone (2007, p. 21) apresenta uma posição interessante para refletir e entender esse modo de pensar:

“... a presença de idosos ‘nos nossos espaços’ nos confrontaria com a passagem do tempo para nós próprios, nos obrigaria a encarar nossa fragilidade e nossa finitude... Negar o idoso de carne e osso seria negar a finitude. De carne e osso porque o ‘idoso idealizado’ é objeto de respeito, ‘pela sabedoria acumulada’, pela ‘experiência’, pela ‘memória’”.

Não podemos negar a história que a própria pessoa constrói, e que é marcada em seu corpo, em sua mente, em sua afetividade. O corpo carrega as ‘marcas’ positivas e negativas da vida, ele é um reflexo de tudo que absorvemos e transformamos em nossa existência.

Ao longo da civilização humana, muitos estudos surgiram relacionados às significações do corpo. Segundo Foucault (2009, p. 110), nos séculos XVII e XVIII, a preocupação era com a normalização da sociedade (o que interessava ao governo era uma mão de obra constituída por indivíduos “saudáveis” e aptos para o trabalho). Essa normalização pressupunha uma “domesticação”, um adestramento dos indivíduos considerados desviantes, anormais.

É nessa época que o corpo é descoberto como objeto e alvo de poder. Um corpo que pode ser manipulado, modelado, treinado, submetido às ordens preestabelecidas. Neste sentido, na análise de Foucault, há uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado.” (Foucault, 2009, p. 118).

Percebemos muitas vezes, na velhice, um corpo pouco conscientizado, pouco experimentado, uma postura corporal mais enrijecida, fruto da forma como a pessoa escolhe ‘viver o seu corpo’ durante a vida. Segundo Foucault, este é um corpo obediente, adestrado. Um corpo que carrega as marcas de suas histórias, de suas experiências, de suas memórias e de seus valores enraizados, como assinala Tótora (2006, p. 36.37):

“Em uma cultura, que valoriza os excessos de prazeres e o culto da felicidade como ausência de sofrimentos, doença e dor, ser velho assume um estatuto negativo. O

velho, nesta relação de poder e de saber, dispõe de um corpo alvo de controle de uma ciência à qual se atribui a meta de prolongar a vida, evitando a morte.”

Nesta concepção simplista e alicerçada na política do poder, a velhice é um fim, em que, muitas vezes, não se permitem novos projetos de vida, diferentes sonhos e expectativas.

Tótorá (2006, p. 32) reflete sobre um outro olhar ao conceber a velhice: “... compreende um modo artístico de viver, que se distingue do saber e do poder – e mesmo fora deles - e, portanto, não segue os códigos estabelecidos de comportamentos”.

Sob esse olhar, podemos dizer que o velho não espera pela morte, ele simplesmente usufrui a vida. Nesta concepção se pressupõe que diariamente aprendemos e reestruturamos nossos projetos, desejos e expectativas.

Analisando sob esse prisma, como e quando os nossos projetos de vida são pensados, estruturados e concretizados? Eles se findam na velhice ou se reconstróem diariamente? Os projetos estão acabados ou se renovam a cada instante? Essas e tantas outras questões nos fazem repensar a nossa postura diante da vida e diante da velhice. Como contempla Bosi (2012, p. 80):

“Durante a velhice deveríamos estar ainda engajados em causas que nos transcendem, que não envelhecem, e que dão significado a nossos gestos cotidianos. Talvez seja esse um remédio contra os danos do tempo”

Contudo, ainda carregamos os estereótipos de uma visão preconceituosa e negativista do idoso, muitas vezes, como coadjuvante da sua própria vida, esquecendo-se de que é o protagonista. Conduzir a própria existência é uma construção diária e não uma atitude a ser adquirida na velhice.

Muitas são as propostas, tanto no serviço público como no privado, que visam melhorar a qualidade de vida do idoso, sem que, ao menos, se realize um levantamento prévio de quais são as reais necessidades e desejos desse segmento.

Devemos ter um entendimento da velhice considerando sua complexidade, o que exige rever o sentido do processo de envelhecimento e do ser idoso. Silveira (2009, p. 14) compactua com essa concepção mais abrangente e multifacetada sobre essas questões e define as pessoas idosas:

“Como indivíduos ativos, os idosos percebem, sentem, emocionam-se, pensam, refazem, criam e aprendem, abrindo, assim, a possibilidade de se integrarem em todos os domínios da vida social.”

A sociedade busca alternativas para contemplar essa amplitude e a multidimensionalidade da velhice; assim, cada vez mais, surgem propostas, programas e projetos com perspectivas de reconhecimento do poder da pessoa idosa para garantir-lhe não apenas uma existência longa, mas que esse período seja também mais saudável e feliz.

Todos esses projetos e programas estão embasados no “envelhecimento saudável e ativo”, termo adotado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para expressar o processo de conquista que inclui uma visão mais complexa e ampla sobre o envelhecimento. “O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (World Health Organization, 2005, p. 13)

Visando viabilizar a mensuração da qualidade de vida humana, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu, em 1998, especialistas de várias partes do mundo (The WHOQOL Group), para debater o tema. A posição de consenso defende qualidade de vida como “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”. O grupo também normatizou a concepção de qualidade de vida

com enfoque biopsicossocial, propondo um questionário – WHOQOL - como parte de um conjunto de ações:

A Organização Mundial da Saúde, a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto em uma perspectiva individual como social. Tem sido ressaltada a importância da utilização da metodologia qualitativa. O *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional. (Fleck et al, 2003, p. 794)

A visão multidimensional da qualidade de vida amplia a visão simplista de conceber a velhice, pois, enquanto vivemos, estamos aprendendo e realizando novos projetos de vida. Na velhice não é diferente, pois ainda estamos vivendo e, como seres inacabados, reaprendendo e reconstruindo. Como enfatiza Freire (2011, p. 50), “o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento”.

Estar engajado em novos projetos é uma das formas em que o idoso pode exercer o direito de sua cidadania e preservar sua qualidade de vida. Nossos sonhos, ideais e projeções futuras são fruto da forma como exercitamos nossa cidadania. A autonomia do idoso vai se construindo ou se fortalecendo na medida em que se respeita sua história de vida, seus valores e sua forma de enxergá-la, enfim, sua visão de mundo, tendo em vista que a velhice se constitui numa fase da vida e não no seu fim.

Importante também pensarmos sobre o papel do idoso como um indivíduo que carrega a sabedoria da vida, histórias vividas e marcadas no tempo, na sua memória e em seu próprio corpo. Como elucida Silveira (2009, p. 14):

“Comumente os idosos não são vistos, ouvidos, tocados, mas rejeitados, não desejados e, muitas vezes, ridicularizados pelas marcas que o tempo cronológico deixou e que se evidenciam em seu corpo, em sua motricidade. Suas dificuldades são consideradas insuperáveis ou se constituem em obstáculos em relação a valores como produtividade, rapidez e destreza.”

Essas reflexões nos desafiam e estimulam na construção de novos projetos, numa perspectiva ampla e holística de perceber e entender múltiplas linguagens, dentre elas a linguagem do corpo, em suas mais variadas e diversificadas facetas. A Psicomotricidade é uma alternativa de trabalho com o corpo em uma concepção multidimensional.

Ela surge como ciência nos séculos XIX e XX com uma nova perspectiva, uma visão integradora de corpo que antes era visto de maneira fragmentada. Ao contrário dos processos de sujeição e aprisionamento do corpo, apontados por Foucault (2009), surge a concepção de libertar e possibilitar que o sujeito encontre seu lugar no mundo, mediante conscientização desse mesmo corpo, concebido como único e cujos gestos possam representar sua assinatura, sua marca pessoal e intransferível.

Wallon (1997), um dos principais e dos mais importantes pioneiros da Psicomotricidade, em sua obra “Do ato ao pensamento”, enfatiza que a Psicomotricidade diferencia-se da motricidade, uma vez que sua atuação tem por finalidade elevar as sensações, percepções e outros componentes do funcionamento psíquico em níveis de regulação, conscientização, simbolização, verbalização e conceitualização, efetivando-se por mediação do corpo, do gesto, da ação e do questionamento.

Pensar o corpo como sede de nossas ações, reflexões, construções, pensamentos, frustrações, experiências negativas e positivas é entendê-lo como sede da nossa própria vida. Observar o corpo nessa concepção ampla e complexa é entender as marcas da vida, o corpo como a fotografia de nossa existência.

Os estímulos, ensinamentos e conhecimentos recebidos durante a vida são cumulativos para efetivar processos de aprendizagem no transcorrer dos anos. Como aproveitamos no nosso cotidiano as aprendizagens acumuladas e transformadas no caminhar da vida? Como transcendemos a vida até chegar à velhice?

A Psicomotricidade contempla essa visão longitudinal, apoderando-se do estudo humano desde o nascimento até a velhice.

A Gerontopsicomotricidade, enquanto área da Psicomotricidade que estuda o envelhecimento humano pode ser uma das alternativas de atenção à pessoa nessa fase da vida, em uma visão multidimensional do ser, pois, tem como meio e como fim, a consciência do corpo numa dimensão holística, adaptada às necessidades funcionais específicas do idoso, escapando à imobilidade, à passividade, ao isolamento, à solidão, à depressão, à dependência, à institucionalização e à segregação, favorecendo, assim, o envelhecimento ativo e novos projetos de vida.

Essa visão contínua do processo de construção cognitiva é ressaltada por Silveira (2009):

“As ações educacionais devem envolver pessoas de todas as idades, em especial os idosos que precisam se preparar, individual e coletivamente, para viver com dignidade e plenitude a fase da velhice que vem se prolongando continuamente diante das conquistas científicas e tecnológicas.”

Com o aumento significativo do segmento idoso na população mundial e brasileira, conseqüentemente torna-se importante e primordial pensar em novos projetos e ações com enfoques biopsicossociais para este grupo crescente. Cabe nos inquietarmos para repensar como viver a velhice com dignidade e qualidade de vida.

As reflexões anteriores indicam a importância de que as questões norteadoras deste projeto de pesquisa estejam fundamentadas em uma base conceitual que articule contribuições de diferentes áreas de conhecimento, como Gerontologia, Filosofia,

Antropologia, Educação e Psicomotricidade. Essa base teórica permitirá abordar temáticas pertinentes ao objeto de estudo, tais como: envelhecimento, velhice, longevidade, qualidade de vida, corpo e psicomotricidade.

Justifica-se, portanto, o principal objetivo desta pesquisa, de investigar as concepções de pessoas idosas sobre Velhice, Longevidade, Corpo e diferentes dimensões da qualidade de vida, tendo em vista contribuir na estruturação de políticas educativas com embasamento na Psicomotricidade.

O desafio existe, os questionamentos e a persistência são elementos fundamentais para esse estudo, como contempla Morin:

“O inesperado se torna possível e se realiza, vimos com frequência, que o improvável se realiza mais do que o provável; saibamos, portanto, esperar o inesperado e trabalhar pelo improvável.” (2011, p. 80)

O presente trabalho está organizado estruturalmente em dois capítulos: 1) Revisão de Literatura; e 2) Pesquisa de Campo. No primeiro apresentamos as bases teórico-conceituais que deram origem e embasaram o presente estudo, permitindo ao leitor compreender as questões que estão envolvidas na temática. O conteúdo foi organizado em quatro tópicos. No primeiro *Gerontologia Crítica: reflexões sobre envelhecer e longeviver* o objetivo foi apresentar a concepção reflexiva-crítica na abordagem da Gerontologia Social em relação ao envelhecimento e a velhice. No segundo tópico *Multidimensionalidade da Qualidade de vida* apresentamos uma retrospectiva sobre a construção do conceito de qualidade de vida e suas implicações objetivas e subjetivas. No tópico *Psicomotricidade: visão biopsicossocial do corpo* relatamos a visão dessa ciência sobre as concepções do corpo e sua multidimensionalidade em relação velhice. No último tópico da Revisão de literatura *Dimensionalidade da memória: memória corporal*, apresentamos as concepções de diversos autores sobre a memória e sua dimensão no envelhecimento. No capítulo 3 apresentamos todas as etapas do trabalho de campo. Estão inclusos nesse capítulo a explicitação dos procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de dados e os resultados da análise e discussão.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

2. 1. Gerontologia Crítica: reflexões sobre envelhecer e longeviver

A Gerontologia surge com foco na visão médica, pois a velhice, até então, era associada a doenças. Segundo Foucault (2013, p. 96), “a história natural, desde a segunda metade do século XVII, se propusera analisar e classificar os seres naturais segundo suas características visíveis”, ou seja, ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias. Esse modelo positivista em que a medicina se sustentava continua vigente, em parte, até hoje, alicerçado no sintoma como forma de manifestação da doença.

A proposta de mudança desta visão já tão enraizada na concepção que se tem de velhice nos propõe realizar uma verdadeira viagem de descobertas em relação à outra forma de “ver” o sujeito. Mas como quebrar um paradigma que basicamente faz parte do coletivo inconsciente dos sujeitos que vivem em sociedades em que o modelo imperialista do poder médico domina?

Foucault (2013) propõe a desconstrução da forma de pensar a doença, não encará-la somente como um conjunto de sintomas, e sim escutar o que o corpo nos demonstra, pois “todo sintoma é signo”, mas “todo signo não é sintoma”.

Essa reflexão nos convida a repensar a forma como concebemos a velhice e conseqüentemente a forma como visualizamos a Gerontologia.

Quaresma (2006, p. 20) comenta que a procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e social, ao nível do impacto dos fenômenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida, a morte e a velhice, nas práticas culturais e na relação com o tempo, deu lugar à construção de uma área transdisciplinar do conhecimento a que chamamos Gerontologia Social.

O caráter interdisciplinar e crítico da Gerontologia Social concebe o ser de forma holística, o que descaracteriza a visão unilateral médica de como ver, entender e viver a velhice.

Para Quaresma (2006), a Gerontologia Social, ao perspectivar uma abordagem transdisciplinar dos fenômenos do envelhecimento, procura ultrapassar uma visão “reducionista”, “monodisciplinar”, muito presente na paisagem investigativa gerontológica: as diferentes disciplinas não se têm encontrado na construção dos objetos de investigação.

A análise crítica desenvolvida no seio das ciências sociais, ao pôr em evidência a importância do entrosamento entre os fatores individuais e a historicidade que lhes será associada deu um contributo extremamente relevante e decisivo para a construção da Gerontologia Social: novos ângulos de análise têm focado a organização social, os modos de vida, as questões culturais e políticas como dimensões estruturantes do envelhecer e dos percursos de envelhecimento na passagem a uma vida adulta prolongada pelo aumento substancial das conquistas tecnológicas e científicas, o que propicia novas expectativas com relação a esperança de vida.

Encontra-se, nesse ponto de vista, um viés importante entre essa visão ampla e multidimensional da Gerontologia Social e a Psicomotricidade, pois esta ciência também considera a complexidade do “ser” como holístico em suas dimensões cognitiva, afetiva, social e motora.

A reversão dessa forma fragmentada de enxergar o ser, porém, depende de como concebemos a saúde e a doença, assim como sua relação direta com a velhice. Tomando como base essas conceituações, torna-se primordial rever o conceito de velhice.

Mucida (2009) analisa a concepção de velhice de uma maneira bem peculiar. Ela a considera como uma escrita, o resultado de um processo sem fim. Nós mesmos devemos

dar outro significado a nossa história, pois, na velhice, somos fruto do que pensamos e executamos, do que erramos, do que construímos e do que desconstruímos para reconstruir.

Nossa vida é um entrelaçamento de fatos, e a forma como realizamos essa construção é que vai caracterizar a nossa história ou a proposta de uma nova história, pois acreditamos que na velhice podemos dar continuidade aos projetos já iniciados como também vislumbrar novos desafios. Nessa perspectiva, compartilhamos da apreciação de Messy (1999, p. 10), de que a “velhice não é uma passagem obrigatória para a morte”.

Considerando essa premissa, é importante rever como o conceito de velhice, se constitui durante a existência de cada pessoa. Messy (1999, p. 14) afirma que:

“a velhice não tem nada a ver com a idade cronológica. É um estado de espírito. Há “velhos” de vinte anos, como há jovens de oitenta. Trata-se de uma questão de generosidade de sentimentos, mas também de uma maneira de conservar em si suficiente cumplicidade com a criança que fomos”.

A vida não é linear, assim como o envelhecimento também não é. Ele não ocorre de forma rigorosa temporalmente falando. Não conseguimos enxergar a nós mesmos, velho sempre é o outro, e nós somos sempre velhos para alguém. “A imagem da velhice parece uma imagem ‘fora’, no espelho, imagem que nos apanha quando é antecipada e produz uma impressão de inquietante estranheza”. (Messy, 1999, p. 14) Carregamos esse estigma como uma maneira de negar o natural do envelhecimento, negar a velhice é negar o natural de uma das etapas da vida.

Essa ideia está relacionada à forma como nos vemos desde o início de nossa vida. Eis mais um encontro fantástico com a Psicomotricidade, que tem como objeto de ação o corpo, a sede de todas as experiências e as marcas de nossa vida; armazenamos em nossa memória corporal, então, um verdadeiro “chip de nossa existência”.

O envelhecimento carrega, no inconsciente das pessoas, a visão de perda, “se fizermos pender o envelhecimento para o lado da perda, constataremos que concerne a todas as etapas da vida e não apenas à última”. (Messy, 1999, p. 20)

É necessário rever o conceito de perda, que não é, necessariamente, um ato negativo, indicativo do fim, pode ser o início de uma transformação, uma mudança ou uma aquisição.

“O registro corporal é, sem sombra de dúvida, aquele que fornece as características da pessoa de idade avançada: cabelos brancos ou calvície, rugas, reflexos menos rápidos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento, etc. Mas podemos ter essas coisas, sem sermos socialmente velhos, como podemos ter bastante idade sem aparentar para satisfação de um narcisismo galante.” (Messy, 1999, p. 25)

Os registros são individuais, mas muitas vezes as referências sobre os aspectos fenóticos da velhice são sociais, e novamente reafirmamos que somos fruto de nossas vivências sociais. Como afirma Messy (1999, p. 30), “o aparecimento da velhice aconteceria por ocasião de uma ruptura brutal do equilíbrio entre perdas e aquisições”.

Com a complexidade do envelhecimento, a perspectiva da longevidade surge como uma questão a ser refletida e analisada cuidadosamente, tanto no âmbito da perspectiva de estratégias de ação diante do prolongamento da vida, quanto na inserção de procedimentos nas agendas de políticas públicas.

Longeviver é um dos fatores de importância ímpar nas discussões sobre o envelhecimento. Cada vez mais se torna prioritária a discussão sobre o aumento da expectativa de vida, a longevidade, assim como o desdobramento dessas reflexões.

Para iniciar essa discussão, é primordial entender que, apesar de envelhecimento e longevidade serem conceitos utilizados como sinônimos, Diniz (2014) estabelece uma distinção entre os dois conceitos:

“Envelhecimento e longevidade são dois conceitos correlacionados, mas que têm acepções diferentes. Segundo o dicionário Houaiss, longevidade significa: característica ou qualidade de longo; duração da vida mais longa que o comum. Envelhecimento significa: ato ou efeito de envelhecer; ato ou efeito de tornar-se velho, mais velho, ou de aparentar velhice ou antiguidade.” (Diniz Alves,2014)

Partindo do princípio de que são dois conceitos diferentes, não podemos esquecer que são complementares, quando estudamos e propomos ações, projetos, programas para um envelhecimento ativo, que decorre como consequência, do longeviver que implica questionar as condições básicas de saúde, assistência e qualidade de vida.

Brandão & Mercadante (2008:19) refletem sobre essa temática: “Quando abordamos a complexidade que envolve a questão do envelhecimento como fato biológico e a decorrente longevidade, devido às descobertas científicas e ganhos sociais, indicamos também uma perspectiva filosófica e acreditamos que dela deve surgir a conscientização e a ação política desse empoderamento e enfrentamento dos desafios de uma vida longa e de qualidade”.

Então, como viver a longevidade com dignidade? Uma questão a ser discutida tanto pelos que vivem mais, como pelos profissionais envolvidos com a Gerontologia.

Como ponderam Brandão & Mercadante(2008, p. 16):

“Longeviver é um tornar-se velho, com estas diferentes marcas únicas – sempre em processo de reconstrução – de como aprendemos e vivemos todas as idades da vida, construímos essas histórias de “nós mesmos”, marcadas pela alegria, o reconhecimento e a superação, ou pela tristeza, amargura e ressentimento”.

A longevidade nos faz refletir sobre a máxima “viver mais”, atrelada à outra afirmação: “viver mais e viver bem”. Mas o que é viver bem? O que é bom para uma

pessoa não é necessariamente para outra; mensurar o que é “viver bem” é extremamente singular, por essa razão a participação efetiva dos longevos nessa discussão torna-se primordial. É importantíssima a opinião dos atores mais importantes dessa questão, os idosos que estão vivendo acima da média determinada pelas estatísticas mundiais sobre a faixa etária para o envelhecimento.

De acordo com Quaresma (2006, p. 36), vivemos mais porque vivemos melhor, mas interrogamo-nos como gerir este percurso mais longo, como enfrentar algo que mal conhecemos, mas que, por isso, ainda mais receamos – a redução das nossas capacidades e, muito em especial, a eventual perda de autonomia numa cultura que a elege como atributo fundamental.

Partindo desses argumentos, o foco principal deste estudo é a percepção de cada participante do Núcleo de Idosos Celebe em relação à atividade corporal experimentada, assim como a essência e singularidade do depoimento de cada sujeito sobre a vivência nas “Oficinas Psicomotoras”.

Como afirmam Brandão & Mercadante (2008:75), “no processo de longeviver – experiência única, em suas particularidades e subjetividades -, quantas vezes nos questionamos ou fomos questionados, a respeito do lugar que ocupamos – o ser-estar no mundo?”

A longevidade nos faz refletir sobre a existencialidade como sendo o tempo vivido, porque o tempo é o sentido da vida.

Mas o que é o tempo? Para Martins (1998) precisamos sair da concepção popular de tempo para conceber o sujeito humano e o tempo, como se comunicando de dentro para fora. Poderíamos, então, dizer que a existência não pode ter qualquer contingente externo ou atributo (ser visto como criança, adulto e velho). Desta forma, o tempo não pode ser concebido somente como cronológico, sem uma visão da totalidade e dimensionalidade do ser.

O tempo não é um processo real, uma sucessão de eventos que nos dá prazer em registrar. O tempo origina-se das relações com as coisas em si mesmas. Há um futuro e um passado que estão em um estado de pré-existência eterna e de sobrevivência. Mas o que é o passado ou o que é o futuro é também o presente no mundo. O futuro não existe ainda, e o passado não está muito longe, enquanto que o presente, falando-se estritamente, é infinitesimal; nesse caso, quando segmentada em momento cronológico, a ideia de tempo entra em um colapso, pois o tempo se torna limitado.

Não é possível construir um futuro a força, a partir de conteúdos da consciência: nenhum conteúdo real pode ser tomado como evidência no que se refere ao futuro, uma vez que o futuro não existe ainda e não pode como o passado, determinar marcas sobre os indivíduos.

O acesso a uma temporalidade genuína exige uma reavaliação do passado, presente e futuro condutores da nossa vida. Eu sou o tempo, um tempo que habito e que não flui simplesmente; sob essa ótica somos o que vivemos. Nosso corpo registra as sensações, vivências e experiências ao longo do tempo, que se tornam sempre presentes.

Tenho um corpo e isso é inegável para qualquer um de nós. Somos nosso corpo e esta é minha essência. Da mesma forma que tenho um corpo, tenho um futuro que é, também, a essência de um presente. Nada é estático ou parado. Nem uma tematização teórica científica, nem um pensamento objetivo pode desvelar uma função corporal que seja estritamente independente das estruturas corporais, assim como não podemos pensar no mental, no espiritual, que não estejam fundamentados em infraestruturas corporais.

É fantástico descobrirmos que “somos”, temos um corpo que é nosso e que vive as próprias experiências. É primordial pensar que o tempo não é uma dimensão cronológica, medida em dias, meses e anos, mas sim um horizonte de possibilidades do Ser.

Para Martins (1998) é importante saber que não sou *Cronos*, isto é, um tempo delimitado por mensurações provenientes das pesquisas da ciência ôtica, que se esquece do Ser e das suas possibilidades... É importante pensar que somos *Kairós*, isto é, um tempo vivido em uma determinação consciente e efetiva de nossa existência. Uma consciência de que é o tempo que indica novas direções.

Cada um constrói sua própria história e a reescreve quando quer ou necessita; não existe tempo “*cronos*” para essa atitude, não existe rascunho da vida, mas existe a possibilidade de um novo recomeço e de novos arranjos a cada dia.

Ter sonhos e viver de forma intensa e leve em qualquer fase da nossa vida depende de como encaramos as possibilidades que ela nos oferece. “É preciso aprender a navegar em oceanos de incertezas em meio a arquipélagos de certeza”. (Morin, 2011, p. 17)

Torna-se imprescindível que o idoso resgate sua trajetória de vida, revise suas memórias, redescobrando assim seus potenciais e reforçando o significado de sua existência na perspectiva de protagonizar novas formas de exercitar a cidadania.

Provavelmente as pessoas carregam o forte desejo de ‘*ter*’ a cada dia mais e mais bens materiais, sonhos alicerçados em novas conquistas, como um imóvel ou um carro novo. Como se o ‘*ter*’ contemplasse o verdadeiro sentido da vida.

Nesse contexto se faz necessário e prioritário pensar como o ser humano se constitui alicerçado em quais valores, princípios e aspectos éticos, e como exerce a sua cidadania.

Bruno (2003, p. 75) estabelece uma relação interessante entre educação e cidadania:

“Como cidadania é exercício, é movimento, educar para a cidadania é estabelecer o desenvolvimento de um processo de aprendizado social na construção de novas formas de

relação, contribuindo para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos.”

Considerando essa reflexão, o idoso é o resultado de como viveu o seu processo de aprendizado. Os seus projetos e perspectivas de vida são alicerçados na forma como concebe o mundo, de como é o seu papel na sociedade: coadjuvante ou protagonista de sua própria vida.

De acordo com as possibilidades que a vida nos oferece e a forma como respondemos às exigências do cotidiano, seja nas relações familiares, sociais ou profissionais, optaremos pela condição de coadjuvantes ou protagonistas de nossas próprias vidas.

Os princípios e valores que permeiam a formação de um indivíduo é que vão determinar sua visão de homem e de mundo; sua ação será sempre um reflexo desse processo que é social e educativo, o que determinará a forma como exercerá sua cidadania. De acordo com Silveira (2009),

“o exercício da cidadania depende de aprendizagens que são desenvolvidas em diferentes espaços sociais, através de ações educacionais e socializadoras que propiciam a aquisição de informações e o desenvolvimento de habilidades necessárias para reconhecer, elaborar, cumprir e recompor deveres, assim como para construir e compartilhar movimentos de luta em defesa dos direitos humanos.”

Refletir sobre o verdadeiro exercício da cidadania, o efetivo direito à cidadania inclui questões sob o ponto de vista ético, educacional e social. Todo o cidadão tem o direito de expressar suas ideias e lutar pelos seus direitos. Mas torna-se imprescindível discernir a respeito de quais são as suas ideias e ideais, e quais são as impostas pela sociedade. Esse questionamento determinará se é um cidadão dependente das necessidades que uma sociedade espera dele, reproduzindo princípios e ideais já cristalizados, ou um cidadão crítico e ator de sua própria história e protagonista de sua existência.

Partindo dessa reflexão e ao abordar o significado do ‘ser cidadão idoso’ Silveira (2011, p. 16) explicita:

“o desenvolvimento de competências e habilidades para exercitar a cidadania implica em desenvolver um pensamento crítico sobre os valores culturais predominantes e as práticas sociais que impõem uma concepção de velhice impregnada de preconceitos e discriminações. Os estereótipos existentes precisam ser desconstruídos para que os idosos possam viver com autonomia e liberdade nos diferentes espaços de convivência humana.”

Nossos projetos de vida, sonhos, ideais e projeções futuras são fruto da forma como exercitamos nossa cidadania, e a velhice será o reflexo dessa vivência “autônoma”, ou não. Projetos alicerçados em princípios do “TER” se esgotarão na medida em que se cumpre e se compra o desejo, e logo surge o esvaziamento do “SER”. Como analisa Bosi (2012, p. 80): “Durante a velhice deveríamos estar ainda engajados em causas que nos transcendem, que não envelhecem, e que dão significado a nossos gestos cotidianos. Talvez seja esse um remédio contra os danos do tempo.”

Estar engajado em novas causas é uma das formas em que o idoso pode exercer o direito de sua cidadania. Enquanto “ator” de sua própria vida, continua seu processo de construção do conhecimento, pois, segundo Bosi (2012, p.75):

“Os projetos do indivíduo transcendem o intervalo físico de sua existência; ele nunca morre tendo explicado todas as suas possibilidades. Antes morre na véspera e alguém deve realizar suas possibilidades que ficaram latentes, para que complete o desenho de sua vida.”

A história de vida de cada pessoa é desenhada ao longo de sua existência; não existe uma finitude certa, um ponto final; tudo é passível de questionamento, mudança e transformação; aliás, esse é o verdadeiro sentido da vida: buscar cada vez mais novas

concepções, novos conhecimentos e aceitar as novas mudanças que ocorrem até mesmo independentemente de sua vontade.

Segundo Freire (2011, p. 50), “o inacabamento do ser, ou sua inconclusão, é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento”. Enquanto vivemos estamos aprendendo e realizando novos projetos de vida. Na velhice não é diferente, pois estamos vivendo e ainda inacabados, reaprendendo e reconstruindo.

Considerando essas premissas, percebe-se a importância dos programas de atenção ao idoso. As possibilidades de construção de novos projetos, de novos olhares e de novas perspectivas, são indicadores de que a velhice se constitui numa fase do processo de envelhecimento da vida e não seu fim.

Importante também pensarmos sobre o papel do idoso, como um indivíduo que carrega a sabedoria da vida, histórias vividas e marcadas no tempo e na sua memória, a história real da humanidade. Vivências estas que muitas vezes o jovem e o adulto desconsideram, como se o conhecimento do idoso e sua sabedoria envelhecessem e fossem descartáveis. Como afirma Bosi (2012, p. 76): “Nos melhores aprendizes a gratidão acompanha o sentimento da própria superioridade em relação ao velho. Mas o comum dos aprendizes, quando a fonte doadora esgotou seus benefícios, volta-lhe as costas e busca outras fontes.”

Esta ideia simplista e imediatista reforça os valores e preceitos alicerçados no princípio de ‘*ter*’, em detrimento do ‘*ser*’. O idoso é um ‘*ser*’ em constante mudança; por essa razão, os projetos educacionais para os idosos não deveriam partir de uma atitude assistencialista, mas, serem pautados por uma reflexão constante de como nos posicionamos perante a sociedade, na condição de ser humano ativo ou um ser passivo e passível da autoridade de alguém.

A autonomia do idoso vai se construindo ou se fortalecendo na medida em que se respeita sua história, seus valores e sua forma de enxergar a vida. As memórias de uma

existência são muitas vezes mais efetivas e significativas do que histórias que são frutos de narrativas de outrem.

Segundo Bosi (2012, p. 82), “um mundo social que possui uma riqueza e uma diversidade que não conhecemos pode chegar-nos pela memória dos velhos”.

A riqueza e a sabedoria de um idoso são intransferíveis e ficam marcadas em sua vida; podem e deveriam ser passadas de geração em geração. E com o aumento da expectativa de vida, essa riqueza de vivências e sabedoria poderia ocupar um lugar de destaque nas agendas políticas.

Envelhecimento é explicado pela história de vida, pela história social do seu grupo e pelo meio ao qual se integra.

Diante dessa problemática que envolve todos os continentes, a Organização Mundial de Saúde promoveu discussões sobre a temática *Envelhecimento Ativo*, que norteou o Ministério da Saúde a criar programas e ações relacionadas ao Envelhecimento Saudável.

2.1.1. Envelhecimento Ativo

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS - WHO (2005),

“O programa do Ministério da Saúde ‘Brasil Saudável’ envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais e saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimento saudável e a redução do consumo de tabaco. Essas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique, também, um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.”

Quanto ao envelhecimento biológico, pode entender-se como a incapacidade progressiva resultante do declínio do sistema imunitário do organismo, mas não suficiente para definir velhice. É bastante comum, em nossa sociedade, nos depararmos com o conceito de envelhecimento relacionado ao estereótipo de doença, o que muitas vezes é utilizado até como sinônimo quando nos referimos ao idoso. A frase: “estar esclerosado empregada no sentido de estar velho”, aparece com freqüência o que denota o caráter inadequado da conceituação.

Enquanto a OMS entende envelhecimento saudável como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, é primordial que essa conscientização de envelhecimento saudável aconteça no transcorrer da vida. Cabe ressaltar que o bem-estar físico, mental e social é um referencial de saúde, como definido pela OMS desde 1948.

Para Machado (2007, p. 56), “O envelhecimento de um ser humano é um processo cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido”. O conceito de envelhecimento na sociedade contemporânea não considera somente os efeitos da idade (dieta alimentar, consumo de álcool, tabagismo, circunstâncias de trabalho, ausência de políticas de saúde, condições habitacionais). A velhice é um conceito muito mais amplo e complexo, em contraposição ao prolongamento significativo da longevidade da população ocidental.

Diante da abrangência do conceito de envelhecimento, o termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90; com ele, procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que o “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além do cuidado com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

“Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que

as pessoas ficam mais velhas.” (OMS, 2005 p. 13) A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Esclarecida a amplitude da palavra “ativo”, o documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde, “Envelhecimento Ativo”, tem uma abrangência e complexidade que extrapolam a visão reducionista e de senso comum em relação a condição de ser uma pessoa ativa.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e garantir a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas, e que requerem cuidados especiais.

Para Machado (2007, p. 57), há “três aspectos do envelhecimento que importa sublinhar numa discussão sobre o significado de envelhecimento ativo associado:

1. ao declínio, mais ou menos rápido, das funções fisiológicas, histológicas, bioquímicas ou genéticas;
2. causas intrínsecas e extrínsecas;
3. consequências no comportamento do indivíduo.”

Partindo dessas considerações, os três pilares do envelhecimento ativo pautados na estrutura política, desenvolvimento econômico e coesão social são: participação, saúde e segurança, e que fazem parte dos princípios determinantes das Nações Unidas.

Para a Organização Mundial da Saúde, o termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Por isso, em um projeto de ação alicerçado no documento da OMS, “Envelhecimento Ativo”, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto as que melhoram as condições físicas de saúde.

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

A qualidade de vida que as pessoas terão quando idosas depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades que consideram as pessoas mais velhas como alvos passivos e passam a ter uma abordagem fundamentada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade. De acordo com OMS (2005, p. 17), quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente:

- menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos;
- menos deficiências associadas às doenças crônicas na terceira idade;
- mais pessoas com uma melhor qualidade de vida durante o envelhecimento;
- à medida que envelhecem, mais indivíduos participando ativamente dos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária;
- menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal, ou seja, o cuidado consigo mesmo.

Dentre vários exemplos, podemos citar a participação em atividades físicas regulares e moderadas, que podem retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos.

Outra dimensão de extrema relevância, quando nos referimos ao envelhecimento ativo, são os aspectos psicológicos, que incluem a inteligência e a capacidade cognitiva; por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade.

Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas, inclusive a rapidez de aprendizagem e a memória, diminuem, naturalmente, com a idade. Entretanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência, além de novas possibilidades de aprendizado compatível com a idade e outras oportunidades de ampliação do convívio sociocultural.

Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso e falta de prática; doenças, como depressão; fatores comportamentais como o consumo de álcool e medicamentos; fatores psicológicos, por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas; e fatores sociais como a solidão e o isolamento, muito mais do que o envelhecimento em si. (OMS, 2005, p. 26)

Observamos aqui um viés importante a respeito de um dos propósitos dessa pesquisa: a reflexão sobre a Psicomotricidade como ciência holística e multidimensional, que tem como pilar os aspectos cognitivos, afetivos, sociais e motores, assim como a sugestão da inclusão dessa ciência em atividades curriculares nos Núcleos para Idosos conveniados com a prefeitura da cidade de São Paulo, um dos programas subsidiados pelo documento da OMS, “Envelhecimento Ativo”.

Diante dessas discussões a respeito do envelhecimento ativo, fica clara a necessidade do idoso de conduzir sua própria vida, assim como ter autonomia nas escolhas e suas consequências. A OMS descreve o conceito de autoeficiência como a

crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida, e está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e à preparação para a aposentadoria, reafirmando a importância do “empoderamento” da sua própria história de vida.

Para Machado (2007, p. 59), “estamos diante de uma nova agenda de políticas para um problema social que se vê agravado nas últimas décadas”. Segundo a OMS (2005), as políticas e programas precisam respeitar culturas e tradições e, ao mesmo tempo, desmitificar estereótipos ultrapassados e informações errôneas. Além disso, há valores universais essenciais que transcendem a cultura, tais como a ética e os direitos humanos.

A velhice foi tradicionalmente associada à aposentadoria, à doença e à dependência; as políticas e programas vinculados a este paradigma ultrapassado não refletem a realidade atual da sociedade brasileira.

Diante dessas discussões anteriormente relatadas, que foram primordiais para elaboração do documento “Envelhecimento Ativo”, surge um novo paradigma que desafia o ponto de vista tradicional de que aprender é função apenas de crianças e jovens, trabalhar é tarefa da meia idade, e aposentar refere-se ao idoso.

O novo paradigma requer programas que reforcem o aprendizado em todas as idades e que permitam às pessoas entrarem no mercado de trabalho e saírem dele, para assumir o papel de cuidadores em diferentes momentos. Essa abordagem apoia a solidariedade entre as gerações e fornece maior segurança para crianças, pais e pessoas idosas. Nesta concepção emerge o sentido da intergeracionalidade um dos focos principais da abordagem Gerontológica, assim como a interdisciplinaridade, disponibilizando atuações efetivas em todos os níveis.

Os próprios idosos e a mídia devem liderar a criação de uma imagem nova e mais positiva da velhice. Sob essa ótica retornamos à questão principal deste estudo, a

qualidade de vida do idoso. Percebemos que trabalhar com grupos de idosos para fornecer imagens positivas e informações educativas sobre o envelhecimento ativo é confrontar, desvendar e eliminar estereótipos negativos sobre o envelhecimento e a velhice.

Para concluir este primeiro capítulo da pesquisa, concordamos com Quaresma (2006), ao contemplar que a velhice, melhor dizendo, as velhices, atuais e futuras, são testemunhos vivos destas mudanças. Como tal, continuam a representar, a retratar cada sociedade, cada comunidade, nos seus valores e sentido, reconstruindo a memória de si e do mundo. Este é, sem dúvida, o desafio maior à construção do conhecimento gerontológico.

2.2. Multidimensionalidade da Qualidade de Vida

A qualidade de vida é de difícil conceituação. Durante décadas, o debate sobre o seu significado não encontrou consenso satisfatório.

Segundo Paschoal (2000, p. 19), após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi usado para se referir à conquista de bens materiais. A seguir, o conceito foi ampliado, para medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída. Indicadores econômicos surgiram e se tornaram instrumentos importantes para medir e comparar qualidade de vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas.

Os anos se passaram, e o conceito se ampliou, para significar, além do crescimento econômico, também o desenvolvimento social (educação, moradia, transporte, lazer, trabalho). Os indicadores também se ampliaram, entre eles a esperança de vida e a perspectiva de longevidade. A partir dessa nova visão de qualidade de vida, muitos países estabeleceram políticas de bem-estar social.

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez, em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao declarar que “os objetivos de uma nação não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem o senso comum, variável de um indivíduo para outro, refletindo expectativas, conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos, que se reportam a várias épocas e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com uma marca cultural. De um modo geral, a qualidade de vida é um construto dinâmico e está relacionada às condições de vida de uma população.

A partir da década de 60 percebeu-se que, embora todos os fatores fossem importantes sob o ponto de vista da qualidade de vida objetiva para se avaliar e compará-la entre países, regiões e cidades, não eram suficientes para medi-la de forma singular e individual. Era necessário e fundamental avaliá-la sob a ótica e percepção das próprias pessoas, o quanto estão satisfeitas ou insatisfeitas com suas vidas, ou seja, uma nova visão sobre qualidade de vida com ênfase no enfoque subjetivo.

Passou-se a valorizar, então, a opinião individual e singular do indivíduo. Nesta perspectiva, fica evidente uma abordagem um pouco diferenciada, apontando uma valorização de fatores subjetivos como satisfação, realização tanto profissional como pessoal, bom relacionamento com a sociedade e acesso à cultura e ao lazer como exemplos reais de bem-estar.

A partir dessa nova ótica torna-se importante ouvir as pessoas. Denominou-se um novo conceito de qualidade de vida subjetiva, em contraposição às condições objetivas, que qualificariam, também, a vida das pessoas. “Qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo”. (Paschoal, 2000, p. 24)

Essa diversidade na concepção de qualidade pode estar presente em função do uso multidisciplinar do termo na atualidade, utilizado tanto nas ciências da saúde, da educação como nas exatas. Para Minayo (2012), “o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”.

No final do século XX, mais especificamente na década de 90, a qualidade de vida passou a integrar, de forma mais intensa, os discursos informais entre as pessoas e a mídia em geral, bem como observou-se um grande avanço na quantidade e qualidade de investigações científicas que visavam a um maior entendimento sobre a qualidade de vida e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas.

Qualidade de vida é uma expressão considerada como um conceito abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana, tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, dentre outros. É dinâmica devido a sua característica mutável ao longo do tempo, ou entre as pessoas sob diferentes aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais.

A concepção subjetiva pauta-se em uma análise multidimensional, considerando três formas de referências que determinam a relatividade da noção de qualidade de vida: a histórica, a cultural e a classe social.

Freire (1993: p. 41) realiza uma reflexão interessante sobre o conceito de qualidade. Para ele é uma produção histórica, pressupondo uma análise processual, uma dinâmica, a recuperação do específico e o respeito às condições conjecturais. Assim, ao tentar construir um conceito de qualidade de vida, busca-se determinar os atributos desejáveis a uma vida, feita da integração entre esses sistemas sociais. Não se trata de definir sonhos e esperanças de um ser humano, mas de todos aqueles que vivem uma

mesma história, seres que compartilham o mesmo tempo em espaços construídos pela ação conjunta.

A conquista da qualidade de vida supõe a conquista do próprio existir, no sentido de estar-no-mundo, de forma compromissada com a própria vida. Ser capaz de agir e refletir sobre sua ação, para assumir um ato comprometido, a consciência de estar no mundo como fazedor de sua história, de suas lutas e de suas conquistas.

Recuperar a qualidade de vida, como sinônimo de construção do ser integrado supõe estabelecer no discurso, na atividade produtiva, na vida social, nas relações com o Estado e com o próprio corpo a marca de uma unidade. Ou seja, analisar a qualidade de vida na velhice pressupõe a diversidade de fatores a serem considerados e, principalmente, a complexidade que existe em cada sujeito.

Contudo, mesmo com o grande aumento no número de publicações sobre o assunto, ainda permanecem várias lacunas sobre inúmeros aspectos do constructo qualidade de vida em relação a sua definição, mensuração e interpretação. Entretanto, ainda que não haja um consenso a respeito das definições estabelecidas sobre a temática, parece ser aceita, pelas diferentes concepções, a existência de três aspectos fundamentais:

- 1) Subjetividade: é a perspectiva e a percepção da pessoa sobre sua própria vida que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é entendida pelo indivíduo.
- 2) Multidimensionalidade: a qualidade de vida é composta por várias dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mesure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas, sim, que a sua medida seja feita por meio de vários escores em vários domínios (físico, mental, social, emocional, entre outros).
- 3) Presença de dimensões positivas e negativas: para uma “boa qualidade de vida” é necessário que alguns elementos estejam presentes, os relacionados a sensações agradáveis e efetivas, e outros, ausentes os relacionados a sensações desagradáveis e destrutivas.

Com o acentuado crescimento nas duas últimas décadas, atestam-se os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

Outra dimensão do constructo foi a criação de um novo termo relacionado à saúde, associado ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1947): “Saúde é o estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade.”

Este é um conceito dinâmico e pessoal, pois, se a perspectiva de vida, as relações, os papéis sociais e as expectativas mudam, o estado de saúde também se altera.

Para Minayo (2012), o conceito de promoção de saúde é o foco mais relevante da avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde, centrando-se na capacidade de viver sem doenças ou superar as dificuldades dos estados ou condição de morbidade.

Fazendo uma analogia com as discussões realizadas no capítulo anterior sobre a gerontologia crítica, nesse enfoque entende-se que a concepção de velhice precisa ser dissociada da ideia de doença e a qualidade de vida, pela sua complexidade, também necessita da mesma reflexão e análise.

Segundo a OMS (1994), a qualidade de vida é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora, de uma maneira complexa, a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.”

À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. (OMS, 2005: p.14)

Com o avanço das pesquisas e o crescente interesse sobre a temática, em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas sobre saúde e qualidade de vida de diversas regiões do mundo (multicêntrico) para formar um grupo de estudos especificamente sobre qualidade de vida - o Grupo WHOQOL, World Health Organization Quality of Life Measures - The WHOQOL Group -, com a finalidade de aumentar o conhecimento científico da área e de desenvolver instrumentos de avaliação dentro de uma perspectiva transcultural. A definição proposta pela OMS é a que melhor que traduz a abrangência do seu constructo. O grupo WHOQOL (1995) definiu-a como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida reflete, também, o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e para a própria estética existencial de indivíduos e coletividades.

A escolha de um tipo de instrumento depende das características da população a que se destina ou peculiaridades que se queiram analisar. Os instrumentos que avaliam qualidade de vida são conhecidos como genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos proporcionam uma ampla avaliação de diferentes aspectos referentes à qualidade de vida, podendo ser usados na população em geral e indicados para estudos populacionais ou epidemiológicos, planejamento e avaliação geral do sistema de saúde. Exemplo desse tipo de instrumento é: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref).

Os instrumentos de avaliação de QV são questionários compostos por um determinado número de itens ou questões que, agrupados por afinidade, mensuram

indiretamente um mesmo constructo, domínio, dimensão ou escala, refletindo a área do comportamento ou experiência que se pretende medir. Os domínios, em geral, são o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente.

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da OMS, que elaborou o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL), afirma que, “embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características de constructo Qualidade de Vida”. (THE WHOQOL GROUP, 1995). Citam três características: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Quanto à multidimensionalidade, é consenso dos pesquisadores do WHOQOL Group que qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões, a física, a psicológica e a social.

Na perspectiva da subjetividade: como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado cognitivo e afetivo e suas relações interpessoais e os papéis sociais em suas vidas.

Quanto à bipolaridade, qualquer instrumento de avaliação de qualidade de vida deve sempre incluir dimensões positivas e negativas (exemplo: dor e fadiga), enfatizando as percepções dos indivíduos a respeito dessas dimensões. (Fleck et al. 2000, p. 27)

Como não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi a busca da definição do conceito. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como 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 (The WHOQOL Group, 1995). É um conceito amplo que abrange a complexidade do constructo e inter-relaciona

o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do sujeito que está sendo avaliada.

O WHOQOL-bref consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (The WHOQOL Group, 1998).

Diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países (The WHOQOL Group, 1998). O critério de seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrico como conceitual.

No nível conceitual, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico, selecionou-se, então, a questão que mais altamente se correlacionasse ao escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Depois dessa etapa, um grupo de especialistas examinou os itens selecionados para estabelecer se representavam conceitualmente o domínio de origem das facetas. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que melhor definissem a faceta correspondente. Três do domínio Meio Ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio Psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. O WHOQOL-bref, então, passou a ser composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Um teste de campo com o WHOQOL-bref foi aplicado em vários centros com a finalidade de avaliar suas características psicométricas. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste após seis meses (Fleck et al., 2000).

A seguir, os Domínios e facetas do WHOQOL-bref.:

O domínio físico contempla os seguintes itens: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico engloba: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

O domínio relações sociais analisa: relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual.

O domínio meio ambiente contempla: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

A diversidade e a complexidade na análise da qualidade de vida de um idoso ou grupo de idosos sob a ótica da Gerontologia Social têm embasamento em uma aceção

mais ampla, aparentemente influenciadas por estudos sociológicos, psicológicos, educacionais e não somente entendidos pela vertente da saúde.

Para finalizar este capítulo, façamos uma consideração sobre a questão da qualidade ou qualidades. Segundo Freire (1993, p. 40), os gregos se preocupavam com as qualidades das coisas, dos objetos e dos seres. Preocupação que continuou durante a implantação da ciência moderna, mas foi Locke quem mais sistematizou essa questão; em seu estudo metuculoso, ele classifica qualidades em:

- 1) primárias;
- 2) secundárias e
- 3) terciárias.

As qualidades terciárias independem, para sua existência, da presença de um observador, enquanto as secundárias existem como conteúdos de consciência (dor, cor, gosto), causados em nós pelas qualidades primárias e secundárias inerentes à matéria. As terciárias são as que se somam às primárias e às secundárias: são valores que atribuímos às coisas que têm suas qualidades primárias. São as análises terciárias as que nos interessam nesta pesquisa.

É justamente analisando o envelhecimento numa visão mais ampla e complexa que acreditamos ser de suma importância a participação ativa da pessoa idosa na análise da qualidade de vida; desta forma, a opinião e a percepção singular de cada participante desta pesquisa foi o instrumento mais relevante para as reflexões e considerações sobre a efetividade da atividade psicomotora nesse determinado grupo de pessoas idosas.

A seguir, vamos analisar, refletir e entender as contribuições da ciência Psicomotricidade para a construção desta pesquisa de campo.

2.3. Psicomotricidade: visão biopsicossocial do corpo

A história da Psicomotricidade inicia-se com os primeiros pensamentos filosóficos, quando os homens passaram a questionar-se a respeito de como funcionava o mundo, suas leis, e também a respeito de seus corpos/mentes/espíritos e sua inter-relação.

Os filósofos pré-socráticos (séculos VII-V a.C.) da filosofia clássica eram naturalistas, portanto sua atenção era voltada para o mundo externo. Questionavam-se, principalmente, pela constituição da matéria, os quatro elementos e sobre eventos da natureza, participando de um período, no qual poucas deduções fizeram-se sobre o corpo, muito menos dessa relação entre ele e o psiquismo.

Já no período socrático (século IV a.C.), surgiu Demócrito, com deduções sobre a realidade do movimento, sendo que, para ele, o próprio pensamento seria um movimento. Também questionava sobre como acontecia o crescimento corporal e sobre como funcionavam os sentidos do corpo. Portanto, a Psicomotricidade começa a dar seus primeiros passos já nesse período histórico. Depois deles, muitos outros surgiram com outras tantas teorias sobre essa relação corpo-mente-espírito; conseqüentemente, sua trajetória é muito longa até a consagração como ciência no século XX.

Para Kolyniak Filho (2006), foi Descartes quem afastou ainda mais a experiência sensível do conhecimento intelectual, marcando para a Era Moderna a dicotomia irreversível entre espírito e corpo. Para esse pensador, havia apenas duas substâncias de naturezas opostas: a substância pensante e a substância extensa. O pensamento constitui a natureza da substância pensante e a extensão, a natureza da substância externa.

Descartes simplificou o mundo corpóreo, reduzindo-o às grandezas de comprimento, largura e altura. Entenda-se corpóreo como tudo que existe materialmente, inclusive o corpo humano. O corpo humano é matéria extensa, e como tal só tem a extensão como propriedade essencial. Todas as formas de entendimento pertencem à substância pensante. Daí decorre ou se aprofunda a visão dicotômica sobre mente e corpo.

A partir do século XIX, neurologistas e psiquiatras começam, por necessidade de compreensão das estruturas cerebrais e clarificação de fatores patológicos, a atribuir significações psicológicas superiores ao corpo. “O termo Psicomotricidade deve-se a Dupré, em 1909, quando introduz os primeiros estudos sobre a debilidade motora nos débeis mentais”. (Fonseca, 1995, p. 9).

Segundo Fonseca (1995, p. 10), só em pleno século XIX o corpo começa a ser estudado por neurologistas, pela necessidade de compreensão das estruturas cerebrais, e depois, por psiquiatras para esclarecer fatores patológicos. Isso aconteceu devido a estudos e observações médicas nessas áreas de atuação e em outras também, como fisiologia, pedagogia, educação física e psicologia.

Mas o fundador dessa área científica foi Henri Wallon, médico que afirma ser o movimento a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo. Em 1934, com *Les Origines du Caractère Chez l' Enfant*, ele cria uma das mais importantes obras no campo do desenvolvimento psicológico da criança e a relação do seu tônus com sua emoção. Com sua obra, inicia-se uma disciplina terapêutica que estuda o desenvolvimento motor e também se evidencia a importância da relação corpo x emoção. A visão dicotômica do corpo começa a dar lugar à visão integrada do ser.

Todavia, foi a partir de Wallon e de suas pesquisas sobre tônus e emoção que vimos desenvolver a segunda etapa da Psicomotricidade, a do nascimento de uma disciplina terapêutica, trabalhando essencialmente com estudos a respeito do desenvolvimento motor normal e patológico. Nesse momento, a visão dicotômica do corpo, descrita desde a época de Descartes, começa a se diluir, dando espaço a uma visão global, integrada e holística do Ser.

Wallon (1879-1962) possuía uma formação acadêmica ampla, foi médico, psicólogo e pedagogo. Acreditava que o processo de aprendizagem era dialético e propunha o estudo do indivíduo de uma maneira completa, tanto em relação ao seu caráter cognitivo quanto afetivo e motor. Escreve, em 1925, a obra “A criança

turbulenta”, cujo conteúdo serviu de fundamento para a teoria e prática da Psicomotricidade.

Foi professor de psicologia na Sorbonne e no Colégio de França, onde pesquisou o papel da motricidade na ontogênese do psiquismo, além de ser o médico responsável pelas crianças vítimas da I e II Guerras Mundiais. Humanista e antifascista, Wallon procurou integrar sua atividade científica à ação social (Fonseca, 2004:11):

Assim como os primeiros, outros estudiosos dessas especialidades começaram a perceber que o indivíduo não era dividido em partes (corpo, cérebro e psiquê) e sim um conjunto complexo formado por essas partes que interagem, compondo a riqueza do Ser.

Para Loureiro (2002:09), a Psicomotricidade, enquanto ciência, não pode ser estudada sem a influência da clássica escola francesa de Psiquiatria, de Psicologia e de Pedagogia, no Brasil e no mundo. Essa influência vem, principalmente, dos clássicos Dupré, Charcot, Zazzo, Ajuriaguerra, Soubiran e Wallon.

Na década de 1970, os trabalhos de Wallon, publicados de 1925 a 1935, que descreviam a ação recíproca entre funções motoras e mentais, influenciaram vários estudos na esfera da educação, como os de Picq e Vayer, Le Boulch, Lapiere e Aucouturier, Defontaine, entre outros.

A Psicomotricidade se conceitua como Ciência da Saúde e da Educação, pois diferentemente das diversas escolas psicológicas (condutista, evolutista, genética), visa à representação e à expressão motora, através da utilização psíquica e mental do indivíduo, e se embasa numa fundamentação científica que unifica, de forma coerente, a dimensão biopsicossocial, que diverge de uma visão reducionista, em que a dicotomia mente/corpo conduz à ideia de que o corpo é só motricidade, que compõe uma visão mecanicista na qual o pensamento se opõe à ação.

A conduta intencional e o ato mental são integrados pela linguagem interior e interagem com o meio, mobilizando e reintegrando a totalidade das funções mentais,

consubstanciando a unidade do ser, nos seus mais diversos aspectos: cognitivo, afetivo, motor e social. Concebem, desta forma, os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento humano como dialéticos e não como redutíveis uns aos outros.

Como enfatiza Fonseca (2008 p. 12):

“a Psicomotricidade característica da espécie humana não deve ser confundida com a motricidade característica das espécies animais, uma vez que só pode ser entendida como o conjunto de expressões tônico-posturais, somatognósicas e práxicas que expressam e fazem emergir o psiquismo.”

Essa afirmação nos faz refletir sobre a complexidade da função cognitiva do ser humano, que permite organizar suas funções tônicas corporais, possibilitando um pensar antes de agir sobre qualquer situação, assim como a capacidade de executar um movimento de forma estruturada, organizada e não mecânica, constituindo um movimento práxico. Por fim, a capacidade somatognósica, que é a consciência e o conhecimento do próprio corpo. Essas três expressões possibilitam uma interação com a capacidade de expressar nossos desejos e equilibrar nossas emoções.

Educando o próprio corpo, através da interação com o mundo exterior, não só se consegue uma série de hábitos neuromotores para o desenvolvimento, como o funcionamento de sistemas de atividade cerebral e capacidades psíquicas, tais como: sensação, percepção, representação, memória, atenção, orientação, simbolização e a linguagem, estimulando o pleno desenvolvimento afetivo, cognitivo e motor.

O corpo e seus meios de expressão se convertem num instrumento de relação do ser. A ação e a linguagem aparecem com imediatas evidências, que permitem revelar a complexidade do ser humano em sua integridade.

A primeira forma de comunicação humana é a linguagem corporal. Quer seja através dos reflexos, movimentos, expressão facial ou mesmo pelos primeiros sons emitidos, tudo é entendido como comunicação, ela é sempre expressa através do corpo.

O papel do corpo, do gesto e do ato motor é primordial para a construção da linguagem não verbal ou corporal, pois é a partir da linguagem do corpo que a pessoa vai acumular experiências, transformando-as em linguagem verbal. Ao explorar seu corpo e posteriormente objetos, reconhece seus atributos e suas significações, que irão transformar ações em abstrações com imagens e posteriormente com palavras.

A Psicomotricidade resgata esta riqueza, através de um vocabulário que se inicia pelo corpo, respeitando suas etapas evolutivas, já que é ele o primeiro mediador entre o ser que se expressa e o meio em que ele vive.

A proposta da Psicomotricidade é a de sempre explorar esta pré-comunicação pelo que conhecemos e vivemos, que se traduz pela memória corporal, a primeira a se efetivar e a última a desaparecer no nosso cérebro, agilizando os processos de percepção e funcionalidade das estruturas cerebrais.

Entretanto, Fonseca (2008) contempla que a Psicomotricidade não se limita só ao exercício da ação, mas em exercer uma ação aprofundada sobre o psiquismo do indivíduo, visando provocar ao máximo a participação da inteligência e da consciência do ato, para que haja a representação mental precisa da ação a ser realizada, caracterizando a planificação do pensamento.

Parece claro que não poderemos separar os diferentes aspectos (afetivo, cognitivo e motor) que configuram a pessoa em seu conjunto. A Psicomotricidade aglutina esses elementos ao movimento, que surge como instrumento para desenvolver o ser em seu conjunto, a partir do movimento e ação corporal.

Para Fonseca (2008), movimento não é apenas resultante de sistemas neurológicos justapostos, mas uma soma de sistemas integrados que presidem a programação, a

realização e a intenção motora, dentro de um panorama funcional. O homem por essência busca o equilíbrio, a Psicomotricidade pode ser o caminho, pois, pelo jogo antagônico tônico-corporal, a pessoa equilibra suas ações e movimentos, tornando a execução mais estruturada e adequada.

Sob essa ótica é importante entender a estrutura cerebral de forma mais ampla e multidimensional e funcional; é necessário compreender a relação das funções cerebrais com as ações, pensamentos e atitudes que refletem na pessoa, e qual a repercussão na vida cotidiana do ser. Para compreender melhor o funcionamento do cérebro, Luria, psicólogo russo pioneiro nos estudos do funcionamento cerebral, seguidor de outros renomeados estudiosos, traduziu o mecanismo do cérebro em sistemas funcionais, ou seja, qual o reflexo de determinada função cerebral no cotidiano do sujeito.

Segundo Fonseca (1995:42), Luria é considerado um dos pioneiros das ciências que estudam o sistema nervoso, pois dedicou mais de 40 anos ao estudo de pacientes com lesões cerebrais e publicou vários trabalhos sobre as relações cérebro-comportamento, fatos estes que foram responsáveis pela criação de um novo ramo científico, a Psiconeurologia.

Luria tem como objeto de estudo a análise da atividade psicológica humana que está por trás da ação, a estrutura interna da atividade mental, a organização dos diferentes componentes que contribuem para a estrutura final da atividade mental, que se reflete na motricidade e na linguagem humana. Ele defende a ideia de que o comportamento humano não é uma atividade cortical isolada, depende da integração de vários sistemas neuronais, inclusive o sistema límbico.

O Sistema Límbico é uma unidade responsável pelas emoções e certos comportamentos necessários à sobrevivência do ser humano, um dos pilares da Psicomotricidade. “O movimento não é um puro deslocamento no espaço nem uma adição pura e simples de contrações musculares; o movimento tem um significado de relação e de interação afetiva com mundo exterior”. (Wallon, 1997:94).

Luria estuda o cérebro humano em termos de organização neurofuncional, dividindo-o, didaticamente, em três unidades.

Cada unidade neurofuncional desempenha uma função específica no processo funcional cerebral, estabelecendo o tempo e o modo em que o ser humano esteja apto a um repertório de aquisições necessárias para maturação, organização e integração no seu desenvolvimento e a novas aprendizagens.

A primeira unidade neurofuncional é responsável pela regulação tônica dos estados de alerta mental, estados de atenção-sono, seleção de informação, focagem, fixação da atenção, concentração e integração intersensorial. A função de alerta é, segundo Fonseca (2008:432), responsável pela manutenção do estado de vigília e a atenção que está interligada ao hipotálamo e mantém o bom funcionamento do metabolismo fisiológico (bem-estar, fadiga, motivação), indispensável para o desempenho de qualquer atividade. A função de alerta e a atenção regulam o tônus postural e cortical e promovem a seletividade e a sustentação modulada das atividades cognitivas superiores.

A segunda unidade neurofuncional de Luria é responsável pela recepção, análise e armazenamento das informações, além da maioria das aprendizagens precoces na criança (tônico-emocionais ou pósturo-motoras). É constituída pelas zonas hemisféricas posteriores dos lobos occipitais (visão), temporais (audição) e parietais (tátil-cinestésica), corpo caloso e pelas áreas primárias, secundárias e terciárias (Fonseca,2008:432).

Realiza subprocessamentos acústicos do som, de fonemas e de monemas (referentes ao sentido da audição); locação, detecção, posição, orientação espacial, lateralização, coordenação visomotora, da figura fundo, da cor, da forma, da espessura, do tamanho de formas, figuras, signos, letras, números, etc. (referentes ao sentido da visão) e processamentos somatognósicos das posturas e das praxias globais e finas, da

análise, da síntese e da localização tátil e cinestésica, vestibular e proprioceptiva do corpo e da sua integração emocional e experiencial de gestos e ações organizados espaço-temporalmente (Fonseca, 2008, p. 433).

Essas funções favorecem a expressão da linguagem corporal, a linguagem falada e a escrita, e conseqüentemente o processo de aprendizagem.

A terceira unidade neurofuncional de Lúria é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade mental. Do lobo frontal, que representa o nível mais elaborado de desenvolvimento do cérebro humano, partem as vias motoras piramidais que se dirigem a grupos musculares específicos que executam e concretizam as praxias (macro, micro, oro ou grafomotora). O sistema piramidal (ideocinético) regula os movimentos voluntários e apresenta um alto grau de diferenciação motora.

Segundo Fonseca (1995:90-91), os lóbulos frontais representam um quarto da massa total do cérebro e possuem um papel fundamental na organização do controle consciente do comportamento. A terceira unidade neurofuncional participa do estado de ativação que surge com as formas mais complexas de atividade consciente.

Apesar de estarem didaticamente separadas, as três unidades neurofuncionais de Lúria operam conjuntamente, mediante processos de interação em que cada uma contribui, de modo específico, com a complexa atividade mental.

De acordo com Fonseca (1995:100), os fatores psicomotores dividem-se pelas três unidades neurofuncionais de Lúria. Eles se autorregulam e constituem-se segundo o princípio de organização vertical das estruturas do cérebro, contribuindo para a organização do sistema funcional psicomotor.

A seguir, para fins didáticos (na verdade, todos os fatores estão funcionalmente interligados), apresentamos a distribuição dos fatores psicomotores:

- Primeira unidade neurofuncional: Tonicidade e Equilibração.
- Segunda unidade neurofuncional: Lateralização, Esquema e Imagem Corporal e Noção espaço-temporal.
- Terceira unidade neurofuncional: Praxia Global e Praxia Fina.

Entendendo a complexidade do ser humano e a análise funcional da mola propulsora do nosso corpo, o cérebro, podemos considerar o movimento como um ato psicomotor, pois, enfatizando apenas um aspecto, teremos uma visão fragmentada do ser. Sob essa ótica, a atuação da Psicomotricidade abordada a partir do movimento e ação, para desenvolver as capacidades do indivíduo (inteligência, comunicação, afetividade, sociabilidade, aprendizagem) entende o corpo de forma mais abrangente, com um olhar biopsicossocial.

Para Ajuriaguerra (1980), o verdadeiro conhecimento do corpo se dá pela percepção cinestésica do próprio corpo (sensação do movimento): mover é sentir, e sentir é saber. Antes de ter consciência do seu corpo, a pessoa atua com ele. Ele sintetiza a psicomotricidade como a realização de um pensamento através de um ato motor, coeso, harmonioso e preciso.

“O indivíduo só terá condições de ativar seus potenciais psíquicos na realização das atividades psicofuncionais, se for trabalhado, corporalmente, em relação a todos os aspectos psicomotores” (Galvani, 2002:23). O corpo pode ser o instrumento por meio do qual a pessoa se comunica e se expressa e nele se inscreve toda a história não-consciente.

O trabalho psicomotor leva o idoso a ter a consciência e a reapropriação do uso de seu corpo, tanto no que diz respeito à sua funcionalidade como também à sua capacidade de expressão.

A atividade corporal, através de sensações proprioceptivas, permite o resgate de sensações vividas e conquistadas, conscientizando-se e ultrapassando os limites anteriormente predeterminados pelas falhas de sua memória.

No trabalho de sensibilização corporal com o idoso, o contato físico deve ser, a princípio, menos intenso, para que a pessoa não se sinta invadida, pois necessita reviver e apropriar-se novamente de seu corpo.

Exercícios em câmera lenta e exercícios de sensibilização corporais contribuem para a reestruturação de sua imagem corporal. Podemos despertar o cérebro por meio da percepção sensorial de uma referida parte do corpo para que o idoso possa relembrar alguma situação vivida relacionada à sensação corporal experimentada. Por exemplo, uma sensação térmica nos braços que reative uma lembrança da juventude (positiva ou negativa), uma música que recorde a infância de um filho. Nesse momento, as sensações vividas podem promover a sequencialização dos fatos, estimulando a reestruturação do pensamento lógico e o resgate da linguagem (o significado das palavras), reativando sua memória.

Não podemos reconhecer nosso corpo pelo intelecto, pois este é apenas um conhecimento externo sobre o corpo; é necessário senti-lo, compará-lo com experiências anteriores, através do resgate da memória corporal.

A concentração é fundamental, pois permite que o idoso ignore tudo que é externo ao seu pensamento, e assim consegue focar sua atenção, que se torna instável. Ordens claras e precisas evitam a distração.

Partindo dessa premissa, quanto mais cedo se inicia um trabalho corporal, maiores serão as possibilidades para preservar as funções executivas que ainda não foram afetadas.

É fundamental a experimentação de exercícios de consciência corporal e de respiração, com foco na oxigenação cerebral, pois o ritmo não deve ser imposto, e sim descoberto por cada um de forma singular. Ao sentir seu próprio padrão rítmico, seus movimentos tornam-se mais harmoniosos e suaves, com ou sem música.

A estimulação vestibular proprioceptiva e a exploração de situações de equilíbrio e tonicidade podem ser vivenciadas através da dança e da expressão corporal, que possibilitam o prazer da redescoberta do corpo e do movimento.

A exploração das percepções, associada às situações do cotidiano, estimula a memória associativa, como sentir o aroma de uma flor ou perfume, a sensação tátil de um determinado papel ou tecido e a identificação de uma situação vivida.

O estímulo da linguagem não-verbal, através de jogos, favorece a espontaneidade, possibilitando o contato visual, gestual e corporal. A situação do jogo estimula a observação, reativando a memória do idoso.

Exercícios mnemônicos, ou seja, associar fatos a imagens e procurar guardá-los na memória; imaginar um alimento suculento e associar todas as suas características a ponto de sentir prazer, esses exercícios reativam a funcionalidade cerebral.

A tensão, a ansiedade e a depressão dificultam o processo de memorização, logo, exercícios de relaxação são importantíssimos, pois estimulam a consciência corporal integralmente, contribuindo na reestruturação da Imagem Corporal. (somatognosia), afinal o ser humano sempre surpreende e ultrapassa seus próprios limites.

A Psicomotricidade possibilita essa transcendência e superação; lutar ou fugir diante das situações que a vida nos impõe? O que efetivamente faz a diferença é a atitude positiva diante dos obstáculos, a busca do equilíbrio tônico-emocional durante toda a vida.

O trabalho corporal pode ser um recurso importantíssimo no resgate dessas funções, pois pode ser concebido como uma espécie de sistema portador de memórias, cujas informações circulam em silêncio.

A memória, como função central nos processos cognitivos, tem relação direta com atividades que afetam a autonomia do indivíduo. Mas qual a relação entre o corpo e a memória na velhice?

Memórias de uma vida, de uma geração, memórias vividas e revividas, memórias coletivas, são tantas as formas de perceber e encarar a memória...

A riqueza da diversidade e a pluralidade da memória nos trazem a necessidade de refletir sobre suas diversas dimensões.

2.3.1. Dimensionalidade da memória: memória corporal

“As lembranças se gravam na minha memória com traços cujo encanto e força aumentam dia a dia, como se sentindo que a vida me escapa, eu procurasse aquecê-la pelos seus começos.” (Rousseau, in Bosi, 2012).

A memória tem uma função central no resgate de nossa história, pois nela estão marcadas todas as vivências que acumulamos, assimilamos e transformamos no decorrer da vida.

De acordo com Izquierdo (2002), esquecer é um mecanismo de sobrevivência. Esquecemos em parte porque os mecanismos que formam e evocam as memórias são saturáveis. Não podemos fazê-los funcionar constantemente de maneira simultânea para todas as memórias possíveis, as existentes e as que adquirimos, as coletivas e as individuais. Selecionamos constantemente o que queremos guardar na nossa memória.

Em uma concepção biológica, a função da memória está relacionada aos processos neurológicos e mentais, mas ela não se constitui apenas sob esse prisma; assim como o ser humano é multidimensional, a sua memória não poderia deixar de sê-lo também. Para Izquierdo (2002, p. 77), a senilidade é acompanhada de um enfraquecimento geral dos diversos tipos de memória. Isto se deve à perda neuronal que, como se sabe hoje, manifesta-se por meio de uma perda de função apenas quando ultrapassa certo limiar mínimo e necessário para o desempenho.

Na amnésia senil denominada benigna, o indivíduo é capaz de sustentar uma vida mais ou menos normal e autossuficiente durante muitos anos. Há muitas variações individuais no curso e na intensidade da amnésia senil denominada benigna. Há pessoas que conservam seu intelecto e suas memórias muito íntegros até os 80 anos de idade ou bem mais.

A perda da memória dificulta as relações afetivas, sociais e familiares. Sem lembrar-se de fatos, de lugares e de pessoas, fica impossível relacionar-se, cuidar de si, planejar sua vida, pois a pessoa perde a razão, a autonomia e a coerência. Tem-se a impressão de que se desvincula das funções cognitivas (a concentração, a memória, o planejamento, a organização, a desorientação temporal e espacial, as funções executivas e a linguagem).

A função executiva indica habilidade cognitiva e o princípio de organização necessário para lidar com as situações flutuantes e ambíguas e inclui a formulação de objetivos e de conceitos, motivação, planejamento, autorregulação, *insight*, abstração, análise, manipulação de conhecimentos adquiridos e flexibilidade mental.

São funções psíquicas fundamentais para a produção de respostas comportamentais adequadas aos diferentes contextos.

A memória, como função central nos processos cognitivos, tem relação direta com atividades que afetam a autonomia do indivíduo.

Provavelmente, o exercício contínuo da memória em suas diversas formas seja a principal causa da diferença entre o declínio cognitivo de algumas pessoas e o cognitivo preservado de outras. Conhecemos idosos que são altamente ativos corporal e intelectualmente, em contrapartida outros preferem ficar adormecidos frente a um aparelho de televisão, sem prestar seriamente atenção a nada. Esses indivíduos sofrem de uma deterioração gradual, porém rápida, de suas funções cognitivas. A inatividade física ou mental dos idosos relaciona-se muito com hábitos culturais. Felizmente, no Brasil, este trajeto cultural está mudando e, com isso, provavelmente, o número de idosos sadios e integrados à sociedade está aos poucos aumentando.

Não se deve confundir a amnésia senil com a tendência de as pessoas idosas relembrem memórias antigas em detrimento de memórias recentes, pois, ao lembrar fatos e episódios de sua infância e juventude, fica implícita a ideia de carregar o estereotipo de época da felicidade.

Construímos nossas memórias a partir de nossas experiências coletivas e individuais, pois somos por essência seres sociais, logo o que guardamos em nossa memória também é fruto de nossa existência e de nossas relações intra e interpessoais.

O que vivemos e o que sentimos acaba tendo um significado maior das coisas que não experimentamos efetivamente, no sentido amplo da palavra, no sentido de apropriação, de apreensão e de empoderamento.

A memória do corpo, postural ou cinestésica, é fundamental na tomada de consciência. O verdadeiro conhecimento do corpo se dá pela percepção cinestésica, ou seja, a sensação do movimento, mover é sentir e sentir é saber. Como afirma sabiamente Soubiran (1980): O corpo é o teatro da expressão por excelência.

O que fica assimilado e incorporado como “aprendizagem” não esquecemos, pois o que guardamos da experimentação corporal no transcorrer de nossas vidas terá maior probabilidade de não ser esquecido, já que foi vivido, sentido e armazenado.

A memória se reativa com fervor e latência quando os sentidos são aguçados, quando rememoramos o significado, por exemplo, de uma música em determinado momento da vida, seu contexto, as pessoas envolvidas, o significado daquele histórico repleto de aprendizagens, tudo ressurgem como se estivéssemos na cena do acontecimento, como se nos remetêssemos no tempo, um tempo que não é linear. O tempo, como o ser, é uma possibilidade. Não se apresenta como única, mas múltipla.

“Precisamos, então, pensar na ideia do tempo propriamente dito, e é somente acompanhando a sua dialética interna, o homem não está no tempo, é o tempo que está no homem, que seremos então levados a compreender a ideia do sujeito humano.” (Martins, 1998, p.37)

Nesse contexto, as memórias que ficam guardadas durante a vida até chegar à velhice são como que um livro tridimensional, um livro real que traduz a mais fidedigna nuance da realidade. Bosi (2012, p. 82) realiza uma reflexão extremamente pertinente: “O ancião não sonha quando rememora: desempenha uma função para qual está maduro, a religiosa função de unir o começo ao fim, de tranquilizar as águas revoltas do presente, alargando suas margens”.

O resgate de suas memórias é o reflexo de como aprendeu e como estabeleceu suas relações com o mundo. Como construiu sua autonomia ou sua dependência.

Tudo o que vivemos imprime em nosso corpo uma “marca”; o conjunto das vivências (sociais, educacionais, culturais, sensoriais e afetivas) constrói a nossa memória corporal, que, ao longo da vida, é reativada em diversas situações do cotidiano.

Para Bosi (2012, p. 81), “uma lembrança é diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito. Sem o trabalho da reflexão e da localização, seria uma imagem fugida. O sentimento também precisa acompanhá-la. Para que ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reaparição.”

A memória do idoso tem uma função social e cultural, pois a história da humanidade possui uma riqueza implícita que não conhecemos e pode chegar pela memória dos mais velhos. A conversa com um idoso é desalienadora, pois é o retrato fiel da história vivida. Como afirma Bosi (2012, p. 82):

“A conversa evocativa de um velho é sempre uma experiência profunda repassada de nostalgia, revolta, resignação pelo desfiguramento das paisagens caras, pela desaparecimento de entes amados, é semelhante a uma obra de arte. Para quem sabe ouvi-la é desalienadora, pois contrasta a riqueza e a potencialidade do homem criador de cultura com a miséria figura do consumidor atual.”

A memória está atrelada ao processo de construção do conhecimento, pois o que aprendemos no decorrer da vida é fruto de uma construção e desconstrução constante do que achávamos que era uma certeza, pois a vida é o jogo e o risco da dialógica, uma controvérsia entre a desordem e a organização. Para Morin (2011, p.17),

“seria preciso ensinar princípios de estratégia que permitissem enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza, e modificar o seu desenvolvimento, em virtude das informações adquiridas ao longo do tempo. É preciso aprender a navegar em oceanos de incertezas em meio a arquipélagos de certeza.”

A vida se constitui nesse oceano, somos o que construímos e que guardamos dessa viagem entre os arquipélagos, o que aprendemos, o que erramos, o que reconstruímos, mas principalmente o que guardamos como nosso. O que nos torna diferentes e únicos, constituídos de uma história original e exclusiva, marcada e estruturada pela riqueza de nossas memórias.

Para finalizar este capítulo, acreditamos em que a crença de que o futuro é incerto é que nos faz repensar e questionar diariamente sobre o nosso papel na sociedade. Quem efetivamente somos e como participamos da história do mundo? Como nossas memórias, vivências, crenças refletem-se no exercício diário de *ser* um cidadão, ator de sua própria história e do seu próprio futuro?

Somos fruto do que pensamos, vivemos e plantamos durante a nossa existência. E a nossa velhice será um espelho do que construímos ou destruimos no decorrer da vida, ou simplesmente um vazio de uma existência não experimentada, e simplesmente contemplada. Como afirma Silveira (2011), “Os idosos devem ser concebidos como agentes ativos no processo de construção de condições de vida com qualidade e de uma sociedade cada vez mais justa e solidária”.

O conhecimento sobre a velhice é um risco de ilusões e de erros, pois “o conhecimento é uma aventura composta em si mesma, permanentemente o risco da ilusão.” (Morin, 2011, p.75).

Considerando essas reflexões, observamos que as estratégias de atenção ao idoso precisam ser priorizadas e contempladas em sua amplitude de ação, pois “o Estatuto do Idoso reconhece os direitos e o protagonismo dos idosos em todas as esferas sociais, políticas e culturais” (Minayo, 2011, p. 13). Como é previsto no Estatuto do Idoso, Cap. II, Art.10., 2º: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais”.

Somos a síntese do que pensamos, do que vivemos e do que plantamos; a velhice é o produto de nossa existência, ou melhor, o contínuo produto de nossa existência. A riqueza, a beleza de continuar estruturando novos ideais e novos projetos fazem da velhice uma fase ativa, fazem do idoso o protagonista de sua existência.

Enfim, seremos, na velhice, o que queremos ser ou continuar sendo; cada um é o condutor de sua própria vida. Podemos forjar nossa existência pelo *ter* ou pelo *ser*, dependendo unicamente de cada um de nós.

Lutar ou fugir diante das situações que a vida nos impõe? O que efetivamente faz diferença é a atitude positiva, refletida, repensada e ativa diante de tais obstáculos.

A Psicomotricidade pode ser uma alternativa para essa reflexão e reconstrução, partindo da conscientização e da percepção do corpo.

CAPÍTULO 3

PESQUISA DE CAMPO

3.1 Procedimentos metodológicos e éticos

A investigação proposta tem um caráter exploratório descritivo, com uma abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa ocorreu com um grupo de 15 idosos que frequentam o NCI – Celebe, Núcleo de Convivência para Idosos – Celebe. O NCI - CALEBE é um dos serviços oferecidos pelo Centro de Capacitação para a Vida – Projeto Neemias. O Núcleo de Convivência do Idoso – Celebe tem como gestora a psicomotricista Ângela Maria Mendes B. Garrido e está situado na Avenida José Maria Witaaker, nº 2000, Planalto Paulista, São Paulo, Capital. O espaço é locado pela Comunhão Cristã Igreja Apostólica, mantenedora do Projeto, que cede seu espaço físico para as atividades desenvolvidas pelo NCI -CALEBE.

O Núcleo funciona desde 2011, de segundas às sextas-feiras, das 13 horas às 17 horas. Mantém convênio junto à Prefeitura Municipal de São Paulo com o intuito de ampliar o convívio de idosos da comunidade, assim como do seu entorno.

Mantém estreita relação com a Unidade Básica de Saúde Milton Santos, que executa o Programa Saúde da Família na região, utilizando algumas salas da sede da Organização para diversos atendimentos.

A sede está localizada a aproximadamente 600 metros das Comunidades Mauro I e II, na Avenida José Maria Whitaker, 2000, Planalto Paulista, distrito da Saúde, onde estão disponibilizados os seguintes serviços: cozinha e refeitório devidamente equipados, dois banheiros adaptados para idosos, sala de projeção de múltiplo uso, laboratório de informática, despensa, videoteca e biblioteca, sala para administração, espaços para a

realização de oficinas e atendimentos feitos pelo Posto de Saúde, salas para atendimento individual, além de acessibilidade a portadores de deficiências. O serviço atende idoso, de ambos os sexos, a partir de 60 anos.

A proposta de trabalho apresentada pela organização mostra-se em acordo com o disposto no Plano Municipal de Assistência Social e Estatuto do Idoso, tendo como eixos norteadores a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Estatuto do Idoso, art. 3º), buscando fomentar ações intersetoriais, em rede, visando ao fortalecimento familiar e à sustentabilidade das ações desenvolvidas, procedendo, ainda, ao mapeamento das forças existentes na região e mantendo banco de informações dos usuários e de suas famílias.

O acesso ao serviço ocorre por meio de demanda identificada pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da Vila Mariana, Programa Ação Família e pela própria executora. O serviço objetiva o desenvolvimento de atividades socioeducativas e oficinas, promovendo o autoconhecimento quanto à condição de idoso, favorecendo o processo de envelhecimento ativo e saudável, a motivação para novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento e asilamento.

Por meio do trabalho social desenvolvido, o Calebe tem como objetivo criar oportunidades de aquisições para a (re) conquista de autonomia, cidadania e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, através do trabalho realizado com idosos.

São objetivos da proposta de trabalho oferecido pelo Núcleo Calebe:

- Oferecer alternativas de acolhimento social ao idoso em situação de vulnerabilidade e risco através de um ambiente constituído por seus iguais, com a presença de um facilitador promovendo atividades socioeducativas, oficinas, e ambientes de discussão dirigida.

- Promover um ambiente acolhedor contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.
- Favorecer o acesso a conhecimentos que permitam o desenvolvimento de hábitos saudáveis que propiciem um envelhecimento digno.
- Propor ações que resgatem a autoestima, reconquistem a autonomia, minimizem a solidão, rejeição e até mesmo os maus tratos familiares.
- Envolver a família nas atividades desenvolvidas com os idosos, visando ao fortalecimento das relações familiares e proporcionar um relacionamento intergeracional.
- Desenvolver o trabalho apoiado em princípios cristãos e valores virtuosos.

As oficinas desenvolvidas atualmente no Núcleo são: Informática, com cursos Microsoft Office para Terceira Idade (reconhecidos pelo MEC), Oficina de Música, Oficina de Artesanato, Oficina de Corte e Costura, Oficina de Culinária, Oficina Cuidador de Idoso, Oficina de Alongamento, Grupo de Mulheres, Oficina de Dança, Oficina de Coral, Oficina de Teatro, Sala de Leitura e Alimentação Saudável.

As palestras proporcionam uma troca de experiências e vivências entre participantes e palestrante, conduzindo à autoestima, prevenção à depressão, ao relacionamento e alimentação saudável. Estimula o protagonismo, o grau de percepção dos usuários quanto aos seus direitos e deveres e incorporação de valor que visem ao bem comum, à justiça e à verdadeira cidadania, ao impacto do serviço no território.

Diante da necessidade, levantada junto à gestora do NCI – Celebe, em programar a Psicomotricidade como atividade curricular na Instituição, surgiu a ideia da pesquisa.

Inicialmente foi solicitada a autorização da coordenação do Núcleo de Convivência para Idosos – Calebe, locus escolhido para a realização desta pesquisa.

Em fevereiro de 2014 foi realizada uma palestra para todos os participantes do Núcleo de Convivência para Idosos – Calebe, sobre Psicomotricidade, informando os objetivos da ciência e das “Oficinas Psicomotoras”. Após a palestra, os participantes

foram esclarecidos sobre a possibilidade de participação nas “Oficinas Psicomotoras” e no projeto de pesquisa, momento em que foi realizado o convite para compor o grupo.

Para constituir o grupo foram considerados os seguintes requisitos: idade mínima de 60 anos, sujeitos de ambos os sexos que já frequentam o Núcleo de Convivência para Idosos – Calebe, disponibilidade de vagas de acordo com o número máximo de 30 participantes, ou seja, os mesmos critérios de ingresso nas demais atividades oferecidas pelo NCI, e interesse em participar das “Oficinas Psicomotoras”.

Aproveitando a oportunidade, após a palestra, foi feito um levantamento das expectativas dos participantes. De forma geral, as expectativas do grupo se concentraram em três temáticas:

1. cognitiva (memória, estímulo do raciocínio, novos conhecimentos);
2. psicológica (motivação para vida, diminuição da ansiedade, relações interpessoais) e
3. corporal/física (equilíbrio, coordenação, bem-estar e qualidade de vida).

As “Oficinas Psicomotoras” ocorreram em quatro sextas-feiras consecutivas nos meses de fevereiro e março de 2014, com duração de uma hora cada encontro.

As “Oficinas Psicomotoras” objetivaram a manutenção das capacidades psicomotoras e cognitivas, assim como buscaram diminuir o grau de ansiedade e favorecer a relação entre os integrantes do grupo, mediante o aumento da autoestima de cada pessoa, estimulando as relações intra e interpessoais.

Nós trabalhamos inicialmente com a percepção do próprio corpo e controle do mesmo com o objetivo da sua redescoberta por meio da seguinte atividade: as pessoas se distribuíram pela sala ao som de uma música instrumental, cada um carregando uma bexiga cheia, tentando achar um espaço pessoal. Com os olhos fechados exploraram a bexiga no próprio corpo, possibilitando uma estimulação proprioceptiva corporal. Após esse momento individual, os sujeitos encontraram livremente um par e, a partir desse

momento, descobriram um ritmo para a dupla, usando como mediador a bexiga entre seus corpos; dessa forma, moviam-se, criando um verdadeiro diálogo tônico entre os pares. O movimento se libera, o prazer emerge como pulsão, como expressão simbólica das necessidades afetivas, do desejo de estabelecer relação com o outro, abrindo perspectivas e novas vivências individuais e em grupo.

Esse tipo de vivência sensório-motora possibilita uma experimentação em nível vestibular, trazendo equilíbrio e harmonia ao corpo de forma consciente. Após essa atividade corporal, realizamos a verbalização, a expressão verbal do que foi vivido, momento importante para o desenvolvimento da autoestima, relação interpessoal, estruturação dos processos cognitivos e conseqüentemente estímulo à memória.

A exploração proprioceptiva tátil é realizada por meio de atividade proposta ao som de uma música escolhida pelo grupo em ambiente que propicie lembrar situações vividas durante a vida que possibilitaram sensações agradáveis. Após essa vivência solicita-se uma construção que represente momentos significativos das suas vidas, com utilização de papel crepom, solicitando-se ao final que todos verbalizem sobre o que construíram.

Outra atividade desenvolvida pelo grupo relaciona-se especificamente a exercícios corporais e gráficos de memória tanto tátil, como auditiva, visual e cinestésica. Essa prática mobilizou o grupo e levantou muitos questionamentos a cerca da memória e senilidade. Os dados observados nesta e nas demais vivências relatadas foram complementados com a aplicação de um instrumento de coleta que enfatizasse a compreensão a respeito de qualidade de vida explicitada a seguir.

A investigação com enfoque na abordagem quantitativa contou com a utilização do questionário WHOQOL-bref, aplicado como pré-teste antes do início das “Oficinas Psicomotoras” e posteriormente, após seis meses, momento em que foram realizadas as entrevistas com os participantes. Para um melhor entendimento, trata-se de um questionário, assim definido:

WHOQOL - bref (*World Health Organization Quality of Life-bref*): trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL 100, composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas desse instrumento padrão da OMS para avaliação de qualidade de vida. A versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. (Fleck et al., 2003)

Fleck et al (2000, p. 66), participante do “The WHOQOL group” em 1998, contempla que este questionário vem ao encontro da base teórica dos instrumentos que viabilizam estudos sobre qualidade de vida como o desenvolvido pela OMS, uma vez que este construto deve ser entendido como categoria multidimensional e na sua dimensão eminentemente subjetiva.

Os mesmos autores ainda afirmam que, como não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi a busca da definição do conceito. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo (The WHOQOL Group), que definiram os principais componentes do conceito de qualidade de vida: “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”.

As explicitações anteriormente abordadas revelam o sentido amplo do conceito que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos que definem a vida humana, tais como: físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. A definição do The WHOQOL Group reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente.

Tendo em vista a abrangência da temática “qualidade de vida”, optamos pelo questionário WHOQOL – ABREVIADO da Organização Mundial da Saúde (ANEXO I), apresentado anteriormente, em função da sua composição, alicerçada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, que está em consonância com a multidimensionalidade da concepção de Velhice e de Psicomotricidade. A seguir podemos visualizar a descrição dos quatro domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
 17. Ambiente no lar
 18. Recursos financeiros
 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
 21. Participação em oportunidades de recreação/ lazer
 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
 23. Transporte
-

No processo de análise os dados obtidos por meio da abordagem quantitativa foram articulados com os resultados da abordagem qualitativa considerando sua

contribuição primordial para significar as representações que explicitam as singularidades de cada participante da pesquisa.

Turato (2005) complementa que, na metodologia qualitativa, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável, assim, saber o que os fenômenos da vida em geral representam para o sujeito. Os significados de vida, segundo o autor, têm uma função estruturante em torno da qual as pessoas organizam seu cotidiano. Partindo dessa premissa, a entrevista semiestruturada será utilizada como instrumento de extrema valia para analisar as necessidades e as expectativas do grupo pesquisado, considerando seus atributos.

“A entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada.” (Minayo, 2012: p. 64)

As entrevistas foram realizadas com utilização de um roteiro composto de questões norteadoras dos depoimentos os quais foram gravados, compõe também os procedimentos adotados na pesquisa de campo a aplicação de um questionário relativo ao perfil sociodemográfico (apêndice 1), cuja aplicação foi antecedida de um levantamento de expectativas, em relação à proposta de atividade desenvolvida no Núcleo – Calebe, quando da vivência das “Oficinas Psicomotoras”, realizadas em fevereiro de 2014, conforme mencionado anteriormente.

De modo geral, a realização do trabalho de campo tem sua importância justificada na concepção de Minayo (2012, p.61):

“O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também permite estabelecer uma interação com os ‘atores’ que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.”

Considerando essa afirmação, o trabalho de campo foi realizado com um grupo de 15 idosos que participaram das “Oficinas Psicomotoras” e que frequentaram o Núcleo de Convivência para ‘Idosos – Calebe’, na cidade de São Paulo, elementos estes facilitadores do processo interativo.

Esse procedimento é reforçado com apoio em Minayo (2012, p. 62) que destaca na pesquisa qualitativa, o recorte espacial, que diz respeito à abrangência em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação, considerando também que os sujeitos da pesquisa estabelecem uma relação de intersubjetividade e de interação com o pesquisador.

Dessa forma, as descobertas e significados elaborados durante as “Oficinas Psicomotoras” foram construídas sob o olhar real e experimental dos sujeitos e do pesquisador, por meio das vivências procedimentais previstas.

A análise foi desenvolvida a partir dos dados coletados tanto do questionário WHOQOL-bref, quanto nas entrevistas, tendo em vista os objetivos propostos pela pesquisa. A fase inicial da análise visa identificar os “domínios” que se destacam em relação às temáticas da pesquisa: Longevidade, Corpo, Psicomotricidade e Qualidade de Vida. A interpretação descritiva teve como base a literatura pesquisada e anotações registradas durante e após as “oficinas psicomotoras”.

Realizados esses procedimentos, foram elaboradas as análises dos dados dos questionários WHOQOL-bref, aplicados em dois momentos, que compõem com os resultados das entrevistas, conforme categorias definidas e pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APENDICE 2) e somente foram incluídos no estudo, após lerem, concordarem com o documento, a partir da explicação inicial da proposta e procedimentos da pesquisa. Os participantes foram assegurados de que sua

identidade e as informações obtidas serão confidenciais, e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo da assistência pela Instituição ao qual o projeto se vinculou.

Ainda no que se refere as preservação das questões éticas, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob o numero 817.422 (ANEXO III) .

3.2. Analise dos Dados e Resultados

A dificuldade metodológica das pesquisas que dependem de depoimentos verbais de entrevistados é patente quando se considera a natureza de dados obtidos, cujo exemplo é "viver bem e ser feliz na vida". Ser feliz na vida é relativo, pois uns podem ser felizes com pouco, outros com muito. Isto leva a crer que ser feliz é resultante da percepção de um conjunto de eventos agradáveis, ou seja, uma representação perceptual geral atribuída à soma dos elementos comuns existentes nas coisas ou eventos particulares que formam uma categoria. Segue os resultados das análises quantitativas e qualitativas.

A pesquisa qualitativa é adequada para a abordagem dessas representações perceptuais possibilitando a determinação de categorias. Por meio desta metodologia chega-se à formulação de um modelo teórico geral que, por sua vez, fundamenta todos os dados particulares coletados. Sua aplicação na abordagem dos fatores psicológicos e sociais da longevidade se configura, portanto, como promissor na geração de novos conhecimentos. Partindo dessa premissa a analise dos dados dessa pesquisa nortearam o enfoque quantitativo e qualitativo de abordagem.

A perspectiva inicial quanto ao numero de sujeitos participantes da pesquisa era de 30, considerando todos que participaram das “Oficinas Psicomotoras”, porem somente

15 pessoas se propuseram a responder os dois questionários WHOQOL-bref e participaram das entrevistas.

Inicialmente delimitamos o perfil sócio-demográfico do grupo. Os dados foram utilizados para caracterização dos sujeitos, bem como para verificar a existência de diferenças e singularidades entre as pessoas envolvidas na pesquisa.

3.2.1. Perfil sócio-demográfico

Constatamos que dos 15 sujeitos envolvidos nessa pesquisa, 13 são do gênero feminino e somente 02 do gênero masculino. Outro dado significativo é referente à idade dos participantes: 3 pessoas estão na faixa etária entre 60-70 anos; 09 participantes situam-se na faixa etária entre 71-80 anos e 03 pessoas tem de 81 a 90 anos. Podemos observar que a prevalência dos participantes está na faixa etária entre 71-80 anos. Um dado interessante, pois, normalmente as pessoas procuram atividades para ocupar o tempo logo após a aposentadoria, esse grupo demonstra que passados dez anos, continuam buscando novas possibilidades, não só para ocupar o tempo, mas também para estabelecer relações inter pessoais e estimular as capacidades físicas e cognitivas.

Quanto à escolaridade dos idosos destaca uma equidade, ou seja, dos 15 entrevistados 05 pessoas frequentaram ensino fundamental, 05 concluíram o ensino médio e 05 dos sujeitos finalizaram o ensino superior.

Quanto à procedência dos sujeitos, todos moram atualmente na cidade de São Paulo, especificamente no bairro Vila Gumercindo; a maioria nasceu na cidade de São Paulo, ou seja, 08 idosos, enquanto que 05 nasceram no interior de São Paulo e somente uma pessoa nasceu no estado de Minas Gerais e 01 sujeito nasceu em Portugal.

O NCI-CALEBE, locus desta pesquisa foi fundado há três anos, sendo que dos 15 sujeitos participantes, 03 frequentam o núcleo desde a sua fundação, realizando outras oficinas oferecidas pela Instituição. Dos entrevistados 05 sujeitos realizam atividades no

local há dois anos e a grande maioria, 07 idosos iniciaram suas atividades há menos de um ano. Para muitos deles a “Oficina Psicomotora” foi a primeira atividade realizada no NCI-CALEBE.

No que se refere a trabalho e situação previdenciária, a maioria dos idosos exercia profissões diversas antes de se aposentar: 05 professoras , 01 diretora de escola, 02 secretarias, 02 comerciantes e 01 nutricionista; sendo 09 mulheres e 02 homens aposentados, e apenas quatro mulheres relataram serem “do lar”. Dessa forma, podemos considerar que o grupo apresenta um bom nível sócio cultural.

Considerando os dados coletados, constatamos que dos 15 sujeitos entrevistados 04 sujeitos relatam que não possuem nenhum problema de saúde, enquanto que 11 pessoas afirmam ter doenças crônicas, entre elas, diabetes (02), hipertensão e pressão alta (5) idosos, colesterol (02), problemas cardíacos (01), sendo que afirmam estar sob controle. Por fim, um dos relatos indica a existência de problemas pulmonares associados a dores na coluna, artrose e artrite. Apesar das doenças crônicas todos os participantes afirmam praticar atividades físicas e prezam por uma vida saudável.

É importante ressaltar que as “doenças crônicas são definidas como doenças que acompanham a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível”. (IBGE, 2009, p.84) Trata-se de um vasto numero de patologias, que tende a aumentar conforme o individuo envelhece, afetando sua saúde e a sua capacidade funcional em maior ou menor grau, dependendo da gravidade. Por essa razão a prática de atividade física é recomendada na velhice por sua capacidade de postergar o aparecimento ou minimizar sintomas e riscos impostos pelas doenças crônicas. Entre os nossos entrevistados, uma senhora em especial, com 79 anos, nos relatou que tem artrose e artrite e durante a entrevista fez um depoimento muito significativo:

“... me despertou para outras coisas que eu podia treinar meu corpo, que eu podia usar o corpo e até para problemas

de saúde mesmo, melhorou minha dor no fim da atividade, foi muito valido e muito legal.”

Considerando a pesquisa bibliográfica realizada nesse estudo, relembramos que a qualidade de vida é um construto dinâmico e está relacionado às condições de vida de um determinado grupo. Partindo dessa premissa serão considerados os resultados qualitativos atrelados a singularidade da opinião individual de cada participante desse estudo.

3.2.2. Análise quantitativa - qualitativa e discussão

A análise dos resultados dos questionários WHOQOL – bref aplicados nos sujeitos da pesquisa, antes e após as “Oficinas Psicomotoras”, requer entendimento dos procedimentos utilizados, conforme explicitação a seguir.

O módulo WHOQOL-bref é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida).

As perguntas 1 e 2 aparecem da seguinte forma:

1 – percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5);

2 – satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5)

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	Quão satisfeito você esta com a sua saúde ?	1	2	3	4	5

Além dessas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Neste instrumento é necessário também recodificar o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

Para obter cada faceta deve-se somar os valores da entrevista (de 01 a 05) e dividir pelo número de participantes. Configura-se, assim, uma média aonde o resultado será de 01 até 05.

Cabe retomar a descrição dos domínios e facetas do WHOQOL-bref, já detalhada anteriormente para posterior entendimento das análises, sendo que ao lado de cada faceta vai aparecer a média, ou seja, o resultado:

Domínio 1 - Domínio físico

- 3. Dor e desconforto
- 4. Energia e fadiga
- 10. Sono e repouso
- 15. Mobilidade
- 16. Atividades da vida cotidiana
- 17. Dependência de medicação ou de tratamentos
- 18. Capacidade de trabalho

Para calcular o domínio físico deve-se somar os valores das facetas e dividir por 7. $(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)/7$. O mesmo formato deve ser utilizado nos demais domínios.

Domínio 2 - Domínio psicológico

- 5. Sentimentos positivos
- 6. Pensar, aprender, memória e concentração
- 7. Auto - estima
- 11. Imagem corporal e aparência
- 19. Sentimentos negativos
- 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Para calcular o domínio psicológico soma-se os valores das facetas e dividir por 6. (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6

Domínio 3 - Relações sociais

- 20. Relações pessoais
- 21. Suporte (Apoio) social
- 22. Atividade sexual

Para calcular o domínio relações sociais é preciso somar os valores das facetas e dividir por 3. (Q20,Q21,Q22)/3

Domínio 4 - Meio ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente no lar
- 12. Recursos financeiros
- 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 25. Transporte

Para calcular o domínio meio ambiente é necessário somar os valores das facetas e dividir por 8. (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8

Os resultados apresentam-se em média, tanto no domínio, quanto nas facetas.

Após esclarecimentos sobre o instrumental explicitaremos a estatística descritiva atrelada a análise qualitativa a partir dos depoimentos dos participantes, respeitando os quatro domínios delimitados pelo instrumental WHOQOL-bref. Nesta etapa os critérios utilizados para a classificação da média foram:

- Necessita melhorar (de 1 até 2,9);
- Regular (de 3 até 3,9);
- Boa (de 4 até 4,9)
- Muito boa (5)

As questões iniciais apresentam como foco de interesse a coleta de depoimentos relativos à condição dos sujeitos quanto à qualidade de vida e saúde, de modo geral, expressa nos dados da Tabela 1.

Tabela 1 – Percepção sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde

Quesito	Média	Média Geral
Como você avaliaria sua qualidade de vida	3,9	4,0
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde	4,1	

Verifica-se que o quesito qualidade de vida apresentou média igual a 3,9, enquanto que satisfação com a saúde teve média igual a 4,1. A média geral (dos dois quesitos) foi igual a 4,0 (classificação boa). De um modo geral o grupo não demonstra insatisfação pela forma de vida, nem pela sua saúde, pois, durante as atividades desenvolvidas demonstraram prazer pela vida e relataram o quanto é importante ocupar o tempo com atividades produtivas tanto para o corpo quanto para a cabeça.

No que se referente à avaliação sobre condição de vida, em especial de saúde, correspondente às últimas duas semanas da aplicação do questionário os sujeitos apresentaram as seguintes posições como consta da Tabela 2.

Tabela 2 – condições de vida nas duas semana anteriores ao questionário

Quesito	Média	Média Geral
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	2,1	3,0
Você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,5	
Você aproveita a vida?	3,1	
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,7	
Você consegue se concentrar?	3,3	
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,5	
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,3	

A maior média foi relativa ao Sentido da vida (3,7), enquanto que a menor foi Dor física (2,1). A média geral foi igual a 3,0. (Classificação regular). Constatamos que os

resultados quantitativos não revelam como predominância as insatisfações, assim como, observamos a disposição e a alegria com que chegavam e permaneciam durante as atividades propostas, sempre animados e abertos para novas experiências.

Considerar somente os dados numéricos e quantitativos em relação a questões tão importantes e singulares na análise da percepção da qualidade de vida reduziria essa pesquisa a uma análise simplista e frágil sobre a realidade desse grupo.

Cabe destacar que o grupo WHOQOL (1995) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Partindo dessa premissa os depoimentos dos participantes desse grupo são essenciais para a análise dos dados coletados. A subjetividade não fica explícita nos dados quantitativos, porém, quando consideramos os depoimentos singulares do que as pessoas pensam sobre as questões investigadas, a análise fica mais fidedigna e real.

O relato a seguir revela que cada um entende a doença e suporta a dor de maneira extremamente singular, na perspectiva da subjetividade a qual se expressa no modo como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado cognitivo e psicológico e suas relações interpessoais e os papéis sociais desempenhados em suas vidas:

“ ... a minha pressão, é não é que eu tenha a pressão sempre alta, não minha pressão de vez em quando oscila então eu tomo remédio para isso, só não tenho assim problema grave de saúde, tudo normal.” (72 anos)

“ ... eu estou sempre brincando, isso faz parte da vida que me ajuda também, eu brinco muito e me ajuda a não pensar na doença rs.” (81 anos)

Os dados coletados foram interpretados levando-se em conta a especificidade dos quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, relacionando-os a

singularidade dos depoimentos coletados nas entrevistas com os participantes da pesquisa.

a) Domínio Físico (1ª aplicação)

Tabela 3 – Domínio Físico: respostas da 1ª aplicação

Quesito	Média
Você é capaz de se locomover?	4,3
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	4,1
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,8
Você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,7
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,6
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,6
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,3

No que se refere ao domínio físico (tabela 3) os quesitos com maiores médias foram Capacidade de Locomoção (4,3) e Dor física como empecilho para fazer o que é necessário (4,1). Esses quesitos têm classificação Boa. Os demais têm classificação Regular. Os quesitos com menores médias foram Energia para o dia-a-dia (3,6) e Satisfação com o sono (3,3).

Esses dois últimos quesitos representam as maiores debilidades no domínio físico. A falta de energia para o dia-a-dia é influenciada em parte pela qualidade do sono aquém do necessário. Apesar de este dado aparecer na análise qualitativa como significativo, nós não percebemos nos relatos dos participantes nenhum indicativo sobre o sono e a disposição diária de cada participante.

Tabela 4 – Domínio Físico: respostas da 2ª aplicação

Quesito	Média
Você é capaz de se locomover?	4,4
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	4,2
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,8
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do	3,8

seu dia-a-dia?	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,6
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	3,5
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,3

No que se refere ao domínio físico (tabela 4) os quesitos com maiores médias foram Capacidade de Locomoção (4,4) e Dor física como empecilho para práticas que precisa (4,2). Esses quesitos têm classificação Boa. Os demais têm classificação Regular. Os quesitos com menores médias foram Tratamento médico para levar a vida (3,5) e Energia para o dia-a-dia (3,3). Observamos uma divergência em relação à qualidade do sono, pois na segunda aplicação esse dado torna-se irrelevante. Em contrapartida a energia para o dia a dia ganha um destaque interessante, convergindo com os depoimentos dos participantes.

Podemos considerar que as atividades psicomotoras possibilitam um bem estar, pois, segundo Fonseca (2008) a função de alerta é responsável pela manutenção do estado de vigília e a atenção que está interligada ao hipotálamo e mantém o bom funcionamento do metabolismo fisiológico (bem-estar, fadiga, motivação), indispensável para o desempenho de qualquer atividade. A função de alerta e a atenção regulam o tônus postural e cortical e promovem a seletividade e a sustentação modulada das atividades cognitivas superiores.

Dentre os depoimentos observa-se, em especial, as respostas de um senhor de 81 anos e uma senhora de 64 anos que suscitaram reflexões que reafirmam as discussões a cerca da subjetividade e singularidade, do que é efetivamente a qualidade de vida, assim como o que realmente favorece o bem estar da pessoa:

“..... há mais ou menos dois anos percebeu-se por a mais b que a minha pressão passou a ser media alta e agora um outro medico do coração é que falou , e receitou um remédio calmante e um para manter a pressão sob controle, e falou para eu ter atividades principalmente caminhar bastante 3 vezes, 4 vezes

por semana ah então as oficinas de psicomotricidade ah isso faz bem para mim.” (81 anos)

“ ... a nossa atividade me despertou para outras coisas, que eu podia treinar meu corpo que eu podia usar o corpo e até para problemas de saúde mesmo, que eu melhorei de um problema que eu tinha na coluna, sai sem dor rs , sabe eu achei que foi muito valido foi muito legal.” (64 anos)

b) Domínio Psicológico (1ª aplicação)

Tabela 5 – Domínio Psicologico: respostas da 1ª aplicação

Quesito	Média
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	4,0
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,7
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,7
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,6
O quanto você aproveita a vida?	3,5
O quanto você consegue se concentrar?	3,4

No que concerne ao domínio psicológico (tabela 5) as maiores médias foram Sentimentos Negativos, Sentido da Vida e Satisfação consigo mesmo com médias respectivamente iguais a 4,0 ; 3,7 e 3,7. As menores médias foram Aproveitar a vida e Concentração com média de 3,5 e 3,4 nessa ordem. O quesito de maior média tem classificação Boa, os demais, Regular.

Domínio Psicológico (2ª aplicação)

Tabela 6 – Domínio Psicologico: respostas da 2ª aplicação

Quesito	Média
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	4,2

Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,9
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,8
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	3,6
O quanto você consegue se concentrar?	3,5
O quanto você aproveita a vida?	3,1

No que concerne ao domínio psicológico (tabela 6) as maiores médias foram Sentimentos Negativos, Satisfação consigo mesmo e Aceitação da aparência física, com médias 4,2, 3,9 e 3,8 respectivamente. As menores médias foram Concentração e Aproveitar a vida com média de 3,5 e 3,1 nessa ordem. O quesito de maior média tem classificação Boa, os demais, Regular.

Para entender a importância da análise desse domínio destaca-se a afirmação da OMS (2005) de que o declínio do funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso e falta de prática dessa habilidade. Outros fatores também interferem tais como: doenças, incluindo depressão; fatores comportamentais encontrados no consumo de álcool e medicamentos; fatores psicológicos, dentre eles a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas; e fatores sociais como a solidão e o isolamento, muito mais do que o envelhecimento em si.

Nos relatos de alguns participantes do grupo encontramos o desdobramento dessa premissa:

“... eu antes só ficava em casa batendo a depressão e muitas outras coisas e foi conhecendo o grupo nessa oficina que achei que estou melhor.” (76 anos)
“... as atividades, os exercícios eu acho que mexe muito com a memória que é uma coisa que agente precisa, que agente só lembra as coisas passadas e tudo vai ficando meio complicado.... então ativa a memória, eu faço muito exercício, então pra mim tudo que é novidade é ótimo e principalmente pela

minha idade né, agente tá sempre cuidando de alguma coisa nova.” (70 anos)

Houve uma prevalência nos depoimentos em relação ao estímulo da memória, de forma geral todos fizeram algum tipo de comentário sobre a relação dos exercícios desenvolvidos com a possibilidade de ativar a memória, um viés extremamente importante em relação à essência e concepção da psicomotricidade que entende o ser como holístico, ou seja, o trabalho corporal não beneficia somente a estrutura física e sim reorganiza os processos cognitivos e equilibra as emoções. Nos depoimentos a seguir podemos constatar essas ponderações:

“... ah sim lembrava coisas da infância né e lembrava bastante eu gostei foi bom, vi mais ou menos como é que tava minha memória e depois fizemos outro trabalho com a bexiga...como é que foi mesmo rs.. ah lembrei, foi bom, gostamos bastante.....eu preciso trabalhar um pouco mais com a minha memória por que ela falhou em alguns momentos, tanto que ta falhando também agora haha.” (80 anos)

“...eu vim da área da educação né, então eu achei que foi muito bom despertou muita coisa assim na memória da gente que tava um pouco adormecida aquela fase da infância, da adolescência, da brincadeira... que agente fica tão envolvida com os problemas de casa, e eu tava com uns problemas muito sérios em casa, então foi assim, para mim foi um despertar, eu gostei muito, gostaria que continuasse.” (65 anos)

“... eu estou melhor na cabeça, melhor assim no raciocínio nas coisas né, no dialogo também né que

isso é muito importante que as vezes agente fica muito fechada. To me sentindo muito bem né e agradeço ao grupo e a você, estou muito feliz”(76 anos)

c) Domínio Meio Ambiente (1ª aplicação)

Tabela 7 – Domínio Meio ambiente: respostas da 1ª aplicação

Quesito	Média
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora	3,9
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária	3,5
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde	3,5
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia	3,3
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte	3,3
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	3,2
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades	3,2
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer	3,1

No que diz respeito ao domínio meio ambiente (tabela 7) a maior média é a Satisfação com o local onde mora (3,9). Por outro lado, Ambiente físico saudável, Dinheiro suficiente para execução de necessidades, Oportunidades de Lazer, tem médias de 3,2, 3,2 e 3,1 respectivamente. São as maiores debilidades na perspectiva meio ambiente. Todos os quesitos têm classificação Regular.

Domínio Meio Ambiente (2ª aplicação)

Tabela 8 – Domínio Meio ambiente: respostas da 2ª aplicação

Quesito	Média
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,1
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	3,7
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,6
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	3,5
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,5
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,4
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,4

Quão Disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,4
---	-----

No que diz respeito ao domínio meio ambiente (tabela 8) a maior média é a Satisfação com o local onde mora (4,1). Por outro lado, Ambiente físico saudável, Dinheiro suficiente para execução de necessidades, Disponibilidade de informações para o dia-a-dia, todos tem a média igual a 3,4; estas são as maiores defasagens na perspectiva meio ambiente. Todos os quesitos têm classificação Regular, exceto Satisfação com o local onde mora, que apresenta classificação Boa. É importante salientar que esse grupo é essencialmente de um nível sócio econômico favorecido e muito exigente, logo, essas questões foram respondidas de forma singular e com um teor extremamente subjetivo, pois o que efetivamente é bom para uma pessoa, não necessariamente é para outra. Reafirmando a subjetividade do conceito de qualidade de vida.

Considerado o teor e o abrangência desse domínio, não encontramos relação direta com as atividades desenvolvidas durante as oficinas psicomotoras, nem tão pouco relatos pertinentes relacionados a esse domínio.

d) Domínio Relações Sociais (1ª aplicação)

Tabela 9 – Domínio Relações Sociais : respostas da 1ª aplicação

Quesito	Média
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,9
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,7
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	2,7

No que se refere ao domínio relações sociais (tabela 9) a maior média é Relações pessoais: 3,9; seguido por Apoio dos amigos: 3,7. Estes têm classificação Regular. Satisfação com a vida sexual tem média de apenas 2,7, o que corresponde ao quesito com a menor satisfação, sendo esta a classificação que necessita melhorar.

Domínio Relações Sociais (2ª aplicação)

Tabela 9 – Domínio Relações Sociais : respostas da 2ª aplicação

Quesito	Média
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,8
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,7
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,1

No que se refere ao domínio relações sociais (tabela 9) a maior média é Relações pessoais: 3,8; seguido por Apoio dos amigos: 3,7. Estes têm classificação Regular. Satisfação com a vida sexual tem média de 3,1, na última colocação.

Para a Organização Mundial da Saúde, o termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Neste sentido, encontramos em um projeto de ação alicerçado no documento da OMS, “Envelhecimento Ativo”, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais consideradas tão importantes quanto as que melhoram as condições físicas de saúde.

Os depoimentos a seguir expressam sua relevância e pertinência ao documento da Organização Mundial da Saúde, por transparecer a singularidade de cada participante no que diz respeito às relações inter pessoais, aspectos importantes nessa fase da vida das pessoas:

“ adoro o contato com outras pessoas, me faz bem, eu acho em relação ao curso eu adorei.” (68 anos)

“ aqui no grupo, nas atividades de psicomotricidade eu me senti muito bem porque antes eu ficava em casa batendo depressão e muitas outras coisas e foi conhecendo o grupo nessa atividade que achei que estou melhor”. (76 anos)

“ Ah foi tudo muito bom, o relacionamento era bom, agente reconheceu melhor os amigos que até então agente não tinha muita amizade.” (76 anos)

“ ... agente não tinha um relacionamento bom ainda porque era começo do curso, e depois com as atividades né, o toque nas outras pessoas vai começando a conhecer, tudo muito bom”. (72 anos)

“... eu sou uma pessoa muito comunicativa então, eu nunca tive dificuldade para falar, para ter amizade, eu convivo com muita gente, então eu acho que houve melhoras em partes..” (72 anos)

As análises individuais de cada domínio, propiciaram a composição de uma síntese das médias inicial e final dos quatro domínios que podem ser contempladas nos resultados que se seguem agrupados na Tabela 10.

Tabela 10 – media da aplicação inicial dos quatro domínios

Domínio	Média
Físico	3,8
Psicológico	3,6
Meio Ambiente	3,6
Relações Sociais	3,5

Essa composição revela que o domínio Físico é o que apresenta a maior média (3,8), seguido pelo Psicológico e Meio Ambiente, ambos com média igual a (3,6). As Relações Sociais situam-se no valor médio igual a (3,5). Este último domínio tem menor número de quesitos (apenas três), sendo que um deles apresentou média considerada baixa (satisfação com a vida sexual), esse fator impactou na média global do domínio, haja vista que esta é afetada por valores extremos.

Em síntese complementar situam-se os dados da Tabela 11, considerando aplicação posterior, o que indica variação mínima de resultados.

Tabela 11 – media da aplicação final dos quatro domínios

Domínio	Média
Físico	3,8

Psicológico	3,7
Meio Ambiente	3,6
Relações Sociais	3,5

Na segunda aplicação o domínio Físico é o que apresenta a maior média (3,8). Seguido pelo Psicológico com (3,7) e Meio Ambiente com (3,6). E por último, Relações Sociais, com valor médio igual a 3,5. É importante repensar sobre a riqueza da análise qualitativa, tendo em vista que os dados quantitativos não revelam as sutilezas nem tão pouco a singularidade da percepção do que realmente é viver bem. Enquanto que os depoimentos descortinam a riqueza dessas observações, como já demonstramos anteriormente.

A análise a cerca da capacidade em realizar as atividades cotidianas pautou-se na questão relativa à visão dos sujeitos sobre sua capacidade e modo de assumir atividades diárias, conforme revelado na Tabela abaixo.

Tabela 12 – media geral do questionário sobre a capacidade de fazer as atividades do cotidiano

Quesito	Média	Média Geral
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia	3,4	3,4
Você é capaz de aceitar sua aparência física	3,7	
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades	3,3	
Quão Disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia	3,4	
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer	3,3	

A maior média foi Aceitar aparência física (3,7). Por outro lado, as menores foram Dinheiro suficiente e Oportunidade de Lazer, ambas com (3,3). A média geral foi (3,4) (classificação regular).

A tabela 13 integra dados quanto à especificação de atividades realizadas em período recente (duas semanas anteriores), maneiras de vivenciá-las e apreciação quanto a satisfação em relação às mesmas.

Tabela 13 – média geral do questionário sobre o sentimento sobre vários aspectos da vida cotidiana

Quesito	Média	Média Geral
Quão bem você é capaz de se locomover?	4,4	3,7
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3,6	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,7	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	3,6	
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,8	
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,7	
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,1	
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,8	
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,1	
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,3	
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	3,6	

A maior média encontrada foi Capacidade de Locomoção (4,4), enquanto que a menor, foi satisfação com vida sexual (3,1). A média Geral foi igual a (3,7), classificação regular.

Interessante analisar esses resultados, pois a capacidade de locomoção pressupõe a autonomia, e em todos os depoimentos os participantes demonstram a importância de protagonizarem suas próprias vidas, para eles a independência é um fator importante para viver com qualidade e bem.

A tabela 14 expressa os resultados sobre a frequência com que os idosos sentiram e experimentaram situações consideradas indesejáveis.

Tabela 14 – média geral do questionário sobre a experiência sobre os aspectos negativos da vida

Quesito	Média	Média Geral
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, depressão?	2,1	2,1

Com média igual a 2,1, Sentimentos negativos têm classificação Precisa Melhorar. Essa pergunta em especial reafirma o depoimento já mencionado a cerca da depressão. Esse quesito reafirma a idéia básica do que foi anteriormente abordado em relação a concepção de Saúde e bem estar.

Os resultados analisados a partir dos relatos coletados nas entrevistas e descritos anteriormente demonstram que há uma divergência entre os dados quantitativos e qualitativos. Apesar do domínio Relações Sociais apresentar a menor média entre os domínios, percebemos que os sujeitos da pesquisa afirmam que suas relações interpessoais melhoraram após a participação no grupo. Em contrapartida no domínio psicológico observamos a maior média de frequência, o que reafirma a satisfação dos participantes nesse aspecto.

As análises dos dados confirmam a premissa de que Qualidade de vida é uma expressão considerada como um conceito abstrato, subjetivo e multidimensional, por envolver vários aspectos da vida humana, tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, dentre outros. Compreende-se que a concepção é dinâmica devido a sua característica mutável ao longo do tempo, ou entre as pessoas sob diferentes aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo é investigar as concepções de pessoas idosas sobre Velhice, Longevidade, Corpo e diferentes dimensões da Qualidade de Vida, e a preocupação em nortear esta investigação no sentido de contribuir na questão da estruturação de políticas socioeducativas com embasamento na Psicomotricidade e na Gerontologia, permeou este trabalho não só na busca da conceituação teórica das áreas em discussão, como também nos resultados dos depoimentos dos sujeitos participantes deste estudo.

Diante do referencial teórico apresentado e dos resultados obtidos tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, percebemos no relato dos participantes a amplitude e a riqueza da concepção de qualidade de vida, reafirmando e contemplando os três aspectos fundamentais do constructo: subjetividade, multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas. Diante dessa amplitude, reafirmamos que cada ser é singular, constrói a própria história e lida de forma ímpar com as relações estabelecidas tanto intra quanto interpessoais.

Considerando a visão ampla e holística em que a Psicomotricidade entende o ser humano, acreditamos que essa ciência tem como perspectiva sua aplicabilidade para que as pessoas assumam a complexidade do seu corpo em suas diversas dimensões. Incorporando essas abordagens, esta pesquisa certamente contribuirá para a construção da proposta de um trabalho diferenciado de atendimento às demandas da população idosa, não só no âmbito da Psicomotricidade, como também com o olhar voltado para o caráter interdisciplinar exigido por esse segmento e sua maneira de ser e viver.

A Psicomotricidade em sua interface com a Gerontologia coloca-se como área de competência para gerar novos conhecimentos sobre o idoso tendo em vista uma condição de vida saudável, assim como geradora de novas políticas públicas numa visão intersetorial, abarcando as áreas da Educação, Saúde e Social, que articuladas, podem favorecer na incorporação de programas de interesse para as áreas em questão.

A sociedade tem buscado alternativas para contemplar essa amplitude e a multidimensionalidade da realidade da velhice, assim como surgem continuamente propostas, programas e projetos com perspectivas de empoderamento da pessoa idosa para garantir uma longevidade mais saudável e feliz além de propor formas de operacionalização e a efetivação de trabalhos visando um atendimento amplo e diferenciado da população idosa.

Essa pesquisa não tem a pretensão de indicar respostas ou apresentar conclusões finais, mas, se propões a abrir um leque de opções para novos questionamentos, novas possibilidades e novos arranjos que contemplem a visão crítico- reflexiva que devemos conceber sobre a velhice.

Partindo da premissa acima exposta, enfatizamos a não pretensão em finalizarmos esse estudo em relação à problemática em foco, encerramos este exercício reflexivo com alguns questionamentos: Como vivemos? Quais são os nossos valores? Quais as experiências vividas e como foram vividas? Como cuidamos do nosso corpo? Como aprendemos? Como concebemos o mundo e o ser humano?

Partindo destas questões e das possibilidades reais em compor políticas públicas que atendam as necessidades do segmento idoso, entendemos que as indagações acima se apresentam extremamente pertinentes, especialmente ao contemplar singularidades que precisam ser observadas na sua amplitude e multidimensionalidade afim de possibilitar a reconfiguração da nossa visão sobre o ser humano, analisar e buscar respostas para a pergunta:

TER ou SER um corpo que envelhece com qualidade de vida?

“Os efeitos de uma ação a longo prazo
são imprevisíveis.”
(Morin, 2011, p.78)

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paul. Masson, 1980.
- BILAC, O. **Poesias** . Ed. Martin Claret. São Paulo. 2003.
- BOSI, E. **Memoria e Sociedade: Lembranças De Velhos**. Companhia das Letras.São Paulo. 17^a. ed.. 2012.
- BRUNO, M.R.P. Cidadania não tem idade. *In: Revista Serviço Social & Sociedade*, 75. (Ano XXIV). São Paulo. 2003.
- CONCONE, M.H.V.B. Medo de envelhecer ou de parecer? *In. Revista Kairós*, São Paulo,10(2), dez. 2007. pp.19-44
- DINIZ ALVES, J.E.D. Portal do Envelhecimento IN: (<http://portaldoenvelhecimento.org.br/index.php/item/2196-envelhecimento-e-longevidade>) acesso em 17 de Outubro de 2014.
- FLECK M.P.K., O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. IN **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):33-38, 2000
- FLECK M.P.K, Chachamovicha E.e Trentinib C.M., Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. IN **Rev. Saúde Pública** 2003;37(6):793-9 793
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 37^a.Ed.Trad. de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ. Vozes, 2009.
- FOUCAULT, M., **O nascimento da clinica**, 7^a ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2013.
- FONSECA, V. da. **Manual de Observação Psicomotora**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 09 e 10 p.
- FONSECA, V. da. **Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FONSECA, V. da . **Psicomotricidade : filogênese, ontogênese e retrogênese**._2^a ed. Artes Médicas. Porto Alegre.2008.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo.Paz e Terra. 2011.

FREIRE, P. **Política e Educação: ensaios**. São Paulo. Cortez.1993.

GALVANI, C. A formação do Psicomotricista enfatizando o equilíbrio Tônico emocional IN Costallat. D.M., Galvani C., Pucca C.R., Loureiro M.B.S., **A Psicomotricidade otimizando as relações humanas** São Paulo.2ª ed. Editora Arte e Ciência. 2002. 21-38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indic.sociosaude/2009/com_sobre.pdf acessado 24/08/2004.

IZQUIERDO,I. **Memória**. Porto Alegre. Artes Médicas. 2002.

KOLYNIK FILHO,C. e MELANI, R.A.H. **Motricidade: um novo olhar sobre o movimento humano**. São Paulo. EDUC.2006.

LODOVICI, F.M.M. e SILVEIRA, N.D.R. (2011). Interdisciplinaridade: desafios na construção do conhecimento gerontológico. In: **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**, 16(2), pp. 291-306, 2011. Porto Alegre (RS). URL: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/24814/15444>.

LOUREIRO,M.B.S. A influencia da escola francesa de Psicomotricidade no Brasil. IN Costallat. D.M., Galvani C., Pucca C.R., Loureiro M.B.S., **A Psicomotricidade otimizando as relações humanas** São Paulo.2ª ed. Editora Arte e Ciência. 2002. 13-20.

LURIA, A.R. **Desenvolvimento Cognitivo**. 5ª. Ed.Trad. de Luiz Mena Barreto, Marta Kohl Oliveira, Miriam M. M. de Andrade e Regina Heloisa Maciel. São Paulo: Ícone, 2008. 223p.

MACHADO, Paulo. Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano IN **Sociológico** n° 17 (II serie, 2007) pp.53-63

MARTINS, J. Não somos cronos, somos Kairós. In: **Revista Kairós Gerontologia**, 1(1), pp.. São Paulo (SP): EDUC/NEPE/PEPGG/PUC-SP. 1998.

MERCADANTE,E.F.Velhice: uma questão complexa. IN Côrte B.; Mercadante,E. Frohlich & Arcuri, Gaeta.**Velhice, envelhecimento, complex(idade)**. São Paulo. Vetor: 2005.pp23-34.

MERCADANTE,E.F. e BRANDÃO. **Envelhecimento ou Longevidade?** São Paulo. Paulus. 2009.p.114.

MESSY,J. **A pessoa idosa não existe**, São Paulo, Aleph, 1999.

MINAYO, M.C.S. (2011). Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. *In: Belkis, Trench et al. Nós e os outros envelhecemos, reflexões, práticas e pesquisas*. Org. por São Paulo (SP): Instituto de Saúde. 1988

MINAYO,M.C.S.(org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. São Paulo. Vozes. 2012.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. (2ª ed.). São Paulo (SP): Cortez/Brasília (DF): UNESCO. 2011

MUCIDA A., **Envelhecimento e Velhice**, São Paulo, 2009.

OMS Organização Mundial da Saude. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005 , 62p.

PASCHOAL, S.M.P., **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação Mestrado – Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. 2000, 252.

QUARESMA, M.L., Gerontologia e Gerontologia Social: contributos para a análise de um percurso. *IN: Revista Kairós Gerontologia*, 9(1).São Paulo (SP): EDUC/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Jun.2006. pp. 19-42.

SILVEIRA, N. D. R. et alli. **A pessoa idosa : educação e cidadania**. São Paulo . Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social . Fundação Padre Anchieta, 2009.

SILVEIRA, N. D. R.. A Educação de pessoas idosas: cidadania como pressuposto básico. *In Portal do Envelhecimento*. Nov. 2011.

SOUBIRAN, G. B. **Psychomotricité et Relaxation Psychosomatique** Ed. Doin .Paris. 1980.

TÓTORA, S. Ética da vida e o Envelhecimento. *In Côrte B.; Mercadante,E. Frohlich & Arcuri, Gaeta. Envelhecimento e Velhice: um guia para a vida*. São Paulo. Vetor:2006:27-48.

TRIOLA, Mario F.. **Introdução a Estatística**. 9ª edição – 2005.

TURATO. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *IN Rev. Saude Publica* 2005;39(3):507-14.

WALLON, H. **Del acto al pensamiento. ensayo de psicología comparada.** Editorial Psique. Buenos Aires. 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde .** Tradução Suzana Gontijo – Brasília Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

APENDICE I

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA
CLÁUDIA GALVANI**

Questionário - perfil sociodemográfico

1. Nome _____
2. Sexo masc () fem ()
3. Profissão: _____ Profissão antes da aposentadoria:

4. Onde nasceu: CIDADE: _____ ESTADO: _____ PAIS: _____
5. Idade () anos
6. Frequenta o núcleo Calebe deste () anos
7. Renda familiar aproximada (mensal) R\$ _____ Com quantas pessoas
você reside? _____
8. Qual a escolaridade?
Não sabe ler e escrever ()
Sabe ler e escrever, mas não frequentou escola. ()
Ensino fundamental 1() 2() 3() 4() 5() 6 () 7() 8()
Ensino médio / técnico 1() 2() 3()
Ensino Superior 1() 2() 3() 4() 5()
9. O(A) senhor(a) tem algum problema de saúde? Qual?

APÊNDICE 2

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA
CLÁUDIA GALVANI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Longevidade e Psicomotricidade: Ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida”

Objetivos: Contribuir para a implementação das “oficinas psicomotoras” como atividade curricular no Núcleo de Convivência para Idosos – Calebe. Esta pesquisa irá identificar os fatores psicomotores deste grupo de 15 pessoas idosas tendo em vista seu impacto na qualidade de vida. Sugerir a multiplicação da Psicomotricidade em outros núcleos associados a PMSP, como políticas educativas realizadas pelos órgãos públicos.

Metodologia: Esta pesquisa conta com duas etapas. Na primeira etapa será realizada uma palestra no Núcleo Calebe, explicando o objetivo do estudo e convidando as pessoas a participarem da pesquisa. Na segunda etapa, os adeptos que se voluntariarem serão entrevistados. Realizaremos 4 encontros: “Oficinas Psicomotoras”

Riscos e Desconfortos: Informo que os procedimentos de pesquisa não comprometerão suas atividades cotidianas. O entrevistado terá plena liberdade para recusar a responder quaisquer perguntas caso não queira. Informo ainda que este trabalho não oferecerá riscos à sua saúde, física ou psicológica, já que não realizará movimentos inadequados para sua faixa etária, não trará mudança na sua rotina.

Benefícios Esperados: Fornecer informações sobre as necessidades do grupo, com uma metodologia que aborde de maneira singular e coletiva a influência do trabalho corporal na qualidade de vida deste grupo.

Direitos do Sujeito Convidado para a pesquisa:

1. A pesquisadora se responsabilizará por prestar esclarecimentos, a qualquer momento da pesquisa, inclusive relativos à natureza das perguntas antes que sejam respondidas.
2. O representante terá o direito de não querer participar ou se retirar, em qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional, financeiro e/ou pessoal.

3. Nenhum participante deste estudo será identificado e reiteramos que os dados ficarão sob nossa guarda, não sendo permitido acesso por pessoas não relacionadas à pesquisa. (Resolução 196/96; CONEP, CNS e MS).

4. Não haverá despesa para o participante, bem como não haverá pagamento pela sua participação no estudo.

Dúvidas e Esclarecimentos: Os responsáveis por esta Pesquisa estão a seu dispor para esclarecimento de qualquer dúvida: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Orientadora Professora Doutora Nadia Dumara Ruiz Silveira e a mestrandia Cláudia Galvani.

Assinatura do Pesquisador

Eu, _____, sujeito, abaixo assinado, tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados, e ciente de meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo toda documentação necessária, a divulgação e a publicação em periódicos e revistas, apresentação em congressos, workshops e quaisquer eventos de caráter científico.

_____, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Entrevistado

PUCSP - Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, tel.: (11) 3670-8274.
Rua: Ministro de Godoy, 969,

ANEXO I

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no
Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e
Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul
Porto Alegre - RS - Brasil**

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para	1	2	3	4	5

	seu dia-a- dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

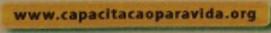
		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO II

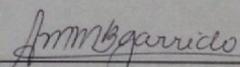


AUTORIZAÇÃO

Eu, Ângela Maria Mendes Barbosa Garrido abaixo assinado, responsável pelo Núcleo de Convivência do Idoso – Calebe, serviço este da Organização Centro de Capacitação para a Vida, CNPJ 07.827.871.0001/22, situado à Avenida José Maria Whitaker, nº 2000 – Planalto Paulista- SP-SP autorizo a realização do estudo LONGEVIDADE E PSICOMOTRICIDADE: TER OU SER UM CORPO QUE ENVELHECE COM QUALIDADE DE VIDA, a ser conduzido pela pesquisadora abaixo relacionada. Fui informada pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

São Paulo, 14 de março de 2014.


07.827.871/0001-22

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Cláudia Galvani
RG – 11.766 101-6
CPF – 142 510118-64

CENTRO DE CAPACITAÇÃO PARA VIDA
PROJETO NEEMIAS
Av. José Maria Whitaker, 2000
Planalto Paulista - CEP 04057-000
SÃO PAULO - SP

PODERÁ SER VEDADO O ACESSO À INSTITUIÇÃO ÀS PESSOAS CUJO NOME NÃO CONSTAR NESTE DOCUMENTO

Av. José Maria Whitaker, 2.000, Pl. Paulista - São Paulo/SP CEP: 04057-000
Fone: (11) 22761000 - contato@ccpv.org
Núcleo de Convivência para Idosos - Calebe

ANEXO III



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Longevidade e Psicomotricidade: ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida

Pesquisador: Cláudia Galvani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35521214.4.0000.5482

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 817.422

Data da Relatoria: 06/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia (PEPG em GER), vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Cláudia Galvani, sob a orientação da Profa. Dra. Nadia Dumara Ruiz Silveira.

A proposta visa "(...) investigar as concepções de pessoas idosas sobre Velhice, Longevidade, Corpo e diferentes dimensões da qualidade de vida tendo em vista contribuir na estruturação de políticas educativas com embasamento na Psicomotricidade. Essa investigação tem como base de apoio um referencial teórico específico da área da Gerontologia Social, abrangendo conceitos relativos ao envelhecimento, velhice, cidadania, memória corporal e psicomotricidade."

Objetivo da Pesquisa:

"(...)

Objetivo Geral:

Investigar as concepções de pessoas idosas participantes do "Núcleo" sobre Velhice, Longevidade,

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



Corpo e diferentes dimensões da qualidade de vida tendo em vista contribuir na estruturação de políticas educativas com embasamento na Psicomotricidade.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a proposta e práticas do Núcleo de Convivência para Idosos "Calebe";
2. Identificar a relação que cada participante do grupo estabelece com o corpo considerando aspectos motores, cognitivos, afetivos e sociais;
3. Verificar a importância e a eficácia das "Oficinas Psicomotoras" na consciência corporal e nas dimensões biopsicosociais, assim como seu impacto na qualidade de vida dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Concordamos com os cuidados apresentados pela autora que demonstram a preocupação com os participantes da pesquisa. Os benefícios apontados são coerentes com o projeto de pesquisa proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo-se concluir que a proposta de pesquisa em tela, possui uma linha metodológica definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes e válidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados a contento, conforme orienta a Resolução CNS/MS nº 466/12, os Regimento e Regulamento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP e o Manual Ilustrado da Plataforma Brasil, disponíveis para consulta no site: www.pucsp.br/cometica

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme indicado pela Res. 466/12:

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO-
PUC/SP



Continuação do Parecer: 817.422

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências e Lista de Inadequações, portanto, somos de parecer favorável à aprovação e realização do projeto de pesquisa em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
Edgard de Assis Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br